

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2500 книг по психологии.*

*Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.*

*Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт [www.MyWord.ru](http://www.MyWord.ru) является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

*The*  
Noonday  
Demon

An Atlas of Depression

Andrew Solomon

# Демон полуденный

Анатомия депрессии

Эндрю Соломон

Добрая книга  
Москва  
2004

УДК 159.98  
ББК 88.37

Соломон Э.

Демон полуденный. Анатомия депрессии. — М.: ООО "Издательство "Добрая книга", 2004. — 672 с.  
ISBN 5-98124-017-2

Перевод: А. Дорман  
Литературный редактор: М. Драпкина  
Корректор: А. Назаревская

В подготовке издания на русском языке принимали участие:  
к.м.н. Н.Е. Кравченко, Д.С. Баранов, А.Г. Моросин

**Издательство "Добрая книга"**

Телефон для оптовых покупателей: (095) 112-01-87.

Адрес для переписки / e-mail: [mail@dkniga.ru](mailto:mail@dkniga.ru)

Адрес нашей страницы в сети Интернет: <http://www.dkniga.ru>

*Права на издание книги на русском языке получены при содействии литературного агентства "СИНОПСИС"*

Все права защищены. Любое копирование, воспроизведение, хранение в информационных системах или передача в любой форме и любыми средствами — электронными, механическими, посредством фотокопирования, записи или иными — любой части этой книги запрещено без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Сделано в России  
ISBN 5-98124-017-2

© Andrew Solomon, 2001.  
© ООО "Издательство "Добрая книга"  
2004 — перевод и оформление.

# Содержание

Введение.....	11
Глава I	
Депрессия.....	17
Глава II	
Срывы.....	51
Глава III	
Лечение.....	133
Глава IV	
Альтернативы.....	181
Глава V	
Демография.....	233
Глава VI	
Пристрастия.....	291
Глава VII	
Самоубийство.....	327
Глава VIII	
История.....	385
Глава IX	
Бедность.....	451
Глава X	
Политика.....	487
Глава XI	
Эволюция.....	543
Глава XII	
Надежда.....	571
Примечания.....	601
От автора.....	667



Моему отцу,  
подарившему мне жизнь дважды



Все пройдет. Страдания, муки, кровь, голод и мор. Меч исчезнет, а вот звезды останутся, когда и тени наших тел и дел не останется на земле. Нет ни одного человека, который бы этого не знал. Так почему же мы не хотим обратить свой взгляд на них? Почему?

*М. Булгаков. "Белая гвардия"*



## ВВЕДЕНИЕ

**Р**абота над этой книгой составляла содержание моей жизни на протяжении последних пяти лет, и теперь мне трудно вспомнить некоторые источники своих идей. Я постарался дать ссылки на них в конце книги, не желая утомлять читателя потоком незнакомых имен и профессиональных терминов в основном тексте. Я получил разрешение у героев этой книги использовать их подлинные имена, потому что реальные имена придают вес реальным рассказам. В книге, одной из задач которой является снятие клейма постыдности с душевных расстройств, важно не играть на руку этому предубеждению, скрывая личность людей, переживших депрессию. Однако семь человек, чьи истории я включил в книгу, пожелали скрыться за псевдонимами, убедив меня, что у них есть для этого веские причины. Эти люди фигурируют в тексте как Шейла Хернандес, Фрэнк Русакофф, Билл Стэйн, Дэнкуил Стэтсон, Лолли Вашингтон, Клодия Уивер и Фред Уилсон. Все они — реальные люди, а не вымышленные персонажи, и я старательно сохранил неизменными все детали их рассказов. Участники "Группы поддержки людей с расстройствами психического состояния" (Mood Disorders Support Groups, MDSG) выступают в книге только под именами, без фамилий, да и те я изменил, подчиняясь конфиденциальной природе их собраний. Все остальные имена и фамилии — настоящие.

Я даю возможность мужчинам и женщинам, мучительная борьба которых составляет главный предмет этой книги, самим рассказать свои истории. Я по мере сил старался добиться их искренности, но не настаивал на строгой документальности этих личных историй и фактов, сообщенных ими о себе, не проверял.

Меня нередко спрашивают, как я находил своих героев. Ряд специалистов, упомянутых в разделе, где я выражаю признательность за помощь в работе, помогли мне получить дос-

туп к своим пациентам. Я встречался с огромным количеством людей, которые, узнав о теме моей будущей работы, делились со мной своими глубоко содержательными историями; некоторые из них оказались в высшей степени захватывающими и в итоге были положены в основу этой книги. В 1998 году я напечатал статью о депрессии в журнале *The New Yorker* и после публикации получил за несколько месяцев более тысячи писем. Грэм Грин однажды сказал: "Я порой недоумеваю: как те, кто не пишет, не сочиняет музыку и не занимается живописью, ухитряются избегать безумия, меланхолии и панического страха, неразрывно связанных с условиями человеческого существования". По-моему, он сильно недооценил число людей, которые так или иначе, но пишут, чтобы избавиться от меланхолии и панического страха. Отвечая на потоки корреспонденции, я спрашивал тех, чьи письма меня более всего тронули, не согласятся ли они встретиться и побеседовать со мной на темы этой книги. Кроме того, я присутствовал и выступал на многочисленных конференциях, где знакомился с людьми, пользующимися услугами служб психического здоровья.

Я никогда раньше не писал о том, о чем столь многим людям так необходимо рассказать и о чем они решились мне поведать. То, что собирать материал для книги о депрессии настолько легко, иногда казалось мне даже страшным. В итоге я почувствовал: той области знаний, которая занимается депрессией, не хватает синтеза. Естественные науки, философия, юриспруденция, психология, литература, искусство, история и многие другие дисциплины занимаются депрессией независимо друг от друга. Так много интересного происходит со столь многими интересными людьми, так много интересного говорится и печатается, а в этом королевстве царит хаос. Первая цель этой книги — пробуждение сопереживания, сочувствия; вторая, достичь которой мне было гораздо труднее, — попытка системно изложить материал, в максимально возможной степени базирующийся на эмпирике, а не на широких обобщениях, добытых из случайных источников.

Должен особо подчеркнуть, что я не врач, не психолог и даже не философ. Это книга — глубоко личная, и ее не следует рассматривать как нечто большее: хотя я привожу объяснения и

излагаю интерпретации сложных идей, она вовсе не задумана как замена надлежащему уходу и лечению.

Цитируя устные и письменные источники, для удобства чтения я не применял многоточий и квадратных скобок, когда пропущенные слова, по моему мнению, существенно не изменяли смысла; если кто-нибудь пожелает свериться с этими источниками, он может воспользоваться оригинальными изданиями, каталог которых приведен в конце книги. Цитаты без ссылок на авторов взяты из личных бесед, датируемых в основном 1995—2001 годами.

Статистические данные заимствованы из серьезных исследований; с большей уверенностью я использовал те, которые часто цитируются. Мои собственные наблюдения в этой области показывают, что в целом статистика здесь довольно противоречива и многие авторы выбирают из нее нравящиеся им сведения для подтверждения заранее разработанных теорий. Я нашел одно солидное исследование, утверждавшее, что люди с депрессией, злоупотребляющие известными веществами (наркотиками, алкоголем, табаком), почти всегда выбирают в качестве таковых возбуждающие средства (стимуляторы); другое исследование столь же убедительно демонстрировало, что люди с депрессией, злоупотребляющие этими веществами, неизменно используют успокаивающие средства (например, опиаты). Многие авторы с помощью статистики напускают на себя тошнотворный вид несокрушимой убедительности; можно подумать, что если нечто случается в 82,37% случаев, то это более понятное и правдивое доказательство, чем когда нечто происходит в трех случаях из четырех. Мой опыт показывает, что именно точные цифры как раз и лгут: вещи, описываемые ими, не могут быть определены так четко. Самое точное утверждение о частоте проявлений депрессии — это то, что она проявляется часто, прямо или косвенно затрагивая жизнь каждого человека.

Мне трудно писать беспристрастно о фармацевтических компаниях, потому что большую часть моей сознательной жизни мой отец проработал в области фармацевтики, и я знаком со многими людьми из этой отрасли. Сейчас модно поносить фармацевтическую промышленность за то, что она использует больных людей в своих целях. Мой опыт говорит, что работаю-

щие в ней люди — и капиталисты, и идеалисты одновременно: они умеют считать прибыли, но, кроме того, питают надежду, что их труд может принести миру пользу и что они могут способствовать важным открытиям, в результате которых многие болезни исчезнут с лица земли. У нас не было бы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI), антидепрессантов, спасших много жизней, если бы не компании, финансировавшие исследования. Я старался, как мог, писать об этой отрасли ясно, поскольку это входит в предмет книги. Намучившись с моими депрессиями, мой отец распространил сферу деятельности своей компании в область антидепрессантов. Его компания, Forest Laboratories, ныне является дистрибьютором препарата целекса (Celexa) в США. Чтобы избежать обвинений в предвзятости, я не упоминаю это лекарство нигде, кроме случаев, когда умолчание выглядит слишком уж нарочитым или сбивающим с толку.

Пока я писал эту книгу, меня часто спрашивали, способствует ли работа над ней облегчению моего внутреннего состояния. Не способствует. Мой опыт подтверждает то, что испытывали другие пишущие на эту тему: писать о депрессии мучительно, этому сопутствуют печаль, стресс и чувство одиночества. Но мысль о том, что эта работа, вероятно, поможет людям, поддерживала во мне дух; помогали и мои растущие знания. Надеюсь, читателю станет ясно: основная радость от работы над этой книгой — удовольствие писателя, делящегося знанием, а не облегчение своего недуга в процессе самовыражения.

Я начинал работу с рассмотрения собственной депрессии; потом перешел к похожей депрессии у других; дальше — к иной форме депрессии; и, наконец, к депрессии в совершенно иных контекстах. Я включил сюда три рассказа из стран вне "первого мира". Описания моих встреч с людьми в Камбодже, Сенегале и Гренландии призваны служить противовесом некоторым характерным для нашей культуры идеям о депрессии, в рамки которых заключены многие исследования в этой области. Мои поездки в неведомые края были приключениями с привкусом экзотики, и я не стал подавлять несколько сказочный характер встреч с людьми, живущими в этих странах. Биохимическая и социальная природа депрессии такова, что она, пусть под

разными названиями и личинами, вездесуща. В этой книге делается попытка охватить исторические и географические зоны распространения депрессии. Порой создается впечатление, что депрессия — частный недуг современного западного среднего класса. Подобное представление возникает лишь потому, что именно в этой среде мы вдруг стали обретать новые прозрения, позволяющие распознать депрессию, назвать ее, лечиться от нее и принимать ее как факт, а вовсе не потому, что мы имеем особые права на сам недуг. Никакая книга не в состоянии охватить весь спектр человеческих страданий; надеюсь, что, хотя бы обозначая его, мне удастся помочь освободиться нескольким людям, страдающим депрессией. Никто и никогда не сможет уничтожить все человеческие несчастья, и даже победа над депрессией не гарантирует счастья, но я надеюсь, что сведения, содержащиеся в этой книге, помогут кому-нибудь избавиться от некоторой доли страданий.



## ГЛАВА I

# ДЕПРЕССИЯ

Депрессия указывает на несовершенство любви. Чтобы быть существами любящими, нам необходимо также быть существами, впадающими в отчаяние от потери того, что мы любим, и депрессия — механизм этого отчаяния. Наступая, она приводит к разрушению нашего Я и в конечном итоге к упадку способности дарить и принимать любовь. Депрессия — воплощение идеи о том, что каждый из нас одинок внутри себя, — разрушает не только нашу связь с другими, но и способность пребывать в мире наедине с собой. Любовь, хотя и не служит профилактикой депрессии, смягчает метания нашего ума и защищает его от самого себя. Лекарства и психотерапия могут восстановить механизм этой защиты, отчего становится легче любить и быть любимым, и именно в этом заключается смысл их применения. Находясь в добром расположении духа, люди любят: кто-то — самого себя, кто-то — других, кто-то — работу, кто-то — Бога, но любое из этих страстных чувств сообщает человеку то жизненно важное ощущение осмысленности бытия, которое противоположно депрессии. Временами любовь уходит от нас и мы уходим от любви. В состоянии депрессии становится очевидной бессмысленность любого начинания и любой эмоции, бессмысленность самой жизни. Единственное чувство, которое сохраняется при отсутствии любви, — чувство ничтожности.

Жизнь полна скорби. Что бы мы ни делали, все мы в конце концов умрем; каждый из нас заключен в одиночную камеру автономного тела; время идет, и прошедшее не вернется никогда. Страдание — наш первый опыт не желающего приходить

на помощь мира, и оно никогда нас не оставляет. Нам трудно, когда нас вырывают из уюта материнской утробы, а когда эта боль утихает, на смену ей приходит физическое страдание. Даже те, кому их вера обещает, что в ином мире все будет по-другому, не могут избежать мук мира сего; самого Христа называют "Мужем скорбей"<sup>1</sup>. Впрочем, мы живем в такое время, когда появляется множество альтернатив; сейчас, как никогда прежде, легко решать, что ощущать, а чего не ощущать. В жизни остается все меньше и меньше неприятных вещей, которых людям, имеющим для этого средства, невозможно избежать. Но, несмотря на исполненные энтузиазма утверждения фармакологической науки, совсем уничтожить депрессию невозможно, доколе мы остаемся существами, осознающими свое Я. В лучшем случае ее можно подавлять; именно на подавление и нацелено современное обращение с депрессией.

Политизированные, узковедомственные разговоры привели к стиранию различий между депрессией и ее последствиями — между тем, как ты себя чувствуешь, и тем, как под воздействием этого себя ведешь. Отчасти это феномен социальный и медицинский, но также и результат лингвистической путаницы, следующей за путаницей эмоциональной. Пожалуй, лучше всего определить депрессию как душевное страдание, захватывающее нас против нашей воли и затем перестающее зависеть от внешних обстоятельств. Депрессия — не просто сильное страдание, но слишком сильное страдание может перейти в депрессию. Печаль — это депрессия, соразмерная обстоятельствам; депрессия — это печаль, несоизмеримая с ними. Это страдание, похожее на траву перекаати-поле, которая питается как бы одним воздухом и растет, хотя и оторвана от питательной почвы. Его можно описать только с помощью метафоры и аллегории. Когда святого Антония-пустынника спросили, как он отличал ангелов, приходивших к нему в смиренном обличье, от бесов, являвшихся в пышности, он отвечал, что различить их можно по тому, что чувствуешь после их ухода. Когда тебя покидает ангел, ты чувствуешь, что его присутствие придало тебе сил, а при уходе беса ощущаешь ужас. Печаль — смиренный ангел, после ухода которого остаешься с крепкими, ясными

<sup>1</sup> Исайя, 53.3.

## Депрессия

мыслями, с ощущением собственной глубины. Депрессия — это бес, демон, оставляющий тебя в смятении.

Депрессию условно делят на малую (легкую, или дистимическую<sup>3</sup>) и большую (тяжелую). Легкая депрессия нарастает постепенно и иногда является постоянной; она подрывает человека, как ржавчина разъедает железо. Это слишком глубокая печаль по слишком мелкому поводу, страдание, заимствующее у других эмоций и потом их вытесняющее. Телесное обиталище такой депрессии — веки и мышцы, поддерживающие позвоночник. Она поражает сердце и легкие, заставляя не контролируемые волевым усилием мышцы сокращаться сильнее, чем им положено. Как и физическая боль, переходящая в хроническую форму, она мучительна не столько потому, что невыносима в каждый данный момент, сколько ожиданием: ты знал ее в прошлом и ожидаешь встречи с ней в будущем. Настоящее время легкой депрессии не предусматривает избавления, ибо она для тебя, как знание.

В книге "Комната Джейкоба" Вирджиния Вулф написала о таком состоянии с ледящей душу ясностью: "Джейкоб подошел к окну и стал там, засунув руки в карманы. За окном он увидел трех греков в коротких туниках, мачты кораблей, бездельничающих и занятых простолюдинов, прогуливающих, или шагающих целеустремленно, или собирающихся в кучки и оживленно жестикулирующих. Им не было до него никакого дела, но не от того происходило его уныние, а от некоего более глубокого убеждения — не в том дело, что ему случилось почувствовать себя одиноко, но в том, что одиноко всем". Далее она описывает, как "в ее душе поднялась какая-то чудная печаль, как будто сквозь юбки и жилеты просвечивали время и вечность, и она увидела, как люди движутся к трагическому концу. Но ведь, Бог свидетель, Джулия не такая уж дура". Вот такое острое сознание преходящести и ограниченности и составляет легкую депрессию. Легкая депрессия, с которой годами просто как-то уживались, все более становится объектом лечения по мере того, как врачи пытаются разобраться с многообразием ее форм.

*Дистимия* — неглубокая хроническая депрессия с минимальной выраженностью симптоматики. — *Прим. ред.*

Большая депрессия причиняет явные разрушения. Если представить себе душу из железа, которая закаляется скорбью и лишь ржавеет от легкой депрессии, то при тяжелой депрессии с грохотом обрушивается все сооружение. Есть две модели описания депрессии: количественная и качественная. Первая постулирует: депрессия находится в той же системе координат, что и печаль, и представляет собой экстремальный случай того, что каждый хоть однажды знал и чувствовал. Вторая модель описывает депрессию как болезнь, совершенно отделенную от остальных эмоций, подобно тому, как желудочно-вирусная инфекция есть нечто совершенно иное, чем несварение желудка. Обе модели верны. Эмоция постепенно нарастает или включается внезапно, и ты вдруг оказываешься в некоем месте, где все уже реально иначе. Чтобы здание, выстроенное на ржавеющем железном каркасе, обрушилось, нужно время, но коррозия неумолимо превращает твердое вещество в порошок, утончает, лишает сущности. Крушение, каким бы внезапным оно ни ощущалось, всегда следствие постепенного накопления распада. Тем не менее это в высшей степени драматичное, явно отличающееся от всех других событие. Долог путь от первой вмятины до момента, когда ржавчина проест железную балку насквозь. Иногда ржавеют такие узловые места, что обвал кажется полным, но чаще бывает иначе: рушится одна секция, задевает другую, общее равновесие резко сдвигается.

Безрадостно чувствовать в себе порчу: ощущать, как в тебе чуть ли не каждый день образуются новые вмятины; знать, что превращаешься в нечто хилое, бессильное; понимать, что значительную часть тебя унесет первым же сильным порывом ветра. Одни накапливают больше эмоциональной "ржавчины", другие меньше. Депрессия начинается с ощущения пресности; она затуманивает день, делая его краски блеклыми; она отнимает силу у повседневных поступков, пока их ясные очертания не затмятся усилиями, которые требуются, чтобы их совершать; ты устал, тебе все надоело, ты заиклен на себе... через это, хотя и с большими издержками, все-таки можно пройти. Но еще никто не сумел определить точку обвала, которой отмечена тяжелая депрессия; когда до нее доходишь, ошибиться трудно.

Тяжелая депрессия — это рождение и смерть: появление чего-то нового и полное исчезновение чего-то старого. Рожде-

## Депрессия

ние и смерть постепенны, хотя официальные документы и стараются подрезать крылья законам природы, придумывая разнообразные категории, например "официально скончался" и "время рождения". У природы свои причуды, но, несмотря на них, определенно существует мгновение, когда младенца только что не было в этом мире, а сейчас — он уже есть, и момент, когда пенсионер только что был в этом мире, а вот — его уже нет. Да, есть промежуточные стадии: когда головка младенца уже здесь, а тельца еще нет; пока пуповина не обрезана, дитя еще физически соединено с матерью. Да, пенсионер может в последний раз закрыть глаза задолго до того, как фактически умрет, и есть промежуток времени между мигмом, когда он перестает дышать, и моментом, когда объявляется, что его мозг мертв. Да, депрессия существует во времени. Пациент может сказать, что он несколько месяцев страдает тяжелой депрессией, но это попытка применить меру к неизмеримому. С уверенностью можно утверждать только одно: к настоящему моменту он познал тяжелую депрессию, а в каждый данный настоящий момент или испытываешь ее, или нет.

Рождение и смерть, составляющие депрессию, происходят одновременно. Не так давно я вновь посетил лес, в котором любил бывать в детстве, и увидел дуб столетнего достоинства, в сени которого играли мы с братом. За двадцать лет моего отсутствия к этому горделивому дереву присосалось какое-то огромное вьющееся растение и почти задушило его. Трудно было сказать, где кончался дуб, а где начиналась лиана. Она так полно обвила собою всю структуру ветвей, что ее листья издали казались листьями дуба, и только вблизи можно было увидеть, как мало оставалось у дерева живых листьев и как несколько отчаянно цепляющихся за жизнь побегов отпочковывались от массивного ствола, похожие на ряд торчащих больших пальцев, с листочками, машинально производящими фотосинтез согласно ничему не желающим знать законам биологии.

Недавно, выйдя из тяжелой депрессии, в которой мне было не до проблем других людей, я проникся чувствами этого дерева. Моя депрессия нарастала во мне, как лиана завоевывала Дуб; эта высасывающая тварь обвивалась вокруг меня, отвратительная, но более живая, чем я сам. Она обладала собственной жизнью, которая капля за каплей всасывала в себя мою.

На худших стадиях тяжелой депрессии у меня бывали состояния духа, о которых я точно знал — они не мои: они принадлежали депрессии, и это так же несомненно, как то, что листья на верхних ветвях дуба принадлежали вьющейся твари. Когда я старался это осмыслить, то чувствовал, что мой разум словно скован и не может двигаться ни в каком направлении. Я знал, что солнце всходит и заходит, но его свет почти не достигал меня. Я чувствовал, что сминаюсь под чем-то, что гораздо сильнее меня; сначала мои ноги ослабели в щиколотках, потом я потерял способность контролировать колени, затем от напряжения стала разламываться поясница, наконец, ввали в спячку плечи, и кончилось тем, что я свернулся, как эмбрион, напрочь опустошенный этой тварью, которая сокрушала меня, никак не поддерживая. Ее щупальца грозили разрушить мой разум, мое мужество, мой желудок, раздробить мои кости, иссушить мой организм. Она обжиралась мною, даже когда мне уже, казалось, нечем было ее кормить.

У меня не хватало даже сил перестать дышать. Я знал, что никогда не смогу убить эту лиану депрессии, и единственное, чего от нее хотел, чтобы она позволила мне умереть. Но она отняла всю энергию, которая понадобилась бы мне, чтобы убить себя, а сама убивать меня не собиралась. Если мой ствол прогнил, то эта тварь, им питавшаяся, была уже слишком крепка, чтобы дать ему упасть, — она стала альтернативной опорой тому, что сама уничтожила. Вжавшись в самый угол своей постели, рассеченный на части и вздернутый на дыбу этой тварью, которую вроде бы никто другой не видит, я молился некоему Богу, в которого никогда до конца не верил, и молил об избавлении. Я был бы рад умереть самой мучительной смертью, хотя находился в таком парализующем отупении, что не мог помыслить о самоубийстве. Каждая секунда пребывания живым причиняла страдания. Эта тварь выпила из меня все соки, так что жидкости не хватало даже на слезы. Рот пересох и запекся. Раньше я думал, что когда чувствуешь себя как нельзя хуже, слезы текут ручьем, но самая тяжелая мука — это сухая мука тотального осквернения, наступающая, когда все слезы уже иссякли; это страдание затыкает все отдушины, через которые ты раньше познавал мир, а мир тебя — таково присутствие тяжелой депрессии.

## Депрессия

Я сказал, что депрессия — это и рождение, и смерть. То, что рождается, — это лиана. Смерть — это твой собственный распад, когда ломаются ветви, еще поддерживающие твое несчастное существование. Первой уходит радость жизни, и ты перестаешь черпать удовольствие в чем бы то ни было. Это "ангедония"<sup>3</sup> — всем известный кардинальный симптом тяжелой депрессии. Но скоро вслед за радостью жизни уходят в небытие и другие эмоции: грусть, которая вроде бы и привела тебя в это состояние; чувство юмора; вера в любовь и способность любить. Рассудок выхолащивается, и уже даже самому себе начинаешь казаться недоумком. Если у тебя редкие волосы, они кажутся еще реже; если у тебя грубая кожа, она становится еще грубее. Ты ощущаешь исходящий от тебя кислый запах. Ты теряешь способность кому-либо доверять, быть чем-либо тронутым, горевать. Кончается тем, что ты просто отсутствуешь в себе самом.

Может быть, присутствующее захватывает то, что теперь отсутствует, а может быть, оно всего лишь становится явным, поскольку исчезают факторы, обычно затемняющие картину. Как бы то ни было, ты становишься меньше, чем есть, и попадаешь в тиски чего-то чуждого. Попытки излечения слишком часто направлены лишь на один аспект проблемы: они сосредоточены только на присутствии или только на отсутствии. Но необходимо еще срезать сотни фунтов лианы, и заново обучиться технике фотосинтеза и пользованию корневой системой. Медикаментозная терапия "прогрызает" захватчика. Ты чувствуешь, как это происходит, как лекарство отравляет паразита, и он вянет, вянет, вянет. Ты ощущаешь, как спадает груз, как ветвям удается во многом вернуть свою естественную осанку. Пока ты не избавился от лианы, думать о том, что потеряно, невозможно. Но и когда она уничтожена, у тебя может оставаться слишком мало листьев и слишком истонченные корни, а заново выстроить себя с помощью ныне существующих лекарств очень трудно. Когда гнет растения-паразита сброшен, те немногие листья, что разбросаны по скелету дерева, начинают требовать серьезной подкормки, но это — не са-

*Ангедония* (греч.) — неспособность испытывать удовольствие. — *Прим. ред.*

мое главное. Перестройка себя во время и после депрессии требует любви, глубокого видения, трудов и, более всего, времени.

Диагностика так же сложна, как и сама болезнь. Пациенты спрашивают врача: "У меня депрессия?" — как если бы спрашивали о результате анализа крови. Единственный способ узнать, находишься ли ты в депрессии, — слушать и наблюдать самого себя, осознать свои чувства и потом продумать их. Если большую часть времени вам плохо без причины — вы, скорее всего, в депрессии. Если большую часть времени вам плохо по какой-либо причине, вы тоже в депрессии, но в этом случае устранение причины может оказаться лучшим способом двигаться вперед, чем оставить обстоятельства неизменными и вести наступление на депрессию. Если депрессия делает вас инвалидом — это тяжелая депрессия, если лишь слегка беспокоит — не тяжелая. Настольная книга психиатров — "Руководство по диагностике и статистике" (*Diagnostic and Statistical Manual*), издание четвертое (в дальнейшем — *DSM-IV*), мало-вразумительно определяет депрессию как наличие пяти или более симптомов из девяти, список которых приводится. Проблема с этим определением в том, что оно абсолютно произвольно. Нет никакой конкретной причины квалифицировать наличие пяти симптомов как признак депрессии, четыре симптома тоже считать более или менее депрессией, а присутствие шести симптомов расценивать как случай менее тяжелый, чем когда их семь. Даже один симптом — крайне неприятная вещь. Иметь все симптомы в легкой форме может оказаться меньшей проблемой, чем два — в тяжелом варианте. Пройдя диагностику, большинство людей ищут причину заболевания, хотя знание причины болезни мало отражается на лечении.

Болезнь души — реальная болезнь и может иметь тяжелые последствия для организма. Людям, приходящим к врачу с жалобой на спазмы в желудке, часто говорят: "Да ну, у вас нет никаких особенных нарушений, просто вы в депрессии". Депрессия, если она настолько сильна, что может вызвать желудочные спазмы, на самом деле реальное и весьма серьезное нарушение, и ее надо лечить. Если вы придете к врачу с жалобой на затрудненное дыхание, вам никто не скажет: "Да ну,

## Депрессия

здесь нет никаких нарушений, просто у вас эмфизема". Психосоматические недуги для испытывающих их людей столь же реальны, как и желудочные колики для человека с пищевым отравлением. Они существуют в бессознательной области мозга, который шлет искаженные сигналы в желудок, так что они существуют и в желудке. Диагностика — определение того, что у вас не в порядке: в желудке, или в аппендиксе, или в мозге; она важна для назначения лечения и отнюдь не проста. Мозг — тоже весьма важный орган, и на его дисфункцию надо обращать соответствующее внимание.

Для устранения разлада между душой и телом часто призывают химию. Облегчение, которое люди испытывают, когда врач сообщает им, что их депрессия "химического характера", базируется на убеждении, что есть некое неразрывное Я, существующее во времени, и на фиктивном водоразделе между причинно обусловленной тоской и возникшей совершенно случайно. Слово "химический" как бы снимает чувство ответственности за доведенное до стрессового состояния недовольство, вызванное тем, что люди не любят свою работу, боятся приближающейся старости, терпят провал в любви, ненавидят своих родных. С "химическим" связано сладкое чувство свободы. Если ваш мозг предрасположен к депрессии, вам не надо винить в этом себя. Ну, что ж, не вините себя, вините эволюцию, но помните, что чувство вины тоже можно рассматривать как химический процесс и что ощущение счастья тоже носит химический характер. Химия и биология не посягают на "подлинное" Я; депрессию нельзя отделить от человека, который ею страдает. Лечение не занимается устранением расслоения вашего целого на составляющие, приводя вас обратно к какой бы то ни было норме; оно производит настройку многочисленных составляющих этого целого, чуть-чуть изменяя того, кем вы являетесь.

Всякий, кто изучал в школе естественные науки, знает, что человеческие существа состоят из химических веществ и что изучение этих веществ и структур, которые они формируют, называется биологией. Все, что происходит в мозге, имеет химические проявления и химические источники. Если вы закроете глаза и начнете сосредоточенно думать о белых медведях, это произведет в вашем мозге некий хими-

ческий эффект. Если вы сторонник политики отказа от налоговых льгот на доходы от прироста капитала, это производит в вашем мозге химический эффект. Вспоминая эпизод из прошлого, вы проделываете это с помощью сложного химического процесса памяти. Пережитые в детстве травмы и последующие жизненные трудности изменяют химию мозга. Тысячи химических реакций происходят в вашем мозге, когда вы решаете прочесть эту книгу, берете ее в руки, смотрите на форму букв на странице, извлекаете из этой формы смысл и реагируете интеллектуально и эмоционально на то, что они вам сообщают. Если время позволяет вам дождаться окончания цикла и выйти из депрессии, химические изменения не менее конкретны и сложны, чем те, что вызываются антидепрессантами. Внешнее определяет внутреннее, равно как и внутреннее строит внешнее. С этим трудно смириться: мало того, что все вообще очертания размыты, так еще и границы того, что делает нас самими собою, тоже несколько расплывчаты. Нет такого сущностного *Я*, которое лежало бы чистое, как золотая жила, под хаосом внешнего восприятия и химии. Изменяется все, и мы должны понимать организацию человеческого существа как последовательность множественных *Я*, растворяющихся друг в друге или выбирающих друг друга. Но язык науки, используемый при обучении практических врачей, а также в научных разговорах и публикациях, до странности извращен.

Совокупные результаты химических процессов в мозге не очень понятны. Так, в классическом учебнике психиатрии *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, изданном в 1989 году, находим полезную формулу: степень депрессии эквивалентна содержанию 3-метокси-4-гидроксифенилгликоля (вещества, находящегося в моче всех людей и неизвестно каким образом зависящего от депрессии) минус содержание 3-метокси-4-гидроксиминдальной кислоты плюс содержание норэпинефрина минус содержание норметанефрина плюс уровень метанефрина, и все это поделенное на содержание 3-метокси-4-гидроксиминдальной кислоты плюс неопределенный коэффициент преобразования; иными словами, как напечатано в учебнике, "степень Д-типа =  $Q$  (МНРГ) -  $C_2$  (VMA) +  $C_3$ (NE) -  $C_4$  (NMN + MN)/VMA +  $C_0$ ". Должна получиться определенная величина

на между единицей для пациентов с униполярной<sup>4</sup> депрессией и нулем для больных биполярным расстройством, так что если у вас получается что-то другое, вы ошиблись в расчетах. Много ли вам поможет понять такая формула? Как можно ее вообще применять к такой туманной вещи, как душевное состояние? Даже определить, в какой мере данные переживания привели к конкретному депрессивному состоянию, и то трудно; тем более мы не можем сказать, посредством каких химических процессов человек начинает реагировать на внешние обстоятельства депрессией, и не можем вычислить, что именно делает его склонным к этому недугу.

Популярные издания и фармацевтическая промышленность говорят о депрессии так, как если бы она была болезнью с одним эффектом, по типу диабета; но это не верно. Более того, депрессия поразительно не похожа на диабет. У диабетиков производится недостаточное количество инсулина, и поэтому диабет лечат повышением и стабилизацией содержания инсулина в крови. Депрессия же *не является* следствием пониженного уровня чего бы то ни было такого, что мы умеем на сегодняшний день измерять. Повышение уровня серотонина в мозге включает процесс, который по прошествии времени позволяет многим находящимся в депрессии чувствовать себя лучше, но это не потому, что у них пониженный уровень серотонина. Более того, серотонин не оказывает немедленного благотворного эффекта. Можно вкачать в мозг депрессивного пациента галлон серотонина, и от этого он не почувствует себя ни на йоту лучше, хотя долговременное устойчивое повышение уровня серотонина оказывает известное воздействие, смягчая симптомы депрессии. Сказать: "Я депрессивен, но это всего лишь химия" — то же самое, что сообщить: "Я кровожаден, но это всего лишь химия" или "Я умен, но это всего лишь химия". Если уж предпочитать разговор в этих терминах, то в человеке все "только" химия. "Можете сколько угодно повторять "это всего лишь химия", — говорит Мэгги Роббинс, страдающая маниакально-депрессивным расстройством, —

<sup>4</sup> Униполярное аффективное расстройство характеризуется повторными эпизодами депрессий или маниакальных состояний, не чередующихся между собой. — *Прим. ред.*

а я утверждаю, что химия — это отнюдь не "всего лишь". Солнце сияет, и это тоже — химия; химия в том, что камни — твердые, а море — соленое и что иные весенние вечера приносят со своим ласковым ветерком нечто бередящее душу, некую ностальгию, смутные желания и образы, дотоле спавшие под снегами долгой зимы. "Этот фокус с серотонином, — говорит Дэвид Макдауэлл из Колумбийского университета, — часть современной нейромифологии". А это очень сильная система мифов.

Внутренняя и внешняя реальности существуют в одной системе координат. Что именно случилось, и как вы понимаете, что случилось, и как реагируете на то, что это произошло, — все это обычно взаимосвязано, но здесь ни одно не в состоянии предсказать другое. Если сама реальность часто относительна, а личность пребывает в состоянии перманентного изменения, то переход от легкой меланхолии к крайне тяжелой — это *глиссандо*<sup>5</sup>. Болезнь, следственно, есть экстремальное состояние эмоции, и можно не без оснований назвать эмоцию вообще легкой формой болезни. Постоянно пребывая в приподнятом настроении и чувствуя себя великолепно (но только без маниакальных эксцессов), мы могли бы делать гораздо больше; возможно, отпущенное нам на земле время было бы более счастливым, но от этой мысли становится не по себе и даже немного жутко (впрочем, если бы мы постоянно были в приподнятом настроении и чувствовали себя великолепно, мы могли бы благополучно забыть о всяческих "не по себе" и "жутко").

С гриппом все просто: сегодня у вас в организме нет вызывающего его вируса, а завтра есть. ВИЧ передается от одного человека к другому в некую поддающуюся определению долю секунды. А депрессия? Это подобно попытке сформулировать клинические показания чувства голода, который преследует нас несколько раз в день, но в своем экстремальном варианте являет трагедию с человеческими жертвами. Одним людям нужно больше пищи, другим меньше; одни могут функционировать в условиях сурового недоедания; другие быстро слабе-

<sup>5</sup> *Глиссандо* (муз.) (итал. *glissando*, от франц. *glisser* — скользить) — особый прием извлечения звука. — *Прим. ред.*

ют и прямо на улице падают в обморок. Так же и депрессия: она поражает разных людей по-разному — одни расположены сопротивляться ей или бороться с ней весь период атаки, другие, попадая в ее тиски, становятся беспомощными. Гордость и упрямство в одном человеке могут позволить ему выдержать такую депрессию, которая свалит другого, с более мягким и уступчивым характером.

Депрессия по-разному взаимодействует с нашей индивидуальностью. Одни люди мужественны перед лицом депрессии (во время нее и после), другие слабы. Поскольку у индивидуальности тоже нет четко определяемых рамок, а ее химия уму непостижима, можно все списать на генетику, но и это будет упрощение. "Гена душевного состояния не существует, — говорит Стивен Хайман, директор Национального института психического здоровья (National Institute of Mental Health, NIMH). — Это просто условное обозначение очень сложного взаимодействия между генами и окружением". Если каждый способен в какой-то мере испытывать депрессию в определенных обстоятельствах, то каждый до некоторой степени способен и бороться с ней в определенных обстоятельствах. Часто борьба принимает форму поисков лечения, которое было бы наиболее эффективным против недуга: это и обращение за помощью, пока у тебя еще есть для этого силы, и усилия жить как можно более полной жизнью в промежутках между самыми тяжелыми приступами. Бывают люди с ужасающими симптомами, способные добиваться настоящего жизненного успеха; других уничтожает самая легкая форма болезни.

В том, чтобы пройти через легкую форму депрессии без лекарств, есть определенные преимущества. Возникает чувство, что ты можешь корректировать свой химический дисбаланс усилием "химической воли". Научиться ходить босиком по раскаленным углям — это тоже торжество психики над тем, что кажется неизбежной химией физической боли, и захватывающий способ открыть для себя чистую силу разума. "Самостоятельное" прохождение через депрессию позволяет избежать социального дискомфорта, связанного с психиатрическими препаратами. Этот путь связан с идеей о том, что мы принимаем себя такими, какими были сотворены, и перестраиваем себя с помощью исключительно наших внутренних механизмов, без

помощи извне. Постепенный, шаг за шагом, выход из тяжелого положения придает смысл и значимость самому недугу.

Однако мобилизовать внутренние механизмы трудно, и часто они бывают недостаточны. Депрессия нередко разрушает власть разума над душевным состоянием. Иногда сложная химия тоски приходит в движение из-за того, что теряешь любимого человека, и тогда химия утраты и любви может включить химию депрессии. Когда человек влюбляется, эта специфическая химия приходит в движение по вполне очевидным внешним причинам или же по причинам, о которых сердце не сообщает разуму. Если бы мы захотели излечить это безумие эмоции, нам бы, пожалуй, удалось. Когда подростки ненавидят своих родителей, которые стараются ради них изо всех сил, это с их стороны тоже безумие, но безумие общепринятое, всегда более или менее одинаковое, и мы принимаем его без особых вопросов. Иногда та же химия приходит в движение в силу причин тоже внешних, но, согласно общепринятым меркам, недостаточно веских, чтобы ими объяснить отчаяние: вас слегка толкают в переполненном автобусе — и вам хочется заплакать, или вы читаете о перенаселенности в мире — и ваша жизнь становится невыносимой. Каждому случалось испытывать несоразмерные эмоции по ничтожному поводу, или эмоции, источник которых неясен, или эмоции вообще безо всякого источника. Нередко химия приходит в движение без видимой внешней причины. У большинства людей бывали моменты необъяснимого отчаяния, часто среди ночи или поутру, перед звонком будильника. Если такие чувства продолжают десять минут, то это странное, но краткое душевное состояние. Если они длятся десять часов — это тревожный симптом мозгового расстройства, а если в течение десяти лет — это сокрушительная болезнь.

Состояние счастья часто — слишком часто! — сопровождается ощущением его хрупкости, тогда как депрессия, когда в нееходишь, кажется состоянием, которое никогда не кончится. Даже зная, что настроение может меняться и, что бы ты ни чувствовал сегодня, завтра все будет по-другому, — не можешь отдаться радости так, как отдаешься печали. Печаль для меня всегда была и остается более сильным чувством; может быть, так бывает не у всех, но это, вероятно, почва, на которой

вырастает депрессия. Я терпеть не могу быть в депрессии, но именно в этом состоянии познавал, сколько во мне пространства, каков размах моей души... Когда я счастлив, это состояние меня смущает, как будто при этом не используется некая часть моей души и мозга, нуждающаяся в упражнениях. Депрессия же требует действий. Обладание становится крепче и ощущается острее в момент потери: я во всей полноте вижу красоту стеклянной вазы в тот момент, когда она выскользывает из моих рук и падает на пол. "Мы находим удовольствие гораздо менее приятным, а страдание гораздо более болезненным, чем ожидали, — писал Шопенгауэр. — Нам постоянно нужно некоторое количество забот, или печалей, или нужды, как кораблю необходим балласт, чтобы держаться прямого курса".

У русских есть такое выражение: если ты проснулся, а у тебя ничего не болит, знай, что ты уже умер. Пусть в жизни есть не одно только страдание, но ощущение страдания, которое выделяется из всех ощущений своей интенсивностью, — один из самых безошибочных признаков присутствия жизненной силы. Шопенгауэр сказал: "Вообразите род сей перемешенным в некую Утопию, где все растет само по себе, а кругом летают жареные индюшки, где люди находят себе любимых без малейших затрат времени и удерживают без всякого труда: в таком месте люди будут умирать от скуки или вешаться, а некоторые начнут драться и убивать друг друга и так станут создавать себе большие неприятности, чем те, которыми без того наделила их природа... полярная противоположность страданию есть скука". Я считаю, что страдание надо преобразовывать, но не забывать; отрицать, но не изгонять.

Меня убедили, что некоторые из самых обобщающих цифр о депрессии основаны на реальности. Хотя было бы ошибкой путать цифры с истиной, но они повествуют о пугающих вещах. Согласно недавним исследованиям, около 3% жителей Америки — а это около 19 миллионов — страдают хронической депрессией. Более 2 миллионов из них — дети. Маниакально-депрессивный психоз, часто называемый биполярным расстройством, поскольку душевное состояние его жертв изменяется от мании до депрессии, поражает около 2,3 миллиона и стоит вторым в ряду причин смерти у молодых женщин и третьим у молодых мужчин. Депрессия, согласно *DSM-IV*, является

ся лидирующим фактором инвалидности в США и в целом по всему миру среди лиц старше пяти лет. Во всем мире, включая развивающиеся страны, депрессия причиняет больше ущерба, чем все другие заболевания, кроме сердечно-сосудистых, — если считать преждевременную смерть вкупе с потраченными на инвалидность годами жизни. В активе депрессии больше потерянных лет, чем у войны, рака и СПИДа, вместе взятых. Многие болезни, от алкоголизма до инфаркта, маскируют депрессию, когда к ним приводит именно она; если же учесть и это, то может оказаться, что депрессия — страшнейший в мире убийца.

Сейчас появляются способы лечения депрессии, но всего лишь половина американцев, когда-либо страдавших тяжелой ее формой, обращались за какой бы то ни было помощью — даже к священнику или к врачу-консультанту. Около 95% из этих 50% обращаются к своим обычным врачам, которые знают психических заболеваний мало. У среднего взрослого американца, страдающего депрессией, болезнь будет распознана примерно в 40% случаев. При этом около 28% американцев регулярно принимают SSRI (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, тип препаратов, к которому принадлежит прозак) и многие другие лекарства. Менее половины диагностированных пациентов получают адекватное лечение. Поскольку определение депрессии постоянно расширяется и включает в себя все большие массы населения, вычислять точные цифры смертности становится все труднее. Традиционная статистика говорит, что 15% депрессивных людей в итоге кончают с собой; эта же цифра верна для людей с крайней формой заболевания. Недавние исследования, изучавшие и более мягкие формы депрессии, показывают, что от 2% до 4% людей, страдающих этим недугом, наложат на себя руки непосредственно в результате болезни. Это тоже страшные цифры. Двадцать лет назад около 1,5% населения страдало депрессией, требующей лечения; сейчас это уже 5%, а еще 10% всех ныне живущих американцев могут ожидать, что на протяжении жизни у них случится серьезный эпизод депрессивного расстройства. Около 50% из них испытают синдромы депрессии. Число клинических проблем возросло; способов лечения стало намного больше. Диагностика становится точнее, рас-

познается больше случаев, но размах проблемы объясняется не этим. Случаи депрессии учащаются в развитых странах, в частности, среди детей. Депрессия поражает молодых людей, нанося свой первый визит (в среднем) около двадцати шести лет — на десять лет раньше, чем в предыдущем поколении; биполярное расстройство, или маниакально-депрессивный психоз, проявляется еще раньше. Дела идут все хуже и хуже.

Существует немного болезненных состояний, которые лечили бы настолько недостаточно и в то же время настолько чрезмерно, как депрессию. Людей, становящихся полностью нефункциональными, в итоге госпитализируют и, скорее всего, станут лечить, хотя иногда их депрессию путают с физическим заболеванием, через которое она ощущается. А при этом в мире полно людей, которые едва держатся и, несмотря на великие революции в психиатрии и психофармакологии, продолжают жить в страшных мучениях. Более половины обращающихся за помощью — еще 25% страдающих депрессией — не получают никакого лечения. Около половины тех, кто получает, — примерно 13% депрессивных больных — получают неправильное лечение; часто это транквилизаторы или неподходящая психотерапия. Половина оставшихся — около 6% больных депрессией — получают неадекватные дозы на протяжении неадекватного времени. Итак, остается около 6% — это те, кто получает адекватное лечение. Но и из них многие часто перестают принимать свои лекарства, обычно из-за побочных эффектов. "Оптимальное лечение получают приблизительно от 1 до 3%, — говорит Джон Греден, директор Института психиатрических исследований при Мичиганском университете, — и это в случае болезни, которую можно хорошо контролировать с помощью сравнительно недорогих медикаментов с малым количеством серьезных побочных эффектов". Тем временем на другом конце спектра находятся люди, считающие, что блаженная жизнь полагается им по праву рождения, а посему заглатывают вереницы таблеток в суетных усилиях устранить всякий легкий дискомфорт, из которого ткется любая жизнь.

Сейчас уже хорошо известно, что появление феномена топ-модели повредило восприятию женщинами самих себя, поскольку выставило нереально высокие стандарты. Психологическая топ-модель XXI века еще опаснее, чем физическая.

Люди неустанно анализируют свою психику и отрицают свои душевные состояния. "Это феномен Лурда<sup>6</sup>, — говорит Уильям Поттер, возглавлявший психофармакологический отдел Национального института психического здоровья на протяжении 70-х и 80-х годов, когда разрабатывались новые препараты. — Когда показываешь большому числу людей нечто такое, что они имеют основание считать действующим положительно, получаешь рассказы о чудесах — ну и, конечно, о трагедиях". К прозаку относятся с такой легкой терпимостью, что его может принимать почти каждый, да почти каждый и принимает. Его дают людям с легким недомоганием, которых незачем подвергать дискомфорту более старых антидепрессантов — ингибиторов моноаминоксидазы<sup>7</sup> или трицикликов<sup>8</sup>. Даже если вы еще не в депрессии, он может сузить границы вашей тоски — все лучше, чем жить и мучиться, а?

Мы патологизируем излечимое, и к состояниям, которые можно легко модифицировать, начинают относиться как к болезни, даже если раньше считали чертой характера или настроением. Как только у нас появится лекарство против насилия, насилие станет болезнью. Есть множество "серых" состояний между чернотой полномасштабной депрессии и белизной легкой боли, сопровождающейся нарушениями сна, аппетита, энергии или интереса; мы начали относить все большее число таких состояний к разряду болезней, потому что находим все новые и новые способы их исправлять. Но критическая точка остается произвольной. Мы решили, что коэффициент интеллекта (IQ) 69 означает умственную неполноценность, но бывает, что человек с IQ 72 находится в особенно хорошей форме, тогда как при 65 кто-то может более или менее управляться;

<sup>6</sup> Лурд — город во Франции, где, по преданию, в 1858 году святой Бернадете явилась Дева Мария. На месте явления открылся источник — место массового паломничества, где происходит огромное число исцелений. — *Прим. ред.*

<sup>7</sup> Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) — группа препаратов, тормозящих активность фермента (МАО) и таким образом препятствующих разрушению серотонина и других биогенных аминов. — *Прим. ред.*

<sup>8</sup> Три циклические антидепрессанты — группа препаратов, блокирующих обратный захват нейромедиаторов (норадреналина и серотонина) пресинаптической мембраной и таким образом увеличивающих их количество в синаптической щели. — *Прим. ред.*

мы объявили, что следует поддерживать холестерин на уровне не выше 220, но если он у вас 221, вы, пожалуй, от этого не умрете, а если 219, необходимо следить за собой. Здесь 69 и 220 — произвольные числа, и то, что мы называем болезнью, на самом деле тоже вполне произвольно; а в случае депрессии оно еще и постоянно меняется.

Депрессивные люди беспрерывно используют выражение "через край", обозначая им переход от боли к безумию. Это очень конкретный образ, подразумевающий "падение в пропасть". Не странно ли, что так много людей пользуются одно-родной лексикой — ведь "край" — вполне абстрактная метафора. Мало кто из нас когда-либо падал с края чего бы то ни было, и уж, во всяком случае, не в пропасть. Гранд-Каньон? Норвежский фьорд? Южно-африканские алмазные копи? Нам трудно даже *найти* пропасть, в которую можно упасть. Как правило, в разговоре люди описывают пропасть единообразно. Прежде всего, она темна. Ты выпадаешь из солнечного света и летишь по направлению к месту, где тени черны. Там, внутри, ничего не видно и со всех сторон поджидают опасности (в этой пропасти нет ни мягкого дна, ни мягких стен). Пока падаешь, не знаешь, до какой глубины долетишь и сможешь ли остановиться. Ты снова и снова ударяешься о невидимые предметы, уже весь в синяках, но, пока продолжается движение, зацепиться ни за что невозможно.

Страх высоты — самая распространенная фобия в мире. По-видимому, она сослужила нашим предкам хорошую службу, ибо те, кто не боялся, вероятно, нашли-таки свою пропасть и свалились в нее, тем самым избавив род человеческий от своего генетического материала. Стоя на краю утеса и глядя вниз, ощущаешь головокружение. Твое тело вовсе не начинает работать лучше, чем всегда, чтобы позволить тебе с безупречной точностью отодвинуться прочь от края. Ты думаешь, что вот-вот упадешь, и, если будешь смотреть долго, и впрямь можешь упасть. Ты парализован. Помню, как я ездил с друзьями на водопад Виктория, где огромной высоты отвесная скала падает в реку Замбези. Мы были молоды и немного подначивали друг друга, позируя для фотографий настолько близко к краю, насколько хватало духу. Каждый из нас, приближаясь к обрыву, чувствовал тошноту и парализующее бессилие. По-моему, деп-

рессия — это не собственно падение через край (от этого очень быстро умирают), а чрезмерное приближение к краю, к тому моменту страха, когда ты перешел черту и головокружение уже лишило тебя способности сохранять равновесие. На водопаде Виктория мы выяснили, что непереступаемая точка — это невидимый край, лежащий на приличном расстоянии от того места, где скала обрывается фактически. В трех метрах от обрыва мы все чувствовали себя прекрасно. В полутора метрах большинство из нас пасовали. В какой-то момент приятельница, фотографировавшая меня, захотела поймать в кадре мост в Замбию.

— Можешь подвинуться немного влево? — попросила она, и я послушно сдвинулся влево — сантиметров на 30. Я улыбался — славная такая улыбка, она сохранилась на фотографии, а она сказала:

— Ты слишком близко к краю. Давай назад.

Стоя там, я чувствовал себя абсолютно комфортно, но тут посмотрел вниз: я увидел, что перешел свою черту. Кровь отхлынула от моего лица.

— Все в порядке, — сказала девушка, подошла поближе и протянула мне руку. Гладкий обрыв был в четверти метра от меня, но мне пришлось опуститься на колени, потом лечь плашмя на землю и проползти метр-другой, пока я снова не почувствовал под собой твердую почву. Я знаю, что у меня адекватное чувство равновесия, и могу совершенно легко стоять на 40-сантиметровой площадке; я даже умею отбивать четку, причем вполне уверенно, не падая. А на таком же расстоянии от Замбези я стоять не мог.

Депрессия опирается на парализующее чувство неминуемой опасности. То, что ты спокойно можешь сделать на высоте в пятнадцать сантиметров, ты не в состоянии совершить, когда земля под тобой опускается, открывая обрыв в триста метров. Ужас перед падением сжимает тебя, даже если этот ужас и есть то самое, от чего ты упадешь. То, что происходит с тобой во время депрессии, ужасно, возникает ощущение, что все словно окутано тем, что вот-вот должно произойти с тобой. Кроме всего прочего, ты чувствуешь, что сейчас умрешь. Умереть — это бы еще куда ни шло, но вот жить на пороге умирания, в состоянии еще не совсем за физическим краем, — это

## Депрессия

совершенно ужасно. Во время тяжелой депрессии руки, протянутые к тебе, — вне пределов твоей досягаемости. Ты не можешь опуститься на четвереньки, потому что чувствуешь: как только наклониться, даже и в противоположную сторону от обрыва, так тут же потеряешь равновесие и свалишься. О да, образ пропасти вполне точен: темнота, ощущение опасности, потеря контроля. Но если вообразить, что действительно падаешь в бездонную пропасть, то о контроле речь идти не может. Бесконечное падение и полное отсутствие контроля над собой. Вот где появляется это ужасающее чувство, что ты лишен контроля над собой именно в тот момент, когда он тебе более всего нужен и ты имеешь на него право. Неотвратимость надвигающегося ужаса полностью завладевает настоящим моментом. Когда ты уже не можешь держать равновесия, несмотря на широкую зону безопасности, болезнь зашла слишком далеко. В депрессии все происходящее в данный момент есть предвкушение страдания в будущем, а настоящее само по себе более не существует.

Депрессия — состояние, которое почти невозможно представить себе тому, кто ее не знал. Единственный способ говорить об опыте ее переживания — это метафоры: лианы, деревья, утесы и проч. Диагностировать ее нелегко, потому что приходится полагаться на метафоры, а метафоры, выбираемые одним пациентом, отличаются от тех, которые предпочитает другой. Мало что изменилось с тех пор, как Антонио из "Венецианского купца" сетовал:

Мне это в тягость; вам, я слышу, тоже.  
Но где я грусть поймал, нашел, иль добыл,  
что составляет, что родит ее, —  
Хотел бы знать!  
Бессмысленная грусть моя виною,  
Что самого себя понять мне трудно<sup>9</sup>.

Скажем прямо: на самом деле мы не знаем, что вызывает депрессию. На самом деле мы не знаем, что составляет депрессию. На самом деле мы не знаем, почему те или иные средства бы-

<sup>9</sup> Перевод Т. Щепкиной-Куперник.

вают действенны против депрессии. Мы не знаем, как депрессия проделала свой путь в эволюционном процессе. Мы не знаем, почему один человек впадает в депрессию при обстоятельствах, нисколько не волнующих другого. Мы не знаем, как в этом контексте действует наша воля.

Окружающие ждут от людей, находящихся в депрессии, что они возьмут себя в руки: в нашем обществе нет места хандре. Супругов, родителей, детей затачивают с собой в бездну, — а им не хочется быть рядом с безмерными страданиями. Из бездны глубокой депрессии никто не может ничего, разве только просить о помощи (и то не всегда), но когда помощь подают, ее нужно еще суметь принять. Мы бы хотели, чтобы прозак помог нам, но, по моему опыту, прозак не справится сам, если мы не поможем ему. Прислушайтесь к тем, кто вас любит. Поверьте, что ради них стоит жить, даже если вы в это не верите. Поищите в себе воспоминания, которые отнимает депрессия, и спроецируйте их на будущее. Будьте бесстрашны; будьте сильны, принимайте свои пилюли. Делайте физические упражнения, потому что это полезно, даже если каждый шаг весит тонну. Ешьте, даже если вас воротит от пищи. Рассуждайте с самим собой, даже если вы потеряли способность рассуждать. Эти увещевания, словно записочки, вынутые из рождественского печенья-гаданья, звучат стандартно, но самый верный способ выйти из депрессии — это не любить ее и не позволять себе к ней привыкать. Блокируйте ужасные мысли, вторгающиеся в ваш разум.

Прошло уже много лет с того момента, как я начал лечиться от депрессии. Хотел бы я знать, как это случилось. Понятия не имею, как я пал так низко, и очень мало знаю о том, как вылез и упал опять, и опять, и опять... Я боролся с присутствием захватчика — лианой — всеми общепринятыми средствами, какие только мог найти, и потом придумывал, как исправить собственное отсутствие, — столь же старательно, но и интуитивно, как когда-то учился ходить и говорить. У меня было много легких эпизодов депрессии, потом два серьезных, потом перерыв, потом третий срыв<sup>10</sup>, потом еще несколько рециди-

<sup>10</sup> Словом "срыв" автор называет очередной депрессивный эпизод. — *Прим. ред.*

ВОВ. Теперь я делаю все, что должен, чтобы избежать новых потрясений. Каждое утро и каждый вечер я смотрю на таблетки в своей ладони: белая, розовая, красная, бирюзовая. Порой они выглядят, как надписи у меня на руке, иероглифические пророчества о том, что у меня в будущем все может быть в порядке и что мой долг перед самим собою — пожить и увидеть. Иногда мне представляется, что дважды в день я глотаю собственные похороны, потому что без этих таблеток меня давно бы уже не было. Когда я не в отъезде, я дважды в неделю хожу к психотерапевту. Иногда наши сеансы мне скучны, иногда хочется чего-то иного, никак с этим не связанного, а иногда у меня появляется чувство прозрения. Отчасти благодаря тому, что наговорил мне этот человек, я перестроился настолько, чтобы уметь "проглатывать" собственные похороны, а не осуществлять их на практике. Разговоров было много; я верю, что слова сильны и способны одолеть страх, когда отвращение к нему сильнее, чем ощущение, что жизнь хороша. Со все более утонченным вниманием я обращался к любви. Любовь — это еще один путь вперед. Им надо наступать вместе: сами по себе таблетки — яд, но слабый, сама по себе любовь — нож, но тупой, само по себе знание — веревка, которая затягивается лишь при слишком сильном натяжении. Имея весь набор, вы, если поведет, сможете спасти свое дерево от лианы.

Я люблю свой век. Конечно, очень хотелось бы уметь путешествовать во времени: я с наслаждением посетил бы библейский Египет, Италию эпохи Возрождения, елизаветинскую Англию, увидел расцвет инков, повстречал обитателей Большого Зимбабве, посмотрел, какой была Америка, когда ею владели коренные жители. Но никакое другое время я не предпочел бы своему. Я люблю современный комфорт. Я люблю сложность нашей философии. Я люблю ощущение постоянных перемен, сопровождающее нас в этом новом тысячелетии, чувство, что мы обладатели таких знаний, каких человечество еще никогда не имело. Мне нравится сравнительно высокий уровень социальной терпимости в стране, где я живу. Мне нравится возможность снова, и снова, и снова путешествовать по всему миру. Мне нравится, что люди живут дольше, чем когда бы то ни было раньше, что время на нашей стороне, если сравнить с тысячелетием назад.

Однако мы стоим перед лицом беспрецедентного кризиса нашего физического окружения. Мы потребляем плоды земли с ужасающей быстротой, сея страшный вред на суше, на море и в воздухе. Тропические леса уничтожаются; океаны переполняются промышленными отходами; озонный слой истончается. В мире гораздо больше людей, чем когда-либо прежде, а в будущем году их будет еще больше, а потом еще. Мы создаем проблемы, которые будут осаждать следующее поколение, и следующее, и следующие за этими. Человек преобразил землю с тех самых пор, когда выточил из камня первый нож, когда азиатский земледelec бросил в землю первое зерно, но теперь скоррсть изменений выходит из-под контроля. Я убежден, что мы должны предпринять шаги к перемене нашего нынешнего курса, если не хотим завести свой корабль в небытие.

Мы изыскиваем новые решения проблем, и это признак гибкости человеческого рода. Мир продолжается, продолжается и наш биологический вид. Рак кожи стал гораздо более распространен, чем раньше, потому что атмосфера гораздо слабее защищает нас от солнца. Летом я пользуюсь кремами и лосьонами с высоким солнцезащитным уровнем, и с ними мне безопаснее. Время от времени я хожу к дерматологу, и однажды он взял срез с моей разросшейся веснушки и отправил на анализ. Дети, которые раньше бегали по пляжу нагишом, теперь намазаны толстым слоем защитного крема. Мужчины, раньше работавшие обнаженными до пояса в полуденный зной, теперь носят рубашки и стараются работать в тени. С этой стороной нашего кризиса мы учимся справляться. Мы изобретаем новые средства защиты, которые весьма далеки от жизни в потемках. Но кроме этого мы должны постараться не уничтожить то, что осталось. Сейчас там, наверху, еще много озона, и он пока справляется со своей работой неплохо. Для окружающей среды было бы хорошо, если бы все прекратили пользоваться автомобилями, но этого не будет, разве что на нас накатит мощная приливная волна окончательного кризиса. Я, честно говоря, считаю, что скорее люди станут жить на Луне, чем у нас будет общество без автомобильного транспорта. Радикальные перемены невозможны и во многом нежелательны, но они, безусловно, нужны.

Похоже, что депрессия существует с тех пор, как у человека появилась способность самосознающего мышления. А может

быть, она существовала еще и раньше и от нее страдали мартышки, и крысы, и даже, вероятно, осьминоги еще до того, как двуногие гуманоиды влезли в свои пещеры. Симптоматология наших времен более или менее неотличима от того, что Гиппократ описал две с половиной тысячи лет тому назад. Ни депрессия, ни рак кожи не являются порождениями XXI века. Как и рак кожи, депрессия — телесный недуг, который разросся в недавние времена по вполне конкретным причинам. Не будем же слишком долго стоять на месте и игнорировать ясные признаки растущих проблем. Многие из того, в чем мы уязвимы теперь, в предыдущие эпохи осталось бы незамеченным, теперь же цветет пышным цветом как полномасштабное клиническое заболевание. Мы должны не только изыскивать своевременные решения текущих проблем, но стремиться держать эти проблемы в рамках и не позволять им похищать наш разум. Рост заболеваемости депрессией, безусловно, следствие современного образа жизни. Темп жизни, технологический хаос, отчуждение людей друг от друга, ломка традиционных семейных структур, одиночество эпидемических масштабов, крах систем верований (религиозных, нравственных, политических, социальных — всего того, что придавало жизни смысл и направленность) приняли характер катастрофы. К счастью, мы имеем средства для того, чтобы справляться с проблемами. У нас есть медикаменты, направленные на борьбу с органическими нарушениями, и терапевтические методы, направленные на поддержание людей с хроническими эмоциональными расстройствами. Депрессия стоит нашему обществу все дороже, но она не разорительна. У нас есть психологические эквиваленты солнцезащитных кремов, фуражек с большими козырьками и тени.

Но есть ли у нас эквивалент движения в защиту окружающей среды, системы сдерживания вреда, который мы наносим социальному озоновому слою? Тот факт, что мы умеем лечить, не должен служить причиной игнорирования нами проблемы, которую мы в состоянии решить. Мы должны приходить в ужас от имеющейся статистики. Что делать? Иногда кажется, что уровень заболеваемости и количество средств излечения словно соревнуются друг с другом — кто кого обгонит. Мало кто из нас захочет или сможет отказаться от современного образа

мышления как и от современного образа материального существования. Но мы должны прямо сейчас начать делать хоть малое, чтобы понизить уровень засорения социально-эмоциональной среды. Мы должны искать веру (во что угодно — в Бога, в себя, в других людей, в политику, в прекрасное, чуть ли не во все, что существует) и строить структуру помощи. Мы должны помогать социально отверженным, чьи страдания так умаляют радости мира, — и ради живущих в тесноте масс, и ради людей привилегированных, но лишенных глубоких побудительных мотивов своей жизни. Мы должны практиковать активную любовь и должны ей обучать. Мы должны изменять к лучшему обстоятельства, приводящие к ужасающему уровню стресса. Мы должны выступать против насилия и, может быть, против его демонстрации. Это не сентиментальное пожелание; это столь же актуально, как и крики о спасении тропических лесов.

В какой-то момент, до которого мы еще не дошли, но, думаю, скоро дойдем, уровень ущерба превысит прогресс, который мы оплачиваем этим ущербом. Революции не будет, но появятся, возможно, иные типы школ, иные модели семьи и общества, иные процессы передачи информации. Если мы собираемся оставаться на земле, нам придется много работать. Мы научимся увязывать лечение болезни с изменением обстоятельств, ее вызывающих. Мы будем так же стремиться к профилактике, как и к лечению. Повзрослев в новом тысячелетии, мы, надеюсь, спасем тропические леса, озоновый слой, реки, ручьи и океаны этой земли; кроме того, я уверен, мы спасем умы и сердца людей, на ней живущих. Тогда мы обуздаем свой все нарастающий страх перед "демонами полудня" — тревожность и депрессию.

Народ Камбоджи живет в условиях небывалой в истории трагедии. В 70-х годах революционер Пол Пот установил в Камбодже маоистскую диктатуру во имя того, что он назвал "красными кхмерами". За годы последовавшей за этим гражданской войны было уничтожено 20% населения страны. Образованная элита была вырезана, крестьян систематически перегоняли с места на место, многих бросали в тюрьмы, где над ними изде-

См. гл. VIII.

вались; вся страна жила в постоянном страхе. Войны трудно ранжировать — недавние зверства в Руанде бушевали с особой силой, — но уж эпоха Пол Пота не уступала ужасами никакому периоду новой истории в любой точке мира. Что происходит с твоей эмоциональной жизнью, если ты видел четверть своих соотечественников убитыми, или сам прошел через ужасы зверского режима, или когда вопреки безнадежности трудишься на возрождение опустошенной страны? Я хотел увидеть, что происходит с чувствами граждан страны, переживших вместе с нею чудовищный стресс, живущих в отчаянной нужде, практически не имеющих ресурсов и шансов на получение образования или работы. Я мог бы выбрать другую страну, где люди страдают, но не хотел ехать туда, где идет война, потому что психология отчаяния военного времени обычно неистова; отчаяние, приходящее с разрухой, более тупое и всеобъемлющее. Камбоджа — не та страна, где одна группа населения зверски дралась с другой; это страна, где каждый был в состоянии войны с каждым, где все механизмы общества полностью уничтожены, где ни у кого не осталось любви и идеалов.

Камбоджийцы в целом приветливы и предельно дружелюбны к посещающим их иностранцам. Большинство из них тихие, кроткие и дружелюбные люди. Трудно поверить, что такая славная страна и есть то место, где творил свои бесчинства Пол Пот. У каждого, с кем я встречался, было свое объяснение по поводу того, как могли появиться "красные кхмеры", но ни одно из них не имеет смысла, как не имеют смысла объяснения "культурной революции", сталинизма и нацизма. Это случается со страной, и задним числом можно понять, почему данный народ оказался этому подвержен; но в какой области человеческого воображения лежат источники подобного образа действий — непознаваемо. Общественная ткань всегда очень тонка, но почему она истончается в прах, как произошло в этих обществах, узнать невозможно. Американский посол в Камбодже сказал мне, что самая большая проблема кхмеров в том, что традиционное камбоджийское общество не знает мирных механизмов разрешения конфликта. "Если у них случаются разногласия, — сказал он, — они должны совершенно их отрицать или подавлять, а иначе им придется вынимать кинжалы и драться". Один член нынешнего камбоджийского правитель-

ства объяснил, что народ слишком долго находился в раболепном подчинении абсолютному монарху и не надумал бороться против властей, пока не стало уже слишком поздно. Я выслушал не менее дюжины других историй и отношусь скептически ко всем.

) Беседа с людьми, пострадавшими от зверств "красных кхмеров", я заметил, что большинство из них предпочитает смотреть в будущее. Когда я настаивал на желании услышать личную историю, они непроизвольно переходили на скорбные глаголы прошедшего времени. То, что я услышал, было бесчеловечно, ужасающе, отвратительно. Каждый взрослый, встречавшийся мне в Камбодже, пережил такие травмирующие события, какие любого из нас привели бы к безумию или самоубийству. В глубине сознания пережитое ими представляло еще один уровень кошмара. Я ехал в Камбоджу, чтобы испытать смирение перед лицом чужих страданий; меня смирили до самой земли.

За пять дней до отъезда из страны я встретился с Фали Нуон, которая была когда-то кандидатом на Нобелевскую премию; она устроила в Пномпене детский приют и центр для отчаявшихся женщин. Она решила попытаться вернуть к нормальной жизни женщин с такими душевными расстройствами, что другие врачи отказались от них, считая, что их невозможно воскресить. Фали Нуон добилась огромного успеха: в ее сиротском доме работают почти исключительно женщины, которым она помогла и которые образовали вокруг нее некое общество милосердия. Говорят, что, если спасти женщин, они, в свою очередь, спасут детей, и так по цепочке спасешь страну.

Мы встретились в небольшой комнате старого конторского здания недалеко от центра Пномпеня. Она сидела на стуле у стены, я на кушетке напротив. Асимметричные глаза Фали Нуон, кажется, сразу видят тебя насквозь и в то же время привечают. Как и большинство камбоджийцев, по западным стандартам она слишком маленькая. Седеющие волосы гладко зачесаны назад, что придает ее лицу жесткую выразительность. Проводя какую-то мысль, она может быть настойчивой, но в основном застенчива и улыбчива, а когда молчит, опускает глаза.

Мы начали с ее собственной истории. В начале 70-х годов Фали Нуон работала стенографисткой в камбоджийском ми-

нистерстве финансов и в торговой палате. В 1975 году, когда Пол Пот и "красные кхмеры" захватили Пномпень, ее арестовали дома вместе с мужем и детьми. Мужа куда-то услали, и она не имеет представления, казнили его или оставили в живых. Ее с двенадцатилетней дочерью, трехлетним сыном и новорожденным младенцем послали на полевые работы в деревню. Условия были ужасны, пищи едва хватало, но она работала, как все, "ничего никому не говоря, никогда не улыбаясь, потому что мы знали: в любой момент нас могут послать на смерть". Через несколько месяцев ее вместе с детьми отослали в другое место. На этапе ее привязали к дереву и прямо у нее на глазах изнасиловали и убили дочь. Через несколько дней настала очередь самой Фали Нуон. Вместе с несколькими другими работниками ее привезли за город. Ей связали за спиной руки, а ноги скрутили вместе. Заставив опуститься на колени, ее привязали к стволу бамбука и стали наклонять к размокшей земле, так что она должна была напрягать ноги, чтобы не потерять равновесия. Замысел был таков, что она, лишившись сил, упадет лицом в жидкую грязь и, не имея возможности двигаться, захлебнется ею. Ее трехгодовалый сын кричал и плакал рядом с нею. Его привязали к ней так, что, если она упадет, он захлебнется тоже — Фали Нуон станет убийцей собственного ребенка.

Фали Нуон солгала. Она сказала, что до войны работала у одного из высокопоставленных членов партии "красных кхмеров" и была его любовницей; он будет очень сердит, если ее убьют. Мало кому удавалось уходить живым со смертоносных полей, но капитан, который, возможно, поверил ее рассказу, наконец сказал, что не может больше выносить криков ее детей, а тратить на нее пулю было бы слишком расточительно; он развязал Фали Нуон и приказал бежать. С младенцем на одной руке и с трехлеткой на другой она укрылась в джунглях северо-восточной Камбоджи. Там она провела три года, четыре месяца и восемнадцать дней. Она ни разу не ночевала в одном и том же месте. Скитаясь, женщина, чтобы прокормить себя и детей, собирала листья и копала корни, но и тех было мало, и часто другие, более сильные фуражеры опустошали леса до нее. Она стала чахнуть от страшного недоедания. У нее скоро кончилось молоко, и младенец, которого она не могла

кормить, умер у нее на руках. С оставшимся ребенком она, кое-как цепляясь за жизнь, продержалась до конца войны.

Когда она дошла в своем рассказе до этого места, мы уже сидели рядом на полу; Фали Нуон плакала и раскачивалась взад-вперед на корточках, а я сидел с подтянутыми к подбородку коленями, положила руки ей на плечи — нечто настолько близкое к объятию, насколько позволяло ее напоминающее транс состояние на протяжении рассказа. Она перешла на полусшепот. Когда война кончилась, она нашла своего мужа. Его жестоко били по голове и шее, отчего он стал умственно неполноценным. Их с мужем и сыном поместили в лагерь близ границы с Таиландом, где тысячи людей жили во временных палаточных сооружениях. Одни лагерные рабочие подвергали их физическим и сексуальным издевательствам, другие, наоборот, помогали выжить. Фали Нуон была одной из немногих образованных людей в лагере; зная языки, она могла говорить с сотрудниками гуманитарной помощи. Она стала играть важную роль в лагерной жизни, и ей с семьей дали деревянную хижину, что по лагерным меркам считалось роскошью. "Я тогда помогала работникам гуманитарных организаций, — вспоминает она. — Куда бы я ни пошла, всюду я видела женщин в ужасном состоянии, многие из них с виду парализованные, не двигающиеся, не разговаривающие, не в состоянии ни кормить своих детей, ни ухаживать за ними. Я видела, что, пережив войну, они могли теперь умереть от депрессии, от напрочь лишшающего сил посттравматического стресса". Фали Нуон обратилась с просьбой к работникам гуманитарной помощи, и те устроили ей в лагере хижину, нечто вроде психотерапевтического центра.

Для начала она применяла традиционную кхмерскую медицину (состоящую в многообразном комбинировании более сотни трав). Если это не помогало или помогало недостаточно, она пользовалась западной медициной, если та была доступна, а временами так и бывало. "Я припрятывала любые антидепрессанты, которые привозили работники гуманитарной помощи, — рассказывает Фали Нуон, — чтобы иметь в запасе на самые тяжелые случаи". Она приводила своих пациенток на сеансы медитации к себе домой, где устроила буддистский алтарь с цветами. Она постепенно подводила женщин к тому,

чтобы те раскрывались перед нею. Сначала она проводила с каждой из них часа по три, чтобы те рассказывали ей свою повесть. После этого она регулярно посещала каждую, стараясь узнать все больше, пока не добивалась полного доверия со стороны отчаявшихся женщин. "Мне было необходимо знать их истории, — объясняет она, — чтобы очень конкретно понять, что должна преодолеть каждая".

Пройдя с ними такую инициацию, Фали Нуон переходила к установленной процедуре. "Это делается в три этапа, — рассказывает она. — Сначала я учу их забывать. У нас есть упражнения на каждый день, чтобы ежедневно они могли немного забывать из того, чего до конца не забудут никогда. В это время я стараюсь отвлечь их музыкой, вышиванием или вязанием, концертами, по временам телевизором — чем угодно, что может сработать и что им нравится. Депрессия — на всей поверхности тела, она сидит прямо под кожей, и мы не можем просто взять ее и вытащить. Но мы можем постараться забыть ее, хоть она и остается там.

Когда их душа освобождается от того, что они забывают, когда они хорошо усваивают забвение, я учу их работать. Какую бы работу они ни хотели делать, я всегда найду способ научить их этому. Некоторые из них могут научиться только убирать дом или сидеть с детьми. Другие усваивают навыки, которые можно использовать в работе с сиротами, а некоторые начинают двигаться к настоящей профессии. Они должны научиться делать все это хорошо и гордиться этим.

И наконец, когда они осваивают работу, я учу их любить. Я сделала пристройку к своей хижине и устроила там баню с паром, у меня в Пномпене теперь тоже есть такая, только лучше выстроенная. Я вожу их туда, чтобы они приучались к телесной чистоте, я учу их делать друг другу маникюр и педикюр, потому что это позволяет им чувствовать себя красивыми, а им так надо быть красивыми! Это, кроме того, приводит их в контакт с телами других, заставляет предоставлять свое тело чьей-то заботе. Это выводит их из физической изоляции, которая обычно воспринимается болезненно, способствуя выходу из изоляции эмоциональной. Вместе моюсь и крася ногти, они начинают разговаривать и мало-помалу учатся доверять друг другу, а затем вступают в дружбу, так что им уже не придется

тосковать в одиночестве. И тогда свои истории, которые никогда не рассказывали никому, кроме меня, они начинают рассказывать друг другу".

Позже Фали Нуон показала мне свои профессиональные инструменты психолога: бутылочки с разноцветным лаком, парную, маникюрные принадлежности, полотенца. Взаимный уход за телом — одна из первичных форм социализации у приматов, и этот возврат к взаимному ухаживанию как социализирующему фактору в человеческой среде поразил меня своей необычной органичностью. Я сказал ей, что, по-моему, очень трудно научить себя или другого человека забывать, работать, любить и быть любимым. Но она ответила, что если сам умеешь делать эти три вещи, то научить другого не так уж сложно. Она рассказала мне, как из исцеленных ею женщин составилось сообщество и как хорошо они справляются с заботой о сиротах.

"Есть еще один, последний шаг, — сказала она после долгой паузы. — В конце я учу их самому важному. Я учу их, что эти три навыка — забывать, работать и любить — не три разных навыка, но части огромного целого и что все зависит от использования всех трех вместе, каждого как части других. Объяснить это труднее всего, — засмеялась она, — но все они понимают, и тогда, ну что ж, тогда они готовы возвращаться в мир".

Депрессия существует ныне как феномен личностный и социальный. Чтобы лечить ее, человек должен понимать, что происходит при срыве, как действуют лекарства и как работают наиболее распространенные формы психотерапии (психоаналитическая, личностно-ориентированная и когнитивная). Опыт — хороший учитель, и методы общепринятых направлений лечения уже испытаны и испробованы опытом; но неплохие перспективы обещают и многие другие методы — от лечения зверобоем до психохирургии<sup>12</sup>, хотя и шарлатанства здесь больше, чем в любой другой области медицины. Разумное лечение требует усиленного изучения конкретных слоев населе-

<sup>12</sup> *Психохирургия* — ряд нейрохирургических операций, которые проводятся для устранения отдельных симптомов психических заболеваний. Большинство из них предполагает хирургическое пресечение нервных путей между таламусом и лобной долей мозга. — *Прим. ред.*

ния: варианты депрессии заметно отличаются у детей, стариков и представителей разных полов. Злоупотребляющие известными веществами составляют отдельную большую подкатегорию. Самоубийство во всем разнообразии форм является осложнением депрессии; жизненно важно понимать, как депрессия может вести к смерти.

Эти эмпирические вопросы ведут нас к вопросам эпидемиологическим. Модно рассматривать депрессию как недуг современности, но это грубая ошибка, что становится ясно при изучении истории психиатрии. Модно также считать ее как бы прерогативой среднего класса, достаточно однородной в своих проявлениях. Это тоже неправда. Изучая депрессию в среде бедноты, мы видим, как разнообразные табу и предубеждения мешают нам оказывать помощь той части населения, что особенно отзывчива на эту помощь. Проблема депрессии среди бедных, естественно, приводит к проблемам политическим. Мы законодательно признаем существующими или несуществующими различные идеи о том, что такое болезнь и лечение.

Биологию нельзя считать судьбой — у нас есть способы иметь хорошую жизнь при наличии депрессии. Более того, люди, которые учатся на своей депрессии, могут на основе этого опыта вырабатывать в себе особую нравственную глубину, и это и есть та самая, крылатая<sup>13</sup>, что прячется на дне их ящика с несчастьями. Существует некий базовый спектр эмоций, от которого мы не можем и не должны бежать, и я считаю, что депрессия находится внутри этого спектра, где-то вблизи не только печали, но и любви. Более того, я уверен, что все сильные эмоции стоят рядом и что каждая из них неотрывна от той, которую мы обычно считаем ее противоположностью. Сейчас я научился избегать состояния инвалидности, вызываемого депрессией, но сама депрессия навсегда вписана в код моего мозга — она стала частью меня. Объявлять войну депрессии — значит бороться против самого себя, и это очень важно знать перед началом сражения. Я считаю, что уничтожить депрессию полностью можно, лишь подрывая эмоциональные механиз-

Очевидно, автор имеет в виду греческий миф о ящике Пандоры. Надежда, после того как любопытная Пандора открыла его, осталась в ящике в одиночестве. С тех пор лишь Надежда помогает людям пережить зло, выпущенное когда-то Пандорой. — *Прим. пер.*

мы, которые делают нас людьми. Наука и философия должны обходиться полумерами.

"Прими сие страдание, — писал когда-то Овидий, — ибо научишься у него". Вполне возможно (хотя пока и маловероятно), что с помощью химических манипуляций мы сумеем локализовать, контролировать и устранять "электронные схемы" мозга, ответственные за страдание. Я надеюсь, что этого никогда не произойдет. Отнять это у нас означало бы опошлить наше переживание жизни, посягнуть на структуру, ценность которой далеко перекрывает мучения, являющиеся ее составными частями. Если бы я мог видеть мир в девяти измерениях, я бы согласился многое отдать за это. Но я скорее соглашусь вечно жить в тумане тоски, чем отказаться от способности страдать. Страдание само по себе нельзя назвать острой депрессией: мы любим и нас любят, испытывая большие страдания, и мы живы их переживанием. То, что я действительно стремлюсь изгнать из своей жизни, — это состояние ходячей смерти, в которое ввергает депрессия, и эта книга призвана служить оружием против такого умирания.

## ГЛАВА II

### СРЫВЫ

**Я** не испытывал депрессии, пока не разрешил, по большей части, все свои проблемы. Моя мать умерла за три года до этого, и я уже свыкался с этим событием; я уже издал свой первый роман; я прекрасно ладил с родными; я вышел невредимым из мощного двухлетнего романа; я купил прекрасный новый дом; я печатался в *The New Yorker*. И вот, когда жизнь наконец наладилась и никаких поводов для отчаяния не оставалось, депрессия подкралась на своих кошачьих лапах и все испортила, и я остро ощущал, что в моих обстоятельствах оправдания для нее нет. Впасть в депрессию после травмы или когда жизнь являет сплошной кавардак — совершенно закономерно, но предаваться депрессии, когда наконец оправился от травмы и твоя жизнь в полном порядке, — это сбивает с толку и выводит из равновесия. Конечно, ты осознаешь глубинные причины: извечный кризис существования, забытые переживания раннего детства, мелкие обиды, нанесенные теми, кого уже нет, потеря друзей по собственной небрежности, осознание той истины, что ты не Лев Толстой, отсутствие в мире сем совершенной любви, порывы алчности и немилосердия, слишком близко лежащие у сердца, и многое другое. Но теперь, перебирая весь этот реестр, я понял, что моя депрессия — состояние моего ума и она неизлечима.

Мою жизнь нельзя назвать особенно тяжелой. Большинство людей были бы счастливы, выпади им в начале игры мои карты. У меня бывали времена лучше и времена хуже — по моим собственным меркам, но просто спадами случившегося со мною не объяснить. Была бы моя жизнь труднее, я бы со-

всем иначе понимал свою депрессию. Но ведь у меня было довольно счастливое детство, с обоими родителями, которые одаривали меня любовью, и с младшим братом, которого они тоже любили и с которым мы вполне ладили. Это была семья крепкая настолько, что у меня и мысли не возникало о разводе или о серьезной ссоре между родителями, которые по-настоящему любили друг друга, и хотя и спорили временами о том о сем, но вопрос об их абсолютной преданности друг другу и нам с братом никогда даже не стоял. У нас всегда хватало средств на вполне комфортабельную жизнь. Я не пользовался особой популярностью в начальной школе и в средней, но в старших классах у меня составилась круг друзей, с которыми мне было совсем неплохо. Учился я всегда хорошо.

В детстве я был несколько застенчив, страшился осрамиться на людях — а кто не таков? В старших классах я начал замечать за собой периоды неустойчивого настроения, в которых опять-таки нет ничего необычного в подростковом возрасте. Был период, в одиннадцатом классе, когда у меня появилось убеждение, что школьное здание, где проходили уроки (простоявшее почти сто лет), скоро обрушится, и мне, помнится, изо дня в день приходилось закалывать себя против этой странной душевной смуты. Я понимал, что это чушь, и обрадовался, когда примерно через месяц все прошло.

Потом я поступил в колледж, где был блаженно счастлив и встретил множество людей, остающихся моими друзьями по сей день. Я занимался и развлекался изо всех сил, познал целый круг новых эмоций и новые горизонты интеллекта. Иногда, оставаясь один, я вдруг чувствовал себя в изоляции, и это была не просто тоска от одиночества, а страх. У меня было много друзей, и я тогда отправлялся к кому-нибудь из них; обычно это меня отвлекало от моей заботы. Это случалось нерегулярно и не причиняло реального вреда. В аспирантуру на степень магистра я поехал в Англию, а окончив, довольно плавно начал писательскую карьеру. Несколько лет прожил в Лондоне. У меня было много друзей и несколько любовных приключений. Все это во многом и сохранилось, моя жизнь и сейчас нравится мне, и я благодарен за это судьбе.

Когда начинается тяжелая депрессия, появляется склонность рассмотреть ее корни. Хочется узнать, откуда она взя-

лась, всегда ли была где-то рядом или напала на тебя внезапно, как пищевое отравление. Со времени первого срыва я месяцами подряд вносил в реестр неприятности раннего периода жизни, все, как есть. Я родился ягодицами вперед, а некоторые авторы связывают ягодичные роды с родовой травмой. У меня была дислексия<sup>14</sup>, хотя мама, рано ее уловив, с двух лет стала учить меня способам ее преодолевать, так что это никогда не было для меня серьезной помехой. Я рано начал говорить, но с координацией было плоховато. Когда я спросил маму о самых ранних моих травмах, она сказала, что я с трудом учился ходить, и хотя речь не вызывала у меня никаких усилий, моторные реакции и чувство равновесия развивались медленно и несовершенно. Мне рассказывали, что я падал, и падал, и падал без конца и только после долгих уговоров соглашался хотя бы попытаться встать на ноги. Моя неспортивность, следствие всего этого, стала причиной моей непопулярности в начальной школе. Естественно, дети такого не прощают, но неприятие со стороны сверстников было мне обидно; впрочем, у меня всегда было несколько друзей, и мне всегда нравились взрослые, а я им.

У меня много разрозненных, не структурированных воспоминаний из раннего детства, и почти все они счастливые. Однажды на сеансе у психоаналитика мне сообщили, что некая слабо очерченная последовательность моих ранних воспоминаний заставляет предполагать, что когда-то в детстве я подвергся сексуальным домогательствам. В принципе это, конечно, не исключено, но я так и не сумел ни вспомнить ничего убедительного на эту тему, ни найти никаких свидетельств. Если что-то и было, то, скорее всего, что-нибудь достаточно нежное, потому что за мной тщательно следили и любой синяк или разрыв были бы немедленно замечены. Помню один эпизод, мне тогда было шесть лет, и я находился в летнем лагере, — меня внезапно охватил беспричинный страх. Вижу все это как сейчас: сверху, на террасе, теннисный корт, справа столовая, мы сидим под большим дубом и слушаем истории. Вдруг я теряю способность двигаться. Я точно знаю, что со мной

*Дислексия* — расстройство чтения, обусловленное нарушением понимания текста. — *Прим. ред.*

должно произойти что-то страшное, сейчас или потом, и что пока я жив, я не буду свободен. Жизнь, которая до тех пор воспринималась как твердая поверхность, на которой можно стоять и двигаться, стала вдруг мягкой и поддающейся под ногою, и я начал проваливаться сквозь нее. Если не двигаться, то можно было продержаться, но стоило пошевелить пальцем, и опасность нависала снова. Очень важным казалось, пойду ли я влево, или вправо, или прямо, но какое из направлений меня спасет, я не знал, во всяком случае, в каждый данный момент. К счастью, подоспел воспитатель и велел торопиться, потому что я опаздывал в бассейн; наваждение прошло, но я долго еще вспоминал о нем и надеялся, что оно никогда не повторится.

Я думаю, что когда такое случается с детьми, в этом нет ничего необычного. Экзистенциальная тоска у взрослых при всей своей мучительности обычно вознаграждается углублением самосознания; а первые откровения о хрупкости человека, первые намеки на то, что ты смертен, наваливаются безжалостно и действуют разрушительно. Я наблюдал подобные состояния у своих крестников и у племянника. Было бы глупой фантазией утверждать, что в июле 1969 года в лагере Гранд-Лейк я понял, что когда-нибудь умру; но я наткнулся, без всякой видимой причины, на свою общую уязвимость, на то обстоятельство, что моим родителям не подвластен мир и все в нем происходящее и что мне это тоже никогда не будет подвластно. У меня слабая память, и после того случая в лагере я стал бояться того, что теряется во времени, и ночами, лежа в постели, пытался запомнить все, что произошло в тот день, чтобы сохранить, — вот такая нематериальная жажда накопительства. Мне были особенно дороги родительские поцелуи на ночь, и я подстилал под голову салфетку, чтобы, если они скатятся с моего лица, успеть их собрать, и спрятать, и сохранить навечно.

С начала старших классов я стал ощущать в себе смутное чувство сексуальности, и это, надо сказать, было самой неразрешимой эмоциональной загадкой в моей жизни. Чтобы отгородиться от этого, я много общался с друзьями, и это была моя основная стратегия защиты от этой проблемы во все годы колледжа. Затем несколько лет прошло в неуверенности, была длинная череда связей с мужчинами и женщинами; это сильно осложнило отношения с матерью. Время от времени я впадал

в состояние сильной тревоги без всякого конкретного повода — странной смеси тоски и страха. Это состояние иногда нападало на меня в детстве, пока я ехал в школьном автобусе. Иногда оно приходило ко мне в колледже в пятницу вечером, когда шумное веселье за окном насильственно нарушало уединенность темноты. Иногда это происходило во время чтения, а иногда — во время любовных утех. Оно всегда нападало на меня, когда я выходил из дома, и поныне это неперменный атрибут всякого отъезда — даже когда я просто еду куда-нибудь на выходные, это состояние наваливается на меня, как только я запираю за собой дверь. Кроме того, оно обычно подступало, когда я возвращался домой. Бывало, меня встречает на пороге мать, или подруга, или даже одна из наших собак, и меня охватывает глубокая печаль, и эта печаль меня пугает. Я справлялся с нею, маниакально тусуюсь с людьми, и это почти всегда меня отвлекало. Мне приходилось постоянно насвистывать веселую мелодию, чтобы ускользнуть от этой тоски.

Летом после окончания колледжа у меня случился небольшой нервный срыв, но тогда я понятия не имел, что это такое. Я путешествовал по Европе — это было лето, о каком я всегда мечтал, лето полной свободы, нечто вроде выпускного подарка от родителей. Я провел чудный месяц в Италии, потом отправился во Францию, затем навестил друга в Марокко. Эта страна меня напугала. Было ощущение, что мне дано слишком много свободы, снято слишком много привычных ограничений, и я все время нервничал, как когда-то перед выходом на сцену в школьном спектакле. Я вернулся в Париж, повидался там еще с несколькими друзьями, повеселился от души и направился в Вену, где всегда хотел побывать. В Вене я не мог спать. Приехав и заняв комнату в гостинице, я тут же пошел на встречу со старыми друзьями, которые тоже оказались в Вене. Мы по старинке провели дивный вечер, решили вместе съездить в Будапешт, а потом я вернулся к себе и провел бессонную ночь в ужасе от того, что якобы совершил какую-то ошибку, сам не зная какую. Наутро я был в таком нервном состоянии, что завтракать в столовой, полной чужих людей, не стал и пытаться; впрочем, выйдя на воздух, почувствовал себя лучше и решил пойти посмотреть картины; я подумал, что, наверно, перенапрягся и переутомился. Мои друзья в тот вечер ужи-

нали у кого-то еще, и, когда они об этом сказали, это ужалило меня в самое сердце, как будто мне сообщили об убийственном заговоре. Мы договорились встретиться после ужина и выпить вместе. В тот день я не ужинал. Я не мог заставить себя пойти в незнакомый ресторан и в одиночестве заказывать себе еду (хотя раньше это случалось много раз); не мог и завязать ни с кем разговор. Когда я наконец встретился с друзьями, меня трясло. Мы пошли куда-то, и я выпил много больше, чем когда-либо пил, и на время почувствовал себя спокойно. Ночью я опять не сомкнул глаз — раскалывалась голова, болел живот, мучили неотвязные мысли, как бы не опоздать на паром в Будапешт. Следующий день прошел кое-как, а после третьей бессонной ночи я был так напуган, что всю ночь не мог встать, чтобы пойти в туалет. Я позвонил родителям.

— Мне надо домой, — сказал я. Они были немало удивлены — ведь перед поездкой я торговался с ними за каждый лишний день и каждый лишний город, стараясь как можно дольше протянуть время за границей.

— Что-нибудь случилось? — спросили они, и я мог лишь сказать, что неважно себя чувствую и вообще все это оказалось не так безумно интересно, как я ожидал. Мама проявила понимание:

— Одному путешествовать трудно, — сказала она. — Я думала, ты встретишься там с друзьями, но все равно, это бывает ужасно утомительно.

— Если хочешь вернуться, — сказал отец, — сними деньги с моего счета, купи билет и возвращайся.

Я купил билет, упаковался и вернулся домой в тот же день. Родители встретили меня в аэропорту.

— Что случилось? — спрашивали они, но я только и мог сказать, что больше не мог там оставаться. В их объятиях я впервые за много недель почувствовал себя в безопасности. От облегчения я даже всхлипывал. Когда мы приехали в дом, где я вырос, я уже был в тоске и чувствовал себя полным идиотом. Я загубил лето своей мечты, свое путешествие; я вернулся в Нью-Йорк, где мне совершенно нечего делать. Я так и не увидел Будапешта. Я стал звонить друзьям, и они удивлялись, что это я вдруг объявился. Я и не пытался объяснять, что произошло. Остаток лета я провел дома, с родителями: сучал,

раздражался и вечно хмурился, хотя нам по временам было хорошо вместе.

Шли годы, и я более или менее забыл обо всем этом. После того лета я поехал в Англию учиться в университете. Новый университет, новая страна — но я едва ли сколько-нибудь паниковал. Я сразу же вошел в новую жизнь, быстро завел новых друзей, с интересом учился. Я полюбил Англию, и меня уже вроде бы ничто не пугало. Тот нервический юноша, который в Америке уехал из дома учиться в колледже, уступил место крепкому, уверенному в себе, общительному парню. Когда я задавал пирушку, всем хотелось на нее попасть. С моими ближайшими друзьями (они и поныне в числе моих ближайших друзей) я просиживал ночи напролет в ощущении глубокой и живой близости, доставлявшей фантастическое наслаждение. Раз в неделю я звонил домой, и родители отмечали, что мой голос звучит счастливо, как никогда. Когда мне бывало не по себе, я тосковал по компании и всегда ее находил. Два года я был преимущественно счастлив, а недоволен только плохой погодой, невозможностью заставить всех любить меня с первого взгляда, недосыпом и начавшимся выпадением волос. Единственная депрессивная тенденция, преследовавшая меня постоянно, была сродни ностальгии: в отличие от Эдит Пиаф<sup>15</sup>, я жалею обо всем просто потому, что оно прошло; еще в двенадцатилетнем возрасте я оплакивал ушедшее время. Даже в самом возвышенном настроении я всегда как бы борюсь с настоящим в бесплодной попытке не дать ему стать прошлым.

Первые годы после двадцати я помню как относительно спокойные. Я решил — просто так, под настроение — отправиться на поиски приключений и стал просто игнорировать свое болезненное беспокойство, даже когда оно бывало связано с устрашающими ситуациями. Через полтора года после окончания аспирантуры я начал ездить в Советский Союз, в Москву, где нелегально жил в чьих-то пустующих квартирах с художниками, которых там встретил. Однажды в Стамбуле кто-то попытался меня ограбить, но я дал отпор, и он убежал, ничего у меня не отняв. Я позволял себе испробовать всевоз-

<sup>15</sup> "Я не жалею ни о чем" (*Nonje ne regrette rieri*) — одна из самых знаменитых песен Эдит Пиаф. — *Прим. пер.*

можные виды секса; я отбросил практически всю прежнюю сдержанность и эротические страхи. Я отращивал длинные волосы; я стригся наголо. Несколько раз я выступал с рок-группой; я ходил в оперу. У меня развилась страсть к приобретению опыта, и я получал его, как только мог, повсюду, куда мне было по карману добраться. Я влюблялся и обустроивал уютные домашние очаги.

А в августе 1989 года, когда мне было двадцать пять, у мамы обнаружили рак яичника и мой безупречный мир начал рушиться. Не заболей она, и моя жизнь сложилась бы совершенно иначе; если бы эта история была хоть чуть-чуть менее трагична, я, может быть, так и прожил бы жизнь с депрессивной тенденцией, но без явного срыва. Возможно, депрессивный эпизод случился бы у меня позже, во время кризиса среднего возраста; может быть, все произошло бы так, как и случилось в действительности. Если первую часть некоей эмоциональной биографии составляют переживания-предвестники, то вторую — переживания-возбудители. В большинстве случаев самые глубокие депрессии предвосхищаются более легкими, которые прошли незаметно или просто сами по себе. Разумеется, многие люди, у которых вообще не возникает депрессии, тоже испытывают переживания, которые задним числом можно определить как предвосхищающие эпизоды, но если они ни к чему так и не привели, то просто выпадают из памяти — ведь то, что они, возможно, предвосхищали, так и не материализовалось.

О том, как все развалилось, я подробно рассказывать не стану: тем, кто знает эту изнурительную болезнь, все ясно и без меня, а для тех, кто не знает, это, вероятно, так и останется необъяснимым, каким оказалось для меня в мои двадцать пять лет. Достаточно сказать, что все было действительно ужасно. В 1991 году мама умерла. Ей было пятьдесят восемь. Меня охватила парализующая печаль. Но, несмотря на пролитые слезы и необъятную скорбь, несмотря на уход человека, на которого я всю жизнь полностью полагался, первый период после смерти матери я держался неплохо. Я пребывал в печали, я злился, но не был в безумии.

Тем летом я начал проходить курс психоанализа. Женщине, которая собиралась стать моим психоаналитиком, я сказал,

что, прежде чем смогу начать, она должна дать мне обещание, что будет продолжать анализ, пока мы не завершим курса, что бы ни случилось — разве что она серьезно заболеет. Ей было к семидесяти. Она согласилась. Это была очаровательная и мудрая женщина, напоминавшая мне мать. Благодаря нашим ежедневным встречам мне удавалось сдерживать свою скорбь.

В начале 1992 года я влюбился. Она была блестяща, прекрасна, великодушна, добра и фантастически вовлечена во все, что составляло нашу жизнь; она была также невероятно трудным человеком. У нас был беспокойный, но по большей части счастливый роман. Осенью она забеременела и сделала аборт, отчего у меня появилось предощущение утраты. В конце 93-го мы разошлись — по взаимному согласию и с взаимной болью. Я соскользнул еще на одну ступеньку вниз.

В марте 1994 года психоаналитик сказала мне, что уходит на пенсию, потому что ездить в Нью-Йорк из Принстона, где она жила, ей стало трудно. Я уже не чувствовал себя в такой зависимости от нашей совместной работы, и подумывал ее закончить; тем не менее, когда она обрушила на меня эту новость, я не смог сдержаться, разрыдался и проплакал целый час. Обычно я плачу нечасто; так я не плакал с тех пор, как умерла мама. Я чувствовал себя бесконечно, смертельно одиноким, и покинутым, и обманутым, и преданным. На завершение нашей работы нам еще оставалось, пока оформлялась ее пенсия, несколько месяцев (она не знала сколько, вышло же больше года).

В том же месяце я пожаловался ей на утрату чувств, на бесчувствие, поразившее все мои отношения с людьми. Мне стала постылой любовь, работа, семья, друзья. Я стал меньше писать, а потом и вовсе забросил это занятие. "Я ничего не знаю, — писал когда-то художник Герхард Рихтер. — Я ничего не могу делать. Я ничего не понимаю. Я ничего не знаю. Ничего. И вся эта мука не делает меня особенно несчастным". Так и у меня — я не находил у себя никаких сильных эмоций, кроме странного, изводящего беспокойства. У меня всегда было неугомное либидо, которое часто заводило меня в неприятности; теперь оно как бы испарилось. Я не чувствовал в себе "милой привычки" к физической и эмоциональной близости, меня не привлекали ни незнакомцы на улице, ни те, кого я знал и лю-

бил; в эротических ситуациях мои мысли уплывали к тому, что надо купить и какую работу закончить. От всего этого появилось ощущение, что я теряю свое Я, и это напугало меня. Я сознательно планировал удовольствия как часть жизненного расписания. Всю весну 1994 года я ходил по тусовкам и старался развлекаться, но у меня не получалось; я виделся с друзьями и старался поддерживать близость — ничего не выходило; я покупал дорогие вещи, о которых раньше мечтал, и не ощущал от этого никакой радости; в попытках разбудить свое либидо я ударился в ранее не испробованные крайности, смотрел порнографические фильмы и доходил до того, что пользовался услугами проституток. Этот новый опыт не приводил меня в особенный ужас, но и удовольствия, да даже и облегчения, не приносил. Мы с психоаналитиком обсудили ситуацию: я был в депрессии. Мы старались дойти до корней проблемы, а я все отстранялся от жизни, медленно, но неумолимо. Мне стали досаждать бесконечные сообщения на автоответчике — и это стало моим пунктиком: звонки, даже от друзей, стали восприниматься как непосильный гнет. Я перезванивал, а звонков становилось все больше. Я стал бояться водить машину. В темноте я не видел дороги, мои глаза высохали. Я постоянно думал, что вот-вот врежусь в барьер или в другую машину. Бывало, еду по автостраде и вдруг чувствую, что не умею водить. В оцепенении я съезжал на обочину, весь в холодном поту. Я стал проводить выходные в городе, чтобы не водить машину. Мы с психоаналитиком просмотрели историю моих приступов меланхолии. Мне пришло в голову, что мой роман стой женщиной оборвался из-за того, что я был в ранней стадии депрессии, но я понимал, что разрыв мог, наоборот, стать одной из ее причин. Стараясь развязать этот узел, я пересматривал свою жизнь и пытался понять, с каких пор у меня депрессия: с того разрыва отношений; со смерти матери; с начала ее болезни два года назад; с окончания предыдущего романа; с пубертатного периода; с рождения. Скоро я уже ни о каком времени и ни о каком событии не мог подумать без того, чтобы не увидеть их симптоматичность. И все же это была всего лишь невротическая депрессия, более характеризующаяся тревожной тоской, чем безумием. Она вроде бы была мне подконтрольна: устойчивый вариант состояния, которое у меня уже бывало, в боль-

шей или меньшей степени знакомого многим здоровым людям. Депрессия наступает постепенно, как взросление.

К июню 1994 года мною овладела неизбежная скука. В Англии вышел и был благосклонно принят мой первый роман, но мне это мало что дало. Я равнодушно читал рецензии и постоянно ощущал усталость. В июле\* вернувшись в Нью-Йорк, я почувствовал, что меня гнетут любые сборища и даже просто разговоры. Все это требовало больше усилий, чем стоило. Метро оказалось невыносимым. Психоаналитик, тогда еще не ушедшая на пенсию, сказала, что у меня легкая депрессия. Мы обсуждали причины, как будто назвать зверя значило уже и приручить его. "У меня слишком много знакомых и слишком много дел, — думал я, — необходимо все это сократить".

В конце августа у меня случилась почечная колика, неприятность, уже раз меня посещавшая. Я позвонил своему врачу, и тот обещал оповестить больницу, чтобы они ускорили отхождение камня в отделении "Скорой помощи". Однако, когда я приехал в больницу, выяснилось, что никто ни о чем не оповещен. При почечной колике боль бывает сокрушительной, и, пока я сидел в ожидании, мне казалось, что мой спинной мозг окунули в кислоту и теперь обдирают нервы до их живой сердцевины. Несколько человек в халатах меня выслушали, я всем им рассказал о своей боли, но никто ничего не сделал. И тогда во мне что-то щелкнуло. Стоя в боксе отделения "Скорой помощи" клиники Нью-йоркского университета, я завопил. Мне сделали укол морфия в руку. Боль утихла. Скоро она вернулась; пять дней я то ложился в больницу, то выходил. Четыре раза мне вводили катетер; наконец, меня посадили на максимально допустимую дозу морфия плюс инъекции демерола (Demerol) каждые несколько часов. Мне сказали, что мои камни плохо просвечиваются и потому я не могу быть кандидатом на литотрипсию, которая мгновенно бы их раздробила. Операция, сказали мне, возможна, но болезненна и в принципе опасна. До тех пор я не хотел тревожить отца, который отдыхал в штате Мен; теперь я решил с ним связаться, потому что он многих знал в клинике с тех пор, как мама лежала там уже в последний раз, и мог все устроить. Он не особенно озаботился. "Камни? Это ничего, они выйдут, я уверен, все будет хорошо, увидимся, когда вернусь". Тем временем я спал уже не более трех часов в сутки. Я работал над серьезней-

шим заданием, статьей о политике в отношении глухих, и разговаривал с редакторами как бы в тумане. Я чувствовал, что теряю контроль над собственной жизнью.

— Если эта боль не уйдет, — сказал я другу, — я наложу на себя руки.

Таких слов я не говорил раньше никогда.

Выйдя из больницы, я постоянно боялся. Боль, а может быть, обезболивающие совершенно подорвали мой разум. Я понимал, что камни опять могут начать двигаться и произойдет рецидив. Я страшился оставаться один. Вместе с приятелем я зашел к себе на квартиру, собрал кое-какие вещи и уехал. Это была неделя кочевничества — я мигрировал от одного приятеля к другому. Они обычно уходили днем на работу, а я оставался у них, избегая улицы и не отходя далеко от телефона. Я все еще принимал для профилактики обезболивающие и чувствовал себя немного чокнутым. Я злился на отца — злился иррационально, капризно, мерзко. Он извинялся за безразличное, как я это назвал, поведение и старался объяснить, что только выразил облегчение от того, что у меня не какая-нибудь смертельная болезнь. Он сказал, что по телефону ему слышалось, будто я держусь сравнительно стойко. Я впал в истерику, объяснить которую сейчас не могу никак. Я отказывался с ним разговаривать и даже сообщать, где нахожусь. Время от времени я звонил ему и оставлял сообщения на автоответчике; обычно они начинались словами "Я тебя ненавижу, чтоб ты сдох". Ночами я спасался снотворным. Был небольшой рецидив, и я опять лег в больницу; ничего серьезного, но меня это напугало до смерти. Глядя назад, могу сказать, что в ту неделю я действительно сошел с ума.

На выходные я поехал в Вермонт на свадьбу к друзьям. Стояли прекрасные дни позднего лета. Я почти отменил поездку, но потом выяснил все о ближайшей к месту свадьбы больнице и решил рискнуть. Я прибыл в пятницу, успев к ужину и кадрили (я не танцевал); мне встретился человек, с которым я был шапочно знаком в колледже десять лет тому назад. Мы разговаривали; меня захлестнули эмоции, каких я не испытывал годами. Я сиял; был в каком-то исступлении, буквально "перелетал" от эмоции к эмоции и не мог предугадать, что ничего хорошего из этого не выйдет.

После вермонтской свадьбы начался неотвратимый спад. Я работал все хуже и хуже. Я отменил поездку в Англию, куда тоже собирался на свадьбу, опасаясь, что мне не справиться, хотя еще год назад регулярно ездил в Лондон без всяких проблем. Появилось чувство, что меня никто не может полюбить, что у меня больше не будет никаких романов. Сексуальных желаний не осталось вовсе. Я стал питаться нерегулярно, потому что редко бывал голоден. Психолог по-прежнему говорила, что это депрессия, а я уже устал от этого слова, да и от этой милой дамы тоже. Я заявил, что не считаю себя сумасшедшим, но боюсь сойти с ума и не думает ли она, что это кончится антидепрессантами, а она сказала, что отказываться от лекарств — мужественный поступок и что мы вместе можем из этого выбраться. Это был последний разговор по моей инициативе, и испытанные при этом чувства оказались последними на долгое время вперед.

У тяжелой депрессии есть ряд определяющих признаков, — по большей части связанных с уходом в себя, хотя ажитированная, или атипичная, депрессия может характеризоваться не тоскливо-апатическим настроением, а тревожно-меланхолическим и ее обычно довольно легко распознать; она расстраивает сон, аппетит и энергетический баланс. У нее есть тенденция повышать болезненное отношение к отвержению, и она может сопровождаться потерей уверенности в себе и заботы о себе. Вероятно, она зависит от функционирования гипоталамуса (который регулирует сон, аппетит и энергию) и коры (которая переводит эмпирический опыт в философию и мировоззрение). Депрессия, входящая в структуру маниакально-депрессивного (или биполярного) расстройства, предопределена генетически в гораздо большей степени (около 80%), чем обычная депрессия (10—50%). Хотя она поддается более широкому спектру методов лечения, контролировать ее нелегко, особенно если учесть, что антидепрессанты могут привести к маниакальному состоянию. Самая большая опасность маниакально-депрессивного психоза в том, что он нередко приводит пациента в так называемое смешанное состояние: когда одновременно существуют и маниакальные, и депрессивные симптомы, человек может быть исполнен негативных чувств и считать, что они его возвышают. Это самое распрост-

раненное состояние, провоцирующее самоубийство; оно может вызываться и антидепрессантами, используемыми без стабилизаторов настроения, которые составляют необходимую часть терапии биполярных расстройств. Депрессия может быть меланхолической или атипичной, например ажитированной. Во время первой не хочется ничего делать; во время второй хочется убить себя. Срыв — это прямой путь к безумию. Он, заимствуя метафору у физиков, есть нехарактерное поведение материи, определяемое скрытыми переменными. Здесь проявляется накопительный эффект: видим мы это или нет, но факторы, ведущие к депрессивному эпизоду, собираются годами, обычно на протяжении всей жизни. Нет такой жизни, в которой бы не было материала для отчаяния, но одни люди придвигаются слишком близко к краю, тогда как другим удается, испытывая временами тоску, все же оставаться на безопасном расстоянии от обрыва. Но как только перейдешь черту, все правила меняются. Все написанное на родном языке теперь написано словно по-китайски; что было быстро, теперь медленно; сон нужен для ясности, тогда как бодрствование — последовательность не связанных между собой бессмысленных образов. Во время депрессии органы чувств медленно выходят из строя. "Есть такой момент, когда внезапно начинаешь чувствовать, как работает в тебе "химия", — сказал однажды мой депрессивный друг Марк Вейсс. — Я начинаю по-другому дышать, и дыхание становится зловонным. Моя моча воняет. Мое лицо в зеркале распадается на части. Я знаю, когда это приходит".

К трехлетнему возрасту я уже решил, что стану писать романы, и с тех пор неустанно к этому стремился. Когда мне было тридцать, мой первый роман напечатали, и я уже планировал читательское турне, но сама мысль об этом была мне ненавистна. Один мой добрый приятель вызвался устроить мне вечер-презентацию 11 октября. Я люблю общение, люблю книги; я понимал, что должен бы быть в восторге, но во мне уже не оставалось никакой искры, я был настолько утомлен, что не решался пригласить много людей, потому что не знал, долго ли продержусь на ногах.

Функции памяти и функции эмоций распределены по всем структурам мозга, но лобная часть коры и лимбическая систе-

ма играют ключевую роль для тех и других: воздействуя на лимбическую систему, задеваешь и память. От той вечеринки у меня в памяти сохранились лишь призрачные контуры и блеклые цвета: серая еда, бежевые люди, тусклое освещение. Помню, однако, что я все время страшно потел и мне до смерти хотелось уйти. Я старался отнести все это на счет стресса. Я решил любой ценой сохранить лицо, и эта решимость сослужила мне хорошую службу. У меня получилось: никто не заметил ничего необычного. Я продержался до конца вечера.

Вернувшись домой, я ощутил приход страха. Я лежал в постели без сна и обнимал подушку, ища в ней утешения. Дальше были две с половиной недели, когда становилось все хуже и хуже. Незадолго до моего тридцать первого дня рождения я развалился на куски. Казалось, весь мой организм вышел из строя. В то время у меня не было романа. Устроить мне день рождения вызвался отец, но сама мысль об этом была невыносима, и поэтому мы решили пойти в наш любимый ресторан с четырьмя ближайшими друзьями. Накануне дня рождения я вышел из дому всего один раз — купить еды. По дороге домой из магазина я вдруг не смог удержать кишечник и наделал в штаны. Я бежал домой и чувствовал, как расплзается это пятно. Дома я бросил пакет с покупками, рванулся в ванную, вымылся и лег в постель.

В ту ночь я спал мало, а наутро не смог подняться. Я понял, что ни в какой ресторан идти не могу. Я хотел позвонить друзьям и все отменить, но не смог. Я лежал совершенно неподвижно и думал о даре речи — старался понять, как вообще это делается. Я двигал языком, а звука не было. Я разучился говорить. Потом я заплакал, но слез не было, а была какая-то нависающая над всем несуразица. Я лежал на спине. Я хотел повернуться на бок, но и тут не мог вспомнить, как это делается. Я попробовал задуматься над этим, но задача представилась мне невыполнимой. Я подумал, что у меня, наверно, инсульт, и снова какое-то время плакал. Часа в три дня мне удалось подняться и сходить в туалет. Я весь дрожал, когда вернулся обратно в постель. К счастью, позвонил отец. Я взял трубку.

— Отмени все на сегодня, — сказал я срывающимся голосом.

— Что случилось? — спрашивал и спрашивал он, а я не знал.

Когда споткнешься или поскользнешься, во время падения есть такой момент, когда, прежде чем инстинктивно выбросить руку, видишь, как земля мчится на тебя и ты ничего не можешь поделать — и ощущаешь мгновенный, на долю секунды, ужас. Я так чувствовал себя час за часом, час за часом. Это странно — ощущать беспокойство на таком экстремальном уровне. Все время чувствуешь, что хочешь что-то сделать, что есть какое-то душевное состояние, которое тебе недоступно, некая физическая потребность, невероятной срочности и очень мучительная, но облегчения от нее нет, как если бы желудок постоянно отторгал пищу, а рта, чтобы ее вытошнить, у тебя не было. Зрение во время депрессии сужается и начинает туманиться, словно смотришь телевизор с сильными помехами, когда ты вроде бы видишь картинку, но не по-настоящему; лица не различаются, разве только крупным планом; ничто не имеет контуров. Воздух кажется густым и непроходимым, будто наполненным мякиной. Впасть в депрессию — как слепнуть: тьма сначала сгущается, потом обволакивает; какглохнуть: слышишь все меньше и меньше, пока вокруг тебя не наступает ужасающее безмолвие, пока уже и сам не можешь издать звук, который пробился бы сквозь тишину. Ощущение такое, что одежда на тебе медленно становится деревянной; неподвижность локтевых и коленных суставов прогрессирует и придает телу страшную тяжесть и изолирующую от мира неспособность передвигаться, которая сначала тебя изнурит, а со временем и уничтожит.

Пришел отец с одним из моих друзей, за ним брат с невестой. Хорошо еще, что у отца были ключи. Я почти два дня ничего не ел, и они попытались покормить меня копченой семгой. Все решили, что у меня какая-то ужасная вирусная инфекция. Я съел несколько кусочков, а потом меня вытошнило прямо на себя. Я плакал и не мог остановиться. Я ненавидел свою квартиру, но выйти не мог. Назавтра я кое-как дотащился до кабинета психоаналитика.

— Думаю, — сказал я, с трудом выкапывая слова, — мне надо начать принимать лекарства.

— Жаль, — сказала она и стала звонить психофармакотерапевту, который согласился принять меня через час. По крайней мере, она понимала, что надо обратиться за помощью,

пусть и запоздалой. А ведь в 50-х годах, в соответствии с веяниями того времени, одному моему знакомому психоаналитику его начальство сказало, что, если он собирается давать пациенту лекарства, он должен забросить психоанализ. Может быть, как раз нечто старомодное и позволило моему психоаналитику поощрять мой отказ от лекарств? Или она тоже купилась на показуху, которую я устраивал из последних сил? Я этого уже никогда не узнаю.

Психофармакотерапевт выглядел как персонаж фильма о психиатрах: в его кабинете были шелковые обои выцветшего горчичного цвета, старомодные бра на стенах и горы книг с названиями типа "Пристрастившиеся к страданиям" и "Суицидальное поведение: поиски психического домостроительства". Ему было за семьдесят, он курил сигары, говорил с восточно-европейским акцентом и носил тапочки из ковровой ткани. У него были элегантные довоенные манеры и добродушная улыбка. Он задал мне цепочку быстрых конкретных вопросов: как я себя чувствую по утрам по сравнению с вечерами? трудно ли мне смеяться? знаю ли я, чего боюсь? изменился ли у меня режим сна и питания? — и я, как мог, отвечал.

— Ну-ну, — сказал он, когда я выложил ему все свои кошмары, — вполне классический случай, несомненно. Не тревожьтесь, мы вас скоро выправим. — Он выписал мне ксанакс (Ханакс), потом покопался в ящиках, нашел начальную дозу золофта (Zoloft) и подробно объяснил, как начать его принимать. — Придете завтра, — продолжал он с улыбкой. — Золофт начнет работать не сразу. Ксанакс снимет состояние тревоги немедленно. Не волнуйтесь насчет привыкания, это пока для вас не актуально. Как только мы немного снимем состояние тревоги и страха, то сможем яснее увидеть депрессию и позаботиться об этом. Не волнуйтесь, у вас совершенно нормальный набор симптомов.

Начав принимать таблетки, я в первый же день переехал к отцу. Ему уже было почти семьдесят, а мужчины в таком возрасте обычно плохо переносят полную перемену в своей жизни. Мой отец заслуживает высшей похвалы не только за великодушную преданность, но и за гибкость ума и духа, позволившую ему понять, как он может стать мне опорой в тяжелые времена, и за мужество, помогавшее ему быть мне такой опорой.

Он заехал за мной прямо в кабинет врача и привез к себе. Я не захватил даже чистой одежды, но мне она и не понадобилась, потому что всю неделю я едва поднимался с постели. Моим единственным ощущением в то время была паника. Ксанак снимал панику, если я принимал нужную дозу, но эта доза была достаточна для того, чтобы погрузить меня в густой, сбивающий с толку сон, нагруженный тяжелыми видениями. Вот как проходили мои дни: я просыпался, зная, что переживаю крайнее состояние паники. Единственное, чего мне хотелось, это принять достаточную дозу лекарства от паники, чтобы снова уснуть, и еще я хотел спать, пока не выздоровею. Несколько часов спустя я снова просыпался, и тогда мне хотелось принять еще снотворного. Убить себя, так же как, например, встать и одеться, было для меня слишком изощренной концепцией, которая не могла возникнуть в моем уме; чтобы я проводил часы, воображая, как буду проделывать нечто подобное, — нет, такого не было. Я хотел только одного — чтобы "это" кончилось; мне не удалось бы даже быть достаточно конкретным, чтобы дать "этому" название. Я не мог много говорить: слова, с которыми я всегда был на короткой ноге, вдруг оказались изощренными, трудными метафорами, использование которых потребовало бы гораздо больше энергии, чем я был в силах мобилизовать. "Меланхолия кончается потерей смысла... Я замолкаю, и я умираю, — писала когда-то Юлия Кристева<sup>16</sup>. — Люди в меланхолии становятся иностранцами в родном языке. Мертвый язык, на котором они говорят, предвещает самоубийство". Депрессия, как и любовь, оперирует избитыми фразами; о ней трудно говорить, не впадая в риторику приторных поп-мелодий; ее переживание настолько ярко, что идея о том, что и другие познали нечто подобное, кажется совершенно неправдоподобной. На мой взгляд, самое красноречивое описание падения в депрессию, какое когда-либо предавали бумаге, принадлежит Эмили Диккинсон:

<sup>16</sup> *Юлия Кристева* (Kristeva) (р. 1935) — французский исследователь литературы и языка. Родилась в Болгарии, с 1960-х гг. живет во Франции. Представитель структурализма. Ученица Р. Барта, пропагандист и истолкователь идей М.М. Бахтина. Написала книгу о депрессии "Черное солнце" (*Le Soleil Noir: Depression et melancolie*). — Прим. ред.

Шло Погребенье, у меня в Мозгу,  
И Люди в Трауре туда, сюда  
Все шли и шли — пока не начал,  
Казалось, пробиваться Смысл —

Когда же все уселись,  
Запели Службу, и как Барабан —  
Все била, била, била эта Служба,  
Пока не начал Разум мой неметь —

И слышно было, как воздели Ящик,  
И некий скрип, пронзивший Душу мне  
Свинцовыми опять же Сапогами,  
Тогда Пространство зазвонило, будто

Стал Космос Колоколом — чем же стала я? —  
Всего лишь Ухом, Мною и Безмолвьем,  
Каким-то странным Родом неземным,  
Разбитым, одиноким в этом мире —

И тут Обшивку Разума пробило,  
Я пала вниз, и с каждым погруженьем  
Я попадала в Мир и знать переставала\*.

Сравнительно мало писали о том, что депрессивные эпизоды абсурдно противоречивы; стремясь хранить свое достоинство и придать достоинство страданиям других, этот факт легко проглядеть. Однако для человека, пребывающего в депрессии, это совершенно очевидно. Минуты депрессии как века, там какое-то иное, искусственное понятие о времени. Помню, как я лежал оковеневший в постели и плакал, потому что боялся принять душ, и в то же время знал, что душ — это не страшно. Я прокручивал в уме каждый шаг: поворачиваешься и спускаешь ноги на пол; встаешь; проходишь отсюда до ванной; открываешь дверь;ходишь к краю ванны; пускаешь воду; становишься под душ; намыливаешься; смываешь пену; выхо-

\* Здесь и далее, кроме особо оговоренных случаев, перевод цитат А. И. Дормана.

дишь из ванны; вытираешься; идешь обратно к кровати. Все. Двенадцать шагов, но мне они представлялись остановками по пути на Голгофу. При этом умом я понимал, что душ — это легко, что я годами проделывал это *каждый день*, и проделывал так быстро и не замечая, что тут даже и говорить не о чем. Я знал, что эти двенадцать шагов вполне выполнимы. Я знал, что могу даже получить от кого-то помощь в некоторых из них. Обдумывая эту мысль, я переживал несколько секунд облегчения. Кто-нибудь может открыть мне дверь ванной. Я знал, что два-три шага пройти смогу, и вот, напрягая все силы своего организма, садился в кровати, поворачивался и опускал ноги на пол; но тут подступал такой страх и чувство беспомощности, что я опрокидывался навзничь и переворачивался на живот с ногами, все еще свисавшими с кровати. Иногда я опять принимался плакать, не только от того, что не мог совершить простых действий, но и потому, что моя неспособность действовать выглядела совершенным идиотизмом. По всему миру люди принимают душ. Почему, ну почему я не могу быть одним из них? А потом я начинал думать, что у всех этих людей есть семья, и работа, и счет в банке, и паспорт, и планы на ужин, и проблемы, настоящие проблемы, рак, и голод, и смерть детей, и одиночество, и неудачи; а у меня по сравнению с ними так мало проблем, ну разве что я не могу снова повернуться на спину... только через несколько часов, когда придет отец или приятель, чтобы забросить мне ноги обратно на кровать. Идея принять душ начинала выглядеть совершенно нереальной, удачная попытка подтянуть ноги приносила облегчение, и я снова оказывался в безопасности своей постели, чувствуя себя смешным и глупым. Впрочем, иногда нелепость происходящего становилась мне смешна, и думаю, что именно это помогло мне выстоять. На задворках сознания постоянно звучал голос, спокойный и ясный, говоривший: не сентиментальничай; пожалуйста, не надо мелодрамы... Разденься, надень пижаму, ложись спать; утром проснешься — поднимайся, одевайся и делай все, что тебе полагается делать. Я постоянно слышал этот голос, похожий на мамин. Я раздумывал о потерянном и ощущал тоску и ужасное чувство одиночества. "Было ли кому-нибудь дело — я не говорю о супермодном культурном центре, а вообще кому-нибудь, хотя бы моему дантисту, до того, что я вышла из тусовки? — писала в испове-

дальном эссе о своей депрессии журналистка Дафна Меркин. — Оплакивали бы меня, если бы я вообще не вернулась и не заняла снова своего места?"

К вечеру я становился способен встать с постели. Депрессия чаще всего каскадна<sup>17</sup> — в течение дня становится легче, к утру она опять подступает. Вечерами, не чувствуя никакого желания есть, я вставал и сидел в столовой за ужином с отцом, который отменил все свои планы, чтобы быть со мной. К этому времени я уже мог разговаривать и старался объяснить, каково все это. Отец кивал, без всяких сантиментов уверял меня, что все пройдет, и пытался заставить меня поесть. Он резал мне еду кусочками. Я просил — не надо меня кормить, мне не пять лет, но терпел поражение, не сумев наколоть кусочек бараньей отбивной на вилку, и он делал это за меня. Он все время вспоминал, как кормил меня в детстве, и заставлял обещать, шутя, конечно, что я тоже буду резать для него баранью отбивную, когда он станет стар и беззуб. Он поддерживал связь с некоторыми из моих друзей, а иные друзья сами мне звонили, и после ужина я чувствовал себя достаточно хорошо, чтобы звонить им. Иногда кто-нибудь даже заскакивал после ужина. Против всех ожиданий, я мог перед сном сам принять душ! И даже глоток воды после перехода через пустыню не мог бы быть желаннее этого торжества победы над собой и этой чистоты. Перед сном, уже накачавшись ксанаксом, но еще не уснув, я мог пошутить обо всем этом с отцом и друзьями, и в комнате появлялось ощущение той драгоценной близости, которое сопровождает болезнь, и иногда я чувствовал это чересчур сильно и вновь начинал плакать, а потом наступало время гасить свет, чтобы я мог опять уснуть. Иногда близкие друзья сидели со мной, пока я не уплывал в сон. Одна подруга порой держала мою руку, напевая колыбельные. В некоторые дни отец читал мне вслух книги, которые я любил в детстве. Я его останавливал. "Две недели назад я издавал роман! — говорил я. — Я работал по двенадцать часов в день и потом мог сходить на четыре пирушки за вечер. Что произошло?" Отец уверял меня, сияя, что скоро

Автор имеет в виду так называемый эндогенный суточный ритм, при котором степень выраженности депрессии зависит от времени суток; утром состояние наиболее тяжелое. — *Прим. ред.*

я смогу проделывать все это снова. С таким же успехом он мог говорить мне, что скоро я сумею построить вертолет из теста и улететь на нем на Нептун: так ясно виделось мне, что моя настоящая жизнь, та, которую я жил раньше, теперь решительно в прошлом. Время от времени паника ненадолго оставляла меня. Тогда приходило тихое отчаяние. Это необъяснимо, потому что не поддается логике. Было дьявольски неловко сообщать людям, что у меня депрессия, когда в моей жизни по всем параметрам было столько добра, и любви, и материального достатка... Для всех, кроме ближайших друзей, у меня был "неисследованный тропический вирус", который я "скорее всего, подхватил прошлым летом в поездке". Вопрос бараньей отбивной приобрел для меня особую символику. Моя приятельница-поэтесса Элизабет Принс написала:

Ночь  
глухая, сырая: это  
Нью-Йорк в июле.  
Я была в своей комнате, прячась,  
питая отвращение  
к необходимости глотать.

Позже я прочел в дневнике Леонарда Вулфа описание депрессии Вирджинии: "Предоставленная самой себе, она ничего не брала в рот и могла постепенно довести себя до голодной смерти. Всегда было чрезвычайно трудно заставить ее съесть достаточно, чтобы сохранять здоровье и силы. Ее безумие понижало обыкновенно чувство некоей вины, происхождение и природу которой я так и не обнаружил, но каким-то своеобразным образом это было связано с пищей и процессом еды. На ранней, острой, суицидальной стадии депрессии она, бывало, часами сидела, охваченная безнадежной меланхолией, молча, не отвечая на обращенные к ней слова. Когда приходило время поесть, она не обращала ни малейшего внимания на поданную ей на тарелке еду. Обычно мне удавалось склонить ее съесть немного, но этот процесс был ужасен. Каждый раз мы проводили за столом час или два; мне приходилось сидеть рядом с нею, вкладывать ложку или вилку ей вруку и время от времени очень тихо просить ее поесть, одновременно дотрагив-

ваясь до ее руки. Раз в пять минут она могла машинально съесть ложечку".

Во время депрессии тебе постоянно твердят о нарушенной способности здраво судить, на самом же деле одно из свойств депрессии — то, что она затрагивает способность воспринимать. Депрессивный срыв вовсе не означает, что в твоей обычной жизни нет беспорядка. Если существуют вопросы, которые ты годами с успехом обходил или вовсе выбрасывал из головы, все они теперь вылезают наружу и глядят тебе прямо в лицо; одна из сторон депрессии — глубокое знание, что утешающие тебя доктора, уверяющие тебя, что ты судишь неверно, не правы! Ты непосредственно соприкасаешься с "ужасностью" своей жизни. На уровне рассудка понимаешь, что позже, когда лекарство подействует, ты сможешь лучше справиться с этой "ужасностью", но свободен от нее все равно не станешь. В депрессии прошлое и будущее абсолютно включены в текущий момент, как в мире трехлетнего ребенка. Ты не помнишь хоть сколько-нибудь отчетливо прошлого, когда тебе *было* лучше, и уж точно не можешь представить себе будущего, когда *станет* лучше. Если ты расстроен, даже глубоко расстроен, то это переживание существует во времени, тогда как депрессия вневременна. Депрессия лишает тебя точки зрения.

Во время депрессивного эпизода происходит множество процессов. Наблюдаются нарушения обмена нейромедиаторов (химических передатчиков импульсов по нервным клеткам); изменения функции синапса (области контакта нейронов между собой и с клетками исполнительных органов<sup>18</sup>; повышение или понижение чувствительности нейронов; изменения в проявлениях активности генов; повышение (как правило) или понижение обмена веществ в передних отделах коры головного мозга; увеличение содержания гормона, контролирующего секрецию щитовидной железы (TRH); расстройство функции мозжечковой миндалины и иногда гипоталамуса (областей мозга); изменение уровня мелатонина (гормона, вырабатываемого шишковидной железой из серотонина); повышение содержания пролактина (избыток производных молочной кисло-

<sup>18</sup> *Синапсы* — структуры, обеспечивающие передачу нервного импульса. — *Прим. ред.*

ты, вызывающий у людей, подверженных состоянию тревоги, приступы паники); сглаживание кривой суточной температуры тела и суточного выделения гидрокортизона; нарушение связей между таламусом, базальными ганглиями и фронтальными долями (другие функциональные центры мозга); увеличение притока крови к лобной доле доминантного полушария; уменьшение притока крови к затылочной доле (которая контролирует зрение); снижение желудочной секреции. Трудно разобраться во всех этих явлениях. Какие из них — причины депрессии, какие — симптомы, а какие — просто совпадения? Можно подумать, что повышенный уровень TRH означает, что TRH вызывает плохое самочувствие, а на деле большие дозы этого гормона могут с пользой применяться для временного облегчения депрессии. Оказывается, что во время депрессии организм начинает вырабатывать TRH в качестве собственного антидепрессанта. И TRH, хотя и не является общепризнанным антидепрессантом, может быть использован в качестве такового сразу после тяжелого приступа депрессии, потому что мозг, у которого во время депрессии множество проблем, становится сверхчувствителен к тому, что может помочь эти проблемы решить. Клетки мозга с готовностью изменяют свои функции, и во время приступа соотношение между патологическими изменениями (вызывающими депрессию) и адаптивными (борющимися с нею) определяет, продолжишь ли ты болеть или тебе станет легче. Если принимать лекарства, которые стимулируют адаптивные функции или активируют их в такой степени, чтобы навсегда подавить патологические, ты вырываешься из замкнутого круга и мозг сможет продолжать работать нормально.

Чем больше эпизодов депрессии, тем вероятнее их повторение; как правило, с течением жизни они становятся все тяжелее и происходят все чаще. Это ускорение подсказывает, как работает недуг. Первый эпизод депрессии обычно связан либо с какими-нибудь провоцирующими событиями, либо с трагедией; по наблюдению Кей Джеймисон — талантливого психолога, чьи тексты, как академические, так и популярные, способствовали изменению взглядов на душевные расстройства, — люди, генетически предрасположенные к депрессии, "похожи на сложенный для костра хворост, сухой и легко воспламеняе-

мый, ничем не отгороженный от искр, неизбежно выбрасываемых жизнью". В какой-то момент рецидивы перестают зависеть от обстоятельств. Если у животного каждый день вызывать припадки, со временем они станут автоматическими: они так и будут возникать у него постоянно, даже если прекратить стимуляцию. Очень похожим образом мозг, уже несколько раз погружавшийся в депрессию, продолжает входить в нее снова и снова. Это заставляет предположить, что депрессия, пусть даже первоначально вызванная внешней трагедией, в итоге изменяет структуру и биохимию мозга. "Это не такая уж доброкачественная болезнь, как мы полагали, — говорит Роберт Пост, начальник филиала биологической психиатрии Национального института психического здоровья. — У нее есть тенденция рецидивировать и углубляться, так что после нескольких приступов следует подумать о долгосрочной профилактической терапии, чтобы избежать ужасных последствий".

Кей Джеймисон, когда приходится говорить на эту тему, стучит кулаком по столу. "Депрессия — совсем не безобидная хандра. Это не просто жалкое, кошмарное, разрушительное состояние — часто оно еще и убивает. Не только через самоубийство, но и через повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний, понижение иммунитета и многое другое". Нередко пациенты, первоначально хорошо отзывавшиеся на лекарства, перестают реагировать на них после того, как несколько раз прервут курс и начнут снова; так и с каждым новым эпизодом риск того, что депрессия станет хронической и неизбежной, возрастает на 10%. "Это напоминает начальную стадию рака, когда организм очень хорошо отвечает на лекарства, но, как только появляются метастазы, перестает реагировать, — объясняет Пост. — Если у вас часто бывают эпизоды депрессии, это изменяет вашу биохимию к худшему, и, случается, необратимо. Но и на этой стадии многие психотерапевты ищут не там. Если данный приступ наступил в автоматическом режиме, что толку искать источник стресса, подтолкнувший исходный процесс? Для этого уже просто слишком поздно". То, что починено, всего лишь залатано и целым не станет никогда.

Три разных события — снижение рецепции серотонина, повышение уровня гидрокортизона (гормона стресса) и депрессия — случайное совпадение. Что за чем следует, неизвестно.

но; это загадка о цыпленке, курице и яйце. Если в мозге подопытного животного повредить серотониновую систему, уровень гидрокортизона повышается. Если повысить содержание гидрокортизона, снижается серотонин. Если человека подвергнуть стрессу, то гормона высвобождения кортикотропина (CRH) становится больше и от этого повышается содержание гидрокортизона. Если человек находится в депрессии, содержание серотонина снижается. Что все это значит? Последние десять лет веществом номер один считается серотонин, и в США для лечения депрессии чаще всего используют методы, повышающие функциональный уровень содержания серотонина в мозге. Каждый раз, воздействуя на серотонин, модифицируют стрессовые механизмы и изменяют уровень гидрокортизона в мозге. "Я бы не сказала, что гидрокортизон служит причиной депрессии, — говорит Элизабет Янг, которая работает в этой области в Мичиганском университете. — Но он, вполне возможно, усугубляет легкое состояние и создает реальный синдром". Гидрокортизон, как только производится, сразу же привязывается к глюкокортикоидным рецепторам в мозге. Антидепрессанты повышают число этих рецепторов, которые затем абсорбируют излишки гидрокортизона. Это крайне важно для общей регуляции функций организма. Глюкокортикоидные рецепторы фактически "включают" и "выключают" некоторые гены, и когда у вас сравнительно мало рецепторов, "одолеваемых" большим количеством гидрокортизона, организм идет вразнос. "Это как с обогревательной системой, — говорит Янг. — Если датчик температуры расположен на сквозняке, система никогда не отключится, даже если в комнате станет жарко. Но если добавить несколько датчиков и расположить их по всей комнате, то система управления снова станет работать".

В обычных обстоятельствах уровень гидрокортизона следует довольно простым правилам. Согласно суточной кривой его содержание повышается к утру (что заставляет нас вставать с постели) и постепенно снижается в течение дня. Случись что-нибудь с ингибиторными цепочками, которым положено постепенно выключать производство гидрокортизона на протяжении дня, — и это может стать одной из причин того, что депрессивные люди продолжают еще долго в течение дня испытывать обычную для себя утреннюю тоску. Не исключена

возможность управления депрессией непосредственно через гидрокортизоновую систему, а не через серотониновую. На основе базовых исследований в Мичигане ученые лечили неподдающихся лечению депрессивных пациентов кетоконазолом — препаратом, снижающим уровень гидрокортизона, и почти у 70% наблюдалось заметное улучшение. Пока у кетоконазола еще слишком много побочных эффектов, что мешает его широкому применению в качестве антидепрессанта, но несколько фармацевтических компаний исследуют аналогичные препараты, не имеющие этих негативных побочных эффектов. Однако такое лечение должно тщательно контролироваться, поскольку гидрокортизон ответствен за реакции типа "сражайся или беги", за ту адреналиновую энергию, которая помогает нам устоять перед лицом трудностей, за противовоспалительные процессы, за принятие решений и настойчивость и, самое главное, за введение в действие иммунной системы перед лицом инфекционных заболеваний.

Недавно были проведены исследования поведения при изменении уровня гидрокортизона у павианов и у авиадиспетчеров. Павианы, у которых долгое время поддерживали высокий уровень гидрокортизона, становились склонными к паранойе, теряли способность отличать настоящую угрозу от мелких неудобств, легко вступали в смертный бой за банан, лежащий рядом с деревом, обвешанным спелыми плодами, как будто от этого зависела их жизнь. У психологически здоровых авиадиспетчеров наблюдалась точная корреляция между степенью переутомления и уровнем гидрокортизона; у тех же, кто пребывал в плохом состоянии, этот уровень скакал до небес без всякой причины. Когда нарушена корреляция между гидрокортизоном и уровнем стресса, становятся возможны истерики из-за банана: все, что ни происходит с тобой, отзывается стрессом. "Это тоже форма депрессии, и к тому же, депрессивность, конечно, сама вызывает стресс, — замечает Янг. — Получается движение по спирали вниз".

Однажды случившийся стресс, достаточный для долговременного повышения уровня гидрокортизона, поражает гидрокортизоновую систему, и в будущем она, активизировавшись, выключается уже не так легко. После этого повышенный в результате небольшой травмы уровень гидрокортизона может

уже не прийти в норму, как произошло бы при обычных обстоятельствах. Так все, однажды сломанное, имеет тенденцию ломаться снова и снова в результате все меньшего и меньшего внешнего воздействия. Люди, пережившие инфаркт миокарда после большого физического напряжения, подвержены рецидивам даже сидя в кресле — сердце изношено и иногда сдает без особого напряжения. То же происходит и с мозгом.

Принадлежность какой-либо проблемы медицине не противоречит психосоциальному характеру источников этой проблемы. "Моя жена — эндокринолог, — говорит Хуан Лопес, сотрудник Янг, — она лечит детей с диабетом. Диабет — болезнь поджелудочной железы, но влияют на нее внешние факторы. Не только то, что ты ешь, но и какой стресс переживаешь — когда дети из неблагополучных семей начинают беситься, сахар у них в крови сходит с ума. Но от этого диабет не становится психическим заболеванием". В области депрессии психологический стресс перерождается в биологическое изменение и наоборот. Если человек подвергается крайнему стрессу, у него выделяется гормон высвобождения кортикотропина (CRH), что часто способствует возникновению биологической ситуации депрессии. Психологические методы недопущения слишком большого стресса могут помочь держать на низком уровне CRH и гидрокортизон. "У вас есть гены, — говорит Лопес, — и с ними, вы ничего сделать не можете. Но иногда вы можете управлять тем, как они себя выражают".

В своих исследованиях Лопес вернулся к самым тривиальным моделям поведения животных. "Если довести крысу до стресса, — говорит он, — у нее будет высокий уровень стрессового гормона. Если посмотреть на ее рецепторы, поглощающие мелатонин, можно увидеть, что стресс все изменил. Мозг крысы под сильным стрессом очень похож на мозг крысы в глубокой депрессии. Если дать ей антидепрессант, меняющий серотониновую ситуацию, она снова начинает управлять собой. Не исключено, что есть депрессии, связанные с обменом серотонина, а есть — с обменом гидрокортизона, но в большинстве случаев это некая смешанная чувствительность и к тому, и к другому. Связь этих двух систем составляет часть одной и той же патофизиологии". Опыты на крысах многое прояснили, но у человека существует префронтальный участок коры, который и делает нас более высокоразвитыми по

сравнению с крысами; в этом участке мозга тоже есть много рецепторов гидрокортизона, которые, вероятно, и повинны в столь сложном характере человеческой депрессии. Мозг самоубийц являет чрезвычайно высокое содержание CRH — "гиперуровень, как будто их накачивали этой штуковиной". Надпочечники (производящие адреналин) у них крупнее, чем у людей, умерших от других причин, потому что высокое содержание CRH послужило причиной расширения надпочечниковой системы. Последняя работа Лопеса показывает, что у самоубийц выявляется значительно меньше рецепторов гидрокортизона в префронтальной коре (это означает, что гидрокортизон в этой области не действует так сильно, как необходимо). Следующим шагом, говорит Лопес, станет исследование мозга людей, которые были подвержены колоссальному стрессу, но тем не менее продолжают жить и функционировать. "Каков механизм их "биохимии стресса"? — спрашивает Лопес. — Как им удается сохранять такую устойчивость? Каковы закономерности выработки CRH в их мозге? Чем отличаются их рецепторы?"

Джон Греден, декан факультета, на котором работают Лопес и Янг, концентрирует внимание на долгосрочных эффектах продолжительных стрессов и продолжительных приступов депрессии. Если у вас слишком сильный стресс и слишком высокий уровень гидрокортизона на протяжении долгого времени, вы начинаете уничтожать те самые нейроны, которые должны регулировать цепь обратной связи, снижая уровень гидрокортизона по выходе из стресса. В конечном итоге это приводит к поражениям гиппокампа и мозжечковой миндалины, к потере нейронной ткани, из которой строится нейронная информационная сеть. Чем дольше пребываешь в состоянии депрессии, тем выше вероятность поражений, которые могут привести к периферической нейропатии: слабеет зрение, многое начинает работать неправильно. "Это отражает очевидный факт: мы должны не только лечить депрессию, когда она возникает, — говорит Греден, — но и предотвращать ее рецидивы. Подход нашего официального здравоохранения в настоящее время попросту неверен. Люди с повторяющейся депрессией должны принимать лекарства постоянно, а не периодически: мало того, что им приходится выживать во множественных эпизодах депрессии, они еще и разрушают собственную ней-

ронную ткань". Греден думает о временах, когда понимание физических последствий депрессии сможет привести нас к методам обращения их вспять. "Может быть, мы попробуем избирательно вводить нейротропные вещества, способствующие росту нейронов, в определенные отделы мозга, чтобы заставить ту или иную ткань распространяться и развиваться. Может быть, мы научимся использовать стимуляцию другого рода — электрическую, магнитную — чтобы способствовать росту в определенных отделах".

Очень надеюсь. Принимать таблетки — дорого, не только финансово, но и психологически. Зависеть от них унижительно. Придерживаться режима, не забывать обновлять запасы и рецепты — утомительно. Знание, что без этого непрерывного вмешательства перестаешь быть собой, — отравляет жизнь. Я не вполне понимаю, почему у меня такое ощущение: я ношу контактные линзы и без них практически слеп, но ведь не стыжусь ни линз, ни моей нужды в них (хотя, конечно, предпочел бы безупречное зрение). Постоянное присутствие лекарств служит мне напоминанием о непрочности и несовершенстве, а я — перфекционист и хочу, чтобы все выходило из руки Божьей неоскверненным.

Первые эффекты антидепрессантов появляются примерно через неделю, однако полное проявление их достоинств требует иногда и шести месяцев. Я чувствовал себя от золотца отвратительно, и мой врач заменил его на паксил (Paxil) через несколько недель. От паксила я тоже не был в диком восторге, но он работал и давал меньше побочных эффектов. Только много позже я узнал, что хотя 80% пациентов реагируют на препараты, на первое лекарство (и вообще, на любое конкретное лекарство) отзывается только 50%. Тем временем работает кошмарный порочный круг: симптомы депрессии вновь вызывают депрессию. Чувство одиночества вызывает депрессию, но и депрессия создает чувство одиночества. Если не можешь исправно функционировать, в твоей жизни наступает беспорядок, какой ты в ней и предполагал; если не можешь говорить и не имеешь сексуальных желаний, твоя личная и социальная жизнь рушится, а это само по себе вызывает депрессию.

Большую часть времени я был слишком расстроен из-за всего на свете, чтобы страдать по какому-нибудь конкретному поводу;

только поэтому мне и удавалось сносить утрату привязанностей, удовольствий и достоинства, вызванную недугом. Ко всем прочим неудобствам, сразу после дня рождения у меня было запланировано турне-презентация. Я должен был ездить в самые разные книжные магазины и прочие места, стоять там перед группами незнакомых людей и читать вслух отрывки из написанного мною романа. Это был рецепт катастрофы, но я исполнился решимости через это пройти. Перед первым из таких чтений — это было в Нью-Йорке — я просидел четыре часа в ванне, а потом один мой близкий друг, который уже прошел через собственную депрессию, помог мне принять холодный душ. Он не просто открыл краны, но и помог мне справиться с выматывающими трудностями расстегивания пуговиц и прочим, а потом стоял в ванной, чтобы помочь мне выйти. И я пошел на эту презентацию. Мне казалось, что мой рот засыпан тальком, я плохо слышал и постоянно думал, что вот-вот упаду в обморок, но у меня все получилось. Затем один приятель помог мне добраться домой, где я слег на три дня. Я больше не плакал и, если принимал достаточную дозу ксанакса, мог сдерживать напряжение. Повседневные дела по-прежнему были для меня почти невозможными, и я каждый день просыпался рано утром в панике, а потом мне нужно было несколько часов, чтобы победить страх и подняться с постели; но мне удавалось заставлять себя появляться на публике хотя бы на час-другой.

Выход из депрессии обычно постепенен, и разные люди останавливаются на разных его стадиях. Одна женщина, работающая в системе здравоохранения, рассказала мне о собственной постоянной борьбе с депрессией: "Реально она не покидает меня никогда, но я воюю с ней каждый день. Я сижу на таблетках, и это помогает; я просто решила для себя, что не позволю себе ей поддаться. Видите ли, у меня есть сын, который тоже страдает этим недугом, и я не хочу, чтобы он думал, будто это повод не иметь хорошей жизни. Каждый Божий день я встаю и готовлю сыну завтрак. В некоторые дни я могу продолжать жить, в иные — вынуждена опять ложиться, но встаю я каждый день. Каждый день, иногда раньше, иногда позже, я прихожу в этот кабинет. Иногда я пропускаю несколько часов, но целого дня я не пропускала из-за депрессии ни разу". Женщина говорила, слезы катились у нее по щекам, но она сжала зубы и продолжала: "На прошлой неделе просыпаюсь —

совсем плохо. Кое-как поднялась, пошла на кухню — каждый шаг отдается в голове; открыла холодильник. Все, что нужно для завтрака, лежит в глубине, а я не могу дотянуться. Когда пришли дети, я просто стояла, уставившись в холодильник. Это совершенно невыносимо, да еще и происходит на виду у детей". Мы поговорили о не прекращающейся день за днем битве. "Люди, подобные Кей Джеймисон или вам, проходят через это при большой поддержке, — сказала она, — а мои родители умерли, я разведена, и мне нелегко до кого-нибудь достучаться".

Жизненные события часто служат пусковыми механизмами депрессии. "Вероятность испытать депрессию в стабильной ситуации гораздо меньше, чем в нестабильной", — говорит Мелвин Макгиннес из клиники Джонса Хопкинса. Джордж Браун из Лондонского университета, основоположник исследований воздействия стрессовых жизненных событий, говорит: "На наш взгляд, депрессия антисоциальна по происхождению; да, есть такая болезнь, но большинство людей способны получить тяжелую депрессию в результате конкретного набора обстоятельств. Уровень уязвимости, конечно, разный, но я думаю, что у 70% он достаточен для депрессии". Согласно всестороннему исследованию, которое он проводит уже двадцать пять лет, за запуск первоначальной депрессии ответственны чрезвычайно грозные жизненные события. Они часто связаны с утратой — любимого человека, своей роли, идеи о самом себе — и действуют хуже всего, когда сопровождаются унижением или чувством безысходности. Депрессию могут вызывать и положительные перемены. Рождение ребенка, повышение по службе и женитьба почти с такой же вероятностью могут вызвать депрессию, как смерть или утрата.

Традиционно проводится грань между эндогенной и реактивной моделями депрессии: эндогенная начинается изнутри сама по себе, реактивная же есть экстремальная реакция на тяжелую ситуацию. В последние десять лет это различие перестало быть актуальным, поскольку стало ясно, что в большинстве случаев депрессия объединяет реактивные и внутренние факторы. Рассел Годдард из Йельского университета рассказал мне историю своих сражений с депрессией: "Я принимал асендин (Asendin), и это закончилось психозом; жена вынуждена

была срочно отправить меня в больницу". Декседрин (Dexedrine) принес лучшие результаты. Его депрессия часто строилась вокруг семейных событий. "Я знал, что свадьба сына будет событием эмоциональным, — рассказал он, — а все эмоциональное, хорошее или плохое, действует на меня разрушительно, поэтому я решил подготовиться. Я всегда ненавидел идею электрошоковой терапии, а тут пошел и сам попросил сеанс. Ничего хорошего не вышло. В день свадьбы я не смог даже подняться с постели. Сердце у меня разрывалось, но попасть туда у меня не было никакой возможности". Подобные состояния вносят ужасное напряжение в семью и в отношения между родственниками. "Моя жена понимала, что сделать ничего не может, — объяснил Годдард. — Она, слава Богу, научилась оставлять меня в покое". Но часто друзья и родные вообще не способны понять, как следует себя вести, некоторые даже излишне потакают больному. Если обращаться с человеком как с инвалидом, то он именно так и будет себя воспринимать; это может действительно сделать его совершенным инвалидом, возможно, даже ухудшив его состояние. Существование медикаментов усилило нетерпимость в обществе. Однажды в больнице я слышал, как женщина говорила своему сыну: "У тебя проблемы? Начни принимать этот прозак и, когда все пройдет, позвони мне". Установить правильный уровень терпимости важно не только для пациента, но и для членов его семьи. "Родные должны остерегаться, — сказала мне Кей Джеймисон, — чтобы не заразиться безнадежностью".

Что здесь причина, а что — следствие, остается совершенно непонятным: депрессия ли порождает жизненные события или жизненные события порождают депрессию? Синдром и симптом стирают грани между собой и становятся взаимной причиной: неудачные браки — причина неудачных жизненных событий — причина депрессии — причина неудачных привязанностей — причина неудачных браков. Согласно исследованиям, проведенным в Питсбурге, первое проявление тяжелой депрессии, как правило, тесно связано с жизненными событиями; второе — менее тесно; к четвертому-пятому эпизодам жизненные события уже не играют в них видимой роли. Браун согласен, что в какой-то момент депрессия "взлетает на собственной силе" и становится непредсказуемой и эндогенной, отвлеченной от жизненных собы-

тий. Хотя большинство людей с депрессией пережили те или иные специфические события, только один из пяти, их испытавших, впадет в депрессию. Ясно, что стресс повышает уровень заболеваемости депрессией. Самый сильный стресс — унижение, за ним идет утрата. Лучшая защита для людей с подобной биологической уязвимостью — удачный брак, который абсорбирует внешнее унижение и минимизирует его. "Психосоциальные условия создают биологические изменения, — признает Браун, — но механизм уязвимости *должен* быть первоначально пущен в ход внешними событиями".

Как раз перед началом моего турне-презентации я начал принимать наван (Navane), антидепрессант, воздействующий на тревожность: мы надеялись, что это позволит мне реже прибегать к ксанаксу. Следующие выступления были в Калифорнии. Я считал, что не смогу поехать; и уж точно знал, что не смогу поехать один. Кончилось тем, что со мной поехал отец; пока я находился в дурмане от ксанакса, он посадил меня в самолет, потом высадил, отвез из аэропорта и поселил в отеле. Я был настолько накачан, что почти спал, и благодаря этому смог пройти через все перемены своего положения, тогда как неделю назад это было бы немислимо. Я понял, что, чем больше мне удастся делать, тем меньше хочется умирать, поэтому поездка выглядела важным делом. Прибыв в Сан-Франциско, я лег в постель и проспал двенадцать часов. И вот во время первого моего ужина в этой поездке я вдруг почувствовал, что меня отпускает. Мы сидели в большой, уютной столовой нашей гостиницы, и я сам выбрал себе еду. До этого я проводил по много дней рядом с отцом, но не имел представления о том, что происходит в его жизни помимо меня; в тот вечер мы разговаривали, как бы пытаясь наверстать упущенное за месяцы разлуки. Наверху мы продолжали разговаривать допоздна, и когда я наконец-то отправился спать, я был чуть ли не в экстазе. Я поел шоколада из мини-бара, написал письмо, прочел несколько страниц захваченного с собой в дорогу романа, постриг ногти. Я чувствовал, что готов идти в мир.

Наутро мне было так плохо, как в худшие моменты моей жизни. Отец помог мне подняться, включил душ. Он попытался меня накормить, но от страха я не мог даже жевать. Кое-как я выпил молока. Несколько раз меня почти вырвало, но только

почти. Меня одолевало ощущение мучительной пустоты, как у того, кто только что уронил и разбил драгоценный предмет. В те дни четверть миллиграмма ксанакса могла погрузить меня в сон на двенадцать часов. В тот день я принял восемь миллиграммов ксанакса, и все равно был так напряжен, что не мог усидеть на месте. К вечеру полегчало, но ненадолго. Таков срыв на этой стадии: шаг вперед, два шага назад, два шага вперед, шаг назад. Боксерские шаги, если хотите.

Дальше симптомы начали ослабевать. Самочувствие улучшалось в ранние часы, на больший период, чаще. Скоро я уже мог самостоятельно питаться. Трудно описать, какого рода беспомощность владела мной в это время — немножко похоже на то, как я представлял себе глубокую старость. Моя двоюродная прабабушка Беатрис в свои 99 лет была восхитительна, потому что в такие преклонные годы каждый день вставала и сама одевалась. Если погода позволяла, она проходила пешком до восьми кварталов. Она по-прежнему обращала внимание на свои наряды и любила часами говорить по телефону. Она помнила все дни рождения и время от времени обедала в ресторане. Выходя из депрессии, ты находишься в том пункте, когда можешь вставать и одеваться *каждый день*. Если погода хорошая, можно выйти погулять и, может быть, даже пообедать. Ты говоришь по телефону. Тетя Беатрис не задыхалась в конце своих прогулок; она ходила немного медленно, но ей было хорошо, она радовалась, что ходит. Так и при выходе из депрессии: если ты абсолютно нормален за обедом, это еще не значит, что ты уже выздоровел, как и способность тети Беатрис пройти восемь кварталов не означает, что она может протанцевать ночь напролет, как в свои семнадцать.

Преодолеть депрессивный срыв легко и быстро не получится. Путь по-прежнему ухабист. Хотя некоторые симптомы депрессии вроде бы ослабевали, у меня произошла неудачная и необычная накопительная реакция на наван. Принимая его три недели, я начал терять способность сохранять вертикальное положение. После нескольких минут ходьбы мне было *необходимо* лечь. Контролировать эту потребность я мог не более чем потребность дышать. Бывало, иду на презентацию, карабкаюсь на трибуну, а посередине чтения начинаю пропускать абзацы, чтобы хоть как-то продержаться до конца. Закончив,

я долго сидел на стуле и держался за сиденье. При первой возможности выходил из комнаты, скажем, притворяясь, будто мне нужно в туалет, и тут же ложился. Я понятия не имел, что со мной происходит. Помню, я вышел погулять с приятельницей в районе кампуса университета Беркли, — она сказала, что прогулка мне полезна. Через несколько минут я почувствовал усталость. Усилием воли я продолжал идти, думая, что хорошая погода и свежий воздух мне помогут — до этого я провел в постели часов пятьдесят, если не больше. Существенно снизив дозу ксанакса, чтобы не спать по трое суток, я начал вновь испытывать сильное беспокойство. Если вы никогда не переживали болезненного беспокойства, представьте себе нечто противоположное покою. В тот период жизни у меня напрочь был отнят мир и покой — и внутренний, и внешний. Многие типы депрессии включают в себя симптомы беспокойства. Можно рассматривать беспокойство и депрессию отдельно, но, как говорит Джеймс Бэлленгер из Медицинского колледжа Южной Каролины, ведущий специалист по тревожным расстройствам, "это близнецы-братья". Джорж Браун высказался кратко: "Депрессия — реакция на прошлую утрату, тревога — на будущую". Фома Аквинат заметил, что страх соотносится с тоской, как надежда с удовольствием; иными словами, тревога — предварительная форма депрессии. Я бывал настолько беспокоен в депрессии и настолько подавлен в состоянии беспокойства, что пришел к пониманию, что уход в себя и страх неотделимы. Тревога — это не паранойя; люди в состоянии патологического беспокойства оценивают свое место в мире не хуже здоровых. Отличает же беспокойство то, что человек чувствует по поводу этой оценки. Примерно половина пациентов с патологической тревогой приобретают тяжелую депрессию в пределах пяти лет. В той мере, в какой депрессия и тревога обусловлены генетически, они разделяют один и тот же набор генов (связанных с генами наследственного алкоголизма). Депрессия, усиленная тревогой, приводит к самоубийствам гораздо чаще, чем простая депрессия, и выйти из нее гораздо труднее. "Если у вас несколько приступов паники в день, — говорит Бэлленгер, — это и Ганнибала скрутит в бараний рог. Человека измельчает в кашу, придавливает до положения лежащего в кровати зародыша".

От 10 до 15% американцев страдают той или иной формой патологической тревоги. Ученые считают, что поскольку locus coeruleus (определенное положение гена в хромосоме) в мозге управляет и выработкой норэпинефрина и нижними отделами кишечника, то не менее половины пациентов с патологической тревогой страдают и синдромом раздраженного кишечника. Всякий, кто испытывал по-настоящему сильное беспокойство, знает, с какой быстротой и неистовством пища может проваливаться сквозь пищеварительный тракт. За тревогу ответственны и норэпинефрин, и серотонин. "В двух случаях из трех присутствует реакция на жизненные события, и это всегда потеря уверенности в завтрашнем дне", — говорит Бэлленгер. Около трети приступов паники, свойственных некоторым видам депрессии, случаются во время сна, в глубоком, без сновидений, дельта-сне. "Собственно говоря, панические расстройства вызываются тем же, что заставляет нервничать нас всех, — говорит Бэлленгер. — Излечивая их, мы как бы возвращаем людей к обычному беспокойству". Панические расстройства, по сути, представляют собой нарушение чувства соотнесенности. Пребывание в толпе, например, несколько нервнует большинство людей, даже без патологической тревоги, но для людей с патологической тревогой это может быть невыносимо страшно. Переходя по мостику, мы все немного осторожничаем — выдержит ли он наш вес? безопасно ли это? — но для человека с патологической тревогой пройти по цельнометаллическому мосту, который уже десятилетиями выдерживает потоки машин, может оказаться так же страшно, как для большинства из нас пересечь Большой Каньон по натянутому канату.

На моем пике тревожности мы с приятельницей из Беркли надумали немного поупражняться физически; мы шли и шли, и потом я уже больше не мог. Как был, в совершенно приличной одежде, я лег прямо в грязь.

— Эй, — сказала она, — ты хоть на бревно ляг, что ли...

— Умоляю, дай мне полежать спокойно, — сказал я и почувствовал, что снова плачу. Час я лежал в грязи, ощущая, как вода проникает к телу, а потом моя приятельница буквально проволочка меня к машине. Те самые нервы, которые недавно ободрали до сердцевины, теперь казались обернутыми в свинец. Я знал, что наступила катастрофа, но это знание было бессмысленно. Сильвия Плэт в книге *The Bell Jar*, талантливым

воссоздании ее собственной депрессии, пишет: "Я не могла заставить себя реагировать, ощущая себя совершенно сплюсщенной и пустой, как должен чувствовать себя центр смерча, безвольно движущийся посреди окружающего его воя и грохота". Я чувствовал себя как те мушки, что бывают навеки замурованы в прозрачном янтаре.

Эти презентации оказались самым трудным делом в моей жизни — более тяжелым, чем любое испытание, с каким я только сталкивался и до того, и после. Издатель, организовавшая турне, провела более половины его времени со мной и с тех пор стала мне закадычным другом. Отец ездил со мной во многие из этих поездок; когда его не было, он звонил каждые два-три часа. Несколько близких друзей взяли надо мной шефство, и я никогда не оставался один. Должен сказать, что приятную компанию я не составлял никому, и их глубокая любовь и мое знание об этой любви сами по себе не исцеляли. Могу добавить еще, что без их глубокой любви и моего знания о ней я не нашел бы такой же любви в себе, чтобы продержаться до конца этого турне. Я нашел бы себе место в лесу, чтобы лечь на землю, и лежал бы там, пока не замерз бы до смерти.

Кошмар закончился в декабре. Было ли это потому, что сработали наконец лекарства или потому, что закончилось турне, — не знаю. В результате я отменил только одно чтение; между 1 ноября и 15 декабря я ухитрился посетить одиннадцать городов. У меня было несколько беспорядочных окон сквозь депрессию, как бывает, когда рассеивается туман. Поэтесса Джейн Кеньон, страдавшая тяжелой депрессией на протяжении большей части своей жизни, писала о выходе из нее так:

... С трепетом  
и горечью помилованного за преступление,  
которого он не совершал,  
возвращаюсь к мужу и друзьям,  
к гвоздикам с розовыми ободками; возвращаюсь  
к книгам, письменному столу и креслу.

И вот 4 декабря я явился в дом своего друга на Верхнем Вест-Сайде, и неплохо провел там время. Несколько недель после этого я наслаждался не только приятно проводимым временем,

но и самим фактом, что получаю удовольствие. Так я прожил Рождество и Новый год; я вел себя как некое подобие себя. Я потерял около семи килограммов и теперь начал набирать вес. Отец и друзья поздравляли меня с таким изумительным прогрессом, я их благодарил. Но в глубине моей души лежало знание, что прошли всего лишь симптомы. И кроме того, ненависть. К лекарствам, которые я должен был принимать каждый день. К своему срыву и потере рассудка. К этому немодному, но актуальному словосочетанию "нервный срыв" с подразумевающимся под ним сбоем всей телесной механики. Большое облегчение принесло то обстоятельство, что я выдержал турне, но я был измотан страхом перед всем тем, что еще должен был выдержать. Меня подавляло пребывание в этом мире: подавляли люди, их жизнь, которой я не могу жить, их работа, которую я не могу выполнять, — даже такая, которую я никогда не захотел бы и не имел бы необходимости делать. Я вернулся туда, где был в сентябре, только теперь знал, до чего мне может быть плохо. Я был полон решимости никогда больше не переживать подобных состояний.

Период выхода из депрессии может продолжаться долго. Это опасное время. В худшие моменты депрессии, когда я едва мог справиться с бараньей отбивной, я не мог причинить себе реального вреда, а в этот период чувствовал себя достаточно хорошо для самоубийства. Я уже мог делать более или менее все, на что был способен всегда, только все еще пребывал в состоянии ангедонии — равнодушия к радостям жизни, неспособности испытывать хоть какое-то удовольствие. Я подстеги-вал себя, чтобы держать форму, но теперь, когда мне хватало сил спрашивать, зачем я себя подталкиваю, не находил этому внятных объяснений. Особенно запомнился мне вечер, когда один знакомый уговорил меня пойти с ним в кино. Я пошел, чтобы доказать, что я весел, и несколько часов делал вид, что развлекаюсь тем, чем развлекались другие, хотя на самом деле эпизоды, которые они находили смешными, доставляли мне муки. Придя домой, я почувствовал возвращение паники и чудовищной тоски. Я пошел в ванную и несколько раз вызвал у себя рвоту, словно острое переживание одиночества было вирусом, сидящим в моем теле. Я думал, что так и умру один, что нет достаточной причины жить дальше, что нормальный и ре-

альный мир, в котором я вырос и в котором, как я верил, живут все люди, больше никогда не откроется, чтобы впустить меня. С этими мыслями, врывающимися в мою голову, как выстрелы, я давился рвотой, и кислота поднималась у меня по пищеводу, а когда я пытался поймать воздух, то вдыхал собственную желчь. До этого я ел много, стараясь нагнать вес, и теперь мне казалось, что вся пища выходит обратно, будто мой желудок собирался вывернуться наизнанку и повиснуть на унитазах, как тряпка.

Я провалялся на полу ванной минут двадцать, потом выполз и лег на кровать. Моему рассудку было ясно, что я снова схожу с ума, и это знание страшно утомляло; но я знал, что позволить сумасшествию вырваться на волю — неправильно. Мне необходимо было хоть на минуту услышать человеческий голос, который пробил бы эту жуткую изоляцию. Я не хотел звонить отцу, зная, что он встревожится, и, кроме того, надеялся, что это ненадолго. Я хотел поговорить с кем-нибудь разумным, с кем-нибудь, кто мог бы меня утешить (ошибочный порыв: когда сходишь с ума, лучшие друзья — сумасшедшие, потому что они понимают, что с тобой происходит). Я поднял трубку и набрал номер своей старинной приятельницы. Мы уже говорили раньше о лекарствах, о панике, и она отзывалась умно и освобождаяще.

Мне казалось, что она сможет раздуть искру моего "догребенчатого Я". Было около половины третьего ночи. Ответил ее муж; он передал трубку ей.

— Алло, — сказала она.

— Привет, — ответил я и замолчал.

— Что-то случилось? — спросила она. И меня мгновенно озарило: я не смогу объяснить, что случилось. Мне нечего было сказать. Позвонили по другой линии: это был один из тех, кто был с нами в кино — не отдал ли он мне случайно свой ключ вместе со сдачей из торгового автомата? Я пошарил в кармане — да, ключ у меня.

— Мне надо идти, — сказал я подруге и повесил трубку. В ту ночь я вылез на крышу, а когда взошло солнце, сообразил, что мои чувства абсурдно мелодраматичны и что бессмысленно, живя в Нью-Йорке, пытаться покончить с собой, бросившись с крыши шестиэтажного дома.

Я не хотел сидеть на крыше и в то же время понимал, что если не позволю себе облегчить душу мыслями о самоубийстве, то взорвусь изнутри и действительно покончу с собой. Я ощущал, как смертельные щупальца отчаяния обвивают мои руки и ноги. Скоро они захватят пальцы, столь необходимые мне, чтобы принимать нужные таблетки или чтобы нажать курок, и, когда я умру, они одни сохранят движение. Я знал, что голос разума ("Ради всего святого, спустись вниз!") — был голосом разума, но я также знал, что разумом же откажу в праве на существование всему накопившемуся во мне яду, и уже чувствовал какой-то странный, доводящий до отчаяния экстаз при мысли о конце. О, был бы я "одноразовый", как вчерашняя газета! Я выбросил бы себя тихо и спокойно и был бы рад своему отсутствию, был бы рад лежать в могиле, если это единственное место, где еще можно чувствовать какую-то радость. Только знание того, что депрессия слезлива и смешна, помогло мне спуститься с крыши. Ну и еще мысль об отце, который так для меня старался. Я не мог заставить себя поверить в любовь настолько, чтобы вообразить, что мой уход будет замечен, но я знал, как он опечалится, если после стольких усилий меня спасти потерпит в этом неудачу. Кроме того, я думал о том, что должен буду когда-нибудь резать для него бараньи отбивные, ведь я обещал, а я всегда гордился тем, что не нарушаю обещаний, и отец тоже ни разу не нарушил данного мне слова. Именно это в конечном итоге и заставило меня спуститься. Около шести часов утра, промокший от пота и росы, с начинающейся простудой, которой скоро предстояло перейти в бешеную лихорадку, я вернулся домой. У меня не было сильного желания умереть, но жить я не хотел вовсе.

То, что спасает нас, столь же часто бывает тривиальным, сколь и монументальным. Одна такая вещь — это, конечно, чувство сокровенного: убить себя — значит открыть миру ничтожность твоей жизни. Один знаменитый, изумительно красивый, блестящий, счастливо женатый человек, чьи изображения на плакатах увешивали стены в комнатах девчонок, которых я знал в старших классах, рассказал мне, что незадолго до тридцатилетия прошел через тяжелую депрессию и очень серьезно замыслил самоубийство. "Спасло меня только тщеславие, — совершенно серьезно сказал он. — Мне была невыносима

мысль о том, как все кругом будут говорить, что я не сумел добиться успеха или не справился с ним, и будут надо мной смеяться". Знаменитые, успешные люди, похоже, особо склонны к депрессии. Поскольку мир не совершенен, депрессии подвержены перфекционисты. Депрессия снижает самооценку, но у многих типов личности она не устраняет гордость, а та ничуть не хуже годится для борьбы, чем любое другое известное мне орудие. Когда оказываешься на таких глубинах, что любовь представляется почти бессмысленной, тщеславие и чувство долга могут спасти тебе жизнь.

Прошло два дня после случая на крыше, и только тогда я позвонил той старинной приятельнице. Она выругала меня зато, что я разбудил ее и тут же исчез. Пока она ругалась, я ощутил довлеющую надо мной странность моей жизни, которую никак не мог бы объяснить. От высокой температуры и от страха у меня кружилась голова, и я молчал. С тех пор она практически порвала со мной. Она была человеком, ценящим нормальность, а я стал слишком уж необычен. Депрессия сказывается на друзьях. Ты предъявляешь им требования, по меркам нормального мира чрезмерные, и часто у них не хватает гибкости, или знания, или желания с этим управляться. Если повезет, некоторые люди удивят тебя своей способностью подстраиваться. В депрессии ты общаешься как можешь, как надеешься. Постепенно я научился принимать людей такими, какие они есть. Одни друзья могут принять твою тяжелую депрессию с самого начала, другие нет. Большинство людей не очень любят, когда окружающим плохо. Мало кто умеет справиться с идеей депрессии, отделенной от внешних обстоятельств. Многие предпочтут думать, что, раз ты страдаешь, этому непременно есть причина и логическое решение.

Большинство моих друзей немного чокнутые. Люди восприняли мою открытость как приглашение тоже быть открытыми, и теперь у меня много друзей, с которыми я обрел доверительность, какая бывает между одноклассниками или бывшими любовниками — легкость общения, обусловленную тем, что очень много друг о друге знаешь. С теми из моих друзей, у кого слишком здравый ум, я веду себя осторожно. Депрессия сама по себе деструктивна, да еще подпитывает разрушительные порывы: я слишком легко разочаровываюсь в людях, которые не понимают, и порой по ошибке отпугиваю

от себя тех, кто меня расстроил. После каждой депрессии необходима большая чистка. Я вспоминаю, что люблю людей, с которыми готов был расстаться. Я стараюсь восстановить то, что порушил. После каждой депрессии приходит время склеивать черепки и засовывать пасту обратно в тубик.

Весной 1995 года тянулась последняя фаза моего психоанализа. Психоаналитик сворачивала дела перед пенсией, и, хотя я не хотел ее терять, неторопливый и постепенный процесс был для меня мучителен, как медленное отдираание струпов, — словно мамина кончина, растянутая во времени, все повторялась и повторялась. Наконец я сам покончил с этим, однажды в мгновенном озарении объявив, что больше не приду.

В процессе психоанализа я скрупулезно изучал свое прошлое. Я решил, что моя мать тоже была депрессивной. Помню, как однажды она описывала свое детское чувство одиночества единственного ребенка. Всю свою взрослую жизнь она была раздражительна. Прагматизм служил ей силовым полем, которым она отгораживалась от бесконтрольной тоски. Это помогало лишь отчасти и не всегда. Уверен, что мать избежала срыва именно потому, что строго регламентировала и регулировала свою жизнь, — это была женщина замечательной самодисциплины. Сейчас я думаю, что ее благословенная страсть к порядку была предопределена болью, которую она так старательно прятала. Я страдаю от боли, которую она терпела и которую я по большей части претерпевать не должен — какой была бы ее жизнь, нет, наша жизнь, если бы в моем детстве существовал прозак? Прекрасно было бы иметь лучшее лекарство с меньшими побочными эффектами, но я благодарен судьбе, что живу в такой век, когда находятся решения, а не в тот, когда приходилось обходиться без них. Горько и обидно понимать, что, проживи она хоть немного дольше, большая часть ее знаний о том, как выживать со своими проблемами, оказалась бы ей не нужна, как не нужна мне. Что сказала бы она о моих депрессиях, опознала бы что-нибудь в них, сблизило бы нас с нею мое крушение? Но, поскольку оно отчасти и было вызвано именно ее смертью, я этого никогда не узнаю. У меня не было вопросов, пока я не утратил человека, которому хотел бы эти вопросы задать. Как бы то ни было, в лице матери я имел пример человека, в котором всегда присутствовала некая печаль.

Решив перестать принимать лекарства, я сделал это резко. Я знал, что это глупо, но мне отчаянно хотелось как можно скорее слезть с медикаментов и снова узнать, кто я такой. К сожалению, я выбрал плохую стратегию. Во-первых, отказ от ксанакса вызывает ломку, какой мне раньше не приходилось испытывать: я не мог нормально спать, ощущал тревогу и странную неуверенность. Кроме того, у меня было постоянное ощущение, будто я накануне вечером выпил несколько галлонов дешевого коньяка. Болели глаза, желудок был расстроен, вероятно, в результате резкого отказа от паксила. По ночам, в моем ненастоящем сне, меня посещали навязчивые кошмары, и я просыпался с колотящимся сердцем. Психофармакотерапевт тысячу раз твердил мне, что, когда я буду готов слезть с таблеток, надо делать это постепенно и под его наблюдением, но я решился на это внезапно и боялся проиграть.

Я уже начал немного ощущать себя таким, как прежде, но произошедшее со мной за этот страшный год так глубоко потрясло меня, что я, хотя и функционировал, осознавал, что продолжать жить не смогу. Это было не иррациональное чувство, подобное ужасу или гневу; оно имело вполне конкретный смысл. Я пожил достаточно и теперь хотел придумать, как бы все это закончить с минимальными неудобствами для окружающих. Мне необходимо было предъявить людям нечто такое, чтобы все поняли мое отчаяние: взамен невидимого увечья мне нужно было найти реально воплощенное. Я не сомневаюсь, что этот избранный мною образ действий был исключительно моим собственным, имеющим отношение к моему конкретному неврозу, но решение действовать с таким ненасытным желанием избавиться от себя типично для агитированной депрессии. Мне было необходимо заболеть физически, и это бы все решило. Желание более зримого недуга, как я потом узнал, — общее место среди депрессивных пациентов, и они часто прибегают к членовредительству, чтобы привести физическое состояние в соответствие с психическим. Я знал, что мое самоубийство будет сокрушительно для моих родных и печально для друзей, но надеялся: все они поймут, что выбора у меня не было.

Придумать, как получить рак, или рассеянный склероз, или другую смертельную болезнь, я не мог, но точно знал, как подцепить СПИД, и решил так и сделать. В одном лондонском

парке в пустынный ночной час ко мне подошел маленький, коренастый человечек в массивных роговых очках и предложил мне себя. Он спустил брюки и наклонился. Я приступил к делу. Было такое чувство, что это происходит с кем-то другим; я слышал, как свалились его очки, и думал только об одном: скоро меня не станет и я никогда не буду таким старым и несчастным, как этот человек. В голове прозвучал голос — наконец-то я включил этот процесс и скоро умру, и от этой мысли я ощутил облегчение и благодарность. Я пытался понять, почему этот человек продолжает жить, почему он встает по утрам и весь день что-то делает, а по ночам приходит сюда. Была весна, и луна была во второй четверти.

Я не собирался медленно умирать от СПИДа; я был намерен убить себя, воспользовавшись ВИЧ-инфекцией как поводом. Дома меня объял страх, я позвонил близкому другу. Мы с ним все обсудили, и я пошел спать. Проснувшись утром, я почувствовал себя как в первый день в колледже, или в летнем лагере, или на новой работе. Начиналась новая стадия моей жизни. Отведав запретного плода, я решил сделать из него пюре. Конец был близок. У меня появилось обновленное чувство цели. Депрессия бесцельности прошла. В последующие три месяца я искал подобных ситуаций с незнакомцами, которых считал инфицированными, подвергая себя все большему и большему риску. Особого удовольствия эти сексуальные опыты мне не доставляли, но я был слишком занят своей задачей, чтобы завидовать тем, кто свое удовольствие получал. Я никогда не спрашивал, как зовут этих людей, никогда не ходил к ним и не звал к себе. Раз в неделю, обычно по средам, я ходил в некое место, где по дешевке получал то, что должно было меня заразить.

Тем временем меня одолевали до скуки типичные симптомы ажитированной депрессии. Случались приступы тревоги, и это настоящий кошмар — они были теперь гораздо более наполнены ненавистью, мукой, чувством вины и отвращением к себе. Никогда в жизни я не ощущал себя настолько "временным". Я плохо спал, стал дико раздражителен. Я порвал с несколькими друзьями, включая свою, как мне думалось тогда, любовь. Я взял привычку бросать трубку, когда мне говорили что-то, что мне не по нраву. Я всех критиковал. Мне не давали

спать мысли о былых обидах, ничтожных, но теперь казавшихся непростительными. Я ни на чем не мог сосредоточиться: обычно в летние месяцы я читаю запоем, а тем летом не осилил даже журнала. Каждую бессонную ночь я принимался стирать белье, чтобы хоть чем-то заняться и отвлечься. Я расчесывал до крови каждый комариный укус, а потом отковыривал спекшуюся кровь. Я кусал ногти так, что мои пальцы постоянно кровоточили; повсюду у меня были открытые раны и царапины, хотя я ни разу не порезался. В этом состоянии я так отлучался оттого "растения", каким был во время срыва, что мне и в голову не приходило, что я нахожусь в тисках той же самой болезни.

А потом, в начале апреля, после одного из моих загулов с не приносящим удовольствия и небезопасным сексом — на сей раз с мальчиком, который шел за мной до гостиницы и потом умоляюще сделал шаг в направлении лифта, до меня дошло, что я, вероятно, заражаю других, — а это в мои планы не входило. Мысль о том, что я мог кому-то передать болезнь, привела меня в ужас: я собирался убить себя, а вовсе не весь мир. Четыре месяца я имел возможность заразиться; у меня было пятнадцать случаев небезопасного секса; пора было остановиться, пока я не начал распространять болезнь вокруг себя. Знание того, что я умру, помогло снять остроту ощущаемой мною депрессии и даже каким-то странным образом ослабило желание умереть. Этот период моей жизни остался позади. Я смягчился. На своем тридцать втором дне рождения я смотрел на множество собравшихся у меня друзей и оказался способен улыбнуться, зная, что этот день рождения — последний, потому что я скоро умру. Празднования меня утомляли; подарки я даже не разворачивал. Я высчитывал время — сколько еще? Я сделал себе пометку с датой — в марте, — когда пройдет шесть месяцев со дня последнего соития и можно будет сделать анализ и получить подтверждение. И все это время я вел себя совершенно нормально.

Я продуктивно работал над несколькими писательскими проектами, организовал семейные сборища на день Благодарения и Рождество, чувствуя прилив сентиментальности, — ведь это мои последние праздники. Затем, несколько недель спустя после Нового года, я прошелся по всем закоулкам моих

приключений вместе с доктором, специалистом по ВИЧ, и он сказал мне, что я вполне могу оказаться чист. Поначалу я пришел в смятение, но постепенно период ажитированной депрессии, что заставил меня так себя вести, начал проходить. Я не думаю, что искупительными оказались для меня связанные с ВИЧ эксперименты и переживания; просто прошло время и исцелило то больное мышление, которое, собственно, и привело меня к таким эксцессам. Депрессия, которая приходит с ураганной силой срыва, уходит постепенно, потихоньку. Мой первый срыв прошел.

Настойчивая убежденность в своей нормальности и вера во внутреннюю логику перед лицом несомненной аномалии характерны для депрессии. Эта тема присутствует во всех историях, приведенных здесь, и я сталкиваюсь с этим без конца. Образ "нормальности", однако, у каждого свой; пожалуй, это еще более сокровенное понятие, чем "необычность". Билл Стайн, мой знакомый издатель, происходит из семьи с долгой историей, в которой были и депрессии, и травмы. Его отец, рожденный в Германии еврей, уехал из Баварии в начале 1938 года по деловой визе. Родителей отца в Хрустальную ночь<sup>19</sup>, в ноябре 1938 года, вывели и поставили у стены их дома, и, хотя их не арестовали, они вынуждены были наблюдать, как их друзей и соседей отправляют в Дахау. Быть евреем в нацистской Германии — ужасающая травма, и бабушка Билла после Хрустальной ночи на шесть недель впала в тоску, которая на Рождество завершилась самоубийством. На следующей неделе пришли выездные визы. Отец Билла эмигрировал один.

Родители Билла поженились в Стокгольме в 1939 году; сначала они уехали в Бразилию, потом поселились в Соединенных Штатах. Отец напрочь отказывается обсуждать свою историю. "Этот германский период, — вспоминает Билл, — просто не существовал". Они жили на живописной улице процветающего пригорода, словно отрезанные от реальности. Отчасти вследствие своего неуклонного отказа от прошлого отец Билла пережил в возрасте пятидесяти семи лет глубокий нервный срыв, рецидивы которого преследовали его до самой смерти,

<sup>19</sup> *Хрустальная ночь* — ночь с 9 на 10 ноября 1938 года, во время которой по всей Германии прошли еврейские погромы. — *Прим. ред.*

наступившей более тридцати лет спустя. Его депрессия проходила по той же модели, что предстояло унаследовать сыну. Первый тяжелый срыв произошел, когда мальчику было пять лет; после этого они случались периодически; а особенно глубокая депрессия продолжалась со времени, когда Билл учился в шестом классе, до окончания девятого.

Мать Билла происходила из гораздо более зажиточной и привилегированной еврейской семьи, уехавшей из Германии в Стокгольм в 1919 году. Женщина с сильным характером, она однажды ударила по лицу немецкого капитана за грубость.

— Я гражданка Швеции, — сказала она ему, — и так разговаривать с собой не позволю!

К девяти годам Билл уже испытывал продолжительные периоды депрессии. Года два он боялся засыпать и ощущал страх всякий раз, когда родители отправлялись в постель. Потом на несколько лет эти темные ощущения ушли. После нескольких легких рецидивов они вернулись с новой силой, когда он поступил в колледж, а в 1974 году, на втором семестре первого курса, стали неконтролируемыми. "У меня был сосед по комнате, просто садист, да и учеба требовала большого напряжения. В своем состоянии беспокойства я дышал слишком глубоко, — вспоминает он. — Я просто не выдерживал давления. Тогда я пошел в медицинский пункт, и мне дали валиум (седуксен)".

Депрессия не уходила все лето. "Часто во время глубокой депрессии я терял контроль над кишечником. То лето было в этом смысле особенно тяжелым. Я с ужасом думал о втором курсе: снова экзамены и все прочее — нет, невозможно. Когда вернулся в колледж и, проучившись весь год, сдал на одни пятерки, я решил, что это какая-то ошибка. Когда выяснилось, что никто не ошибся, это дало мне нечто вроде наркотического кайфа и вытащило из депрессии". Если существуют пусковые механизмы для срыва, то существуют и те, что дают обратный ход; так было у Стайна. "Назавтра я уже снова был в нормальном состоянии, и в колледже уже глубоко не проваливался. Но я оставил всякие устремления. Если бы мне тогда сказали, чем я буду сейчас заниматься, с какими людьми работать, я был бы потрясен до глубины души. У меня не было никаких честолюбивых замыслов". Несмотря на принятие им своей судьбы,

Стайн трудился как раб. Он по-прежнему получал одни пятерки. "Не знаю, зачем я себя утруждал, — говорит он. — Я не собирался ни на юридический, ни куда-либо еще. Почему-то мне казалось, что высокие оценки как-то меня обезопасят, убедят, что я способен исправно функционировать". Закончив колледж, Стайн поступил учителем старших классов в государственную школу на севере штата Нью-Йорк. Это было полное фиаско; он не мог справиться с дисциплиной в классе и продержался только год. "Я ушел неудачником. Я сильно потерял в весе, пережил еще одну депрессию. Потом отец одного приятеля сказал, что может дать мне работу, и я пошел туда, чтобы хоть чем-то заняться".

Билл Стайн — человек спокойного, мощного интеллекта и совершенно подавленного эго. Себя он не ставит ни в грош. Он пережил повторяющиеся депрессии, каждая по шесть месяцев, более или менее сезонные, обычно достигающие пика в апреле. Самая тяжелая была в 1986 году; ее вызвали пертурбации на работе, утрата близкого друга и попытка слезть с ксанакса, который он принимал всего месяц, но успел привыкнуть. "Я потерял квартиру, — говорит Стайн. — Я потерял работу. Я растерял большинство друзей. Я не мог оставаться в доме один. Мне надо было переехать из квартиры, которую я продал, в новую, где шел ремонт, а я не мог. Я рухнул стремительно, и беспокойство меня погубило. Я просыпался в три-четыре часа утра в такой страшной тревоге, что мечтал выброститься из окна. В присутствии людей я постоянно чувствовал, что вот-вот потеряю сознание от напряжения. Еще три месяца назад я катался на другой конец света, в Австралию, и у меня не было никаких проблем, а теперь этот мир оказался у меня отнят. Когда меня ударило, я был в Новом Орлеане; я вдруг почувствовал, что надо срочно лететь домой, но не мог сесть на самолет. Меня обманывали, пользуясь моим положением, я был как раненый зверь на открытой поляне". Он был абсолютно сломлен. "Когда дела совсем плохи, лицо становится совершенно неподвижным, как будто тебя оглушили. Жизненные функции замедляются, и ты ведешь себя странно: у меня, например, исчезла краткосрочная память. Потом стало еще хуже. Я не мог контролировать кишечник и часто делал в штаны. Я жил в таком ужасе ожидания этого несчастья, что боялся

выйти из дома, и это была дополнительная травма. Кончилось тем, что я переехал к родителям". Но жизнь в отчем доме не способствовала улучшению. Тяжесть болезни сына сокрушила отца, и он сам попал в больницу. Билл переехал к сестре; потом на семь недель его приютил школьный товарищ. "Это было ужасно, — говорит Билл. — Я тогда думал, что на всю жизнь останусь душевнобольным. Депрессия продолжалась больше года. Ощущение было такое, что лучше плыть по течению болезни, чем бороться. Я думаю, что надо все отпустить и ждать, что мир будет сотворен заново и, может быть, уже никогда не будет напоминать то, что ты знал прежде".

Несколько раз он приходил к дверям больницы, но не мог заставить себя войти. Наконец, в сентябре 1986 года, он записался на электрошоковую терапию в нью-йоркский госпиталь Горы Синайской (Mount Sinai Hospital). Там раньше помогали его отцу, но ему не помогли. "Это место, где полностью теряешь человеческое достоинство. Ты приходишь туда из жизни, а тебе не разрешают иметь бритвенный прибор и ножницы для ногтей. Ты должен носить пижаму. Ты должен ужинать в полпятого. С тобой обращаются униженно, будто ты debil, а не просто депрессивный. Ты должен смотреть на других пациентов, запертых в обитых матами клетках. Тебе нельзя иметь в палате телефон, потому что ты можешь удавиться проводом и потому что они хотят контролировать твою связь с внешним миром. Это не похоже на обычную госпитализацию — в психиатрическом отделении ты лишен всех прав. Я не считаю, что больница — правильное место для депрессивных, разве что они абсолютно беспомощны или безнадежно суицидальны".

Электрошоковая терапия оказалась сплошным кошмаром. "Проводил сеансы врач, очень похожий на туповатого Германа Мюнстера из одноименного телесериала<sup>20</sup>. Сеансы проходили в подвале госпиталя Горы Синайской. Все пациенты, которым был назначен сеанс, спускались туда, в глубины ада; все мы были в купальных халатах, и ощущение было такое, будто мы скованы одной цепью. Поскольку я внешне держался неплохо, меня пропускали последним, и я старался как-то утешить этих

<sup>20</sup> Комедийный телесериал, популярный в Америке в 60-х годах. — *Прим. ред.*

испуганных людей, тоже ждущих своей очереди, а сквозь нас проталкивались уборщики — у них как раз там располагались индивидуальные шкафчики. Будь я Данте, я бы гениально это описал. Я пришел туда за помощью, а это помещение и эти люди... все это было похоже на варварские эксперименты доктора Менгеле<sup>21</sup>. Если уж вы делаете эту мерзость, так уж сделайте, мать вашу, на восьмом этаже с огромными окнами и яркими красками! Сейчас я бы им этого не позволил".

"Я и поныне оплакиваю потерю памяти, — продолжает Билл. — У меня была выдающаяся память, почти фотографическая, и она так и не вернулась. Когда я выходил из больницы, я не мог вспомнить ни своих разговоров, ни номера наборного замка на своем шкафчике". Поначалу, выйдя из больницы, он не мог даже вести подшивки бумаг на работе, куда поступил на общественных началах. Но скоро он снова начал функционировать. Шесть месяцев Билл провел у друзей в Санта-Фе, а летом вернулся в Нью-Йорк, чтобы снова жить одному. "Может быть, в том, что моя память испытывает отчетливый дефицит, и нет ничего страшного, — говорит он. — Это помогает мне забывать некоторые спады. Я забываю их так же легко, как и все остальное". Выздоровление было постепенным. "Хочется, конечно, скорее, но выздоровление тебе не подвластно. Тебе не вычислить, когда оно начнется, как не предугадать чью-нибудь смерть".

Стайн начал ходить в синагогу — каждую неделю, в сопровождении верующего друга. "Вера мне очень помогла. Она устранила давление необходимости верить во что-либо другое, — говорит он. — Я всегда гордился тем, что я еврей и меня тянет к религии. После этой большой депрессии я чувствовал, что если буду верить достаточно сильно, то придет что-нибудь, что спасет мир. Мне надо было погрузиться на такие глубины, где кроме как в Бога верить не во что. Сначала меня немного смущало, что я прибил к организованной религии, но это было

<sup>21</sup> *Менгеле, Йозеф (Mengele)*, (1911—1971?). Врач нацистского концлагеря Освенцим, о котором все спасшиеся рассказывают с ужасом. Анна Франк назвала его "ангелом смерти". Он руководил "селекцией", сортируя заключенных — в газовую камеру, на каторжные работы или в лабораторию для экспериментов. — *Прим. ред.*

правильно. Это правильно — какой бы тяжелой ни была неделя, в пятницу все равно будет служба.

Но что меня действительно спасло, так это прозак, появившийся в 1988 году, как раз вовремя. Это было чудо. После всех этих лет я впервые почувствовал, что в моей голове нет этой ужасной трещины, которая постоянно расширяется. Если бы мне сказали в 1987 году, что через год я буду летать на самолетах и работать с губернаторами и сенаторами, я бы просто рассмеялся: тогда я даже улицу перейти не мог". Билл Стайн сейчас принимает эффексор (Effexor) и литий. "Больше всего в жизни я боялся, что не смогу справиться со смертью отца. Он умер девяностю лет от роду, и, когда его не стало, я был чуть ли не в эйфории от того, что справляюсь! У меня разрывалось сердце, я плакал, но мог делать нормальные дела: продолжать выполнять в семье роль сына, разговаривать с адвокатами, писать эпитафию. Я справлялся лучше, чем когда-либо полагал возможным.

Я по-прежнему должен быть осторожен. Мне всегда кажется, что все хотят оторвать от меня кусочек. Есть пределы тому, что я могу дать, а потом возникает реальное перенапряжение. Я думаю, может быть, ошибочно, что меня станут меньше ценить, если я буду совсем открыт в отношении пережитого: я помню, как меня избегали. Жизнь всегда стоит на грани нового падения. Я научился это скрывать, жить так, чтобы никто не знал, что я сижу на трех лекарствах и могу в любой момент сломаться. Я не думаю, что когда-либо почувствую себя полностью счастливым. Можно только надеяться, что жизнь не будет несчастной. Когда у тебя такой уровень самосознания, трудно быть по-настоящему счастливым. Я люблю бейсбол, и, когда вижу на стадионе этих парней, накачивающихся пивом, не осознающих самих себя и своего отношения к миру, я им завидую. Господи, вот бы и мне так!

Я всегда думаю об этих выездных визах. Если бы бабушка немного подождала... История ее самоубийства научила меня терпению. У меня нет сомнений, что как бы плохо мне снова ни стало, я пробьюсь. Но я бы не был тем, каков я сегодня, если бы не почерпнул мудрости из своего опыта, который заставил меня отбросить всяческое самолюбование".

История Билла Стайна произвела на меня сильное впечатление. После знакомства с ним я тоже часто думал об этих вы-

ездных визах: о той, что так и не была использована, и о той, что была. Моя первая депрессия потребовала от меня мужества. За ней последовал краткий период относительного спокойствия. Когда я начал испытывать тревогу и впадать в депрессию во второй раз (а я был все еще в тени первого срыва и не знал, куда завели меня мои игры со СПИДом), я уже осознавал, что происходит. Меня одолевала необходимость сделать паузу. Сама жизнь казалась настораживающе требовательной — очень уж много нужно было ей от моего Я. Было очень трудно помнить, и думать, и выражать, и понимать — все, что необходимо для общения. Кроме того, при этом надо сохранять оживленный вид — это уж и вовсе оскорбительно. Словно пытаешься готовить обед, кататься на роликах, петь и печатать на машинке одновременно... Русский поэт Даниил Хармс когда-то описывал голод так:

...потом начинается слабость,  
 потом начинается скука,  
 потом наступает потеря  
 быстрого разума силы,  
 потом наступает спокойствие.  
 А потом начинается ужас.

Такими последовательными и ужасающими шагами наступал на меня второй приступ депрессии, усугубленный настоящим страхом перед назначенным анализом на ВИЧ. Я не хотел снова садиться на лекарства, и какое-то время старался обходиться без них. Наконец я понял, что из этого ничего не выйдет. Дня за три я уже знал, что лечу на дно пропасти. Я начал принимать паксил, запасы которого еще оставались в моей аптечке. Я позвонил психотерапевту. Я предупредил отца. Я старался обустроить практические дела — ведь потеря разума, как потеря ключей от машины, дело весьма хлопотное. Когда ужас меня оставлял, я слышал свой голос, цепляющийся за иронию в разговорах со звонившими мне друзьями: "Прости, придется отменить вторник, — говорил я. — Я снова боюсь бараньих отбивных". Симптомы возникли быстро и зловеще. Примерно за месяц я потерял около пятнадцати килограммов — пятую часть своего веса.

Психофармакотерапевт счел, что если от золофта я был не в себе, а от паксила натянут, как струна, то стоит попробовать что-нибудь новое. Он предложил мне эффексор и буспар (BuSpar), которые я принимаю и сейчас, спустя шесть лет. В муках депрессии наступает такой странный момент, когда перестаешь видеть грань между собственным артистизмом и реальностью сумасшествия. Я обнаружил в себе две конфликтующие черты характера. По природе я мелодраматичен, с другой стороны, могу выйти на люди и "казаться нормальным" в самых "ненормальных" обстоятельствах. Художник Антонин Арто написал на одном из своих рисунков: "Реально — никогда, истинно — всегда", и именно так чувствуешь себя в депрессии. Ты уверен, что она — нереальна, что ты — совершенно другой, и тем не менее одновременно с этим знаешь, что происходящее — абсолютная правда. Это сильно сбивает с толку.

»

К началу той недели, на которую был назначен анализ, я принимал от двенадцати до шестнадцати миллиграммов ксанакса каждый день (я кое-что припрятал заранее), чтобы спать и не чувствовать тревоги. Во вторник утром я встал и прослушал сообщения. Звонила ассистентка врача: "У вас холестерин понизился, кардиограмма нормальная, анализ на ВИЧ отличный". Я немедленно позвонил. Это было правдой. Все-таки я ВИЧ-отрицательный! Как сказал Гэтсби<sup>22</sup>: "Я очень старался умереть, но у меня волшебная жизнь". В тот момент я знал, что хочу жить и благодарен судьбе за благую весть, но вслед за тем на два месяца впал в ужасное состояние: каждый день я скрипел зубами на свою суицидальность. Потом, в июле, я решил принять приглашение поехать в Турцию покататься с друзьями на яхте. Это было дешевле, чем лечиться в больницу, и оказалось втрое эффективнее: на великолепном турецком солнце депрессия испарилась. После этого дела стабильно пошли на поправку. Поздней осенью я вдруг обнаружил, что лежу глубокой ночью без сна в своей постели, тело у меня дрожит, как в худшие моменты депрессии, но на этот раз я проснулся от счастья. Я вылез из постели и написал об этом. Я уже годами не

<sup>22</sup> *Гэтсби* — герой романа американского писателя Скотта Фицджеральда "Великий Гэтсби". — *Прим.ред.*

ощущал никакой радости, и даже забыл, каково это — хотеть жить, наслаждаться сегодняшним днем и страстно желать нового, знать, что ты один из тех счастливчиков, для которых жизнь — это жить. С непреложностью радуги, данной Богом Ною в знак завета, я чувствовал, что имею доказательства тому, что существование всегда того стоило и всегда будет того стоить. Я знал, что впереди меня могут ждать периоды страдания, что депрессия циклична и возвращается снова и снова, чтобы поражать свои жертвы. Я чувствовал себя в безопасности от самого себя. Я знал, что вечная тоска, по-прежнему жившая во мне, не умеряет моего счастья. Скоро мне исполнилось тридцать три, и это наконец был по-настоящему счастливый день рождения.

После этого я долго не получал весточки от моей депрессии. Поэтесса Джейн Кенъон писала:

Мы пробуем новое лекарство, новую комбинацию  
лекарств,  
и вдруг я попадаю снова в свою жизнь,  
как полевка, подхваченная штормом  
и унесенная за три долины  
и за две горы от дома.  
Я доберусь домой. Я уверена,  
что узнаю ту лавку,  
где покупала хлеб и керосин.  
Я помню дом, и сарай, и грабли, и голубые чашки  
с блюдцами, и русские романы,  
которые так любила,  
и черную шелковую ночную рубашку,  
которую он давным-давно запихнул  
в мой чулок для рождественских подарков.

Так было и со мной: все как бы возвращалось, выглядя сначала чужим, а потом вдруг знакомым; и я понял, что глубокая тоска, которая возникла, когда заболела мама, еще углубилась с ее смертью, переросла в скорбь и, став отчаянием, вывела меня из строя, а теперь уже больше не выводила. Я по-прежнему печалился о печальном, но снова был собою, каким был раньше и каким намеревался быть и далее.

Поскольку я пишу книгу о депрессии, меня часто в самых разных ситуациях спрашивают о моем собственном опыте, и я обычно заканчиваю сообщением, что принимаю таблетки. "Все еще?! — удивляются люди. — Но вы выглядите так, будто с вами все в порядке!" На что я неизменно отвечаю, что я так выгляжу, потому что я в полном порядке, а в порядке я потому, что принимаю лекарства. "И долго вы еще собираетесь принимать все это?" Когда я отвечаю, что неопределенное время, люди, которые спокойно и сочувственно реагировали на мои суицидальные попытки, на состояние полного ступора, на потерянные для работы годы, на значительную потерю веса и многое другое вдруг в тревоге выпучивают на меня глаза. "Но ведь годами сидеть на лекарствах очень вредно, — говорят они, — вы уже достаточно окрепли, чтобы постепенно отказаться хотя бы от некоторых". Если сказать им, что это то же самое, как постепенно отказаться от карбюратора в автомобиле или от контрфорсов собора Парижской Богоматери, они смеются. "Ну, может быть, оставить низкие, поддерживающие дозы?" — спрашивают они. Объясняешь, что дозы выбраны так, чтобы нормализовать системы, которые могут пойти вразнос, а снижать их — как избавляться от половины карбюратора. Добавляешь, что не испытываешь почти никаких побочных эффектов от тех препаратов, которые принимаешь, и вообще, у лекарств, предназначенных для длительного употребления, не обнаружено негативных эффектов. Объясняешь, что не хочешь снова по-настоящему заболеть. Но в этой области здоровье по-прежнему ассоциируется не с достижением контроля над проблемой, а с прекращением приема лекарств. "Ну, во всяком случае, надеюсь, что вы прекратите это в скором времени", — говорят люди.

"Предположим, я не знаю точного эффекта долгосрочно применяемых препаратов, — говорит Джон Греден. — Никто еще не принимал прозак на протяжении восьмидесяти лет. Но мне известен эффект неприменения лекарств, или беспорядочного применения, или попыток снизить правильные дозы до неправильного уровня, и этот эффект — поражение мозга. Начинают появляться признаки хроники. Возникают рецидивы с переменной интенсивностью, приобретается отрицательный стресс такого уровня, для которого нет реальной причины. При диабете или гипертонии мы не стали бы то назначать, то отме-

нять лекарства — почему же это необходимо при депрессии? Откуда это нелепое социальное давление? Эта болезнь дает 80% случаев рецидива на протяжении года без лекарств и 80% нормального состояния при их приеме". Ему вторит Роберт Пост из NIMH: "Людей волнуют побочные эффекты пожизненного употребления лекарств, но эти эффекты выглядят крайне несущественными рядом с уровнем летальности недолеченной депрессии. Если ваш родственник или пациент живет на кардиостимуляторе, что бы вы сказали о предложении отменить лекарство и посмотреть, не случится ли у него снова сердечный приступ, или о попытке довести его сердце до такой дряблости, что оно уже не восстановится? Это ровным счетом то же самое". Побочные эффекты этих препаратов для большинства людей гораздо здоровее, чем болезни, против которых лекарства направлены.

Всегда найдутся сведения о людях, отрицательно реагирующих на что угодно, разумеется, у многих людей негативная реакция на прозак. Известная осторожность уместна всегда, когда собираешься что-либо употребить внутрь, от лесных грибов до сиропа от кашля. Один из моих крестников чуть не умер прямо на дне рождения в Лондоне от грецких орехов, на которые у него оказалась аллергия; очень хорошо, что сейчас закон требует, чтобы на этикетках сообщалось, какие продукты содержат орехи. Принимающие прозак должны на ранних стадиях следить за вредными эффектами. Он может вызывать нервный тик или мышечные спазмы. Антидепрессанты вызывают привыкание, и об этом я буду говорить позже. Снижение либидо, причудливые сны и прочие эффекты, отмеченные в аннотациях SSRI (ингибиторов обратного захвата серотонина), могут быть мучительными. Меня смущают сообщения, что некоторые антидепрессанты связывают с самоубийством; я полагаю, что это имеет отношение к восстанавливающей стороне препаратов, в результате чего кто-то получает возможность осуществить то, о чем у него раньше не было возможности и подумать. Я признаю, что мы не можем со всей определенностью знать эффект длительного применения препарата. Однако достойно сожаления, что некоторые ученые решили нажить себе капитал на этих отрицательных реакциях и расплодили целую индустрию хулителей прозака, выставляющих препарат в лож-

ном свете как носителя великого риска, которому подвергают ни о чем не подозревающее человечество.

В идеальном мире лекарства не нужны, организм отрегулирует себя сам — ну кто же хочет принимать лекарства? Но смеху подобные утверждения, высказываемые в такой кричаще глупой книге, как "Ответный удар прозака" (*Prozac Backlash*), невозможно воспринимать иначе, как только спекуляцию на самых пустых страхах настороженной публики. Я не одобряю циников, мешающих страдающим, больным людям применять по сути своей доброкачественные средства, которые могут вернуть их к жизни.

Как и роды, депрессия причиняет боль настолько сильную, что забываешь обо всем. Я не впал в нее зимой 1997 года, когда плохо закончился мой очередной роман. Это истинный прорыв, сказал я кому-то, не сорваться во время разрыва отношений. Но если однажды познал, что в тебе нет такого Я, которое никогда не рассыплется, тебе уже никогда не бывать самим собой. Нас учат полагаться на себя, но поди-ка положишься, если этого самого "себя", на которого надо бы положиться, нет. Мне помогли люди, кроме того, существует некая "химия", которая помогла мне прийти в себя, и теперь я пребываю в порядке; но посещающие меня время от времени кошмары больше порождаются не тем, что случается со мной, и не тем, что случается в моем окружении, но тем, что случается *внутри* меня. Что, если я проснусь утром, и я уже не я, а навозный жук? Каждое утро начинается с этой удушающей неуверенности в том, кто я такой, с выискивания раковых образований в любом безобидном прыще, с импульсов страшной тревоги — а вдруг ночные кошмары были правдой? Будто мое Я обернулось, плюнуло мне в лицо и сказала: не очень-то на меня рассчитывай, у меня своих забот хватает. Да, но кто же тогда сопротивляется безумию или мучается им? В кого это плюют? Я прошел через годы психотерапии, я жил, любил, терял — и честно скажу: понятия не имею. Существует кто-то или что-то сильнее химии и воли: некий Я, прошедший меня через мой собственный бунт, некий "^-унионист", державший оборону, пока восставшая "химия" и порождаемые ею продукты воображения не были приведены обратно в строй. Что это за Я — нечто химическое? Я не спиритуалист и рос без религии, но эта упругая

ткань, некая центральная точка внутри меня, которая держится даже тогда, когда всякое #уже с нее содрано — всякий, кто с этим живет, знает, что это гораздо сложнее для понимания, чем самая сложная химия.

Во время срыва у тебя есть одно преимущество — быть внутри и видеть, что происходит. Со стороны можно только догадываться о происходящем, но поскольку депрессия циклична, то можно — и даже полезно — научиться терпимости и пониманию. Моя приятельница Ева Кан рассказала мне, как отразилась на ее семье депрессия отца. "У отца с детства была трудная жизнь. Мой дед умер, и бабушка запретила в доме любую религию. Раз Бог отнял у нее мужа, сказала она, и оставил с четырьмя детьми, то никакого Бога нет. И она начала подавать на стол на еврейские праздники креветки и ветчину. Просто горы креветок и ветчины! Моего отца не назовешь хрупким — при росте под два метра он весил около ста килограммов; он был непобедим в гандболе, а в колледже играл в бейсбольной и футбольной командах. Он стал психологом. Потом, когда ему было, думаю, лет тридцать восемь — вся хронология перепутана, потому что мама не хочет об этом говорить, отец на самом деле не помнит, а я, когда все это случилось, едва начинала ходить, — звонят из клиники, где он работал, и говорят маме, что он исчез, ушел с работы, и они не знают, где он. Мама запикивает всех нас в машину и мы ездим и ездим кругами, пока не находим его прислонившимся к почтовому ящику и плачущим. Ему провели курс электрошоковой терапии, а когда закончили, сказали маме, чтобы она с ним развелась, потому что он никогда уже не станет самим собой. "Дети его не узнают", — сказали ей. Хотя она им не очень поверила, но в машине, везя его домой из клиники, плакала. Когда отец проснулся, он был похож на ксерокопию самого себя. Немного размытый, память так себе, более осторожный в отношении себя, менее интересующийся нами. Раньше он был, как считалось, внимательным отцом — приходил рано домой, чтобы посмотреть, чему мы научились в этот день, всегда приносил игрушки. После ЭШТ он стал несколько отстранен. Потом это повторилось через четыре года. Врачи попробовали лекарства и снова ЭШТ. Ему пришлось на время оставить работу. Большею частью он был подавлен. Его лицо изменилось

до неузнаваемости, подбородок провалился. По временам он вставал и бесцельно слонялся по дому, его руки бессильно висели вдоль тела, а большие ладони дрожали. Начинаешь понимать концепцию одержимости бесами: кто-то явно завладел отцовым телом. Мне было всего пять лет, и я это видела. Я запомнила навсегда: он выглядел самым собою, но его не было в доме.

Потом ему стало легче, года два был взлет, а потом снова крушение. Дальше было плохо, плохо, плохо... Потом немного полегчало, и снова крушение, и опять плохо... Мне было лет пятнадцать, когда он разбил машину — пребывал ли он в дурмане от лекарств или пытался покончить с собой — кто знает? Это случилось снова, когда я училась на первом курсе колледжа. Мне позвонили; пришлось пропустить экзамен и сидеть у его постели в больнице. У него отняли пояс, галстук... Через пять лет он опять попал в больницу. И тогда он ушел с работы и перестроил всю свою жизнь. Он принимает много витаминов, делает много физических упражнений и не работает. Когда его что-то напрягает, он просто выходит вон. Моя дочурка плачет? Он надевает шляпу и уходит домой. Но мама оставалась с ним все это время, и, когда он бывал в здравом уме, он оставался ей великолепным мужем. В 90-х у него было десять хороших лет подряд, пока в начале 2001 года инсульт не швырнул его в пропасть".

Ева полна решимости не допустить подобного в своей семье. "У меня самой были пару раз ужасные эпизоды, — говорит она. — Годам к тридцати у меня выработалась привычка сильно перерабатывать — я брала на себя непосильно много, заканчивала, но потом неделю отлеживалась в полной неспособности что-то делать. Одно время я принимала нортриптилин, от которого только прибавила в весе. Когда в сентябре 1995 года мой муж получил работу в Будапеште, нам нужно было переезжать, и я, чтобы справиться со стрессом переезда, начала принимать прозак. На новом месте я совершенно потерялась: либо валялась весь день в постели, либо вела себя как слабоумная. Это стресс — быть неизвестно где, без друзей, и муж должен работать по пятнадцать часов в день, потому что назревает какая-то сделка. Через четыре месяца, когда эта гонка закончилась, я была совсем не в себе. Я поехала в Америку, чтобы походить по

врачам, и получила крутой коктейль: клонопин (Clonopine), литий, прозак. Невозможно было ни мечтать о чем-либо, ни придумать что-нибудь дельное; мне приходилось все время таскать с собой огромный пенал с лекарствами, при этом все таблетки были помечены — утро, полдень, после обеда, вечер, — потому что я не помнила ничего. Через некоторое время мне удалось наладить жизнь, я подружилась с хорошими людьми, устроилась на неплохую работу и стала принимать все меньше лекарств, дойдя до пары таблеток в день. Потом я забеременела, отказалась от всех препаратов и чувствовала себя отлично. Мы переехали обратно домой. Когда я родила, все эти чудесные гормоны уже выветрились, кроме того, ребенок — я год не спала по-человечески, и я вновь начала разваливаться. Я была полна решимости не допустить, чтобы моя дочь прошла через все это. Сейчас я принимаю депакот (Depakote) — он меня меньше отупляет и считается безопасным при кормлении грудью. Я готова на все, чтобы предоставить своей дочери стабильное окружение, и не бросать ее, периодически исчезая из ее жизни".

За моим вторым срывом последовали два спокойных года. Я был доволен и безмерно радовался тому, что доволен. Потом, в сентябре 1999 года, случилось ужасное: меня бросил человек, с которым я надеялся остаться навсегда. Тогда я затосковал, но это была не депрессия, а просто тоска. Месяц спустя у себя дома я поскользнулся на ступеньке и вывихнул плечо с серьезным повреждением мышечной ткани. Меня повезли в больницу. Я старался объяснить работникам "скорой помощи" и травматологам в отделении, что мне необходимо не допустить рецидива депрессии. Я рассказал о своих почечных камнях и о том, как боль вызвала прошлый приступ. Я обещал заполнить все формы и анкеты на свете, ответить на все вопросы, начиная с колониальной истории Занзибара и далее, если только они снимут физическую муку, которая, как я знал, была слишком сильна для моего душевного равновесия. Я объяснял, что в моей истории болезни есть тяжелые нервные срывы и просил посмотреть записи. Понадобилось больше часа, чтобы получить хоть какое-то обезболивающее, но это была такая малая доза морфия, что совсем не помогла. Вывих плеча — дело обычное, но вправили его только через восемь часов после

прибытия в больницу. В итоге мне дали действенное обезболивающее с дилодидом (Dilaudid), но только через четыре с половиной часа после прибытия, так что последующие несколько часов были все-таки не так ужасны.

Пытаясь сохранить спокойствие на ранних стадиях этого приключения, я попросил психиатрической консультации. Доктор, занимавшаяся мною, сказала: "Вывих плеча — это больно, и вам будет больно, пока мы его не вправим, следует потерпеть и перестать ныть". Затем она добавила: "Вы не проявляете никакого самообладания, вы сердитесь и задыхаетесь от злости, и я для вас пальцем не пошевелю, пока вы не возьмете себя в руки". Мне говорили "откуда мы знаем, кто вы такой", и "мы так просто не даем сильные обезболивающие", и что я должен "постараться глубоко дышать и вообразить себя на пляже — с шумом волн в ушах, с ощущением песка между пальцами ног". Один из врачей сказал: "Возьмите себя в руки и перестаньте себя жалеть. В этом травматологическом отделении есть люди, которым гораздо хуже, чем вам". Тогда я сделал очередную попытку объяснить: я понимаю, что должен вытерпеть боль, но хочу снять ее остроту перед тем, как мы продолжим; я не столько боюсь физической боли, сколько ее психических осложнений. На это мне ответили, что я "веду себя по-детски" и "не слушаюсь". Когда я сказал, что за мной тянется история душевной болезни, мне сообщили, что в таком случае мне вообще не следует ожидать, что врачи станут принимать мои взгляды на происходящее всерьез. "Я получила профессиональное образование и нахожусь здесь для того, чтобы вам помочь", — сказала врач. "Но я — опытный пациент и знаю: то, что вы делаете, для меня губительно", — возразил я. Врач отвечала, что я не учился на медицинском факультете, а она собирается действовать согласно тому, что считает подходящей процедурой.

Я снова потребовал психиатрической консультации, но мне ее не предоставили. Отделения "Скорой помощи" не имеют доступа к психиатрической истории болезни, и у них не было способа проверить мои жалобы, хотя сама клиника, в которой я оказался, была той самой, где работают все лечащие меня врачи и мой психиатр. В отделениях "Скорой помощи" и травматологических пунктах руководствуются такими правилами:

если ты говоришь, что пережил глубокую эндогенную депрессию, обострившуюся в результате сильной боли, эти слова расценивают как высказывание: "Мне необходим пушистый плюшевый медвежонок, а то я не дам себя зашивать". Я считаю подобную ситуацию недопустимой. Официальный учебник по скорпомощной медицине в Соединенных Штатах ничего не говорит о психических аспектах соматического недуга. Ни одно отделение "Скорой помощи" никак не оборудовано для того, чтобы иметь дело с психическими осложнениями. Я пропил мяса у торговца рыбой.

Боль нарастала. Пять часов боли как минимум в шесть раз болезненнее, чем один час боли. Я заметил вслух, что физическая травма числится среди главных пусковых механизмов психогенной травмы и что лечить первую так, чтобы породить вторую, — это акт медицинского тупоумия. Чем дольше тянулась боль, тем, естественно, больше она меня изматывала, тем сильнее натягивались мои нервы, тем серьезнее становилась ситуация. Кровь у меня под кожей все разливалась, и мое плечо выглядело так, будто я позаимствовал его у леопарда. Когда наконец появился дилодид, у меня уже началось головокружение. Да, в этом травматологическом отделении действительно находились люди с более серьезными повреждениями, чем у меня, но почему хоть один из нас должен был терпеть неоправданную боль?

Не прошло и трех дней после этого испытания, как у меня начались острые суицидальные мысли, каких я не переживал со времен своей первой тяжелой депрессии. Не будь я под круглосуточным надзором родных и друзей, я дошел бы до уровня физической и психической боли, какого вынести не мог, и искал бы немедленного облегчения, причем самого экстремального свойства. Опять возник образ дерева и лианы. Если увидишь вылезавший из земли маленький росток и распознаешь в нем побег мощного вьющегося растения, ты можешь выдернуть его двумя пальцами и все закончится хорошо. Если протянешь до того, что лиана крепко обхватит дерево, тебе понадобится пила, а может быть, топор и лопата, чтобы избавиться от паразита и выкорчевать его корни. Маловероятно, что тебе удастся уничтожить лиану, не сломав нескольких ветвей дерева. Обычно я могу сдерживать в себе суицидальные настрое-

ния, но все кончилось, как я и говорил работникам больницы: отказ обратить внимание на психические жалобы пациента может превратить такое сравнительно незначительное событие, как вывих плеча, в смертельное заболевание. Если кто-то говорит, что страдает, работники травматологического отделения должны реагировать соответственно. Из-за консерватизма врачей, подобных тем, которых я встретил в этом отделении, воспринимающих как слабость характера нетерпимость к острейшей физической и душевной боли, люди в нашей стране совершают самоубийства.

На следующей неделе я снова распался. Во время предыдущих приступов я часто плакал, но так, как теперь, — никогда. Я плакал непрерывно, сделавшись похожим на сталактит. Слезы лились беспрестанно, и кожа у меня на щеках начала трескаться. Самые простые вещи требовали колоссальных усилий. Помню, я расплакался от того, что у меня в ванной смылился кусок мыла. Я плакал от того, что на клавиатуре компьютера на секунду запала клавиша. Все было для меня убийственно трудным. Например, желание взять телефонную трубку требовало усилий, сопоставимых с необходимостью отжать двухсоткилограммовую штангу лежа. Необходимость натягивать *два* носка, а не один, а потом еще *две* туфли, так меня подавляла, что хотелось забраться обратно в постель. Хотя острых приступов тревожности, какими отличались предыдущие эпизоды, на этот раз не было, меня стала охватывать паранойя: каждый раз, когда моя собака выходила из комнаты, я боялся, что она потеряла ко мне всякий интерес.

Во время этого срыва был еще один дополнительный кошмар. Два предыдущих эпизода случились, пока я еще не сидел на лекарствах. После второго я смирился с тем, что должен буду, если хочу избежать новых срывов, принимать лекарства постоянно: платя значительную душевную цену, я четыре года принимал их каждый день. И вот, несмотря на эффескор, буспар и веллбутрин (Wellbutrin), произошел полный обвал. Что бы это значило? Работая над этой книгой, я встречал людей, у которых случался приступ или два, потом они садились на лекарства и приходили в себя. Я встречал также людей, которые жили год на одном препарате, потом сваливались, принимали несколько месяцев другой, — людей, которым не дано оконча-

тельно отправить депрессию в прошлое. Я считал, что принадлежу к первой категории, а оказалось, что ко второй. Я видел людей, в чьей жизни душевное здоровье появлялось лишь эпизодами. Было вполне возможно, что я изжил свою способность получать облегчение от эффектора, — случается, что люди перестают реагировать на лекарства. Если так, то я вступал в ужасный мир. В мыслях я видел, как сижу год на одном препарате, потом еще год — на другом, пока не использую все имеющиеся варианты.

Но на время депрессивного срыва существуют отработанные процедуры. Я уже знаю, каким врачам звонить и что говорить. Я знаю, когда наступает время прятать бритвенные лезвия и настойчиво продолжать выводить собаку. Я обзвонил всех и сказал, что у меня депрессия. Двое моих знакомых, недавно поженившихся, переехали ко мне и жили со мной два месяца, поддерживая меня в трудные дневные периоды, проговаривая со мной мои страхи и тревоги, рассказывая сказки, следя, чтобы я ел, умеряя мое чувство одиночества, — они сделали мне самыми близкими друзьями на всю жизнь. Прилетел из Калифорнии мой брат; он явился у моего порога, когда я был на самом дне. Мой отец перешел на повышенную боевую готовность. Вот чему я научился и что спасло меня: действовать быстро; иметь хорошего врача, чтобы был готов выслушать; ясно видеть все закономерности своей болезни; упорядочить сон и питание, какой бы ненавистной ни была задача; немедленно удалить все стрессы; делать физические упражнения; мобилизовать любовь.

Как только смог, я позвонил своему литературному агенту и сказал, что дела плохи: я приостанавливаю работу над книгой и понятия не имею, какой курс примет мое бедствие.

— Притворитесь, что я попал под машину, — сказал я, — и лежу в больнице на растяжках в ожидании рентгеновских снимков. Кто знает, когда я смогу снова писать?

Я принимал ксанакс даже тогда, когда он одурманивал меня и валил с ног, потому что знал: если выпустить на свободу беспокойство, сидевшее у меня в легких и желудке, оно станет еще сильнее, и тогда мне несдобровать. Я сказал друзьям и родным, что не потерял рассудок, но, безусловно, куда-то спрятал его и не могу найти. Я чувствовал себя как Дрезден во время вой-

ны — город, который уничтожают, а у него нет никакой защиты от бомб, и он только и может, что обрушиваться, оставляя лишь жалкие остатки золота, блистающего среди руин.

Плача и не обращая внимания на неловкость ситуации, даже в лифте больницы, где находился кабинет моего психотерапевта, я пошел спросить, нельзя ли что-нибудь сделать. К моему удивлению, он счел ситуацию совсем не такой страшной, какой она казалась мне. Он не собирался снимать меня с эффексора: "Он уже давно и хорошо работает, и нет никакого резона его бросать". Он предложил мне зипрексу (Зургеха) — антипсихотическое средство, имеющее к тому же седативное воздействие. Он увеличил дозу эффексора, потому что, по его словам, никогда не следует исключать препарат, который тебе помогает, разве что в силу абсолютной необходимости. Эффексор помог мне однажды и, может быть, поможет снова? Он снизил дозу веллбутрина, потому что он возбуждает, а мне при моем сильном беспокойстве надо быть менее активным. От буспара мы отказались. Психотерапевт что-то прибавлял, что-то вычитал, выяснял мои реакции и выслушивал мои показания, составляя некий "истинный" вариант меня — может быть, такой же, как раньше, может быть, немного другой. У меня к этому времени уже был богатый опыт — практический и теоретический — с препаратами, которые я принимал (хотя всегда избегал информации о побочных эффектах, пока не пройдет некоторое время от начала приема: знание побочных эффектов более или менее гарантирует, что они появятся). Тем не менее это была сложная наука запахов, вкусов, смесей. Мой врач помог мне выжить в этих экспериментах: он был поборник идеи связи времен и все успокаивал меня, уверяя, что будущее окажется по меньшей мере равным прошлому.

На второй день первой дозы зипрексы я должен был читать лекцию о Вирджинии Вулф. Я люблю Вирджинию Вулф, и читать лекцию о ней с выдержками из ее произведений было для меня подобно чтению лекции о шоколаде с поглощением его в качестве примеров. Занятие проходило в доме моих друзей и предназначалось для неформального собрания пятидесяти человек их сотрудников. Это было нечто вроде благотворительной акции в пользу некоего дела, которое я считал стбя-

щим. При обычных обстоятельствах это было бы большое удовольствие с малыми усилиями, к тому же дававшее шанс "высветиться" на публике — под настроение мне нравится делать подобные вещи. Можно было ожидать, что это лишь усугубит мои проблемы, но я пребывал в таком состоянии, что лекция не могла ни помочь, ни помешать; даже просто бодрствовать было тяжело и било по нервам, а ухудшить положение не могло уже ничто. Поэтому я пришел в назначенное время и даже вежливо побеседовал с людьми за коктейлем. Потом я встал со своими заготовками и, чувствуя себя до жути спокойным, как если бы просто высказывал ни к чему не обязывающие мысли за обеденным столом, со странным ощущением отсутствия в собственном теле наблюдал со стороны, как читаю вполне связную лекцию о Вирджинии Вулф по памяти и по написанному тексту.

После лекции с группой друзей и организаторов мероприятия мы пошли в ресторан неподалеку. Присутствовавшие являли многообразие типов, требовавшее некоторых усилий для соблюдения учтивости, что в обычных обстоятельствах было бы даже забавно. Теперь же мне казалось, что воздух вокруг меня странно густеет, как густеет, высыхая, клей, так что голоса как бы пробивались сквозь воздушную твердь, проделывая в ней трещины и пробоины, и из-за этого треска было трудно услышать, что мне говорят. Даже поднести вилку ко рту было подвигом. Я заказал семгу, и вдруг осознал, что мое необычное состояние стало заметным. Я слегка помертвел, но что делать, не знал. В таких ситуациях чувствуешь себя ужасно неловко, независимо от того, сколько твоих знакомых принимали прозак и насколько спокойно люди вроде бы воспринимают депрессию. Все сидевшие за столом знали, что я пишу об этом книгу, а многие из них читали мои статьи. Но все это было не важно. Пробираясь через ужин, я бормотал и извинялся, как дипломат времен "холодной войны". Я мог бы сказать: "Прошу простить, если я немного не в фокусе, но, понимаете, у меня сейчас очередной раунд депрессии", но тогда все сочли бы своим долгом расспрашивать о конкретных симптомах и пытаться меня подбодрить, а эти подбадривания только усугубили бы депрессию. Или, например, так: "Боюсь, я не вполне воспринимаю, что вы говорите, потому что принимаю по пять

миллиграммов ксанакса каждый день, хотя, конечно, зависимости у меня нет... кроме того, я только что начал принимать новое антипсихотическое лекарство, у которого, кажется, сильное седативное воздействие. Как ваш салат?" С другой стороны, у меня было чувство, что если я буду продолжать молчать, все заметят, что со мной не все в порядке.

Потом воздух сделался таким твердым и ломким, что слова добирались до меня в виде отрывистых шумов, и мне не вполне удавалось нанизать их одно на другое. У вас бывали, наверное, случаи, когда вы сидите на лекции и вдруг понимаете, что приходится напрягать внимание, чтобы следовать за смыслом, но ваши мысли немного отвлекаются, и вот, вы, вернувшись, не вполне улавливаете, о чем речь. Логика нарушилась. Так было и со мной, но это касалось каждого отдельного предложения. Я чувствовал, как логика уходит у меня из-под ног. Кто-то сказал о Китае, но я не очень понял, что именно. Мне показалось, что кто-то упомянул слоновую кость, но был ли это тот же, кто говорил о Китае, я не знал, хотя помнил, что китайцы делают вещи из слоновой кости. Кто-то спрашивал меня о рыбе — может быть, о моей рыбе? Заказал ли я рыбу? Или — люблю ли я рыбалку? Или что-нибудь о китайской рыбе? Я слышал, как кто-то повторил вопрос (я узнал структуру предложения по предыдущему разу), а затем почувствовал, как мои глаза закрылись, и тихо подумал — невежливо спать, когда тебя уже даже переспрашивают. Надо проснуться. Я оторвал подбородок от груди и улыбнулся с видом "а, что вы сказали?" На меня смотрели озадаченные лица.

— У вас все в порядке? — снова спросил кто-то.

— Скорее всего, нет, — отвечал я, и двое моих друзей, присутствовавшие на ужине, взяли меня под руки и вывели на улицу.

— Прошу прощения, — повторял я, смутно осознавая, что заставил всех оставшихся за столом полагать, что я, видимо, накачался наркотиками, жалея, что не сказал просто, что у меня депрессия и я слишком напичкан лекарствами и не уверен, сумею ли нормально продержаться весь вечер. "Прошу прощения", — а все вокруг повторяли, что извиняться не за что. Мои друзья-спасители доставили меня домой и положили в постель. Я вынул контактные линзы и постарался несколько минут просто поболтать, чтобы снова ощутить себя собою.

— Ну, как дела, — спросил я друга, и когда он начал мне отвечать, то сделался каким-то расплывчатым, как Чеширский Кот, и я отключился и погрузился в нездешний сон, и мне приснилась великая война. Боже мой, я и забыл об *интенсивности* депрессии. Она проникает так глубоко, так далеко! Нас определяет набор норм, находящихся совершенно вне нашего контроля. Нормы, по которым я воспитывался и которые установил для себя, весьма высоки по мировым меркам; если я не чувствую себя способным писать книги, значит, со мной что-то не так. Нормы других людей гораздо ниже, третьих — гораздо выше. Если Джордж Буш-младший проснется утром и почувствует, что не может быть лидером свободного мира, значит, с ним что-то не в порядке. А кто-то считает себя в полном порядке, пока в состоянии прокормиться и физически выжить. Отключиться на ужине — далеко вне пределов того, что я считаю нормой.

Я проснулся с лучшим самочувствием, чем накануне, хотя очень расстроенный своим бродяжничеством вне собственного контроля. Выход из дома по-прежнему казался потрясающе трудной затеей, но я знал, что могу спуститься на нижний этаж (хотя не был уверен, хочу ли я этого). Я сумел отправить несколько писем по электронной почте. Я кое-как поговорил по телефону с психофармакотерапевтом, и он посоветовал наполовину уменьшить дозу зипрексы и ксанакс тоже снизить. Когда в тот день симптомы стали проходить, я этому не поверил. К вечеру я был почти здоров — как рак-отшельник, который перерос одну раковину, оставил ее, голым переполз через весь пляж и нашел себе другую. Хотя впереди маячило еще многое, я был счастлив, зная, что поправляюсь.

Таким был мой третий срыв. Он стал для меня откровением. Тогда как первый и второй длились по шесть недель в острой форме и по восемь месяцев в целом, этот, третий, который я назвал мини-срывом, был острым всего шесть дней и длился в общей сложности около двух месяцев. Мне повезло: я довольно хорошо отреагировал на зипрексу; кроме того, выяснилось, что все исследования, которые я проводил для этой книги, независимо от того, какова их ценность для других, оказались очень полезными для меня самого. Много месяцев я пребывал по разным причинам в тоске и испытывал серьезный стресс; я справлялся со всем, но это было нелегко. К этому моменту я уже мно-

го знал о депрессии и немедленно распознал критическую точку перехода. Я нашел психофармакотерапевта, оказавшегося настоящим мастером составления лекарственных коктейлей. Уверен, что если бы я начал принимать препараты перед тем, как мой первый срыв смел меня на самое дно пропасти, то был бы способен поставить свою первую депрессию на колени, не дав ей выйти из-под контроля, и вообще избежал бы следующих тяжелых срывов. Если бы я не бросил лекарства, которые помогли мне в первом эпизоде, я мог бы не иметь второго. К тому времени, когда я уже шел к третьему, я был полон решимости больше не повторять этой дурацкой ошибки.

Выход из душевной болезни требует поддержки. Мы все периодически сталкиваемся с физическими и психологическими травмами, а те из нас, у кого повышенный уровень уязвимости, имеют высокие шансы впасть в рецидив, встретившись с проблемами. Прожить целую жизнь в относительной свободе возможно, и проще всего добиваться этого при помощи тщательного и ответственного подбора лекарственных препаратов, сбалансированного со стабилизирующей, дающей глубокое видение словесной терапией. Большинству людей с тяжелой депрессией требуется комбинация лекарств, иногда в нестандартных дозах. Кроме того, им необходимо понимание своего меняющегося *Я*, в чем может помочь специалист. Многие люди, чьи рассказы выглядят болезненно трагическими, обращались во время депрессии за помощью. Но им, часто предлагая еще и неверную дозировку, швыряли какой-нибудь препарат, лишь немного облегчающий симптомы, которые, правильно подобрав лекарства, можно было бы излечить. Но самые трагические истории — это истории людей, которые знают, что их лечат плохо, но их медицинские учреждения и страховка не дают им возможность получить что-либо лучшее<sup>23</sup>.

В нашей семье любили рассказывать одну байку — о бед-

<sup>23</sup> Здесь речь идет о Health maintenance organizations (НМО), — учреждениях, объединяющих функции страхователей и поставщиков медицинских услуг. Они собирают страховые взносы (как правило, их оплачивает работодатель, чаще всего с частичной доплатой со стороны работника) и сами платят врачам и больницам, но не любым, а только участвующим в их программах. Оплачиваются только те услуги и только в том количестве, которое оговаривается заранее. — *Прим. пер.*

ном семействе, мудреце и козе. Бедное семейство жило в нищете и убожестве, девять человек в одной комнате, недоедали, ходили в лохмотьях — словом, не жизнь, а одно сплошное непрекращающееся несчастье. Наконец глава семейства отправился к мудрецу и сказал ему: "Великий мудрец, мы так несчастны, что едва живы. У нас страшный шум и страшная грязь, и все время на людях... это ж умереть можно! У нас никогда не хватает еды, и мы уже начинаем друг друга ненавидеть, это просто кошмар. Что нам делать?" Мудрец отвечал: "Вы должны достать козу, и взять ее в дом, и жить с ней месяц. Все ваши проблемы разрешатся". Глава семейства посмотрел на него в изумлении: "Как! Козу? Жить с козой?" Но мудрец настаивал, а поскольку это был всеми уважаемый мудрец, человек его послушался. Жизнь семейства превратилась в ад. Шум стал громче, грязи больше, об уединении нельзя было даже мечтать, есть стало совсем нечего — все сжирала коза, да и одежды тоже ни у кого не осталось, потому что она сжевала и одежду. Атмосфера в доме накалялась. По прошествии месяца хозяин дома в ярости вернулся к мудрецу. "Мы прожили месяц в одной хижине с козой, — сказал он, — и это было ужасно. Как можно было дать такой нелепый совет?" Мудрец кивнул с важным видом: "А теперь выставьте козу вон, и вы увидите, насколько спокойна и возвышенна ваша жизнь".

Так и с депрессией: если удастся ее вышибить, можно жить в дивном мире с любыми проблемами реального мира — в сравнении с ней они будут выглядеть пустяком. Я позвонил одному человеку, у которого брал интервью для этой книги, и вежливо осведомился, как у него дела.

— Ну, как, — сказал он, — спина болит, я подвернул ногу, дети на меня обижены, дождь льет как из ведра, кот помер, мне светит банкротство. С другой стороны, психологически я — без симптомов, так что в общем и целом можно сказать, что все великолепно.

Мой третий срыв оказался для меня настоящей "козой"; он грянул в то время, когда я ощущал острое недовольство целым рядом явлений в моей жизни, которые, я понимал это, неразрешимыми не были. Когда я прорвался, мне захотелось устроить небольшой фестиваль и отпраздновать радость моей неустроенной жизни. Я был на удивление готов, даже, как ни

странно, счастлив, вернуться к этой книге, которую оставлял на два месяца. Но тем не менее это все-таки был депрессивный эпизод, и он случился, когда я принимал лекарства, поэтому с тех пор я никогда не ощущаю полной уверенности в себе. На последних стадиях работы над книгой у меня случались приступы страха и чувства одиночества. Они не приводили к разрушительным последствиям, но иногда бывало, что, напечатав страницу, я должен был полчаса полежать, чтобы оправиться от собственных слов. Порой я становился плаксив, временами меня одолевала тревога, и я день-другой отлеживался в постели. Эти случаи точно отражают, как трудно об этом писать и как убийственно не уверен я в том, что произойдет в моей жизни дальше; я не чувствую себя свободным, я не свободен.

Мне очень повезло в отношении преодоления побочных эффектов: мой нынешний психотерапевт — специалист по их устранению. Лекарства, которые я принимаю, произвели побочные эффекты сексуального свойства: слегка пониженное либидо и всеобщую проблему сильно задержанного оргазма. Несколько лет назад я ввел в свой режим веллбутрин, он, кажется, повысил мне либидо, хотя до прежних стандартов так и не дошло. Мой врач также прописал мне виагру, а потом еще добавил дексафетамин, который должен повышать сексуальный пыл. По-моему, этот препарат вполне работает, но делает меня раздражительным. Мой организм как бы функционирует по сменам, которые мне не различить: то, что прекрасно работает сегодня, может начать фокусничать завтра. Зипрекса сильно успокаивает, и я обычно много сплю, часов по десять в сутки, но в запасе у меня всегда есть ксанакс на случай, если ночью на меня навалятся чувства и я не смогу сомкнуть глаза.

Обмен рассказами о депрессивных срывах порождает удивительную близость. Более трех лет я почти ежедневно общался с Лорой Андерсон. Во время моего последнего депрессивного эпизода она проявила небывалое внимание. Она вошла в мою жизнь из ниоткуда, и у нас возникла странная и внезапная дружба: не прошло и нескольких месяцев после ее первого письма, а мне уже казалось, что я знаю Лору всю жизнь. Хотя мы общаемся в основном по электронной почте, иногда — через письма или открытки, очень редко говорим по телефону и всего один раз виделись лич-

но, наши отношения занимают в моей жизни совершенно особое место: они стали привычкой, чуть ли не наркотической зависимостью. Наша связь напоминала по форме любовный роман: в ней было открытие друг друга, экстаз, охлаждение, возрождение, привычность, глубина. Временами Лоры бывало чересчур много или она появлялась слишком часто, и в начале нашей дружбы я порой бунтовал против нее или пытался сократить контакты между нами. Но вскоре я начал чувствовать, что в тот редкий день, когда от Лоры ничего не было, я будто оставался без обеда или ночного сна. Хотя Лора Андерсон страдает биполярным расстройством, ее маниакальные фазы гораздо слабее выражены, чем депрессивные, и легче поддаются лечению — это состояние все чаще называют биполярным аффективным расстройством с преобладанием депрессивных фаз. Она из того большого числа людей, которых депрессия — независимо от того, насколько тщательно регулируются лекарства, терапия и поведение, — поджидает всегда: в некоторые дни она от нее свободна, а в некоторые — нет, и она ничего не может сделать, чтобы держать ее в узде.

Свое первое письмо, полное надежды, она послала мне в январе 1998 года. Она прочла мою журнальную статью о депрессии и почувствовала, что мы друг друга знаем. Она дала мне свой домашний телефон и велела звонить в любое время суток, когда захочу. Кроме того, она приложила список музыкальных альбомов, которые помогли ей пройти через трудное время, и книгу, которая должна была мне понравиться. Она находилась в Остине, штат Техас, где жил ее любимый мужчина, но пребывала там в некоторой изоляции и скучала. Она была слишком депрессивна, чтобы работать, хотя имела опыт работы в правительственных службах и надеялась получить место в тexasской администрации. Она сообщила мне, что принимала прозак, паксил, золофт, веллбутрин, клонопин, буспар, седуксен, литий, ативан (Ativan) и "конечно, ксанакс", а теперь сидит на нескольких из них плюс депакот и амбьен (Ambien). У нее сейчас трудности с лечащим психиатром, "итак, вы угадали: к врачу номер сорок девять марш!" Что-то в ее письме меня привлекло, и я ответил так тепло, как мог.

Следующее письмо пришло в феврале. "Депакот не оправдывает себя, — писала она. — Меня угнетает потеря памяти, и трясущиеся руки, и заикание, и отсутствие зажигалки после

того, как понадобилось сорок минут, чтобы собрать в одном месте сигареты и пепельницу. Меня угнетает, что эти болезни во многих случаях так бессовестно *мультиполярны*: лучше бы Леви-Стросс никогда не привлекал нашего внимания к бинарной оппозиции. *Бинокль* — это максимум, на что я готова с этой приставкой. Я убеждена, что у черного цвета есть сорок оттенков, и мне не хочется смотреть на это в линейной шкале: я вижу это, скорее, как круг или цикл, где колесо вертится слишком быстро и желание умереть может проникнуть между любой парой спиц. На этой неделе я подумывала лечь в больницу, но бывала там уже не раз и знаю, что мне не позволят иметь стереосистему (хотя бы даже с наушниками) и ножницы, чтобы сделать открытки к Валентинову дню... что я буду скучать по моим собакам... что будет ужасно остаться без Питера — это мой мужчина, я буду страшно скучать по нему... он меня любит, несмотря на рвоту, и гнев, и беспокойство, и отсутствие секса... и что мне придется спать в коридоре рядом с постом медсестер или взаперти под суицидальным надзором и так далее — нет уж, благодарю покорно. Я вполне доверяю таблеткам, с их помощью я стану "экваториальной" — между двумя полюсами — и буду в порядке".

Весной ее настроение улучшилось. В мае Лора забеременела и пришла в радостное возбуждение от перспективы родить. Однако неожиданно она узнала, что депакот связывают со *spina bifida*<sup>24</sup> и неправильным развитием мозга, попыталась его бросить, тревожилась, что не сделала этого вовремя, начала терять стабильность и вскоре написала: "Итак, я сижу в тоскливом ступоре после аборта. Надо полагать, снова садиться на лекарства — единственно возможный для меня выход. Я стараюсь не злиться и не возмущаться, но порой все это выглядит такой несправедливостью! У нас в Остине ветрено, огромное голубое небо, а я сижу и думаю — почему, почему во мне такая пустота? Понимаете? Что угодно — даже нормальная реакция на мерзкое происшествие — вгоняет меня в приступ беспокойства о возможной грядущей депрессии. Впрочем, сейчас я пребываю в бесцветном, раздражительном седуксеновом тумане: голова болит и сильная усталость от слез".

*Spina bifida* — врожденный дефект спинного мозга. — Прим. ред.

Спустя десять дней она писала: "Я стабилизировалась — может быть, на более низком уровне, чем хотелось бы, но не на таком, чтобы беспокоиться. Я сменила врачей и лекарства, принимаю вместо депакота тегретол (Tegretol) и немного зипрексы до кучи, чтобы усилить действие тегретола. Зипрекса не на шутку меня давит. Физические побочные эффекты душевной болезни — это прямо какое-то надругательство! Думаю, усвоив всю эту дрянь, что мне давали, я могу сдать экзамен по "высшей депрессии". Тем не менее у меня эта странная амнезия: когда час становится честными шестьюдесятью минутами, уже невозможно вспомнить, насколько страшна депрессия — время, когда перебиваешься с одной бесконечной минуты на другую. Я совершенно вымотана своими попытками выяснить, кто я, когда я — "в порядке", что для меня нормально и приемлемо".

Еще через несколько дней: "Осознание своей слабости мешает раскрывать в общении всю глубину своей индивидуальности — в результате большинство тех, с кем я подружилась за последние восемь-девять лет, стали шапочными знакомыми. От этого растет чувство одиночества, и вообще чувствуешь себя глупо. Вот, например, позвонила очень близкой (и требовательной) подруге в Западную Вирджинию, а ей подавай объяснение, почему я не приехала навестить ее и ее новорожденно-го. Что сказать? Что я бы с радостью, но была все это время занята тем, что старалась не попасть в психушку? Это так унижительно, что делает из тебя полного идиота. Если бы я была уверена, что меня не поймут, я бы с удовольствием врала: придумала бы какой-нибудь приемлемый рак, который приходит и уходит, — чтобы люди понимали, чтобы это их не пугало и не отталкивало".

Лора постоянно на привязи; каждая составляющая ее жизни определена обстоятельствами болезни. "Например, любовные связи: мне подходит только такой мужчина, который способен позаботиться о себе сам, потому что у меня забота о себе отнимает очень много энергии и я не могу отвечать за каждую маленькую обиду, которую он может ощутить. Вот так понимать любовь — это ли не кошмар? Держаться на уровне в профессиональной деятельности тоже трудно — устраиваешься на работу, а потом вскоре уходишь, и возникают долгие проме-

жутки. Кому охота слушать о твоих надеждах на новый препарат? Как можно ждать понимания? До того как я сама заболела, у меня был очень близкий депрессивный друг. Я выслушивала все, что он рассказывал, будто мы говорили на одном и том же языке, но позже поняла: депрессия говорит или учит тебя на совершенно другом языке".

Последовавшие за этим месяцы Лора, похоже, провела в борьбе с чем-то, как она чувствовала, ожидавшим своего выхода на сцену. Тем временем мы с нею познакомились ближе. Я узнал, что в подростковом возрасте она подвергалась сексуальным издевательствам, а в двадцать лет ее изнасиловали; все эти переживания оставили свои следы. В двадцать шесть лет она вышла замуж, и уже на следующий год случилась ее первая депрессия. Муж, судя по всему, справляться с этим не мог, а она спасалась тем, что слишком много пила. Осенью Лора сделалась слегка маниакальной и обратилась к врачу; тот сказал, что у нее просто сдают нервы, и прописал седуксен. "Мания охватывала мой разум, но тело было заторможено", — рассказала она потом. На рождественском вечере, который они с мужем устраивали в следующем месяце, она взбесилась и швырнула в него паштетом из форели, после чего поднялась в спальню и проглотила весь оставшийся у нее седуксен. Он отвез ее в отделение "Скорой помощи" и сказал его работникам, что не может с нею справиться. Ее поместили в психиатрическое отделение и продержали все Рождество. Когда она вернулась домой, накачанная лекарствами, с браком было покончено. "Мы кое-как прожили еще год, но в следующее Рождество отправились в Париж, и я посмотрела на него за ужином и подумала: "Мне сейчас ничуть не лучше, чем год назад в больнице". Она от него ушла; довольно скоро встретила другого человека и переехала в Остин, чтобы быть с ним. Депрессия после этого повторялась регулярно, по меньшей мере раз в год.

В сентябре 1998 года Лора написала мне о кратком приступе "этой кошмарной, томящей душу тревоги". В середине октября она начала погружаться в депрессию и понимала это. "Я пока еще не в полноценной депрессии, но понемногу замедляюсь; я имею в виду, что мне все чаще приходится сосредоточиваться на каждом действии, на самых разных уровнях. Я пока еще не полностью в депрессии, но точно иду на спад".

Она начала принимать веллбутрин. "Как отвратительно это чувство удаленности от всего", — жаловалась Лора. Скоро она уже проводила целые дни в постели. Лекарства снова перестали работать. Она отрезала себя от всех посторонних и сосредоточилась на собаках. "Когда нормальные желания — потребности в смехе, сексе, пище — подавлены депрессией, единственные доступные мне возвышенные моменты доставляют мои собаки".

В начале ноября она заявляла: "Я теперь только принимаю ванны, потому что под душем вода так колотит по мне, что я этого не могу выносить, сейчас мне это кажется слишком жестоким началом дня. Водить машину тоже слишком сложно. А также ходить за покупками, пользоваться банкоматом — да что угодно...". Чтобы отвлечься, она взяла напрокат фильм "Волшебник из страны Оз", но "грустные эпизоды заставляли меня плакать". У нее пропал аппетит. "Сегодня я попробовала тунца, но меня от него стошнило, так что я поела немного приготовленного для собак риса". Даже визит к врачу, жаловалась она, дается с трудом. "Мне тяжело честно рассказывать ему о своем самочувствии, потому что не хочется его подводить".

Мы поддерживали ежедневную переписку. Когда я спросил Лору, не трудно ли ей писать, она ответила: "Проявить внимание к другим — самый простой способ привлечь внимание к себе. Кроме того, это самый простой способ ставить себя в должную перспективу. Мне необходимо делиться своей "самоодержимостью". Я так остро осознаю ее присутствие в своей жизни, что вздрагиваю каждый раз, когда нажимаю на клавишу "я" (ой! больно!). До сих пор весь мой день составляли попытки ЗАСТАВИТЬ себя делать самые мельчайшие вещи и реально оценить серьезность ситуации — действительно ли я в депрессии? Или просто ленива? Мое беспокойство — не от чрезмерного ли оно количества кофе или антидепрессантов? От самого этого процесса самооценки я начинаю плакать. Всех смущает, что они не могут помочь ничем, кроме как только присутствием. Мне нужна электронная почта, чтобы сохранять рассудок! Восклицательные знаки — маленькие лгуны".

На той же неделе: "Десять часов утра, а уже сама мысль о сегодняшнем дне меня захлестывает. Я стараюсь, стараюсь! Я хожу по кромке слез, и твержу себе "это ничего, это ничего",

и делаю глубокие вдохи. Моя задача — выстоять между самоанализом и самоуничтожением. У меня чувство, что я высасываю из людей соки, в том числе и из вас. Сколько можно просить, не давая ничего взамен? Впрочем, мне кажется, если я надену что-нибудь красивое, и зачесу волосы назад, и возьму с собой собак, мне хватит уверенности в себе, чтобы дойти до магазина и купить апельсинового сока".

Перед Днем благодарения Лора написала: "Я просматривала старые фотографии — как будто это снимки чьей-то чужой жизни. Лекарства — дорогая цена". Но скоро она, по крайней мере, начала вставать: "Сегодня было несколько хороших моментов, — писала она в конце месяца, — побольше таких, умоляю вас, кто уж там распределяет порции. Я ходила среди людей и не стыдилась". На следующий день стало немного хуже: "Я уже чувствовала себя лучше и надеялась, что это начало чудесного выздоровления, а сегодня сильное беспокойство, как бы не упасть обратно, — знаете, когда сосет под ложечкой. Но какая-то надежда все же остается, и от этого легче". Назавтра еще хуже: "Настроение по-прежнему мрачное. Ужас поутру и унижительная беспомощность ближе к вечеру". Она описала прогулку в парке с Питером: "Он купил брошюру с названиями всех растений. Об одном дереве говорилось: "ВСЕ ЧАСТИ СМЕРТЕЛЬНО ЯДОВИТЫ". Я подумала — найти это дерево, сжевать листик-другой, свернуться калачиком под скалой и уплыть. Я скучаю по той Лоре, которая сейчас с наслаждением надела бы купальник, и валялась бы на солнце, и смотрела в это синее, синее небо! Злая фея украла ее и подменила несносной девчонкой! Депрессия отнимает у меня все, что мне в себе по-настоящему, реально нравится (хотя этого и так не очень много). Чувствовать себя беспомощной и полной отчаяния — просто замедленная форма смерти, но я стараюсь пробираться через эти чудовищные преграды".

Через неделю Лоре стало явно лучше. А потом она вдруг взорвалась в супермаркете, когда кассир начал пробивать покупки человека, стоявшего в очереди позади нее. В совершенно нехарактерном для себя порыве гнева она закричала: "Господи, помилуй! Это что, магазин с обслуживанием или гребаная тележка с хот-догами?" — и демонстративно ушла без покупок. "Это словно лазить по отвесным скалам. Я так устала думать об

этом, говорить об этом". Когда ее друг сказал, что любит ее, она разрыдалась. Наутро ей полегчало; она два раза поела, купила себе пару носков. Она вышла в парк и вдруг почувствовала порыв покачаться на качелях. "После всей прошедшей недели, когда надо мной грозно нависала перспектива рухнуть обратно, было так здорово покачаться на качелях! Удивительное чувство: легкое ощущение быстроты под ложечкой, как в машине, когда проходишь вершину холма *вот на такой* скорости. Хорошо делать что-то простое; я немного почувствовала себя самой собой, вернулось ощущение света, ума, сообразительности. Я не стану питать надежду на то, что мне выдастся много такого времени, но само это чувство отсутствия абстрактных тревог, невыразимой тяжести и тоски — само это чувство было такое насыщенное, реальное, прекрасное, что мне хоть на это короткое время не хотелось плакать. Я знаю, что все прочие чувства вернуться, но сегодня, думается, я получила передышку, подаренную Богом и качелями, напоминание, что надо хранить надежду и терпение — предвестие грядущих благ". В декабре у нее случилась болезненная реакция на литий — кожа стала невыносимо сухой. Она снизила дозировку и добавила нейронтин (Neurontin). Казалось, что это работает. "Смещение к центру, *некоему* центру под названием Я — как это хорошо, как реально", — написала она.

В октябре мы наконец встретились. Лора приехала к матери в Уотерфорд, штат Вирджиния, красивый старинный город близ Вашингтона, где проходило ее детство. Она мне к тому времени так полюбилась, что трудно было поверить, что мы никогда не встречались. Я приехал на поезде, и она пришла встретить меня на станции, приведя с собой приятеля Уолта, которого я тоже видел впервые. Она была стройна, белокура и очень красива. Но время, проведенное в семье, пробудило слишком много воспоминаний, и Лоре стало нехорошо. Она была отчаянно беспокойна, так беспокойна, что даже говорить могла с трудом. Хриплым шепотом она извинилась за свое состояние. Каждое движение совершенно явно давалось ей с огромным усилием. Она сказала, что всю неделю ей становилось хуже. Я спросил, не нагружаю ли ее своим присутствием еще больше, и она заверила меня, что все в порядке. Мы зашли пообедать, Лора заказала мидии. Есть их она не могла: ее руки

дрожали, и, открыв несколько раковин, она вся забрызгалась соусом, в котором их подавали. Справляться одновременно с мидиями и разговором у нее не получалось, так что мы болтали с Уолтом. Он описывал ее постепенный спуск на протяжении недели, и Лора издавала короткие звуки в знак согласия. Теперь она оставила попытки справиться с мидиями и направила все внимание на бокал белого вина. Я был не на шутку потрясен; она меня предупредила, что дела плохи, но к этой ее ауре опустошенности я оказался не готов.

Мы забросили Уолта домой, и потом я вел Лорину машину, потому что она была для этого слишком слаба. Когда мы приехали к ней, ее мать уже тревожилась. Мы с Лорой разговаривали, и наш разговор то и дело терял связность: она говорила будто издалека. И вдруг, показывая мне фотографии, она застыла. Ничего подобного я никогда прежде не видел и вообразить не мог. Она называла мне людей на фотографиях, и вдруг начала повторяться.

— Это Джералдина, — сказала она, вздрогнула, и начала сначала: — Это Джералдина, — и снова, — это Джералдина, — и каждый раз все больше растягивала слоги. Ее лицо застыло, она с трудом двигала губами. Я позвал ее мать и брата Майкла. Майкл положил ей руки на плечи и сказал:

— Все хорошо, Лора, все хорошо.

Мы отвели ее наверх; она все повторяла "Джералдина". Мать передела ее, сняв заляпанную мидиями одежду, уложила в постель и села рядом, глядя ей руки. Наша встреча вышла совсем не такой, как я ожидал.

Оказалось, какие-то из ее лекарств плохо совместились друг с другом, что и вызвало ухудшение; на самом деле, это было причиной и странной неподвижности, и потери речи, и чрезвычайного состояния тревоги. К концу дня самое плохое было позади, но "все краски вытекли из моей души, исчезла та Я, которую я любила; я стала пустой скорлупкой себя". Скоро ей назначили новый режим. До самого Рождества она не чувствовала себя самой собою; а в марте 2000 года, когда пошло на поправку, снова случился такой же приступ. "Это так страшно, — писала она мне, — и так унижительно... Жалкое состояние, когда самая лучшая новость — что ты не бьешься в конвульсиях". Шесть месяцев спустя — снова приступ. "Я больше

не могу подбирать осколки своей жизни, — сказала она мне. — Я так боюсь этих состояний, что впадаю в болезненное беспокойство. Сегодня выехала из дома на работу, и в машине меня вырвало прямо на одежду. Пришлось возвращаться и переодеваться; я опоздала на работу и сказала им, что у меня случаются приступы, и мне сделали выговор. Врач хочет, чтобы я принимала седуксен, а я от него теряю сознание. Вот такая у меня теперь жизнь. И всегда будет такая, с этими кошмарными погружениями в ад, со страшными воспоминаниями. Могу ли я вынести такую жизнь?"

А я могу вынести свою жизнь? Может ли любой из нас вынести свою жизнь с ее трудностями? В итоге большинство из нас все-таки выносят и мы шагаем вперед. Голоса из прошлого возвращаются к нам как голоса умерших, чтобы вместе посоветовать на непостоянство и ушедшие годы. Когда мне грустно, я многое вспоминаю слишком ясно: маму — это всегда, каким я был, когда мы сидели на кухне и разговаривали — с моих пяти лет и до ее смерти, когда мне было двадцать семь; как бабушкин кактус цвел каждый год, пока она не умерла в мои двадцать пять; поездку в Париж в середине 80-х с маминной подругой Сэнди, которая хотела подарить свою зеленую соломенную шляпу Жанне д'Арк, а два года спустя умерла; моего двоюродного дедушку Дона и бабушку Бетти, и шоколадные конфеты в верхнем ящике их комода; отцовых двоюродных Хелен и Алана, тетю Дороти и всех других, кого уже нет. Я постоянно слышу голоса умерших. Ночами все эти люди и мои собственные бывшие # приходят ко мне, и, когда я просыпаюсь и соображаю, что они в ином мире, меня охватывает какое-то странное отчаяние, нечто большее, чем обычная тоска, и очень родственное, на мгновение, муке депрессии. Однако если мне не хватает их и того прошлого, которое они выстроили для меня и вместе со мной, то путь к их отсутствующей любви пролегает, я знаю, в умении выстоять в жизни. Депрессия ли это, когда я думаю, что хорошо бы отправиться туда, где они, и бросить это неистовое цепляние за жизнь? Или это просто часть жизни — продолжать жить, невзирая на все то, чего мы не можем вынести?

Для меня факт существования прошлого и реальность прохождения времени невероятно трудны. Мой дом полон книг, которые

я не могу читать, музыкальных записей, которые я не могу слушать, и фотографий, на которые не могу смотреть, потому что они вызывают слишком сильные ассоциации с прошлым. Встречая друзей из колледжа, я стараюсь не слишком много говорить о годах учебы, потому что я был там счастлив — не обязательно счастливее, чем сейчас, но другим счастьем, конкретным и характерным именно для того настроения души, таким, какое никогда не вернется. Те дни блеска юности съедают меня. Я вечно бьюсь головой о стенку былых радостей, а с былыми радостями мне гораздо труднее ужиться, чем с былыми печалью. Подумать об ужасных временах, которые прошли, — да, я знаю, что посттравматический стресс есть острое заболевание, но для меня травмы прошлого милостиво далеки. А вот радости прошлого — со мной. Память о добрых временах и жизни с людьми, которых нет в живых или которые уже не те, какими были, — вот где ныне мое тяжелейшее страдание. Не заставляйте меня вспоминать, твержу я осколкам былых радостей. Депрессия с таким же успехом может быть следствием избытка прежней радости, как и прежних кошмаров: такая вещь, как "пострадостный" стресс, тоже существует. Самая тяжелая депрессия содержится в настоящем моменте, не способном избежать прошлого, которое он идеализирует или оплакивает.

## ГЛАВА III

# ЛЕЧЕНИЕ

Существует две основные методики лечения депрессии: разговорная терапия<sup>25</sup>, которая оперирует словами, и физическое вмешательство, включающее и медикаментозное лечение, и электрошоковую терапию (ЭШТ)<sup>26</sup>. Совмещение психосоциального и психофармакологического подходов к депрессии трудно, но необходимо. То, что многие видят ситуацию в свете "или-или", чрезвычайно опасно. Медикаментозные и психотерапевтические методы лечения не должны соревноваться в завоевании на свою сторону представителей ограниченной популяции людей, склонных к депрессии; они должны быть взаимно дополняющими методами лечения, которые можно применять вместе или раздельно, в зависимости от состояния больного. Биопсихосоциальная модель терапии, включающей в себя разные методы, по-прежнему нам не дается. Последствия этого трудно переоценить. Среди психиатров модно сначала объявить вам причину депрессии (низкий уровень серотонина и ранняя психическая травма в числе самых популярных), а потом, как если бы там была логическая связь, средства от нее; но это все пустые слова. "Я не верю, что если причины ваших проблем психосоциальные, то и лечение потребует психосоциальное,

Под разговорной терапией автор подразумевает различные виды психотерапии, противопоставляя лечение с помощью слова лечению с использованием лекарственных средств. — *Прим. ред.*

*Электрошоковая, или электросудорожная, терапия* — вид шоковой терапии, при которой используется переменный или постоянный ток. Предполагается, что электрошок вызывает повышение выброса катехоламинов, увеличивает число рецепторов к ним. — *Прим. ред.*

а если причины биологические, то и лечение должно быть биологическим", — говорит Эллиен Франк из Питсбургского университета. Характерно, что пациенты, выходящие из депрессии благодаря психотерапии, демонстрируют те же изменения — скажем, на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) во время сна, — как и принимавшие лекарства.

В то время как психиатры традиционной школы рассматривают депрессию как неотъемлемое свойство пациента, ею страдающего, и стараются добиться перемен в структуре характера человека, психофармакология рассматривает заболевание как обусловленный извне дисбаланс, который можно откорректировать без учета прочих составляющих личности. Антрополог Т.М. Лурманн недавно написала об опасностях этого раскола в современной психиатрии так: "Психиатрам следовало бы воспринимать эти подходы как разные инструменты из одного набора. А их учат, что это разные инструменты, основанные на разных моделях и используемые в разных целях". "Психиатрия, — говорит Уильям Норманд, психоаналитик, который использует лекарства, когда чувствует, что они помогут, — была безмозглой, а стала бездушной": практикующие врачи, которые раньше оставляли без внимания физиологию мозга в пользу нарушений эмоциональности, теперь пренебрегают эмоциональной стороной человеческой психики в пользу химии мозга. Конфликт между психодинамической терапией и медикаментозной — это в конечном итоге конфликт нравственных оценок: мы склонны категорически исходить из того, что если проблема поддается психотерапевтическому диалогу, то с ней следует справляться, прилагая усилия, а если реагирует лишь на химическое вмешательство, то это не твоя вина и никаких усилий от тебя не требуется. Есть известная правда в том, что в депрессии присутствует вина больного, и в том, что почти всякую депрессию можно облегчить, приложив усилия. Антидепрессанты помогают тем, кто помогает себе сам. Слишком насилуя себя, сделаешь только хуже, но если действительно хочешь выкарабкаться, следует прикладывать усилия. Медикаменты и психотерапия — инструменты, которые надо применять по мере необходимости. Не вини себя, но и не оправдывайся. Мелвин Макгиннесс, психиатр клиники Джонса Хопкинса, говорит о "воле, эмоциях и познании" как об

элементах связанных между собой циклов, почти как о биоритмах. Твои эмоции влияют на волю и когнитивные функции, но не уничтожают их.

Разговорная психотерапия происходит от психоанализа, который, в свою очередь, ведет происхождение от ритуального выявления опасных мыслей, впервые формализованного в церковной исповеди. Психоанализ — форма лечения, при которой используются специальные способы выявления психических травм раннего возраста, приведших к неврозу. Обычно он занимает много времени (четыре-пять часов в неделю — стандартная норма) и сосредоточен на выведении на свет содержания подсознательного. Стало модно ругать Фрейда и психодинамические<sup>27</sup> теории, но по сути фрейдовская модель, хотя и не лишена дефектов, — отличная модель. В ней, по словам Лурманн, содержится "ощущение глубины и сложности человека, безотлагательное требование бороться с собственными психологическими издержками и уважение к достоинству человеческой жизни". Пока люди спорят друг с другом о деталях фрейдовской концепции и обвиняют его в предубеждениях своего времени, они не замечают фундаментальной истины его наследия, примера его великого смирения: мы часто не знаем собственных побуждений в жизни и являемся пленниками того, чего не можем понять. Мы можем распознать лишь малую часть своих и еще меньшую часть чужих жизненных порывов. Если даже взять у Фрейда только это — мы можем назвать эту силу хоть "бессознательным", хоть "рассогласованием определенных процессов мозга", — то у нас уже будет некоторая основа для изучения душевной болезни.

Психоанализ хорошо объясняет, но не дает эффективных методов для изменения состояния. Энергия психоаналитического процесса окажется потраченной зря, если цель пациента — немедленная перемена общего настроения. Когда я слышу о психоанализе как о средстве борьбы с депрессией, мне представляется человек, стоящий на песчаной отмели и палящий из пулемета по наступающему приливу. Впрочем, у пси-

*Психодинамическая терапия* — метод, основанный на теории Фрейда, целью которого является понимание бессознательных конфликтов, что должно, в свою очередь, приводить к психологическим и поведенческим изменениям. — *Прим. ред.*

ходинамических методов, выросших из психоанализа, есть своя жизненно важная роль. Неизученную жизнь редко удается привести в норму без тщательного рассмотрения, а урок психоанализа в том, что подобное рассмотрение почти всегда информативно. В наше время наибольшим спросом пользуются те школы психотерапии, где клиент рассказывает врачу о своих чувствах и переживаниях в настоящее время. Рассказывать о депрессии — многие годы считалось лучшим средством борьбы с ней. Это и сейчас одно из самых действенных средств. "Делай заметки, — писала Вирджиния Вулф в "Годах", — и боль пройдет". Этот процесс лежит в основе большинства методов психотерапии. Роль врача — внимательно слушать, как клиент приходит в соприкосновение со своими истинными побуждениями, чтобы понять, почему он поступает так, как поступает. Большая часть психодинамических методов базируется на принципе: назвать нечто — средство этим овладеть, а знание источника проблемы полезно для ее решения. Однако такие школы не останавливаются на знании — они учат способам запрячь знание в терапевтических целях. Врач может сделать некоторые высказывания не оценочного характера, которые дадут клиенту достаточное понимание, чтобы изменить свое поведение и улучшить свою жизнь. Депрессию часто вызывает изолированность. Хороший психотерапевт может помочь депрессивному человеку войти в контакт с окружающими его людьми и выстроить структуры поддержки, которые умерят силу депрессии.

Встречаются, впрочем, такие ортодоксы, для которых подобные эмоциональные откровения лишены смысла. "Кому какое дело до мотивов и источников? — спрашивает Доналд Клайн, ведущий психофармаколог Колумбийского университета. Никто до сих пор не сверг Фрейда, потому что ни у кого нет теории, хоть немного лучшей, чем теория интернализованного конфликта. Главное, что теперь мы умеем это лечить; а философствование на тему, откуда что берется, пока что не принесло ни малейшей терапевтической пользы".

Это верно, лекарства дарят свободу, но нам должно быть дело и до источников недуга. Стивен Хайман, директор NIMH, говорит: "При сердечно-сосудистых заболеваниях мы не просто выписываем рецепт на лекарства. Мы также советуем лю-

дям снизить уровень холестерина, даем им комплекс упражнений, предлагаем диету и, скажем, контроль за стрессом. Комбинированный процесс не уникален в лечении душевных болезней. Спор о методах медикаментозного лечения или лечения психотерапевтического нелеп. Оба эти вопроса относятся к эмпирическим. Мое личное философское предубеждение таково, что они должны работать вместе, поскольку лекарства сделают людей более доступными психотерапии, помогут запустить спиралевидное движение вверх". Эллен Франк провела ряд исследований, показавших, что психотерапия далеко не так эффективна, как лекарства, для вывода людей из депрессии, но имеет предохранительный эффект против рецидивов. Хотя интерпретировать данные в этой области трудно, в целом они заставляют полагать, что комбинация лекарств и психотерапии работает лучше, чем каждый из этих методов по отдельности. "Эта стратегия лечения для предотвращения следующего приступа депрессии, — говорит она. — Мне не ясно, какое место в будущем здравоохранении будет отведено комплексным подходам к лечению, и это пугает". Мартин Келлер, сотрудник психологического факультета университета Брауна, работающий в составе межуниверситетской исследовательской группы, в одном из недавних обследований депрессивных больных установил: менее половины из них испытали значительные улучшения только благодаря лекарствам, менее половины получили значительное улучшение благодаря когнитивно-бихевиоральной психотерапии, более 80% испытали значительное улучшение в результате применения обоих методов. Доводы в пользу комбинированной терапии практически невозможно оспорить.

Роберт Клитцман, сотрудник Колумбийского университета, в отчаянии восклицает: "Прозак не должен *устранять* прозрения; он должен *делать их возможными*". А Лурманн пишет: "Врачей учили видеть и понимать причудливую форму страдания, а все, что им позволено делать, это сунуть его пленникам биомедицинский леденец и затем повернуться к ним спиной".

Если ваше нисхождение в депрессию было запущено в ход неким реальным жизненным опытом, вам, как человеку, хочется его понять, даже если вы больше его не переживаете; снятие

или ограничение переживания, достигнутое с помощью химических препаратов, не равносильно исцелению. И сама проблема, и ваше отношение к ней требуют неотложного внимания. Вероятно, в нашу пролекарственную эпоху будет вылечено больше людей, чем раньше общий уровень здоровья в обществе повысится. Но откладывать психотерапию в долгий ящик опасно. Именно она позволяет человеку понять смысл того нового Я, которое он обрел, принимая лекарства, и согласиться с утратой того Я, которое потеряно во время болезни. После тяжелого приступа необходимо заново родиться и научиться методам поведения, которые защитят от рецидива. Придется строить свою жизнь не так, как раньше, до приступа. "При любых обстоятельствах трудно регулировать свою жизнь, сон, питание, физическую нагрузку, — говорит Норман Розенталь из НИМН. — Вообразите, как тяжело это, когда вы в депрессии! Вам нужен психотерапевт, который, как тренер, будет держать вас в форме. Депрессия — это болезнь, а не жизненный выбор, и, чтобы пройти через нее, нужна помощь". "Лекарства лечат депрессию, — сказал мой психотерапевт, — а я лечу депрессивных людей". Что вас успокаивает? Что усиливает симптомы? С точки зрения химии между депрессией, вызванной смертью члена семьи, и депрессией, случившейся из-за крушения двухнедельной любовной аферы, нет никакой разницы. И пусть обостренная до крайности реакция в первом случае выглядит более рационально объяснимой, клинические ощущения практически идентичны. Как говорит Сильвия Симпсон, клиницист из Джонса Хопкинса, "если это похоже на депрессию, обходитесь с этим как с депрессией".

Когда у меня начался второй приступ депрессии, я прекратил психоанализ и остался без психотерапевта. Все твердили мне, что надо найти нового. Даже когда ты в хорошей форме и можешь нормально общаться, поиски нового психотерапевта — очень трудное дело, а уж когда ты в тисках тяжелой депрессии, так и вовсе запредельное. Поиски хорошего специалиста — очень важное и сложное дело: я побывал у одиннадцати за шесть недель. Каждому из них я сообщал скорбный перечень своих горестей; в конце это звучало как монолог из чьей-то пьесы. Некоторые из потенциальных кандидатов выглядели мудрыми, другие — чудаковатыми. Одна женщина застелила всю

мебель в кабинете полиэтиленовой пленкой для защиты от своих собак, к тому же постоянно лаявших; она все предлагала мне кусочки неаппетитно выглядевшей фаршированной рыбы, которую сама ела из пластиковой баночки. Я ушел, когда собака намочила мне туфли. Один мужчина дал мне неверный адрес своего кабинета ("Ой, это там был у меня кабинет раньше"), другой заявил, что у меня нет реальных проблем, а надо просто немного взбодриться. Среди них была женщина, сказавшая мне, что не верит в эмоции, и мужчина, который не верил ни во что другое. Среди них был один когнитивный терапевт, один фрейдист, на протяжении всей встречи грызший ногти, один юнгианец и один самоучка. Один без конца перебивал меня, чтобы сообщить, что и у него *точно* так же. Несколько из них просто не могли ничего понять, когда я пытался объяснить, кто я такой. Я привык полагать, что мои социально продвинутые друзья должны иметь хороших психотерапевтов. Выяснилось, однако, что многие люди, у которых нормальные отношения с женами и мужьями, выстраивают безумные отношения с крайне странными докторами во имя, надо полагать, баланса. "Мы стараемся исследовать сравнительные достоинства лекарств и психотерапии, — говорит Стивен Хайман. — А сравнивал ли кто-нибудь талантливых психотерапевтов с некомпетентными? В этой области мы все сплошь Колумбы".

В итоге я сделал свой выбор и до сих пор им очень доволен: я нашел человека, в котором уловил быстрый ум и свет истинной человечности. Я выбрал его, потому что он выглядел умным и надежным. Имея за плечами печальный опыт работы с психоаналитиком, который постоянно прерывал наши занятия и не позволял мне принимать лекарства, когда я отчаянно в них нуждался, я поначалу был настороже, и мне понадобилось три или четыре года, чтобы научиться полностью ему доверять. Он твердо выстаивал во все периоды моего смятения и кризисов. В хорошие времена с ним было интересно; я очень ценю чувство юмора в человеке, с которым провожу так много времени. Он прекрасно сработался с моим психофармакотерапевтом. В итоге он убедил меня, что знает свое дело и желает мне помочь, — это стоит того, чтобы сначала перепробовать десять других вариантов. Не ходите к психотерапевту, который вам несимпатичен. Несимпатичные вам люди, сколь квалифици-

рованы они бы ни были, помочь вам не смогут. Думая, что вы умнее своего врача, вы можете быть правы: диплом психиатра или психолога не гарантирует гениальности. Выбирайте психотерапевта с предельной тщательностью. Можно с ума сойти, когда подумаешь, как люди, готовые проехать лишние двадцать минут, чтобы воспользоваться *вот этой* химчисткой, и устраивающие скандал менеджеру супермаркета за то, что нет *вот этой* марки консервированных томатов, выбирают психотерапевта, как если бы это был какой-нибудь безымянный обслуживающий персонал. Помните — вы как минимум отдаете в руки этого человека свой разум. Помните также, что вы должны рассказать психотерапевту о том, чего показать ему не можете. "Очень трудно, — писала мне Лора Андерсон, — доверять кому-либо, если проблема настолько туманна, что невозможно увидеть, понимает ли он; и ему в этом случае тоже труднее доверять вам". Я невероятно легко поддаюсь контролю психотерапевта, даже когда чувствую полуночную тоску. Я сижу прямо и не плачу. Я ироничен к себе и использую висельный юмор в своеобразных попытках произвести приятное впечатление на лечащих меня — людей, которым это приятное впечатление ни к чему. Иногда я задумываюсь, верят ли мне психиатры, когда я описываю свои ощущения, потому что слышу нотки отрешенности в собственном голосе. Воображаю, как они должны ненавидеть эту толстую социальную кожу, через которую пробивается так мало моих истинных ощущений. Мне часто хочется дать полную волю эмоциям в кабинете психиатра. Мне никогда не удастся определить для себя место, где происходит психотерапия, как мое частное пространство. То, например, как я разговариваю со своим братом, ускользает от меня в разговорах с психотерапевтом. Дело, должно быть, в ощущении большого риска. И лишь иногда, в драгоценные моменты пробивается отблеск моей внутренней реальности, и то не в моем описании, а из сути дела.

Один из способов вынести суждение о психиатре — понаблюдать, насколько хорошо он судит о вас. Искусство первоначального отбора — это искусство задавать верные вопросы. Я не присутствовал на конфиденциальных психиатрических беседах с глазу на глаз, но часто наблюдал за поступлением людей в больницу, и меня всегда поражает многообразие

подходов к депрессивным пациентам. Большинство виденных мною хороших психиатров начинают с того, что дают пациенту высказаться, а потом сразу переходят к четко структурированной беседе в поисках конкретной информации. Умение хорошо проводить такое собеседование — одно из важнейших профессиональных качеств клинициста. Сильвия Симпсон, клиницист из Джонса Хопкинса, за первые десять минут собеседования установила, что новая пациентка, только что после попытки самоубийства, страдает биполярным расстройством. А ее психиатр, пользовавшийся ее на протяжении пяти лет, не установил этого базового факта и прописал антидепрессанты без стабилизаторов настроения — режим лечения, давно известный своей непригодностью для биполярных пациентов, потому что часто вызывает у них смешанно-возбужденное состояние. Когда я позже расспросил Симпсон об этом, она сказала: "Мне понадобились годы упорной работы, чтобы научиться задавать на собеседованиях такие вопросы".

Потом я присутствовал при собеседованиях с бездомными, которые проводил Генри Маккертисс, главный психиатр Гарлемской больницы. Не менее десяти минут каждого двадцатиминутного собеседования он тратил на невероятно дотошное выяснение истории того, когда и где проживал каждый из пациентов. Когда я наконец спросил его, почему он так неутомимо исследует этот вопрос, он ответил: "Те, кто долго жил в одном месте, становятся бомжами в силу обстоятельств, но способны жить нормальной упорядоченной жизнью; им требуется прежде всего социальное вмешательство. Если же человек постоянно переезжает с места на место, или снова и снова становится бездомным, или не помнит, где жил, то здесь мы, скорее всего, имеем дело с серьезным недугом, и такие случаи требуют прежде всего психиатрического вмешательства".

Мне хорошо — моя страховка покрывает еженедельные посещения психиатра и ежемесячные визиты к психофармакотерапевту. Большинство здравоохранительных организаций с радостью предоставляют медикаменты, которые, говоря относительно, дешевы. Они не очень приветствуют психотерапию и госпитализацию. Лучшее всего показали себя в лечении депрессии два рода психотерапии — когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная) терапия (cognitive-behavioural

therapy, СВТ) и личностно ориентированная психотерапия (interpersonal therapy, IPT). СВТ — это одна из форм психодинамической терапии, базирующаяся на эмоциональных и ментальных реакциях на внешние события из настоящего времени и из детства, сосредоточенная на целях. Система была разработана Аароном Беком из Пенсильванского университета и ныне используется везде в Соединенных Штатах и на большей части территории Западной Европы. Бек утверждает, что мысли человека о самом себе часто бывают деструктивны, а заставляя ум мыслить определенным образом, можно фактически изменить реальность; это программа, которую один из ее разработчиков назвал "благоприобретенным оптимизмом" (learned optimism). Он считает, что депрессия — результат ложной логики, и поэтому, корректируя негативное мышление, можно улучшать душевное здоровье. СВТ учит объективности.

Психотерапевт начинает с того, что помогает пациенту составить список "данных из истории жизни", последовательность трудностей, приведших к нынешнему состоянию. Затем он систематизирует реакцию на эти трудности и пытается выявить характерные закономерности неадекватного реагирования. Пациент узнает, почему считает те или иные события угнетающими и приводящими к депрессии и старается освободиться от подобных реакций. За этой макроскопической частью СВТ следует микроскопическая, когда пациент учится нейтрализовывать свои "автоматические мысли". Чувства не являются прямыми реакциями на внешний мир: то, что происходит в мире, воздействует на познавательные (когнитивные) способности, а те, в свою очередь, на чувства. Если пациент сумеет изменить особенности восприятия, то сможет изменить и сопутствующее состояние духа. Пациентка может, например, научиться рассматривать излишнюю занятость мужа как его оправданную реакцию на требования по работе, а не как невнимание к ней. Далее она может оказаться способной увидеть, как ее собственные автоматические мысли (например, о том, что она — недостойное любви ничтожество) переходят в отрицательные эмоции (самобичевание), и определить, как эти отрицательные эмоции ведут к депрессии. Как только этот круг прорывается, пациентка может начать достигать некоторого самоконтроля. Она учится различать то, что

происходит в реальности, от собственных идей о происходящем.

СВТ работает по конкретным правилам. Психотерапевт задает пациенту много домашних заданий: необходимо составить списки положительных и отрицательных переживаний, иногда их сводят в таблицы. Психотерапевт устанавливает повестку дня каждого сеанса, ведет сессию структурированно и заканчивает подведением итогов, формулируя результаты сегодняшней беседы. Обстоятельства и советы нарочито изымаются из бесед психотерапевта. Особо выделяются принесшие пациенту удовольствие моменты сегодняшнего дня, и его наставляют в искусстве вносить в свою жизнь эмоциональное наслаждение. Пациент должен зорко следить за своим процессом восприятия, чтобы вовремя остановиться, когда тот начнет сворачивать в сторону негативных образов, и переключить его в менее опасную систему образов. Вся эта деятельность сведена в систему упражнений. СВТ учит самоосознанию.

Я не занимался СВТ, но усвоил некоторые ее уроки. Если вы чувствуете, что в разговоре на вас нападает смех, можно от него удержаться, направив ум на какой-нибудь грустный предмет. Если вы оказываетесь в ситуации, где от вас ожидают сексуальных чувств, которых у вас на самом деле нет, можно направить ум в мир фантазий, весьма удаленный от переживаемой вами реальности, и тогда ваши действия и действия вашего тела могут происходить в некоей искусственной реальности, а не в вашей нынешней. Это стратегия, лежащая в основе когнитивной терапии. Поймав себя на мыслях, что вас никто никогда не полюбит или что ваша жизнь бессмысленна, следует переориентировать свой ум и вызвать у себя воспоминания, хоть самые беглые, о лучших временах. Борьба с собственным сознанием трудно: в этой борьбе нет иного орудия, кроме как само сознание. Просто вызывайте у себя сладкие мысли, милые, приятные мысли, и они сгладят вашу боль. Думайте о том, о чем думать не хочется. Пусть это надувательство и самообман, но это работает. Изгоните из памяти людей, которые ассоциируются с вашей утратой, — закройте им доступ в ваше сознание. Покидающая вас мать, грубый любовник, ненавистный начальник, неверный друг — на замок от них. Это помогает. Я знаю, какие мысли и заботы могут меня убить, и очень

осторожен с ними. Например, я думаю о тех, кого любил когда-то, и болезненно ощущаю их физическое отсутствие; я знаю, что должен уйти от этих мыслей и забот, и стараюсь не вызывать у себя слишком много воспоминаний о том счастье, какое когда-то было с нами, а теперь давно уже прошло. Уж лучше принять снотворное, чем позволить мыслям свободно витать вокруг болезненных тем, пока я лежу в постели и пытаюсь уснуть. Как шизофреник, которому велят не слушать голоса, я гоню прочь эти образы.

Однажды я познакомился с женщиной, пережившей холокост; она провела более года в Дахау, и у нее на глазах погибла в лагере вся ее семья. Я спросил, как она справилась, и она сказала, что с самого начала поняла, что если позволит себе думать о том, что там происходит, то сойдет с ума и умрет. "Я решила, — рассказала она мне, — что буду думать только о своих волосах, и все время, что я провела в этом месте, только об этом и думала. Я думала о том, что когда-нибудь смогу их вымыть. Я думала, что надо попробовать расчесать их пальцами. Я думала о том, как вести себя с охранниками, чтобы те не побрили мне голову. Я часами сражалась со вшами, кишевшими повсюду. Это давало моему уму точку сосредоточения, над которой у меня мог быть хоть какой-то контроль, и это заполняло мои мысли, так что я могла отгородиться от реальности происшедшего со мной, и так прошла через все". Вот так принцип СВТ можно довести до крайности в экстремальных обстоятельствах. Если вы сумеете направить мысли на определенные образы, это может вас спасти.

Когда я впервые встретился с Жанет Бенсхуф, она внушила мне чувство благоговения. Блестящий юрист, она была ведущей фигурой в борьбе за право на аборт. Это очень впечатляющая личность по любым меркам: начитанная, с прекрасной речью, привлекательная внешне, остроумная, без претензий. Она задает вопросы с видом человека, умеющего безошибочно определять правду. Предельно сдержанная, она рассказывала о депрессии, повергшей ее в прах. "Мои достижения — словно китовый ус в корсете, который позволяет мне стоять прямо, без них я лежала бы кучкой на полу, — говорит она. — Иногда я не знаю, кого или что именно они поддерживают, но я уверена — это моя единственная защита". Она прошла большой курс по-

веденческой терапии со специалистом, занявшись ее фобиями. "Ну, скажем, страх полетов, один из самых сильных, — объясняет она. — Представьте себе, этот психотерапевт летал со мной на самолетах и наблюдал. Я была уверена, что наткнусь на кого-нибудь, кого не видела со школы; рядом — толстяк, у которого рубашка расползается по швам, и мне придется сказать: "Это мой психотерапевт, мы тренируемся летать на самолетах". Но, должна признать, это сработало. Мы прошли через все, о чем я думала, минута за минутой, и все изменили. Теперь у меня больше не случается приступов паники в самолете".

Когнитивно-поведенческая терапия сегодня широко используется и, похоже, демонстрирует значительные результаты при депрессии. В высшей степени эффективной выглядит и лично ориентированная психотерапия, режим лечения, разработанный Джералдом Клерманом из Университета Корнелля и его женой Мирной Вайссман из Колумбийского. IPT концентрируется на непосредственной реальности повседневной жизни. Вместо того чтобы разрабатывать всеохватывающую схему, объясняющую всю личную историю, она производит текущий "ремонт". В ней речь идет не о переделке пациента в более глубокую личность, а о том, чтобы научить его извлекать лучшее из того, что он имеет. Это краткосрочное лечение с четко обозначенными рамками и ограничениями. Оно исходит из того, что у многих депрессивных людей существуют в жизни факторы стресса, являющиеся либо пусковым механизмом, либо следствием депрессии, и их можно "вычистить" с помощью хорошо продуманного общения с другими. Лечение проходит в две стадии. На первой пациента учат понимать свою депрессию как внешне обусловленный недуг и сообщают о степени расстройства. Разбираются и называются все его симптомы. Пациент принимает на себя роль больного и определяет, что означает для него процесс улучшения. Он составляет перечень всех своих связей и знакомств, а затем вместе с психотерапевтом определяет, что ему дает каждое из них и чего он от них хочет. Психотерапевт работает с пациентом, вырабатывая наилучшие способы получения того, что ему необходимо в жизни. Проблемы разделяют на четыре категории: то, что доставляет страдание; несоответствие ролей в отношениях с родными и близкими друзьями (например, между тем, что да-

ешь и что получаешь взамен); вызывающие стресс перемены в личной или профессиональной жизни (например, развод или потеря работы); изоляция. Затем психотерапевт и пациент устанавливают несколько реальных целей и решают, сколько времени будут работать для их достижения. IPT выкладывает перед вами вашу жизнь в честных, ясных выражениях.

В депрессии важно не подавлять до конца своих чувств. Столь же важно избегать жарких споров и выражения возмущения. Следует держаться подальше от негативного эмоционального поведения. Люди, конечно, прощают, но лучше не доводить дело до такого состояния, когда требуется прощение. В депрессии человеку нужна любовь окружающих, однако, депрессия способствует поступкам, убивающим эту любовь. Депрессивные люди часто втыкают булавки в собственные спасательные круги. Человек не беспомощен: он обладает сознанием. Довольно скоро после выхода из третьей депрессии я ужинал с отцом, и он сказал что-то меня расстроившее; вдруг я услышал, каким пронзительным становится мой голос и какими резкими слова, и страшно встревожился. Я заметил тень отвращения на лице отца. Тогда я глубоко вздохнул и после напряженной паузы сказал:

— Прости. Я обещал, что не буду на тебя кричать и спекулировать своими состояниями, — и не сдержался. Прости.

Это звучит сентиментально, но способность включать сознание действительно все меняет. Один остроумный друг сказал мне: "За двести долларов в час я ожидал бы, что мой психиатр изменит мою семью, а меня оставит в покое". К сожалению, так не бывает.

Хотя и СВТ и IPT имеют много конкретных достоинств, любое лечение хорошо лишь в той мере, в какой хорош врач. Ваш психотерапевт значит больше, чем выбранная вами терапевтическая система. Человек, с которым ты глубоко связан, может, вероятно, серьезно помочь, просто болтая с тобой в неформальной обстановке; человек же, с которым ты никак не связан, не поможет, какими бы изощренными ни были его методы и как ни многочисленны его дипломы. Самое главное здесь — ум и пронизательность; форма, в которой он сообщает свое глубинное видение, и способ, каким его добывает, — вторичны. В одном исследовании 1979 года было показано, что

эффективной может быть любая форма терапии, удовлетворяющая определенным критериям: если психотерапевт работает добросовестно; если клиент верит, что психотерапевт понимает методику лечения; если клиент симпатизирует психотерапевту и уважает его; если психотерапевт способен выстраивать отношения взаимопонимания. Экспериментаторы выбрали профессоров английского языка, обладающих этими качествами и этим уровнем понимания людей, и выяснили: они были в состоянии помочь пациентам не хуже профессиональных психотерапевтов.

"Разум не может существовать без мозга, но разум может влиять на мозг. Это и практическая, и метафизическая проблема, биологии которой мы не понимаем", — утверждает Эллиот Валенстайн, почетный профессор психологии и неврологии Мичиганского университета. Эмпирическое может быть использовано для воздействия на физическое. Как говорит Джеймс Бэлленгер из Медицинского университета Южной Каролины, "психиатрия изменяет биологию. Поведенческая психотерапия изменяет биологию мозга — может быть, так же, как лекарства". Некоторые методы когнитивной терапии, эффективные при состояниях беспокойства, снижают уровень обмена веществ в мозге, и так же — в зеркальном отображении — фармацевтические методы лечения снижают уровень беспокойства. Таков принцип действия антидепрессантов: изменяя содержание определенных веществ в мозге, они изменяют самочувствие и поведение пациента.

Большая часть происходящего в мозге во время депрессивного эпизода по-прежнему неподвластна манипуляциям извне. Исследования по медикаментозному лечению депрессии сосредоточены на одном — воздействии на нейромедиаторы, главным образом потому, что мы умеем на них воздействовать. Поскольку ученые знают, что снижение уровня содержания известных нейромедиаторов может вызвать депрессию, они работают, предполагая, что повышение уровня этих же нейромедиаторов может снять депрессию — и действительно, химические вещества, повышающие содержание нейромедиаторов, часто служат эффективными антидепрессантами. Утешительно было бы думать, что нам известны взаимоотношения между нейромедиаторами и душевным состоянием, но они нам не

известны. Похоже, что механизм здесь не прямой. Люди с множеством нейромедиаторов, "снующих" у них в голове, не счастливее людей с меньшим числом нейромедиаторов. У депрессивных людей, как правило, вообще не пониженный уровень нейромедиаторов. Добавление серотонина в мозг не приносит немедленной пользы; если заставить людей потреблять больше триптофана (аминокислоты, имеющейся в ряде пищевых продуктов, включая индейку, бананы и финики), который повышает содержание серотонина, это тоже сразу не помогает, хотя есть данные, что уменьшение потребления триптофана с пищей может усугубить депрессию. Популярная ныне сосредоточенность на серотонине в лучшем случае наивна. Как говорит — довольно сухо — Стивен Хайман, директор Национального института психического здоровья: "В этой серотониновой "каше" слишком мало современной неврологии. Мы решили пока не устраивать у себя Дня признания серотонина". В обычных условиях серотонин производят нейроны, а потом снова абсорбируют, чтобы вновь производить. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (SSRI) блокируют процесс абсорбции, тем самым повышая содержание свободного серотонина в мозге. Серотонин — широко распространенное в природе вещество: он обнаруживается в растениях, в низших животных и в человеке. Функции его представляются многообразными, изменяющимися от вида к виду. У человека этот механизм — один из контролирующих сужение и расширение кровеносных сосудов. Он участвует в процессе свертывания крови. Он задействован в воспалительных реакциях. Он воздействует на пищеварение. Он непосредственно занят в регулировании сна, депрессии, агрессивности и склонности к самоубийству.

Антидепрессантам, чтобы вызвать осязаемые изменения, требуется много времени. Пока депрессивный пациент испытывает реальный результат изменения в уровне содержания нейромедиаторов, проходит от двух до шести недель. Это свидетельствует о том, что улучшение связано с теми отделами мозга, которые реагируют на изменение уровня нейромедиаторов. В ходу сегодня много теорий, и ни одна из них не исчерпывающая. Самой модной до недавнего времени была теория рецепторов. В мозге существует ряд рецепторов для каждого нейро-

медиатора. Когда уровень данного нейромедиатора повышается, мозгу требуется меньше рецепторов, потому что нейромедиатора хватает с лихвой на все существующие рецепторы. Когда уровень данного нейромедиатора понижается, мозгу требуется больше рецепторов, чтобы впитать каждую каплю доступного нейромедиатора. Итак, увеличение уровня содержания нейромедиаторов приведет к снижению количества рецепторов и позволит клеткам, которые действовали в качестве таковых, перекавалифицироваться на выполнение других функций. Однако недавние исследования выявили, что перекалфикация рецепторов не занимает много времени, реально они могут изменяться в пределах получаса после изменения уровня нейромедиаторов. Таким образом, теория рецепторов не объясняет временных задержек в действии антидепрессантов. Тем не менее многие исследователи придерживаются мнения, что за запоздалую реакцию на антидепрессанты ответственны постепенные изменения в структуре мозга. По-видимому, производимый лекарствами эффект — опосредованный. Человеческий мозг изумительно пластичен. Клетки могут перекавалифицироваться и изменяться после травмы, они могут "учиться" абсолютно новым функциям. Когда повышается уровень серотонина, количество серотониновых рецепторов уменьшается, в других отделах мозга происходят другие события, и происходящее ниже по течению, должно быть, корректирует дисбаланс, который поначалу и вызвал у вас плохое самочувствие. Механизмы эти, однако же, решительно никому не известны. "Есть непосредственное действие лекарства, ведущее к некоему черному ящику, про который мы ничего не знаем, — говорит Аллан Фрейзер, декан факультета психофармакологии Техасского университета в Сан-Антонио. — Одинаковые результаты получаются от повышения содержания и серотонина, и норэпинефрина. Ведут ли они в два разных функциональных черных ящика? Или в один и тот же черный ящик? Или первое ведет к черному ящику, а второе — в иное место?"

"Это как засунуть песчинку в устрицу, чтобы она превратилась в жемчужину, — говорит Стивен Хайман о медикаментозных антидепрессантах. — *Адаптация* к измененным медиаторам наступает медленно, давая терапевтический результат на протяжении недель". Эллиот Валенштайн добавляет: "Антидеп-

рессанты конкретны в фармакологическом смысле, но не в поведенческом. Химия любых препаратов до предела конкретна, но что творится в мозге — Бог знает". Уильям Поттер, возглавлявший психофармакологический отдел NIMH в 70-х и 80-х годах, а теперь ушедший в фармацевтическую фирму Eli Lilly, чтобы работать над созданием новых лекарств, объясняет это так: "Существует несколько механизмов, производящих антидепрессивный эффект; лекарства с резко отличающимися спектрами биохимической активности фактически дают очень похожие результаты. Они сходятся в том, чего вовсе не ожидаешь. Можно получить очень близкие антидепрессивные эффекты через серотониновую и норэпинефриновую системы, а у некоторых больных и через дофамин. Это похоже на погоду. Где-то происходит некоторое событие, отчего изменяется скорость ветра или влажность, и погода становится совершенно другой, но какое изменение на что именно влияет, не могут сказать с уверенностью даже лучшие метеорологи". Существенно ли, что большинство антидепрессантов подавляют стадию сна с быстрым движением глаз или это побочный эффект, не имеющий отношения к делу? Важно ли, что антидепрессанты обычно понижают температуру мозга, которая в депрессии имеет тенденцию повышаться по ночам? Ясно только, что все нейромедиаторы взаимодействуют и каждый влияет на другие.

Результаты экспериментов над животными несовершенны, но их изучение может дать много полезной информации. Обезьяны, разлученные с матерями в младенчестве, вырастают психотиками: их мозг становится физиологически другим, он вырабатывает гораздо меньше серотонина, чем у обезьян, росших со своими матерями. Повторяющиеся периоды разлучения с матерями вызывают у целого ряда животных повышение уровня гидрокортизона. Прозак поворачивает эти процессы вспять. Если поместить доминантного самца из одной колонии сумчатых в другую группу, где он не доминирует, он отреагирует потерей веса, сниженной половой активностью, расстройством сна и всеми прочими симптомами тяжелой депрессии. Если повысить ему уровень серотонина, у него вполне может наступить ремиссия этих симптомов. Животные с низким уровнем содержания серотонина склонны задирает других животных, они подвергают себя ненужному и необъяснимому

рису, проявляют беспричинную враждебность. Примеры воздействия, оказываемого на животных внешними факторами и уровнем серотонина, в высшей степени информативны. Самец обезьяны, возвышающийся в иерархической структуре своей группы, демонстрирует повышение уровня серотонина по мере повышения ранга, а высокий уровень серотонина связывают с пониженной агрессивностью и суицидальностью. Если такого самца изолировать, лишив статуса в группе, его серотонин понизится даже и на 50%. Принимая селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (SSRI), он станет менее агрессивен и менее склонен к губительным для себя действиям.

В настоящее время существует четыре класса антидепрессантов. Наиболее популярны SSRI, повышающие содержание серотонина в мозге. Прозак, лувокс (Luvox), паксил, золофт и целекса — это все SSRI. Есть два более старых типа антидепрессантов. Трициклические антидепрессанты (или попросту трициклики), названные так по своей химической структуре, воздействуют на серотонин и дофамин. К ним относятся элавил (Elavil), анафранил (Anafranil), норпрамин (Norpramin), тофранил (Tofranil) и памелор (Pamelor). Ингибиторы моноаминоксидазы (MAOI) сдерживают распад серотонина, дофамина и норэпинефрина. К ним относятся нардил (Nardil) и парнат (Parnate). Четвертая категория, атипичные антидепрессанты, включает препараты, работающие в нескольких нейромедиаторных системах одновременно: асендин, веллбутрин, серзон (Serzone) и эффексор.

Выбор конкретных лекарств обычно основывается, по крайней мере поначалу, на побочных эффектах. Есть надежда, что когда-нибудь мы найдем способ тестировать реакции пациентов на те или иные лекарства, но пока мы этого не умеем. "За редким исключением, научная база для выбора конкретного антидепрессанта для конкретного пациента небогата, — говорит Ричард А. Фридман из клиники имени Пейна-Уитни Университета Корнелля. — Былая реакция на данное лекарство хорошо предсказывает будущую реакцию на то же лекарство. А если у вас особый подтип депрессии — атипичная депрессия, при которой вы слишком много едите или спите, — вам больше помогут MAOI, чем трициклики, хотя большинство клини-

цистов все равно применяют в этом случае более современные препараты. Вот и все возможности — выбрать препарат с наименьшим набором побочных эффектов. Бывает, решаешь дать активизирующий препарат типа веллбутрина человеку, слишком замкнутому в себе, или седативный тому, кто сильно возбужден, но и все, а дальше — метод проб и ошибок для каждого пациента. Аннотации сообщат тебе, что один препарат чаще дает некоторые побочные эффекты, чем другой, но моя клиническая практика показывает, что в рамках каждого класса общий уровень побочных эффектов от одного препарата к другому меняется мало. А вот разница в реакции отдельных людей может быть очень выраженной". Нынешняя огромная популярность препаратов класса SSRI — "прозаковая революция" — объясняется не более высокой их действенностью, а меньшим набором побочных эффектов и безопасностью. Принимая их, практически невозможно покончить с собой, а это важное соображение при лечении депрессивных больных, которые при выздоровлении могут склоняться к самоуничтожению. "Прозак — очень щадящее лекарство", — говорит один ученый из Eli Lilly. Ограниченные побочные эффекты означают не только большую готовность людей принимать лекарства, но и более точное соблюдение режима. Принцип тот же, что и для зубной пасты: если она хороша на вкус, может быть, ты будешь чистить зубы дольше.

У некоторых людей, принимающих SSRI, расстраивается желудок, есть отдельные сообщения о головной боли, чувстве одурманивания, бессоннице и сонливости. Главный же их побочный эффект — подавление сексуальности. "Когда я принимал прозак, — сказал мне мой депрессивный приятель Брайен Д'Амато, — сама Дженнифер Лопес могла бы явиться у моей постели в саронге, и я попросил бы ее помочь мне сортировать бумаги". Трициклики и MAOI тоже имеют отрицательные побочные эффекты в сексуальной сфере. Поскольку эти препараты, доминировавшие на рынке до конца 80-х годов, чаще применяют при тяжелых депрессиях, на фоне которых побочные сексуальные эффекты выглядят незначительным неудобством, подавление ими эротических ощущений не вызвало такого интенсивного и широкого обсуждения, как в случае с SSRI. Исследования, проводимые в момент появления про-

зака, выявили ограниченное число пациентов, сообщавших о негативных сексуальных эффектах. В последующих исследованиях, когда пациентов конкретно спрашивали о сексуальных проблемах, подавляющее большинство их подтверждало. Анита Клейтон из Виргинского университета делит сексуальное событие на четыре стадии: желание, возбуждение, оргазм и расслабление. Антидепрессанты воздействуют на все четыре. Желание ослабляется пониженным либидо. Возбуждение страдает из-за сниженного полового влечения, притуплённых генитальных ощущений, импотенции или недостатка влагалищной смазки. Оргазм задерживается; некоторые совершенно теряют способность к нему. Путает картину то обстоятельство, что эти эффекты бывают нерегулярными: сегодня все проходит прекрасно, а завтра ты — импотент, и предсказать, что будет завтра, невозможно, пока ты не действуешь. Если нет ни желания, ни возбуждения, ни оргазма — фаза расслабления, естественно, лишается смысла.

От побочных сексуальных эффектов на фоне тяжелой депрессии часто отмахиваются как от незначительных, и по этим меркам они действительно незначительны. Тем не менее они неприемлемы. Один пациент, с которым я беседовал, рассказал, что не может достичь оргазма при половом акте, и описал сложный процесс отказа от лекарств на достаточно долгий период, чтобы сделать беременной свою жену. "Если бы я не знал об ужасных последствиях отказа от лекарств, — сказал он, — я бы их не применял вовсе. Где ты, мое сексуальное Я — как хорошо получить его обратно на несколько дней! Интересно, смогу ли я когда-нибудь снова испытать оргазм с женой?"

Когда начинаешь выходить из депрессии, твоя голова занята слишком многими идеями, и сексуальная неполноценность не особенно заботит, но позже... преодоление невыносимой боли ценой отказа от эротического наслаждения? Нет, по мне это сделка никудышная. Кроме того, это еще и повод не следовать режиму, что, пожалуй, самая большая проблема при лечении депрессии. Менее 25% принимающих антидепрессанты выдерживают шесть месяцев, и многие бросают их из-за побочных эффектов, связанных с сексом и сном.

Как только возникают сексуальные побочные эффекты, начинается беспокойство по поводу сексуальности, и тогда

из Гарварда и Джулией Уорнок из Оклахомского университета, показывают, что виагра, хотя официально и не одобрена для женщин, оказывает положительное воздействие и на их сексуальность и может способствовать оргазму. Отчасти это происходит оттого, что, благодаря притоку крови, она увеличивает клитор. Для женщин с сексуальными дисфункциями хороша также гормональная терапия. Повышение уровня эстрогена помогает повысить настроение, а внезапное падение его уровня бывает губительным. Падение уровня эстрогена на 80%, которое случается у женщин во время менопаузы, оказывает ярко выраженное воздействие на душевное состояние. У женщин с низким уровнем эстрогена развиваются самые разные недомогания, и Уорнок подчеркивает, что, прежде чем виагра сможет оказывать полезный эффект, необходимо нормализовать уровень эстрогена. Уровень тестостерона у женщин слишком повышать не следует, чтобы не вызвать чрезмерного оволосения и агрессивности, но этот гормон необходим для женского либидо, и его тоже надо поддерживать на должном уровне.

Трициклические антидепрессанты включаются в работу нескольких нейромедиаторных систем, в том числе в ацетилхолиновую, серотониновую, норэпинефриновую и дофаминовую. Трициклики особенно полезны при тяжелых депрессиях, в частности, с галлюцинациями. Подавление ацетилхолина имеет ряд неприятных побочных эффектов, например сухость во рту и глазах, запор. Трициклики могут также оказывать небольшое седативное воздействие. Использование трициклических препаратами с биполярным расстройством может ввергать их в маниакальное состояние, так что прописывать их следует с особой осторожностью. SSRI и бупропион тоже могут включить манию, но с меньшей вероятностью.

MAOI особенно показаны, когда депрессия сопровождается острыми физическими симптомами — болью, энергетическим спадом, нарушением сна. Эти препараты блокируют фермент, расщепляющий адреналин и серотонин, повышая тем самым уровень этих веществ в организме. MAOI — отличные препараты, но имеют много побочных эффектов. Принимающие их пациенты должны избегать целого ряда продуктов питания, вызывающих вредные реакции. Они могут также влиять на некоторые функции организма. Один давший мне интервью

пациент получил в результате применения MAOI полную задержку мочи: "Чтобы помочиться, мне каждый раз приходится чуть ли не бежать в больницу, а это не очень удобно".

Атипичные антидепрессанты именно таковы: они нетипичны. У каждого есть свой непонятный механизм действия. Эффексор воздействует и на серотонин, и на норэпинефрин. Веллбутрин влияет на дофамин и норэпинефрин. Асендин и серзон работают во всех этих системах. Сейчас модно пробовать так называемые "чистые" препараты — такие, которые оказывают узконаправленное воздействие. "Чистые" препараты не обязательно более эффективны, чем "грязные", их конкретность может в какой-то мере быть связана с контролем над побочными эффектами; вообще, впечатление такое, что чем больше изучаешь мозг, тем выше вероятность эффективного лечения депрессии. "Чистые" препараты разрабатываются фармацевтическими компаниями, которые превозносят изощренные химические изыски, однако в терапевтическом смысле такие препараты ничем выдающимся не отличаются.

Результаты применения антидепрессантов непредсказуемы, и их не всегда удается сохранить. Тем не менее Ричард Фридман говорит: "Я не верю, что полная неудача случается настолько часто, как об этом рассказывают. Как правило, я думаю, следует подрегулировать дозировку или "разбавить" препарат. Психофармакология — сложное искусство. А многие из тех, у кого случается-таки полная неудача, просто теряют эффект плацебо, который обычно недолговечен". Ну что ж, многие пациенты действительно испытывают только временное облегчение от лекарств. Сара Голд, страдающая депрессией всю свою сознательную жизнь, испытала полную ремиссию от веллбутрина — но только на год. Затем подобный эффект принес эффексор, но он тоже пропал примерно за восемнадцать месяцев. "Люди стали замечать это. Я снимала дом на паях с другими людьми, и одна женщина сказала мне, что у меня черная аура и что она не может находиться в доме одновременно со мной, даже когда я в своей комнате за закрытой дверью". Голд стала принимать смесь лития, золофта и ативана; сейчас она на анафраниле, целексе, рисперидале (Risperdal) и ативане; она "менее энергична, не чувствует себя в полной безопасности, но способна справляться". Может быть, никакие из до-

ступных ныне лекарств не смогут дать ей устойчивой ремиссии, как дают некоторым, а человека, вынужденного постоянно находиться на лекарствах, такие метания от одного решения к другому очень деморализуют.

Ряд препаратов, таких как буспар, который действует на определенные нервные структуры, чувствительные к серотонину, используют для долгосрочного контроля над состоянием тревожности. Существуют также быстродействующие препараты, бензодиазепины — в категорию которых входят клонопин, ативан, седуксен и ксанакс. Хальцион и ресторил (Halcion и Restoril), прописываемые от бессонницы, — тоже бензодиазепины. Эти препараты принимают по мере необходимости для немедленного снятия беспокойства. Однако боязнь привыкания привела к серьезному ограничению в использовании бензодиазепинов. Это чудодейственные лекарства для краткосрочного применения, в периоды острого состояния беспокойства они могут сделать жизнь сносной. Я встречал людей, раздираемых психическими муками, которые можно было бы устранить, будь их врачи более терпимы к бензодиазепинам, и я помню, как мой первый психофармакотерапевт сказал мне: "Если привыкнете, мы сумеем вас отучить. А пока давайте облегчим ваши страдания". Большинство людей, принимающих бензодиазепины, вырабатывают привычку и становятся зависимыми: это означает, что они не смогут остановиться резко и сразу, но им не придется и увеличивать дозу, чтобы сохранять терапевтический эффект. "С этими препаратами, — говорит Фридман, — наркотическая зависимость является проблемой главным образом для тех, у кого уже есть история злоупотреблений. Риск привыкания к бензодиазепинам сильно преувеличен".

В моем случае ксанакс заставил мой ужас исчезнуть, как фокусник зайца. В то время как антидепрессанты, которые я принимал, работали медленно, как наступает рассвет, лучик за лучиком проливая свет на мою индивидуальность и позволяя ей шагок за шагом выходить в знакомый и упорядоченный мир, ксанакс давал огромное и мгновенное облегчение от беспокойства — "палец в плотине в критический момент", как говорит Джеймс Бэлленгер, специалист по состояниям тревоги. Людям, не склонным к злоупотреблениям, бензодиазепины часто спасают жизнь. "То, что известно широкой публи-

ке, — говорит Бэлленгер, — в большой степени неверно. Седативный эффект — побочен, а использование этих препаратов в качестве снотворного — злоупотребление, их следует применять только против тревожности. Прекращение приема вызывает некоторые симптомы, но так происходит с очень многими препаратами". Бензодиазепины, хотя и помогают от беспокойства, сами по себе депрессии не снимают. Они могут отрицательно действовать на краткосрочную память. Со временем они могут проявлять свойства, ведущие к депрессии, и потому долго принимать их можно только под тщательным наблюдением врача.

Со времени первого моего визита к психотерапевту я уже семь лет продолжаю "играть" с лекарствами. Ради своего душевного здоровья я жил, в разных комбинациях и разных дозировках, на таких препаратах, как золофт, паксил, наван, эффектор, веллбутрин, серзон, буспар, зипрекса, декседрин, ксанакс, амбьен и виагра. Мне повезло: на меня хорошо действовали препараты того же класса, с которого я начинал. Тем не менее я лично могу свидетельствовать о чертовой прорве экспериментов. Пробуя разные лекарства, чувствуешь себя как мишень для игры в дротики. "В наши дни депрессия излечима, — говорят мне. — Принимаешь антидепрессант, как принимают аспирин от головной боли". Это неправда. Депрессию в наши дни можно лечить; скорее, антидепрессант принимаешь, как проходят облучение при раке. Иногда они творят чудеса, но это никогда не дается легко, а результаты неустойчивы.

Я еще не проходил через полноценную госпитализацию, но знаю, что когда-нибудь она может мне понадобиться. Обычно в больнице тебе предлагают лекарства и/или электрошок. Однако одна из составляющих лечения — сама госпитализация, неусыпное внимание персонала, структуры, призванные защитить тебя от губительных или суицидальных порывов. Госпитализация не должна быть крайним средством спасения доведенного до отчаяния человека. Она должна быть одним из средств, наряду с другими, и ее надо рассматривать как вариант по мере необходимости, если только ваша страховка это допускает.

Сейчас исследователи в поисках новых методов лечения работают в четырех направлениях. Первое — по мере возмож-

ности сдвигать акцент на профилактику: чем раньше выявишь душевный недуг любого свойства, тем лучше для тебя. Второе направление — повышение специфичности лекарств. В мозге человека имеется не менее пятнадцати различных серотониновых рецепторов. Есть свидетельства тому, что действие антидепрессантов зависит лишь от небольшого их числа, а многие из скверных побочных эффектов SSRI, вероятно, связаны с прочими. Третье направление — к быстродействующим препаратам. Четвертое — движение к большей специфичности в отношении симптомов, а не к определенному биологическому состоянию, чтобы упразднить экспериментирование в выборе препаратов. Если мы откроем, например, какие-нибудь метки, позволяющие выявить генетические подтипы депрессии, то станет возможным находить специфические средства именно для этих подтипов. "Существующие лекарства, — говорит Уильям Поттер, бывший сотрудник NIMH, — работают слишком опосредованно, чтобы мы могли ими хорошо управлять". По-видимому, такого рода специфичность так и будет от нас ускользать. Расстройства душевного состояния сопровождаются не единичным сигналом от единичного гена, а множеством генов, и каждый привносит свой небольшой элемент риска, и каждый включается внешними обстоятельствами, создавая суммарную уязвимость.

Наиболее успешный физический метод лечения депрессии — наименее чист и специфичен из всех. Антидепрессанты эффективны примерно в 50% случаев, может быть, чуть больше, электрошок оказывает значительное воздействие в 75—90% случаев. Половина из тех, чье состояние улучшилось от электрошока, через год все еще чувствуют себя хорошо, но другая половина требует повторных курсов или регулярных поддерживающих сеансов. ЭШТ работает быстро. Многие пациенты начинают чувствовать себя лучше уже через несколько дней применения электрошока — благоденствие, особенно ценное в сравнении с долгим, медленным процессом медикаментозного лечения. ЭШТ особенно пригодна для суицидальных пациентов, часто наносящих себе телесные повреждения, чья ситуация вследствие этого безотлагательна: именно в силу скорости воздействия и высокой терапевтической восприимчивости пациентов ее и применяют к беременным женщинам,

физически больным и пожилым людям. ЭШТ, в отличие от большинства препаратов, не имеет систематических побочных эффектов и проблем взаимодействия с другими лекарствами.

После обычных анализов крови, кардиограммы, флюорографии и проверок, относящихся к анестезии, пациенты, признанные годными для ЭШТ, подписывают бланк, давая свое согласие на процедуры; бланк предъявляют также их семьям. Вечером накануне сеанса пациент ничего не ест; его подключают к капельнице. Утром его провожают в кабинет ЭШТ. Подключив больного к мониторам, медицинский персонал смазывает его виски гелем и подсоединяет электроды: для односторонней ЭШТ к недоминантному полушарию, обычно правому — это предпочтительный метод для начала, — или, для двусторонней, к обеим. Односторонняя ЭШТ имеет меньше побочных эффектов, и недавние исследования показывают, что она столь же эффективна, как и двухполушарная ЭШТ. Проводящий терапию врач также делает выбор между синусоидальной формой волны (переменный ток), дающей более устойчивую стимуляцию, и прямоугольной (постоянный ток), то есть короткими импульсами, дающими судорожные параксизмы с меньшими побочными эффектами. Через внутривенное вливание пациента вводят в состояние краткосрочного общего наркоза, полностью выключающего его минут на десять, и также дают препарат для релаксации мышц, чтобы предотвратить физические судороги (единственное движение во время сеанса — легкое шевеление пальцами ног, в отличие от ЭШТ 50-х годов, когда пациенты метались и наносили себе телесные повреждения). Пациента подключают к электроэнцефалографическому и электрокардиографическому аппаратам, чтобы постоянно сканировать сердце и мозг. Затем секундный шок вызывает височный и затылочный параксизм, длящийся около тридцати секунд — достаточно, чтобы изменить химию мозга, но недостаточно, чтобы зажарить серое вещество. Энергия шока обычно составляет около двухсот джоулей, что эквивалентно стоваттной лампочке; большая часть ее поглощается мягкой тканью и черепом, и только крошечная доля достигает мозга. Минут через десять-пятнадцать пациент просыпается в послеоперационной палате. В большинстве случаев курс состоит из десяти-двенадцати сеансов за шесть недель. Все чаще ЭШТ проводят амбулаторно.

Писательница Марта Меннинг описала свою депрессию и курс ЭШТ в прелестной и на удивление смешной книге "Подводные течения" (*Undercurrents*). Сейчас ее состояние стабильно — она принимает веллбутрин, небольшую дозу лития, депакот, клонопин и золофт. "Посмотреть на них —будто держишь в руках раду, — шутит она. — Я — как бессрочное практическое задание по химии". Она близко и длительно имела дело с ЭШТ в самые тяжелые моменты своей депрессии. Она записалась на терапию в тот день, когда нашла адрес ближайшего магазина огнестрельного оружия, собираясь застрелиться. "Я хотела умереть не потому, что ненавижу себя, а потому, что люблю себя настолько, чтобы желать прекратить эти страдания. Каждый день я прикинула к дверям ванной моей дочери и слушала, как она поет — ей было одиннадцать лет, и она всегда пела в душе — и это был стимул не совершать попытку еще один день. Мне было на все наплевать, но вдруг я поняла, что если достану и использую пистолет, то остановлю этому ребенку песню. Я сделаю ее немой. В тот день я записалась на ЭШТ, словно сказав "сдаюсь" противнику, положившему меня на лопатки. Лечение тянулось неделями: после каждого сеанса просыпаешься в похмелье, просишь диетической кока-колы и чувствуешь, что это будет день на тайленоле".

ЭШТ действительно нарушает краткосрочную память и может повлиять на долгосрочную. Нарушения эти обычно временны, но у некоторых пациентов наступил постоянный дефект памяти. Я познакомился с одной женщиной, которая была практикующим адвокатом, а после курса ЭШТ осталась без малейших следов юридического факультета в памяти. Она не могла вспомнить ни чему училась, ни где училась, ни с кем училась. Это случай крайний и редкий, но бывает и такое. ЭШТ также связывают со смертельным исходом — согласно одному исследованию, примерно в одном случае из десяти тысяч, обычно вследствие кардиологических проблем после процедур. Являются ли эти смерти совпадением или следствием ЭШТ, не вполне ясно. Кровяное давление во время ЭШТ действительно существенно повышается. ЭШТ, похоже, не причиняет физиологических повреждений; действительно, Ричард Эйбрамс, автор фундаментального труда по ЭШТ, описывает пациентку, прошедшую 1250 сеансов ЭШТ, чей мозг, когда она

умерла в возрасте 89 лет, оказался в безупречном виде. "Нет никаких свидетельств — и практически никакой вероятности, — что ЭШТ, как она применяется сейчас, способна нанести мозгу повреждения", — пишет он. Многие из кратковременных побочных эффектов — в том числе нетвердость в ногах и тошнота — вызывает не сама ЭШТ, а применяемая при ней анестезия.

ЭШТ все еще носит на себе позорное клеймо. "На этом столе действительно чувствуешь себя эдаким Франкенштейном, — говорит Меннинг. — И люди не хотят об этом слышать, никто не принесет тебе судки с едой, когда ты проходишь ЭШТ. Это очень изолирует от семьи". На умозрительном уровне это может быть травмирующим и для пациента. "Я знаю, что это работает, — говорит сотрудница системы здравоохранения. — Я видела, как это работает. Но как подумаю — потерять эту дорогую память о детях, о семье — у меня, знаете ли, нет ни родителей, ни мужа. Кто будет *находить* для вас эту память? Кто расскажет о былом? Кто будет помнить особенный рецепт пирога, который мы испекли пятнадцать лет назад? Не иметь возможности мечтать — это только сыграет на руку моей депрессии. Именно воспоминания, мысли о былой любви помогают мне прожить день".

С другой стороны, ЭШТ может оказаться чудодейственной. "Раньше каждый глоток воды был для меня как непосильный труд, — говорит Меннинг. — А после ЭШТ я думала: неужели нормальные люди так себя чувствуют все время? Это как если бы ты всю жизнь не понимала юмора в гениальном анекдоте". При этом результаты обычно наступают быстро. "Вегетативные симптомы ушли, потом мое тело стало легче, затем я *реально* захотела биг-мак, — говорит Меннинг. — Я чувствовала, будто меня какое-то время назад сбил грузовик, но это было, сравнительно говоря, не так уж и плохо". Меннинг нетипична. Многие, проходящие электрошоковую терапию, противятся мысли, что она полезна, особенно если их поразила временная потеря памяти или если восстановление их жизни происходило постепенно. Двое моих друзей проходили ЭШТ в начале 2000 года. Оба достигли пределов — не способные подняться с постели и одеться, вечно изможденные, зловеще негативные в восприятии жизни, без интереса к еде, неспособные работать,

с суицидальным настроением. Оба они прошли электрошок, сначала первый, а через несколько месяцев — вторая. Первый испытал серьезную и явную потерю памяти — он был инженер и теперь не помнил, как работает электрическая цепь. Вторая вышла в том же угрюмом состоянии, в котором пришла, потому что ее по-прежнему осаждали реальные жизненные проблемы. У инженера память начала возвращаться спустя месяца три, а к концу года он был способен подниматься и выходить, вернулся на работу и функционировал нормально. Он сказал, что это "наверное, совпадение". Вторая повторила курс, несмотря на убежденность, что первый ей не помог. После второй серии сеансов ее индивидуальность стала возвращаться, и к осени она уже имела не только новую работу, но и новую квартиру и нового мужчину. Она продолжала утверждать, что ЭШТ приносит больше вреда, чем пользы, пока я, наконец, не высказал ей предположение, что память, которую стерла у нее ЭШТ, — это память о том, какой она была раньше. Когда вышла книга Меннинг, на ее презентационных чтениях выстраивались пикеты протестующих против "электронного управления мозгами". Во многих штатах США ЭШТ запрещена законом; методология лечения подвергается спекуляциям; эта терапия не для всех, ее нельзя применять массово или без полного согласия пациента, — но она может быть чудодейственной.

Почему ЭШТ работает? Мы не знаем. Похоже, что она сильно активизирует дофамин и воздействует и на другие нейромедиаторы. Может быть, она влияет на обмен веществ в лобном отделе коры. Высокочастотные токи вроде бы повышают этот обмен, низкочастотные — понижают. Конечно, мы не знаем, является ли депрессия одним из симптомов гипометаболизма (пониженного обмена веществ), а ажитированная депрессия — симптомом гиперметаболизма (повышенного обмена веществ), или и депрессии, и оба эти нарушения обмена суть производные какого-то другого изменения в мозге. ЭШТ временно снижает гематоэнцефалический барьер<sup>29</sup>. Действие

Гематоэнцефалический барьер — физиологический механизм, регулирующий обмен веществ между кровью, спинномозговой жидкостью и мозгом. Защищает центральную нервную систему от проникновения чужеродных веществ, введенных в кровь, или продуктов нарушенного обмена веществ. — *Прим. ред.*

ЭШТ не ограничивается лобным отделом коры; электрический заряд временно задевает даже функции ствола мозга.

Я решил не бросать лекарств. Я не уверен, что у меня наркотическая зависимость, но определенная зависимость точно есть: без них я подвержен риску появления симптомов болезни. Грань тут тонкая. Я набрал неприлично большой вес. У меня бывает странная крапивница без видимых причин. Я больше потею. Моя память, и всегда не очень крепкая, несколько повреждена; я часто забываю, что говорю, прямо посреди фразы. У меня часто болит голова. Временами сводит мышцы. Сексуальные позывы приходят и уходят, половая функция нестабильна; оргазм теперь для меня событие. Не идеально, но похоже, что между мной и депрессией воздвигнута стена. Последние два года были, несомненно, лучшими за десятилетие, теперь у меня постепенно все налаживается. Недавно погибли двое моих друзей, оба в дурацких катастрофах; я ужасно печалился, но не ощущал своего Я как ускользающего у меня из рук: испытывать просто скорбь было своеобразным (я знаю, это звучит ужасно, но в каком-то эгоистичном смысле это правда) почти удовлетворением.

Вопрос о том, какие функции выполняет в этом населенном нами мире депрессия, не совсем то же самое, что вопрос о том, какую функцию готовятся выполнять антидепрессанты. Джеймс Бэлленгер, специалист по состояниям тревоги, говорит: "Мы на двадцать сантиметров выше, чем были перед Второй мировой войной, и гораздо здоровее, и живем дольше. На эти перемены никто не жалуется. Когда ты устраняешь одну причину несчастий, люди выходят в жизнь и находят что-то новое, и хорошее, и плохое". И это, думается, настоящий ответ на вопрос, который задавали мне все, кому я только упоминал об этой книге: "А не опустошают ли лекарства вашу жизнь?" Нет. Напротив, они позволяют мне страдать по реально значимым поводам и причинам.

"У нас двенадцать миллиардов нервных клеток, — говорит Роберт Пост, глава отдела биологической психиатрии Национального института психического здоровья. — И у каждой — от тысячи до десяти тысяч конъюгаций хромосом, и все изменяются со значительной скоростью. Мы еще очень, очень далеко от того, чтобы заставить их работать как надо, чтобы все

люди постоянно чувствовали себя совершенно счастливыми". Джеймс Бэлленгер говорит: "У меня нет ощущения, что уровень страдания во вселенной сильно снизился при всех наших усовершенствованиях, и я не думаю, чтобы мы достигли сносного уровня в обозримом будущем. Полный контроль над мозгом не должен в настоящий момент занимать наши мысли".

"Нормально" — вот слово, преследующее депрессивных. Нормальна ли депрессия? Я читал в исследованиях о "нормальных" и "депрессивных" группах; о лекарствах, которые могут "нормализовать" депрессию; о "нормальных" и "атипичных" наборах симптомов. Один человек, с которым я познакомился, проводя это исследование, сказал: "Поначалу, когда появились эти симптомы, я подумал, что схожу с ума. Большим облегчением оказалось узнать, что это была просто клиническая депрессия, а в целом я нормален". И впрямь, это был совершенно нормальный способ сходить с ума: депрессия — душевная болезнь, и когда ты в ее тисках, ты туп, как пень, ты чокнутый, у тебя не все дома, шариков не хватает, крыша едет...

На коктейле в Лондоне я встретил знакомую и упомянул, что пишу эту книгу.

— У меня была ужасная депрессия, — сказала она. Я спросил, что она по этому случаю сделала. — Мне была не по душе идея принимать лекарства, — отвечала она. — Я сообразила, что моя проблема связана со стрессом. И я решила убрать из жизни все, вызывающее стресс. — Она начала загибать пальцы. — Я ушла с работы. Я порвала со своим парнем и больше никого реально не искала. Я разъехалась с приятельницей и теперь живу одна. Я перестала ходить на вечеринки, если они длятся допоздна. Я сняла квартиру поменьше. Я бросила большинство друзей. Я отказалась по большому счету от косметики и хорошей одежды. — Я смотрел на нее в ужасе. — Звучит не очень привлекательно, но я на самом деле гораздо счастливее и меньше боюсь, чем раньше. — Она явно собой гордилась. — И без всяких лекарств.

Кто-то стоявший рядом схватил ее под руку:

— Это чистое безумие! Это самая безумная вещь, о какой я только слышал! Вы с ума сошли — творить такое со своей жизнью!

Безумие ли это — избегать моделей поведения, делающих тебя безумным? Или безумие — это принимать лекарства, чтобы иметь возможность поддерживать жизнь, делающую тебя безумным? Я мог бы перевести свою жизнь в более низкий разряд — делать меньше, путешествовать меньше, знать меньше людей, не писать книг о депрессии — и, может быть, если бы я поменял все это, мне бы не понадобились лекарства. Я мог бы вести жизнь в тех рамках, в которых я смогу ее выдерживать. Это не то, что выбрал для себя я, но это, несомненно, один из разумных вариантов выбора. Жить с депрессией — все равно что пытаться сохранять равновесие, танцуя с козой, — в высшей степени разумно было бы предпочесть партнера с лучшим чувством равновесия. И все же жизнь, которую я веду, сложная и полная приключений, приносит такое огромное удовлетворение, что мне ненавистна сама мысль от нее отказаться. Она ненавистна мне больше, чем что-либо другое. Я скорее утрою число принимаемых пилюль, чем сокращу вдвое круг своих друзей. Унабомбер<sup>30</sup>, чьи методы изложения своих луддистских настроений были катастрофичны, но прозрения в отношении опасностей технологической цивилизации вполне солидны, писал в своем манифесте: "Вообразите общество, ставящее людей в такие условия, при которых они глубоко несчастны, а потом дающее им препараты, чтобы устранить их несчастье. Научная фантастика? Это уже происходит. ...По своему действию антидепрессанты — средство изменять внутреннее состояние индивида таким образом, чтобы сделать его способным терпеть социальные условия, которые он иначе считал бы нестерпимыми".

Когда я впервые наблюдал клиническую депрессию, я ее не узнал; собственно говоря, я ее даже не заметил. Летом после первого курса колледжа мы с друзьями проводили время в загородном доме моих родителей. С нами была моя добрая подруга Мэгги Роббинс, очаровательная Мэгги, всегда искрившаяся энергией. Весной у нее случился маниакальный срыв,

*Тед Качински (Unabomber) — террорист, "наиболее пугающий преступник Америки". На протяжении многих лет (с 1978 г. по 1995 г.) терроризировал страну: посылал бомбы по почте, минировал офисы, взрывал лаборатории. По его требованию в прессе был напечатан составленный им манифест против индустриального общества (протест, перекликающийся с луддистским движением нач. XIX в.) — Прим. ред.*

и она две недели пролежала в больнице. Теперь она вроде бы оправилась. Она больше не произносила безумных слов о поисках секретной информации в подвале библиотеки или о необходимости уехать в Оттаву на поезде зайцем, так что мы все сочли Мэгги душевно здоровой; ее долгие периоды молчания в то лето были многозначны и глубоки, будто она научилась взвешивать свои слова. Странно было, что девушка не привезла с собой купальника — и только спустя годы она рассказала мне, что без одежды чувствовала себя обнаженной, уязвимой, незащищенной и боялась этого чувства. Мы все, как положено второкурсникам, весело и легкомысленно плескались в бассейне. Мэгги же сидела на помосте для ныряния в ситцевом платье с длинными рукавами и, подтянув колени к подбородку, наблюдала наше веселье. Нас было семеро; пекло солнце, и только моя мать сказала (одному мне), что Мэгги выглядит на редкость замкнутой. Я и понятия не имел, как усиленно старалась Мэгги не дать малейшего намека на то, что она преодолевала в себе. Я не замечал темных кругов, которые были у нее под глазами, — это я потом научился их высматривать. Я помню, однако, как мы все поддразнивали ее, что она не купается и пропускает весь кайф, пока наконец она не встала на конце трамплина и не нырнула головой вниз как была, в платье. Я помню, как отяжелевшая одежда липла к ее телу, когда она проплыла до конца бассейна и потом брела, вся мокрая, к дому, и вода капала с нее на траву. Это было за несколько часов до того, как я нашел ее в доме — она спала. За ужином она ела мало, и я решил, что либо ей не нравится стейк, либо она бережет фигуру. Любопытно, что мне этот уик-энд запомнился счастливым временем, и я был потрясен, когда Мэгги описала свои тогдашние переживания как болезнь.

Пятнадцать лет спустя Мэгги постигла самая тяжелая депрессия, какую я только встречал. Ее врач, проявив поразительную некомпетентность, сказал незадолго до этого, что после пятнадцати вполне благополучных лет ей можно попробовать прекратить принимать литий, как будто произошло исцеление и ее тяжелое биполярное расстройство испарилось. Мэгги постепенно снизила дозировку. Она чувствовала себя прекрасно: похудела, руки перестали наконец дрожать, вернулась часть былой энергии, наполнявшей ее, когда она впервые сказала

мне, что цель всей ее жизни — стать самой знаменитой актрисой в мире. Потом она начала чувствовать себя совсем уже невыразимо прекрасно. Мы все спрашивали, не боится ли она, что становится чуть-чуть маниакальной, но она уверила нас, что годами не чувствовала себя так хорошо. Этим должно было быть все сказано: чувствовать себя *так хорошо* вовсе не хорошо. Скорее, все было из рук вон плохо. Не прошло и трех месяцев, как Мэгги решила, что ее направляет Бог, а ее миссия — спасти мир. Один из друзей взял дело в свои руки и, не сумев дозвониться ее психиатру, нашел другого, и Мэгги снова посадили на лекарства. В последовавшие за тем месяцы она рухнула в депрессию. Следующей осенью она поступила в аспирантуру. "Аспирантура дала мне много; начать с того, что она дала мне время, место и ссуду еще на два депрессивных срыва", — шутила она. Во втором семестре у нее случился легкий гипоманиакальный эпизод, потом — легкий депрессивный; в конце четвертого она взлетела к полной мании, а затем рухнула в депрессию такую глубокую, которая казалась бездонной. Я помню ее свернувшейся в тугой комок на диване в квартире у нашего друга, вздрагивающей, как будто ей загоняли под ногти бамбуковые щепки. Мы не знали, что делать. Она словно потеряла дар речи; когда мы наконец выжали из нее несколько слов, они были едва слышны. По счастью, ее родители за все эти годы досконально изучили биполярное расстройство, и в тот вечер мы помогли ей переехать к ним. Это было последнее, что нам на два месяца предстояло от нее услышать: она лежала в углу, не шевелясь по несколько дней подряд. Я и сам уже знал депрессию и хотел ей помочь, но она не брала трубку и не принимала посетителей, а ее родители были достаточно сведущи, чтобы давать ей волю в ее безмолвии. С мертвыми, и то у меня бывало более близкое общение. "*Никогда* больше я этого не допущу, — говорила она мне с тех пор. — Я знаю, что пойду *на все*, чтобы этого избежать. Я абсолютно *отказываюсь* это переносить".

Сейчас Мэгги в порядке — на депакоте, литии и веллбутрине, и, хотя она держит ксанакс наготове, он не нужен ей уже долгое время. Она больше не принимает клонопин и паксил, как вначале. Но будет принимать лекарства постоянно. "Мне пришлось воспитать в себе смирение, чтобы сказать: "Ну и ну,

наверно, многие, решившие сесть на лекарства, — такие же люди, как я, не собиравшиеся никогда в жизни, ни за что, ни при каких обстоятельствах зависеть от лекарств. А потом они согласились, и это им помогло". Она пишет и рисует, а днем работает редактором в каком-то журнале. Более ответственной работы она не хочет. От работы ей нужна некая уверенность в завтрашнем дне, какая-нибудь медицинская страховка и место, где ей не надо постоянно блистать. Когда она печалится — или злится, — она пишет стихи о некоем альтер-эго, которое она себе выдумала и назвала Сюзи. У нее есть стихи о маниакальном состоянии и о депрессивном:

Кто-то стоит в ванной, уставясь Сюзи в глаза.  
Кто-то, чьего вида и голоса Сюзи не узнает.  
Кто-то, живущий в зеркале.  
Кто-то с круглым лицом, которое плачет и плачет.  
Череп у Сюзи туго набит, там что-то колотится.  
Зубы у Сюзи шатаются.  
Руки у Сюзи дрожат и едва движутся,  
    покрывая мыльной пеной стекло.  
Летом Сюзи изучала узлы. Сюзи не знает,  
    как завязать петлю.  
Сюзи чувствует, как поднимают вуаль.  
Сюзи слышит, как вуаль разрывают.  
И тогда истина лежит перед нею, пришпиленная,  
голая и метущаяся, разбуженная, потрепанная.  
Муки голода — вот все, что мы знаем на верное.  
Все, что дается нам при рождении.

"Когда мне было восемь лет, — рассказывает она, — я решила, что я — Мэгги. Помню, как стояла в школьном коридоре и говорила: "Знаете, я — Мэгги, и собираюсь навсегда остаться Мэгги. Вот она я, та самая, которой всегда буду. Я бывала другой, потому что не могу вспомнить какие-то моменты своей жизни, но с этой минуты я — Мэгги". Так и вышло. Это было чувство самоопределения. Сейчас я — та же самая личность. Я могу оглянуться назад и сказать: "Бог ты мой, зачем я сделала эту глупость в свои семнадцать лет?" Но это была именно я. Мое Я не непрерывно".

Неизменно сохранять чувство *Я* в бурях маниакально-депрессивного психоза — свидетельство большой силы. У Мэгги бывали периоды, когда ей хотелось освободиться от этого последовательного *Я*. В этой ужасающей, вводящей в ступор депрессии, говорит она, "я лежала в постели, без конца напевая "Где же, где же все цветы", чтобы чем-то занять свои мысли. Теперь я понимаю, что могла бы принимать другие лекарства или попросить кого-нибудь прийти и переночевать в моей комнате, но мне было слишком плохо, чтобы об этом подумать. Я не знала, чего я так боюсь, но была готова взорваться от тревоги. Я погружалась все ниже, и ниже, и ниже. Мы меняли лекарства, а я все погружалась. Я верила докторам; я всегда принимала как факт, что когда-нибудь приду в норму. Но я не могла дождаться, не могла прожить даже следующую минуту. Я все пела, чтобы заглушить то, что говорил мне разум, и вот что это было: "Знаешь, кто ты? Ты даже не заслуживаешь права жить. Ты ничего не стоишь. Ты никогда никем не станешь. Ты — никто". Вот тогда я действительно стала думать о самоубийстве. Я подумывала о нем и раньше, но теперь начала планировать. Мне почти все время представлялись собственные похороны. Пока я жила у родителей, мне являлась подробная картина, как я в ночной рубашке вылезая на крышу и падаю вниз. На двери, ведущей на крышу, была сигнализация, я ее отключала, но это не важно; я все равно спрыгнула бы раньше, чем кто-нибудь успел бы добежать. Нельзя было рисковать, надо было действовать наверняка. Я даже выбирала ночную рубашку, в которой удобнее все это проделать. Но потом просыпался какой-то ископаемый остаток самоуважения и напоминал мне, как много людей опечалатся, если я это сделаю. Принять на себя ответственность за столько человеко-часов печали было невозможно, и мне пришлось признать самоубийство агрессией против окружающих.

Думаю, что немалую часть воспоминаний об этом я подавила. Всего не могу вспомнить; да и не нужно, потому что это бессмысленно. Помню какие-то комнаты в доме, и как мне там было плохо. Еще помню следующую фазу, когда я постоянно думала о деньгах. Начинаю засыпать и вдруг просыпаюсь в тревоге — никак не могла это отогнать. Это не имело разумных объяснений: в то время у меня не было никаких финансовых неприятностей. А я думала: вдруг через десять лет мне не будет

хватать денег? И это состояние тревоги не имело никакого отношения к страху и беспокойству, которые я испытываю в нормальной жизни. Они были другие не только количественно, но и качественно. В общем, это было ужасное время. Наконец мне хватило ума сменить врачей, и мне назначили ксанакс. Я принимала полмиллиграмма или около того и чувствовала, как гигантская рука ложится мне на бедра, ладонь сжимает бока, держа пальцы на моих плечах. Затем эта рука вдавливая меня в постель сантиметров на пять. Тут я наконец засыпала. Я до смерти боялась привыкнуть, но врач заверял меня, что не привыкну, — для этого моя доза была далеко не достаточной, — а даже если бы и привыкла, он меня отучит, когда смогу лучше справляться с жизнью. Ну и ладно, решила я, не стану об этом думать, буду принимать, и все.

В депрессии не думаешь, будто тебе надели серую вуаль и ты смотришь на мир сквозь пелену тяжелого настроения. Ты думаешь, что с тебя сняли вуаль — вуаль счастья — и теперь ты видишь все в истинном свете. Ты стараешься уловить истину и разобраться с нею и думаешь, что истина — нечто фиксированное, а она — живая и движется. Можно изгонять бесов из шизофреников, которые чувствуют внутри себя нечто чуждое. Но с депрессивными гораздо труднее: мы верим, что видим правду. Но правда лжет. Я смотрю на себя и думаю: "Я в разводе", и это представляется ужасным. Тогда как могла бы думать: "Я в разводе" — и радоваться своей свободе. За все это время мне помогло только одно замечание. Моя подруга сказала: "Так будет не всегда. Постарайся это запомнить. Это только сейчас так, но это когда-нибудь пройдет". И еще она сказала: "Это говорит депрессия. Тобой говорит депрессия".

Наиболее доступные средства против депрессии — психотерапия и лекарства, но многим людям помогла справиться с болезнью вера. Человеческое сознание можно рассматривать как заключенное между сторонами треугольника: теологической, психологической и биологической. Писать о вере бесконечно трудно, потому что она оперирует невидимым и неопишуемым. Кроме того, в современном мире вера имеет тенденцию быть в высшей степени личностной. Тем не менее религия — один из основных способов уживаться с депрессией. Религия дает ответы на вопросы, на которые нет ответов.

Вывести человека из депрессии она, как правило, не может; более того, даже глубоко верующие люди обнаруживают, что, когда они в глубинах депрессии, их вера истончается и исчезает. Однако она может держать оборону против болезни, и это помогает выживать в приступах депрессии. Это дает оправдание жизни. Многие в религии позволяют нам видеть страдание как нечто похвальное. В нашей беспомощности она сообщает нам достоинство и целенаправленность. Многие из задач когнитивной и психоаналитической терапии решаются системами взглядов, лежащими в подоплеке основных мировых религий — перефокусировкой энергии на нечто вне своего Я, осознанием необходимости заботиться о себе, терпением, широтой понимания. Вера — великий дар. Она предоставляет человеку многие достоинства близких отношений без зависимости от капризов другого, хотя, конечно, Бог тоже знаменит своими причудами. Божество завершает наши намерения, хотя бы и вопреки нашим планам. Надежда — могучая профилактика, а именно вера дарит надежду.

В депрессии выживаешь благодаря вере в жизнь, которая столь же абстрактна, как и любая система религиозных верований. Депрессия — самая циничная вещь на свете, но она также дает нечто, подобное вере. Выстоять и остаться самим собой — значит убедиться: то, на что у тебя не хватало мужества надеяться, может оказаться правдой. Вера, как и романтическая любовь, имеет определенный недостаток: она чревата разочарованиями. Для многих людей депрессия — это переживание отвержения их Богом, чувство оставленности Им, и многие, испытавшие депрессию говорят, что не могут верить в какого бы то ни было Бога, который так бессердечно обходится со своими чадами. Для большинства же верующих такое негодование на Бога проходит вместе с депрессией. Если вера — твоя норма, ты возвращаешься к ней, как возвращаешься к любой норме. Системы организованной религии лежат вне сферы моего воспитания и опыта, но мне трудно отбросить ощущение некоего вмешательства, которым характеризуются наши падения и подъемы. Все это — слишком глубокие состояния, чтобы происходить без участия Бога.

Наука противится пристальному изучению связи религии и душевного здоровья большей частью по методологическим

соображениям. "Когда приходишь до таких вещей, как медитация или молитва, где взять подходящий эталон для "двойного слепого" метода<sup>31</sup>? — спрашивает Стивен Хайман, директор Национального института психического здоровья. — Что, он молится не тому Богу? Это фундаментальная проблема испытания терапевтической ценности молитвы". Священник, кроме всего прочего, — еще и более доступный вариант психотерапевта. Священник Тристан Роудс рассказал мне, как несколько лет возился с женщиной, страдавшей депрессивным психозом, которая отказывалась от психотерапии, но каждую неделю исповедовалась. Она рассказывала ему свои истории; затем он делился существенной информацией с другом-психиатром; дальше сообщал ей то, что сказал ему психиатр. Она в самом буквальном смысле слова получила психиатрическую помощь в религиозном окружении.

Для Мэгги Роббинс вера и болезнь совпали по времени. Она стала весьма благочестивой прихожанкой Высокой Епископальной церкви<sup>32</sup>. Она регулярно ходит в церковь: на вечерню по будням, на литургию по воскресеньям, а иногда и на две службы (одна — чтобы причаститься, другая — просто послушать), библейский кружок по понедельникам и полное разнообразие приходской деятельности в остальное время. Она состоит в редколлегии приходского журнала, преподает в воскресной школе, разрисовывает задники для Рождественского представления. Она говорит: "Знаешь, Фенелон<sup>33</sup> писал: "Подави меня или возвысь — поклоняюсь всем Твоим помыслам". Квиетизм, может быть, и ересь, но это центральный догмат моей веры. Не обязательно понимать, что происходит. Я раньше думала, что мы должны сделать что-то с жизнью, даже если

<sup>31</sup> "Двойной слепой" метод — используется для проведения клинических психофармакологических исследований, при этом ни больной, ни врач не знают, что принимает пациент — плацебо или препарат. — *Прим. ред.*

<sup>32</sup> В Епископальной и Англиканской церквях есть Низкая церковь и Высокая церковь; последняя придерживается традиционной обрядовости. По форме она ближе к католицизму и православию, чем к протестантизму. — *Прим. пер.*

<sup>33</sup> Фенелон — французский прелат и писатель XVII—XVIII вв., приверженец квиетизма — формы христианского мистицизма, проповедующей пассивную созерцательность и ангелоподобный отказ от собственной воли. — *Прим. пер.*

она бессмысленна. Она не бессмысленна. Депрессия заставляет поверить, что ты ничего не стоишь и должен умереть. Чем ответить на это, кроме как другой верой?" Тем не менее когда Мэгги Роббинс бывала в худших фазах депрессии, религия помогала ей мало. "Когда мне становилось лучше, я вспоминала: "Ах да, религия, почему ж я не призвала ее на помощь?" Но на дне колодца она бы не помогла". Ничто бы не помогло. Вечерняя молитва ее успокаивает и помогает держать в узде хаос депрессии. "Это такая мощная помощь, — говорит она. — Ты встаешь и произносишь одни и те же молитвы каждый вечер. Кто-то решил, что ты будешь говорить Богу, и другие тоже говорят это вместе с тобой. Богослужение, библейские тексты и особенно Псалтырь — как деревянный каркас шкатулки, где хранятся мои переживания, мой внутренний опыт. Походы в церковь — это набор упражнений для тренировки внимания, продвигающих тебя духовно". Это звучит прагматично: видимо, речь идет не о вере, а о структурировании времени, а этого можно с тем же успехом достичь с помощью классов по аэробике. Мэгги признает, что это отчасти так, но отрицает разрыв между духовным и утилитарным. "Не сомневаюсь, что можно достичь таких же глубин и в другой религии, и вовсе вне религии. Христианство — просто одна из моделей. Когда я обсуждаю свой религиозный опыт с психотерапевтом и мой опыт психотерапии с моим духовником, обе модели обнаруживают большое сходство. Мой духовник недавно сказал, что Святой Дух постоянно использует мое подсознание! С помощью психотерапии я учусь возводить границы своего эго; в церкви я учусь их отбрасывать и становиться единой со всей вселенной или как минимум членом Тела Христова. Я буду учиться возводить границы и отбрасывать их, пока не сумею делать это с такой же легкостью", — и она щелкает пальцами.

"Согласно христианскому учению, самоубийство тебе не позволено, потому что твоя жизнь не принадлежит тебе. Ты — хранитель своей жизни и своего тела, но они даны тебе не для уничтожения. Тебе не приходится сражаться внутри себя; ты считаешь, что сражаешься плечом к плечу с другими действующими лицами, с Иисусом Христом, и Богом Отцом, и Святым Духом. Церковь — это внешний скелет для тех, чей внутренний скелет разъела душевная болезнь. Ты встраиваешь себя

в этот скелет, приспособливаешься к его форме, и уже внутри него наращиваешь себе позвоночник. Индивидуализм, отрыв от всего остального мира, искажает современную жизнь. Церковь учит, что мы должны действовать в первую очередь как члены своего сообщества, потом — как члены Тела Христова и, наконец, как члены человечества. Конечно, это не совсем в американском духе XXI века, но мне это важно. Я согласна с Эйнштейном: человечество живет в "оптическом обмане", считая, что каждый изолирован от других, от всего остального материального мира, от всей вселенной, — тогда как все мы — неотделимые ее части. Христианство для меня — опыт того, из чего состоит настоящая любовь, полезная любовь, и понимание настоящего внимания и заботы. Люди думают, что христианство — враг удовольствий, и это иногда так и есть; но оно большой сторонник радости. Ты устремлен к радости, которая никогда не уйдет, как бы ты ни страдал. Но страдание, конечно, все равно испытываешь. Я спросила священника, когда мне хотелось покончить с собой: "Какова цель этих страданий?" — и он ответил: "Я ненавижу фразы, в которых одновременно содержатся слова *страдание* и *цель*. Страдание есть только страдание. Но я действительно верю, что Бог пребывает с вами, хотя сомневаюсь, чтобы вы могли это хоть как-то чувствовать". Я спросила, как можно предать это в руки Божьи, и он ответил: "Что значит *предать*, Мэгги? Оно уже в Его руках".

Другая моя приятельница, поэтесса Бетси де Лотбинье, тоже испытывала трудности с верой во время депрессии, и для нее вера была главным путем к выздоровлению. Пребывая в глубокой депрессии, она говорит: "Я, естественно, ненавижу свои ошибки, но, теряя терпимость, я теряю великодушие и ненавижу мир и ошибки окружающих; в итоге мне хочется вопить, потому что в мире существует пролитый кофе, и пятна на ковре, и сухие листья, и штрафы за парковку, и люди, которые опаздывают и не отвечают на телефонные звонки. Ничего хорошего в этом нет. Скоро дети начнут плакать, и, если я это проигнорирую, они стихнут и станут очень послушны, что еще хуже, потому что слезы теперь окажутся внутри. У них в глазах страх, они очень тихие. Я перестаю слышать об их тайных обидах, которые так легко сгладить, когда все идет хорошо. Такую себя я ненавижу. Депрессия опускает меня все ниже и ниже".

Она росла в католической семье и вышла за глубоко верующего католика. Хотя Бетси не так регулярно ходит в церковь, как он, она обратилась к Богу и к молитве, когда почувствовала, что реальность от нее ускользает, и увидела, как уныние уничтожает в ней радость общения с детьми, а в них — радость жизни. Но она не придерживалась одного католичества — пробовала 12-шаговые программы, буддистскую медитацию, хождение по углям, посещение индуистских храмов, изучение Каббалы — все, что выглядело как духовное. "Молиться в момент беспокойства или неадекватной реакции — это как дернуть кольцо и открыть парашют, который не позволит тебе со всей силой врезаться в кирпичную стену; это быстрое и страшное падение, в котором сокрушится все твоё эмоциональное тело, — писала она мне, когда у меня самого было тяжелое время. — Молитва может стать для тебя тормозом. Или, если твоя вера достаточно сильна, молитва может стать твоим акселератором, твоим звуковым сигналом, посылающим во вселенную информацию о том, в каком направлении ты хочешь двигаться. Эта идея — остановиться и заглянуть внутрь себя — в той или иной форме существует в большинстве религий, отсюда и коленапреклонение, и поза лотоса, и простираания. В них есть также движения, призванные оттеснить повседневность и воссоединиться с великими идеями Бытия — отсюда музыка и обряды. Чтобы выйти из депрессии, нужно и то, и другое. У людей хоть с какой-то верой, пока они еще не достигли опустошающей тьмы первозданного Хаоса, есть обратный путь. Главное здесь — найти равновесие во тьме, и именно в этом могут помочь религии. Религиозные учителя имеют богатый опыт приведения людей к душевной стабильности по хорошо протоптанным тропам, ведущим из тьмы. Если сумеешь выстроить равновесие с внешней поддержкой, то, может быть, удастся достичь равновесия и внутри себя. И тогда ты вновь свободен".

Большинство людей не могут выйти из действительно серьезной депрессии одной лишь борьбой; серьезную депрессию надо лечить, или она может пройти сама. Но пока вы лечитесь или ждете, когда она пройдет, необходимо вести борьбу. Принимать лекарства в качестве составной части стратегии этой битвы — значит яростно сражаться, а отказываться от них так же нелепо и саморазрушительно, как вступать в современную

войну верхом на коне. Принимать лекарства — это не слабость и не означает, что вы не можете справляться со своей личной жизнью; это проявление мужества. Не слабость и обращаться за помощью к знающему психотерапевту. Вера в Бога и любая форма веры в себя — прекрасна. Вы должны вовлечь в борьбу все методы лечения. Вы не можете ждать, чтобы вас вылечили. "Труд должен быть исцелением, не сочувствие. Труд — единственное радикальное исцеление для укоренившихся скорбей", — писала Шарлотта Бронте. Труд — не все, что нужно для исцеления, однако только он несет исцеление. Само счастье может быть великим трудом.

Тем не менее все мы знаем, что труд как таковой радости принести не может. Та же Шарлотта Бронте пишет в "Вилетте": "Ни одна нелепица в этом мире не является для меня такой пустой, как та, когда велят *культивировать* состояние счастья. Что значит это наставление? Счастье — это не картошка, чтобы сажать его в землю и удобрять навозом. Счастье — это Слава, сияющая на нас с небесных высот. Она есть Божественная роса, и душа, в иные летние свои утренние моменты, ощущает, как эта роса спускается на нее с амарантовых цветов и золотых плодов Рая. "Культивируйте состояние счастья, — тут же ответила я врачу. — А вы культивируете? И как вам удастся?" Значительную роль играет удача, она как бы случайно орошает нас этой росой счастья. Одни люди хорошо отзываются на одно лечение, другие на другое. У кого-то ремиссия наступает самопроизвольно после краткой борьбы. Кто-то не переносит лекарств и может многого достичь в беседах с психотерапевтом, а кто-то, потратив тысячи часов на психоанализ, получает облегчение от первой же таблетки. Кто-то вытаскивает себя из приступа с помощью одного средства, чтобы тут же провалиться в следующий срыв, требующий совсем другого. У кого-то упорная депрессия, не отпускающая, что бы они ни делали. У кого-то наступают пугающие побочные эффекты от любого лечения, а кто-то не испытывает ни малейших неудобств от самой пугающей терапии. Может быть, настанет время, когда мы научимся анализировать мозг и все его функции и сумеем объяснить не только происхождение депрессии, но и причины всех этих различий. Я не стал бы ждать этого, затаив дыхание. Пока суд да дело, мы должны принять как

## Лечение

факт, что судьба наделила нас большой уязвимостью к депрессии, и что среди тех, кто такой уязвимостью страдает, есть люди, чей мозг отзывается на лечение, и те, чей мозг ему сопротивляется. Те из нас, кому становится значительно лучше в любом смысле, какими бы страшными ни были наши срывы, должны числить себя среди счастливиц. Более того, мы должны относиться к тем, для кого выздоровления нет, с терпением. Устойчивость к внешним воздействиям — распространенный, но не всеобщий дар, и ни один секрет, хоть из этой книги, хоть откуда-либо еще, самым неудачливым из всех не поможет.



## ГЛАВА IV

# АЛЬТЕРНАТИВЫ

• • L,<sup>1</sup> ели от какой-то болезни прописывают много лекарств, — *J—J* писал когда-то Антон Чехов, — можете быть уверены, что она неизлечима". От депрессии прописывают множество средств, добавляя к стандартным методам ошеломляющее количество альтернативных. Одни из них могут оказаться чрезвычайно полезными, в большинстве случаев избирательно. Другие вполне нелепы — в этом бизнесе для короля припасен целый гардероб новых нарядов. Так называемые чудеса изобилуют повсюду, и люди передают их друг другу с воодушевлением неофитов. Из этих альтернатив по-настоящему вредных мало, разве что для кошелька; единственная реальная опасность наступает, когда подобные бабушкины сказки вытесняют действенные средства. Само количество альтернативных методов терапии отражает неугасимый оптимизм человечества перед лицом столь неподатливой проблемы эмоционального страдания.

На волне предыдущих публикаций о депрессии я получил сотни писем от людей из девяти стран и большинства из пятидесяти штатов, которые трогательно желали сообщить мне об альтернативных средствах. Одна женщина из Мичигана писала, что, испробовав за долгие годы множество лекарств, она вдруг нашла настоящее решение: "возиться с пряжей". Когда я в ответном письме спросил, что она делает с пряжей, женщина прислала замечательную фотографию сделанных ею примерно восьмидесяти одинаковых медвежат всех цветов радуги и самодельную книжку о необычайно легком способе вязания. Другая женщина, из Монтаны, журила меня: "Вам невречно

узнать, что все описываемое вами — последствия хронического отравления. Посмотрите вокруг себя. При постройке вашего дома использовали инсектициды, а на вашем газоне — гербициды? Чем ваш пол выстелен поверх древесно-стружечных плит? Пока писатели, подобные вам и Уильяму Стайрону<sup>34</sup>, не выявят подобных опасных контактов в своем окружении и не устранят их, я не собираюсь терпеть ни вас, ни ваших описаний депрессии". Не возьму на себя наглость говорить за Уильяма Стайрона, чьи полы, может быть, испускают Agent Orange<sup>35</sup>, но за свой дом, чьи внутренности были явлены мне за десятилетия водопроводных и электропроводных катастроф, я отвечаю: полы у меня деревянные на деревянном каркасе. Кто-то еще из моих читателей счел, что у меня ртутное отравление от пломб в зубах, но в моих зубах нет пломб. Какой-то аноним написал мне из Альбукерке, что у меня пониженный сахар в крови. Кто-то предложил найти мне учителя, если я захочу брать уроки чечетки. Кто-то из Массачусетса хотел рассказать мне все о физиологическом самоконтроле. Человек из Мюнхена спросил, не хочу ли я, чтобы он заменил мне мою РНК, каковое предложение я вежливо отклонил. Больше всего мне понравилось письмо от женщины из Таксона, написавшей просто: " Не думали ли вы о том, чтобы переехать из Манхэттена?"

Оставляя в стороне свою (и Уильяма Стайрона) конкретную ситуацию, скажу, что последствия формальдегидного отравления действительно могут напоминать симптомы депрессии. А также ртутное отравление от нейротоксичной амальгамы в зубных пломбах. Низкий сахар в крови связывают с депрессивным настроением. Ничего не скажу о терапевтическом потенциале чечетки, но любая упорядоченная двигательная активность может поднимать состояние духа. И даже повторяющаяся успокоительная занятость рук при изготовле-

<sup>34</sup> Уильям Стайрон (1925), американский писатель-южанин, поставивший в своих романах не только острые злободневные проблемы современности, но и общие глобальные вопросы жизни и смерти. "Уйди во мрак" (1951), "Долгий марш" (1956), "Исповедь Ната Тернера" (1967). — *Прим. ред.*

<sup>35</sup> Agent Orange (АО) — отравляющее вещество, использовавшееся американской армией во время войны во Вьетнаме для уничтожения листвы в джунглях, скрывающей вьетнамские военные отряды. — *Прим. пер.*

нии поделок из пряжи может при благоприятных обстоятельствах служить полезным целям. Переезд из Манхэттена, без всякого сомнения, снизил бы для меня уровень стресса. Мой опыт говорит мне, что ни об одном из моих корреспондентов, каким бы безумным он ни казался на первый взгляд, не скажешь, что он совершенно оторван от земли. Многие достигали на изумление хороших результатов при помощи кажущихся сумасшедшими средств. Сет Роберте с психологического факультета Калифорнийского университета в Беркли предлагает теорию, связывающую некоторые виды депрессии с тем, что человек просыпается в одиночестве и ему может помочь говорящая голова, общением с которой в течение часа он должен начинать день. У его пациентов есть видеозаписи типа ток-шоу, снятого одной камерой так, чтобы голова на экране была примерно в половину натуральной величины. Они смотрят это на протяжении часа в самого утра, и многие из них чудесным образом чувствуют себя гораздо лучше. "Я бы никогда не подумал, что телевизор может стать моим лучшим другом", — сказал мне один такой пациент. Ослабление чувства одиночества, даже в такой надуманной форме, может оказывать сильное взбадривающее воздействие.

У меня была серия встреч с одним человеком, которого я стал называть "некомпетентным мистиком". Этот "терапевт" написал мне об используемой им энергетической терапии, и после довольно интенсивной переписки я пригласил его к себе, чтобы он продемонстрировал мне свою работу. Он был чрезвычайно любезен и явно исполнен самых благих намерений; после нескольких минут обсуждения мы принялись за дело. Он велел мне соединить большой и средний пальцы левой руки, образовав букву "О", и потом сделать такую же "О" на правой руке. Затем он велел сцепить эти две "О" вместе. Потом он велел мне произнести несколько фраз, утверждая, что когда я говорю правду, то мои пальцы смогут сопротивляться его попыткам расцепить их силой, а если лгу, то ослабнут и расцепятся. Мой благородный читатель может себе представить мое смущение, когда я сидел в своей гостиной, повторяя "Я себя ненавижу", тогда как серьезно настроенный человек в голубом костюме тянул меня за руки. Чтобы описать последовавшие за этим процедуры, нужны были бы страницы и страницы,

но апогей наступил, когда он начал что-то читать надо мной и забыл текст.

— Секундочку, — сказал он, покопался в портфеле и нашел, что искал. — Вы хотите быть счастливы. Вы будете счастливы.

Я решил, что человек, неспособный запомнить эти две фразы, непременно должен быть большим олухом, и, применив некоторое усилие, выпроводил его из дома. С тех пор мне рассказывали из первых рук о гораздо более удачных опытах с энергетической терапией, и я должен принять за факт, что кому-то удастся поменять "полярность тела" и достичь блаженной любви к себе благодаря вдохновенному применению подобных методик. Впрочем, я по-прежнему весьма скептически, хотя и не сомневаюсь, что есть шарлатаны, гораздо более талантливо делающие себе презентации, чем мой гость.

Поскольку депрессия — циклическая болезнь, которая вступает в фазу ремиссии безо всякого лечения, то можно приписать улучшение состояния любым настойчивым действиям — бесполезным или полезным. Я абсолютно убежден, что в области депрессии такой вещи, как плацебо, не существует. Если у тебя рак, и ты попробуешь какое-нибудь экзотическое лечение, и сочтешь, что тебе лучше, ты вполне можешь ошибиться. Если у тебя депрессия, и ты попробуешь какое-нибудь экзотическое лечение, и сочтешь, что тебе лучше, то тебе действительно лучше. Депрессия — болезнь мыслительных процессов и эмоций, и, если что-то изменяет твоё мышление и эмоции в верном направлении, это по праву считается выздоровлением. Сказать по правде, лучшим средством от депрессии я считаю веру, которая сама по себе гораздо существеннее, чем то, во что веришь. Если вы всерьёз и по-настоящему верите, что можете облегчить депрессию, стоя по часу каждый день на голове и выплевывая монетки, вполне вероятно, что такая малопутешительная деятельность принесет вам огромную пользу.

Физические упражнения и диета играют важную роль в течении болезней, связанных с расстройством психики, и я считаю, что довольно значительного контроля за их ходом можно достичь с помощью правильных режимов питания и поддержания физической формы. В число наиболее серьезных альтернативных средств я включаю множественную транскрани-

альную магнитную стимуляцию (mTMS), использование света при сезонных психических расстройствах (SAD), нормализацию психического состояния и процессов мозга с помощью движения глаз (eye movement desensitization and reprocessing therapy, EMDR), лечебный массаж, курсы выживания, гипноз, лечение лишением сна, прием препаратов из растения зверобой, S-аденозилметионин (S-adenosylmethionine, SAM), гомеопатию, китайское лечение травами, групповую терапию, группы поддержки и психирию. Только книга бесконечного объема могла бы описать все средства, когда-либо приносившие сносные результаты.

"Физические упражнения — первый шаг для всех моих пациентов, — говорит Ричард А. Фридман из Пейн-Уитни. — Они взбадривают любого". Я терпеть не могу физические упражнения, но, как только вытаскиваю себя из кровати, делаю зарядку или, если могу себя заставить, иду в спортзал. Когда я выходил из депрессии, конкретные упражнения не имели большого значения; я выбирал самые легкие снаряды, типа бегущей дорожки. Чувство было такое, что упражнения помогали выгнать депрессию у меня из крови, как будто помогали очиститься. "Это вполне объяснимо, — говорит Джеймс Уотсон, президент компании Cold Spring Harbor Laboratory и один из исследователей ДНК. — Физические упражнения производят эндорфины. Эндорфины — это эндогенные морфины, и они приводят к превосходному самочувствию, если до этого было просто нормальное, и улучшают настроение, если оно было отвратительным. Надо поддерживать количество и активность эндорфинов — они, кроме того, стимулируют выработку нейромедиаторов, поэтому упражнения будут работать на повышение их уровня". Депрессия делает твоё тело тяжелым и вялым, а тяжесть и вялость усугубляют депрессию. Если заставишь тело функционировать, насколько сумеешь, разум последует его примеру. Настоящая серьезная разминка — самая, пожалуй, отвратительная идея, какую я только могу вообразить в депрессии, и делать ее — радости мало, но после нее я всегда чувствую себя в тысячу раз лучше. Упражнения снимают и беспокойство: когда делаешь упражнения для пресса, нервная энергия расходуется, и это помогает сдерживать беспричинные страхи.

Ты есть то, что ты ешь; ты чувствуешь себя тем, что ты есть. Нельзя перевести депрессию в стадию ремиссии просто выбором правильной пищи, но вызвать депрессию, если питаться неправильно, можно; кроме того, если тщательно следить за своим питанием, можно в какой-то мере предотвратить рецидивы. Сахар и углеводы усиливают абсорбцию триптофана в мозге, что, в свою очередь, повышает уровень серотонина. Витамин В<sub>6</sub>, находящийся в зернах злаков и в моллюсках, важен для синтеза серотонина; низкое содержание витамина В<sub>6</sub> может вызвать депрессию. Низкий холестерин связывают с депрессивными симптомами. Официальных данных нет, но омары и шоколадный мусс могут сильно помочь в повышении состояния духа. "Превалировавший в XX веке акцент на здоровом питании, — говорит Уотсон, — возможно, создал нам нездоровую психологическую проблему". Синтез дофамина тоже зависит от витаминов группы В, особенно В<sub>2</sub> (содержится в рыбе и молочных продуктах) и фолиевой кислоты (в телячьей печени и брокколи), а также от магния (в треске, скумбрии и проросшей пшенице). Люди, склонные к депрессии, часто имеют пониженный уровень содержания цинка (им богаты устрицы, эндивий, спаржа, индейка и редис), витамина В<sub>3</sub> (яйца, пивные дрожжи и птица) и хрома — и все три используются при лечении депрессии. Низкий уровень цинка особенно тесно связывают с послеродовой депрессией, поскольку в самом конце беременности от будущей матери к младенцу переходят все запасы цинка. Повышенное потребление цинка способно повышать настроение. Одна из популярных теорий утверждает, что средиземноморские народы меньше страдают депрессией, потому что потребляют много рыбьего жира, богатого витаминами группы В, что повышает уровень содержания жирных кислот класса омега-3. Свидетельства о благоприятном воздействии этих кислот на душевное состояние — самые убедительные из всех.

В то время как названные продукты питания могут быть действенны в предотвращении депрессии, другие могут ее вызывать. "У многих европейцев аллергия к пшенице, а у многих американцев — к кукурузе", — говорит Вики Эджсон, автор книги "Врачеватель питанием" (*The Food Doctor*). Аллергия на какую-либо пищу может запускать развитие депрессии. "Са-

мые обыкновенные вещества становятся токсинами для мозга, вызывая разного рода душевные недомогания". У многих людей развиваются симптомы депрессии как часть синдрома истощения надпочечников, результата неумеренного употребления сахара и углеводов. "Если уровень сахара у вас в крови постоянно скачет на протяжении дня между максимумом и минимумом, — а это немедленная реакция на сласти и всякие чипсы, — это может вызвать проблемы со сном. Это уменьшает не только способность справляться с повседневностью, но и терпение и терпимость к людям. Люди с этим синдромом постоянно утомлены, у них пропадает сексуальная энергия, у них все болит. Стресс, который они причиняют своему организму, их разрушает". У некоторых людей развиваются болезни желудка, которые ведут к общему спаду жизнедеятельности. "Люди в депрессии обманывают себя, предпочитая верить, что кофе служит главным поставщиком энергии, — говорит Эджсон, — тогда как он высасывает энергию и стимулирует беспокойство". Конечно, и алкоголь наносит организму существенный урон. "Иногда, — говорит Эджсон, — депрессия — это средство организма сообщить, что пора перестать злоупотреблять спиртным; это демонстрация того, насколько у тебя внутри все разваливается".

Роберт Пост из NIMH работает с множественной транскраниальной магнитной стимуляцией (multiple transcranial magnetic stimulation, mTMS), которая использует магнетизм для стимуляции обмена веществ, подобно ЭШТ, только менее интенсивно. Современная техника позволяет фокусировать и концентрировать магнитное поле для интенсивной стимуляции конкретных областей мозга. Тогда как электрический заряд, чтобы проникнуть сквозь кожу и череп в мозг, должен быть достаточно сильным, магнитные потоки проходят туда легко. Поэтому ЭШТ вызывает пароксизмы мозга, а mTMS нет. Пост полагает, что с развитием метода нейровизуализации<sup>36</sup> когда-нибудь удастся находить депрессивные точки мозга и точно

*Нейровизуализация* — новейшие компьютерные технологии, делающие доступным прижизненное изучение строения и функционирование головного мозга. — *Прим. ред.*

направлять магнитную стимуляцию в эти области, индивидуализируя лечение согласно конкретной форме болезни. Сама техника mTMS предоставляет огромные возможности локализации — магнитный поток можно фокусировать с большой точностью. "Иногда, — говорит Пост, — мы используем такую технику, когда на голову надевается колпак, похожий на старомодную сушилку для волос. Он сканирует мозг, выделяет области замедления процессов обмена веществ и фокусирует на них магнитную стимуляцию. Полчаса — и вы уходите с вновь сбалансированными обменными процессами".

Норман Розенталь обнаружил сезонные аффективные расстройства (seasonal affective disorders, SAD), когда переехал из Южной Африки в США — у него появились циклы зимней меланхолии. У многих людей бывают сезонные перепады настроения и развивается повторяющаяся зимняя депрессия; смена времен года — "перекрестный огонь между летом и зимой", по выражению одного пациента — трудное время для всех. SAD отличается от простой нелюбви к холодным дням. Розенталь говорит, что люди были созданы так, чтобы приспосабливаться к сезонным изменениям, а искусственное освещение и искусственные рамки современной жизни этого не позволяют. Когда дни становятся короче, многие люди уходят в себя, и "заставляют их функционировать на фоне свойственного им биологического выключения — формула депрессии. Как чувствовал бы себя впавший в спячку медведь, если бы вы захотели, чтобы он всю зиму стоял на задних лапах и плясал в цирке?" Эксперименты показывают, что SAD поддается воздействию света, который влияет на секрецию мелатонина и, следовательно, на нейромедиаторные системы. Свет стимулирует гипоталамус, где расположены многие из центров, функциональные нарушения в которых наблюдаются при депрессии — центры сна, питания, температуры, сексуальности. Свет также влияет на синтез серотонина в сетчатке. В ясный день света в триста раз больше, чем в искусственно освещенной средней квартире. Людям с SAD прописывают световую терапию — прожектор льет на вас ужасающее количество света. У меня прожектор вызывает легкое головокружение и, по-моему, дает излишнюю нагрузку на глаза, но я знаю людей, которые это очень любят.

Некоторые просто носят световые окуляры или надевающиеся на голову осветители. Есть свидетельства, что при ярком освещении — гораздо более ярком, чем обычное бытовое — повышается уровень серотонина в мозге. "Понаблюдайте, как люди с SAD вступают в осень, — они похожи на опадающие листья. Мы начинаем лечить их, освещая ярким светом, — и они становятся подобны распускающимся тюльпанам", — говорит Розенталь.

Терапия нормализации психического состояния и мозговых процессов с помощью движения глаз (eye movement desensitization and reprocessing EMDR) появилась в 1987 году как средство при расстройствах, вызванных посттравматическим стрессом. Методика немного отдает дешевым вкусом. Врач с разной скоростью передвигает руку из правой области вашего бокового зрения в левую, стимулируя поочередно оба глаза. Есть другой вариант: вы надеваете наушники, и вам поочередно стимулируют уши; и третий: в каждой руке вы держите маленький вибратор, и они попеременно пульсируют. В процессе этих манипуляций вы проходите через психодинамический процесс вспоминания своей травмы и снова ее переживаете, а к концу сессии становитесь от нее свободны. В то время как другие методы терапии — например, психоанализ — соединяют в себе красивые теории и ограниченные результаты, у EMDR — дурацкие теории и отличные результаты. Сторонники этой терапии предполагают, что она, наверно, быстро стимулирует то правое, то левое полушария, перемещая хранящееся в памяти из одних отделов мозга в другие. Это представляется маловероятным. Но что-то в этой пульсирующей стимуляции EMDR и вправду действует очень эффективно.

EMDR все чаще применяют при депрессии. Поскольку методика использует травматические воспоминания, ее чаще прописывают как средство при депрессии, возникшей на почве травмы, чем при других формах депрессии. В процессе моих изысканий для этой книги я испробовал всевозможные методики, в том числе и EMDR. Я был убежден, что это симпатичная, но не особенно эффективная система лечения, и был очень удивлен ее результатами. Мне говорили, что эта техника "ускоряет мозговые процессы", но я не был готов к такой ин-

тенсивности. Я надел наушники и начал вспоминать. На меня нахлынули невероятно мощные образы детства, я даже и не знал, что это содержится у меня в голове. Я мгновенно выстраивал ассоциации, мой разум работал быстрее, чем когда-либо. Я был прямо наэлектризован этими переживаниями; психотерапевт, осуществлявший сеансы, искусно провел меня по всякого рода забытым проблемам моего детства. Я не уверен, оказывает ли EMDR серьезное немедленное воздействие на депрессию, не вызванную одиночной травмой, но это было так интересно и так стимулировало, что я прошел весь курс из двадцати сеансов.

Дэвид Грэнд, опытный психоаналитик, ныне применяющий EMDR ко всем своим пациентам, рассказывает: "EMDR может помочь пациенту за шесть-двенадцать месяцев добиться того, чего не добьешься обычными средствами и за пять лет. Это не абстрактные рассуждения: я сравниваю свою работу с применением терапии EMDR и без нее. Активация минует эго и работает глубоко, быстро и непосредственно. EMDR — это не подход, как когнитивная терапия или психоанализ, это инструмент. Нельзя быть исключительно EMDR-терапевтом: сначала надо стать хорошим психотерапевтом, а потом придумывать, как подключать методику EMDR. EMDR отпугивает своей странностью, но я занимаюсь этим уже восемь лет и, зная то, что знаю теперь, никогда не вернусь к лечению без ее применения. Это было бы регрессом, просто возвратом к примитиву". Я всегда выходил из кабинета EMDR-терапевта слегка обалдевшим (в хорошем смысле); то, что я узнал на этих сеансах, осталось со мной и обогатило мое сознание. Это мощный процесс, и я советую вам с ним ознакомиться.

В октябре 1999 года, в период сильного стресса, я ездил в Седону, штат Аризона, на четырехдневный курс массажа New Age. Вообще-то я довольно скептически отношусь к методам New Age, и потому с некоторым подозрением встретил "аналитика", собиравшегося проводить мой первый сеанс: она разложила по комнате кристаллы и стала рассказывать мне о своих снах. Я не убежден, что глубокий внутренний мир — автоматический результат распыления по твоему телу масел сначала из священного каньона Чако, а потом с Тибета, и я не знаю, дей-

ствительно ли нить розовых кварцевых бусин, которой она завесила, как четками, мои глаза, соединялась с моими чакрами; не верю я и в то, что глубокомысленные напевы на санскрите, наполнявшие комнату, оказывали на меня действие, подобное действию антидепрессантов. Впрочем, проведя четыре дня на роскошном курорте, в нежных руках прекрасных женщин, так много для меня делавших, я уезжал в великолепном душевном состоянии. Последний сеанс — сакральный массаж черепа — имел, похоже, самый благодатный эффект: удивительная безмятежность снизошла на меня и не уходила несколько дней. Я считаю, что массаж, заново пробуждающий тело, которое депрессия отрезала от разума, может быть полезной составляющей лечения. Не думаю, что испытанное мною в Седоне сделало бы хоть что-нибудь для человека в бездне тяжелой депрессии, но как техника настройки это было великолепно. Теоретик Роджер Каллахан пытается соединить прикладную кинезиологию<sup>37</sup> с традиционной китайской медициной. Каллахан исходит из того, что изменения происходят сначала на клеточном уровне, затем — на химическом, затем на нейрофизиологическом и только потом на когнитивном. Мы работаем, говорит он, в обратном направлении — сначала пытаемся исправить когнитивное, а потом нейрофизиологическое; он начинает с таинственной реальности мышечных реакций. У него много последователей. Мне их практика представляется шарлатанством, но сама идея начинать с физического уровня выглядит довольно разумно. Депрессия — недуг телесный, и физическое воздействие помогает с ним бороться.

Во время Второй мировой войны многим британским солдатам приходилось подолгу дрейфовать по Атлантике на своих выведенных из строя кораблях. Высокий процент выживаемости продемонстрировали не самые молодые и сильные, но самые опытные, у которых часто обнаруживалась крепость духа, преодолевавшая телесные слабости. Педагог Курт Хан решил, что такой крепости надо учиться, и основал организацию "Расширяя границы" (Outward Bound), ныне крупную конфедерацию ассоциаций, разбросанных по всему миру. Организуя вы-

*Кинезиология — наука о движениях человека. — Прим. пер.*

лазки на дикую природу, "Расширяя границы" старается придерживаться сформулированных Ханом задач: "Я считаю главной задачей образования воспитание следующих качеств: предприимчивой любознательности, непобедимого духа, целеустремленности, готовности к разумному самопожертвованию и, превыше всего, сострадания". Летом 2000 года я отправился в экспедицию со "Школой острова Ураганов", одной из организаций в структуре "Расширяя границы", на побережье штата Мен. В состоянии депрессии я не смог бы участвовать ни в каких подобных мероприятиях, но сейчас это укрепляло во мне противостоящие ей силы. Режим дня там был строгий, даже суровый, но это было приятно: начинаешь чувствовать связь своей жизни с естественными процессами окружающего мира. Это чувство, вселяющее уверенность: ты занимаешь свое место в круговороте вечности. Мы выходили в море на байдарках, испытывая целый день мышечные нагрузки. Обычно мы вставали часа в четыре утра, пробегали милью, затем поднимались на уступ метрах в девяти над морем и прыгали в холодную воду. Потом снимали лагерь, укладывали вещи в байдарки — двухместные, до семи метров длиной — и несли их к морю. Мы проплыли миль пять против приливной волны (делая чуть более мили в час), находили место для стоянки и там отдыхали, готовили и завтракали. После этого мы снова забирались в лодки, снова гребли и еще миль через пять находили место для ночлега. После обеда мы практиковались в "спасении на водах": переворачивали свои байдарки, под водой освобождались от тянущего на дно снаряжения, переворачивали байдарки обратно и взбирались в них. Затем каждый находил себе отдельное место для ночлега, где проводил ночь, имея при себе спальный мешок, бутылку с водой, кусок брезента и веревку. К счастью, погода стояла ясная, но, падай на нас даже ледяная крупа, все было бы точно так же. У нас были замечательные инструктора, истинные сыны земли, казавшиеся способными выжить в любой ситуации, бесконечно сильные и иногда даже мудрые. Благодаря их тактичной помощи, в этом близком контакте с дикой природой мы обрели некую часть их удивительных навыков.

Иногда я жалел, что поехал; то, что я согласился совершенно лишиться себя жизненных удобств, казалось мне признаком окончательного помешательства. Однако я чувствовал, что

вновь вхожу в контакт с чем-то глубоким. Внедряясь на необжитые пространства природы, пусть даже на фиберглассовой байдарке, — в этом есть вкус триумфа. Хорошо действует ритм гребли; свет и волны как будто выравнивают приток крови к сердцу, и грусть развеивается. "Расширяя границы" во многом напомнило мне психоанализ: это был процесс самораскрытия, расширяющий ощущаемые ограничения твоего Я. В этом отношении замысел его основателя осуществлялся. "Уверенность в себе, — писал Хан, развивая мысль Ницше, — можно иметь и без самопознания, но тогда она строится на невежестве и растает перед лицом жизненных тягот. Самопознание есть конечный продукт преодоления огромных испытаний, когда разум заставляет тело выполнять кажущееся невыполнимым, когда сила и мужество мобилизуются до необычайных пределов ради чего-то, обитающего вне Я, — принципа, изнурительной задачи, другой человеческой жизни". Итак, между атаками депрессии необходимо делать нечто, что разовьет упругость и позволит выжить, когда отчаяние вновь постучится в дверь, — так мы делаем по утрам зарядку, чтобы держать свое тело в форме. Я не стану предлагать участие в "Расширяя границы" вместо психотерапии, но как вспомогательное средство оно может действовать сильно; и, если смотреть в целом, радуется своей красотой. Депрессия отрезает тебя от твоих корней. Она может быть подобной свинцу, но может быть как гелий, потому что при ней ничто не удерживает тебя на земле. "Расширяя границы" стало для меня дорогой к свойственной природе укорененности, и после участия в экспедиции я чувствую в себе и гордость, и уверенность.

Гипноз, как и EMDR, — инструмент, который можно использовать в лечении, а не само лечение. С помощью гипноза возможно перенести пациента к его ранним переживаниям и помочь ему заново пережить их так, чтобы прийти к какому-то разрешению. В своей книге по использованию гипноза при депрессии Майкл Япко пишет, что гипноз работает лучше всего тогда, когда личное восприятие некоего опыта представляется источником депрессии и может быть заменено на более позитивное. Гипноз также используется для того, чтобы вызвать в воображении пациента образы светлого будущего, ожи-

дание которого может приподнять его над нынешним унынием и тем самым сделать это будущее возможным. И уж во всяком случае, гипноз полезен для преодоления негативного образа мыслей и поведения.

Один из основных симптомов депрессии — нарушение структуры сна; по-настоящему депрессивные люди могут напрочь лишаться глубокого сна и проводить много времени в постели, не получая отдыха. Из-за одной ли депрессии человек спит неправильно, или он погружается в депрессию отчасти из-за неправильного сна? "Скорбь, которая может вести к депрессии, нарушает сон одним способом; влюбленность, которая может вести к мании, другим", — замечает Томас Вер из NIMH. И не страдающие депрессией люди, бывает, просыпаются слишком рано со зловещим ощущением ужаса; это состояние страха и безнадежности, обычно быстро проходящее, может быть самым близким к депрессии состоянием, какое только испытывают здоровые люди. Почти все страдающие депрессией чувствуют себя хуже по утрам и лучше в течение дня. Томас Вер провел ряд экспериментов, показавших, что можно снять некоторые симптомы депрессии с помощью контролируемой бессонницы. Это не долгосрочная лечебная система, но ее можно применить к людям, ожидающим, когда начнут действовать антидепрессанты. "Не давая человеку заснуть, продлеваешь дневное улучшение самочувствия. Хотя депрессивные люди стремятся уснуть и забыться, депрессия возобновляется и обостряется именно во сне. Что это за особенный бес, который приходит по ночам и приводит к таким метаморфозам?" — спрашивает Вер.

Фрэнсис Скотт Фицджеральд писал в "Обвале" (*The Crack-Up*): "В три часа ночи забытый сверток приобретает такую же важность, как смертный приговор, — а в подлинно темной ночи души всегда три часа ночи, день заднем". Этот "трехчасовой бес" посещал и меня. Когда я нахожусь в депрессии, то действительно чувствую постепенный подъем на протяжении дня, и, хотя быстро устаю, поздняя ночь для меня — самый функциональный период; право, если бы я мог выбирать свое настроение, я всегда бы жил в том состоянии духа, в котором бываю в полночь. Исследований в этой области мало, потому

что тут нечего патентовать, но есть некоторые указания на то, что механизмы сложны и зависят от того, когда именно спишь, в какой стадии сна находишься, когда просыпаешься, и от ряда других специфических факторов. Сон — главный и решающий фактор, определяющий волнообразные ритмы различных функций организма, и изменение сна нарушает временные закономерности работы нейромедиаторов и желез внутренней секреции. Но хотя мы умеем идентифицировать многое из того, что происходит во время сна, и можем наблюдать эмоциональный спад, вызываемый им, но прямой корреляции не знаем. Гормон выработки секрета щитовидной железы во время сна понижается; не это ли вызывает эмоциональный спад? Содержание норэпинефрина и серотонина снижается, а ацетилхолин повышается. Есть теории, что бессонница повышает содержание дофамина; одна серия экспериментов заставляет предполагать, что выработку дофамина стимулирует моргание, и, следовательно, долгое время, проведенное с закрытыми глазами, снижает его уровень.

Ясно, что совершенно лишить человека сна невозможно, но можно не допускать погружения в позднюю стадию сна с быстрым движением глаз (парадоксального сна) и будить его, когда она наступает, — это может быть прекрасным способом держать депрессию на поводке. Я сам пробовал этот метод, и он работает. Во время депрессии всегда очень хочется вздремнуть, но это действует негативно и может погубить все достигнутое в бодрствовании. Профессор Фрайбургского университета М. Бергер применял так называемый "сдвинутый" сон, когда пациентов укладывают спать в пять часов вечера и будят перед полночью. Подобные меры могут оказывать благоприятное воздействие, хотя никто не понимает почему. "Эти методы лечения выглядят несколько дико, — признает Томас Вер. — Но представьте себе, что я кому-нибудь говорю: "Я хочу присоединить к вашей голове провода, пропустить через ваш мозг электрический ток и вызвать судороги, поскольку полагаю, что это может помочь вам в лечении депрессии", — если бы это не было широко распространенной практикой, добиться от пациента согласия было бы очень трудно".

Майкл Тейс, сотрудник Питсбургского университета, заметил, что многие депрессивные люди значительно сокращают

время сна, а бессонница во время депрессии — предвестник суицидальных настроений. Но и у тех, кто может спать, качество сна во время депрессии существенно меняется. У депрессивных людей часто снижена эффективность сна; они редко входят в фазу глубокого дельта-сна, который, как считается, вызывает у человека чувство, что он хорошо отдохнул и восстановил силы. У них может быть много кратких периодов парадоксального сна вместо менее многочисленных, но более продолжительных, характерных для здорового человека. Поскольку парадоксальный сон можно назвать легким бодрствованием, эти повторяющиеся периоды способствуют не отдыху, а изнеможению. Большинство антидепрессантов сокращают парадоксальный сон, хотя не обязательно повышают общее его качество. Является ли это частью механизма их действия, сказать трудно. Гейс заметил, что депрессивные люди с нормальным сном более отзывчивы к психотерапии, а люди с аномалиями сна чаще требуют медикаментозного лечения.

Хотя сон во время депрессии подавляет человека, но и хроническое недосыпание может быть тем, что включает депрессию. Со времени изобретения телевидения средняя продолжительность ночного сна сократилась на два часа. Может ли рост уровня депрессивности в обществе в целом быть отчасти следствием сокращения сна? Конечно, проблема здесь фундаментальная: мы не только не знаем многого о депрессии, но не знаем и того, для чего вообще нужен сон. Все прочие системы организма тоже можно привязать сюда так, что это будет выглядеть продуктивно. Холод может оказывать на человека такое же воздействие, как и бессонница. Олень карибу, простаивающий без движения всю суровую ночь северной зимы, прежде чем снова начать двигаться с началом весны, находится в арктической "отключке", которая выглядит очень похоже на человеческую депрессию. Холод вызывает у животных, по крайней мере у некоторых, общий спад жизнедеятельности.

Зверобой — привлекательный на вид кустарник, цветущий около Иванова дня (24 июня). Его целебные качества известны по меньшей мере со времен Плиния-старшего (I в. н.э.), который принимал его от расстройства мочевого пузыря.

В XIII веке считалось, что он отпугивает дьявола. В наше время в США зверобой продается в виде экстракта, порошка, травяного чая, настойки и используется в качестве ингредиента всего на свете — от "коктейлей здоровья" до пищевых добавок. В Северной Европе это настоящий крик моды. Поскольку для исследований природных веществ нет серьезных финансовых стимулов — ведь патентовать там нечего, — то подконтрольных исследований зверобоя проводилось сравнительно немного, хотя какие-то спонсированные правительством исследования в настоящее время все же ведутся. Зверобой, безусловно, работает, он снимает и беспокойство, и депрессию. Что совсем не ясно — это как именно он работает; собственно говоря, не ясно даже и то, какое из множества биологически активных веществ, содержащихся в растении, выполняет эту работу. Вещество, о котором больше всего известно, называется гиперикум<sup>38</sup>, и в лекарственном экстракте его содержится около 0,3%. Похоже, что зверобой способен ингибировать обратный захват всех трех нейромедиаторов. Считается, что он снижает выработку интерлевкина-6, белка, связанного с иммунной реакцией организма, чрезмерные количества которого ухудшают общее самочувствие.

Гуру натуропатии Эндрю Вайль утверждает, что экстракты этого растения эффективны потому, что воздействуют на несколько систем. На его взгляд, много действенных реагентов, работающих сообща, действуют лучше, чем искусственные сверхактивные препараты, хотя действительно ли эти реагенты помогают друг другу и как именно — относится к области догадок. Он прославляет "неочищенность" целебных свойств растения, то есть то, что оно воздействует на несколько систем организма несколькими путями. Научных подтверждений у его теорий мало, зато в ней есть известное концептуальное очарование. Большинство людей, принимающих зверобой, делают это не по причине его терапевтической "неочищенности". Скорее, их выбор диктуется не разумом, а чувством — лучше принимать растение, чем синтезированное вещество. Рыночные стратегии продавцов зверобоя эксплуатируют это предубеждение. Одно время на рекламе в лондонской подземке

*Hypericum* — латинское название зверобоя. — Прим. пер.

блондинка с выражением безмятежного счастья на лице называлась "Кира, солнечная девушка", в которой возвышенное состояние духа поддерживают "нежно высушенные листья" и "веселенькие желтые цветки" зверобоя. То, что подразумевается в этой нелепой рекламе — как будто нежное высушивание или желтый цвет имеют хоть какое-то отношение к целебности растения, — отражает глупость того подхода, который, в частности, сделал зверобой столь популярным. Вряд ли есть что-нибудь "естественное" в регулярном приеме зверобоя в указываемых количествах. То, что Бог вложил некую конфигурацию молекул в растение, а разрабатывать другую предоставил людям и их науке, вряд ли оправдывает предпочтение первого над вторым. Нет ничего особенно привлекательного в "естественном" заболевании типа воспаления легких, в "естественном" веществе типа мышьяка или "естественном" явлении типа дупла в зубе. Хорошо бы помнить, что многие естественные вещества крайне токсичны.

Я уже отмечал, что у некоторых людей проявляется отрицательная реакция на SSRI. Стоит отметить также, что и зверобой, при всей естественности его дикого произрастания на лужайках, не столь уж невинен. Контроль за продажей естественных субстанций весьма слаб, так что нет уверенности, что количество активных ингредиентов, которые вы принимаете, не колеблется от таблетки к таблетке, а их взаимодействие с другими лекарствами вполне может оказаться опасным. Например, зверобой может снизить эффективность оральных контрацептивов, препаратов для снижения холестерина, бета-блокаторов, блокаторов кальциевых каналов, применяемых при высоком артериальном давлении и коронарных заболеваниях, и ингибиторов протеазы при ВИЧ-инфекции. На мой личный взгляд, ничего плохого в зверобое нет, но и особенно хорошего тоже. Он менее изучен, препараты из него меньше подвергаются государственному контролю, он более хрупок, чем синтетические молекулы, да и принимают его обычно на менее регулярной основе, чем прозак.

В пылу поисков "естественных" лекарственных средств исследователи выкопали еще одно целебное вещество под названием S-аденозилметионин, сокращенно SAM. В то время как зверобой является психологической панацеей на севере Европы,

SAM — самое популярное средство на юге, с большим числом почитателей в Италии. Как и зверобой, он не контролируется и продается в магазинах здорового питания в виде маленьких белых таблеток. SAM в отличие от зверобоя не происходит из миленьких желтых цветков, а находится в человеческом организме. Содержание его колеблется в зависимости от пола и возраста. SAM присутствует в организме повсюду и включен во многие химические функции. Хотя у депрессивных людей содержание SAM не понижено, исследования этого вещества в качестве потенциального антидепрессанта обнадеживают. SAM последовательно побеждает плацебо в устранении депрессивных симптомов и выглядит как минимум столь же эффективным, как трициклические антидепрессанты, к которым его и приравнивают. Однако многие из исследований этого препарата не были методически безупречны, и на их результаты нельзя полностью полагаться. У SAM нет длинного каталога побочных эффектов, но у пациентов с биполярным расстройством он может включить манию. Кажется, ни у кого нет ни малейшего представления о том, каким образом может действовать SAM. Он участвует в метаболизме нейромедиаторов, а долговременное применение SAM на животных повышает у них содержание нейромедиаторов. Особенно он активизирует дофамин и серотонин. Недостаток SAM связывают с недостаточным метилированием, что приводит к стрессу организма в целом. У пожилых людей наблюдается тенденция к пониженному содержанию SAM, и некоторые исследователи предполагают связь этого дефицита со сниженной функцией стареющего мозга. Предлагалось много объяснений явной эффективности SAM, но свидетельств в поддержку хотя бы одного из них практически нет.

Гомеопатию иногда используют против депрессии: больным дают микроскопические дозы тех самых веществ, которые в больших количествах могут вызывать у здоровых людей депрессивные симптомы. Против депрессии могут быть использованы многие формы незападной медицины. Одна женщина, всю жизнь борющаяся с депрессией и получавшая мало помощи от антидепрессантов, в шестьдесят лет выяснила, что Ци-гун, китайская система дыхания и телесных упражнений, спо-

собна совершенно устранить ее проблему. Иглоукальвание, приобретающее на Западе все большее число сторонников, — американцы ныне тратят на него 500 миллионов долларов в год, — тоже оказывает на некоторых поразительное воздействие. НИМН признает, что иглоукальвание может изменять химию мозга. Китайское траволечение представляется менее надежным, но некоторые достигли огромных сдвигов в состоянии сознания именно благодаря травам.

Многие из использующих альтернативные методы уже испробовали традиционные. Одни предпочитают альтернативные, тогда как другие ищут дополнений к общепринятым средствам. Кто-то принципиально тянется к средствам исцеления, которые меньше вмешиваются в организм, чем лекарства или ЭШТ. Избегать психотерапии по меньшей мере наивно, а вот найти свой вариант разговорной терапии или сочетать ее с нетрадиционными формами лечения для некоторых людей может оказаться предпочтительнее, чем посещение психофармакотерапевта и поглощение химических соединений, о которых мы все еще знаем опасно мало.

Среди тех моих знакомых, кто прошел через гомеопатическое лечение, моим особо высоким уважением пользуется Клодия Уивер. Клодия Уивер — всегда Клодия Уивер. Некоторые люди меняются с ситуацией и становятся отражением тех, с кем находятся в диалоге, но у Клодии Уивер особая смесь прямоты и эксцентричности, которую не одолеть никому. С ней может быть непросто, но и в высшей степени приятно. С Клодией Уивер ты знаешь, на каком ты свете, — не то, чтобы она невежлива, ибо у нее безукоризненные манеры, но потому, что ей абсолютно неинтересно скрывать свое сущностное Я. И действительно, она словно швыряет тебе под ноги свою индивидуальность, как перчатку: ты можешь оказаться достойным вызова и по-человечески ее полюбить или решить, что это чересчур, и тогда — милости просим, ступайте своей дорогой. Узнавая ее лучше, попадаешь под очарование ее своеобразного ума. Основательность ее натуры сопровождают верность и безмерная честность. Она человек высокой нравственности. "Конечно, у меня есть свои странности, и я даже стала ими гордиться, — говорит она, — потому что не могла понять, как мож-

но без них жить. Я всегда была очень своеобразная и своевольная".

Когда я познакомился с Клодией Уивер, ей было около тридцати; она пользовалась гомеопатией в порядке общего ухода за организмом, так как страдала аллергией и экземой, имела проблемы с пищеварением и прочие неприятности со здоровьем. Одновременно с приемом лекарств она изменила режим питания. Она постоянно носила с собой примерно тридцать шесть склянок с разнообразными веществами разной силы воздействия в форме таблеток (и еще пятьдесят держала дома), несколько масел и ведический чай. Все это она принимала по головокружительно сложной схеме, одни таблетки проглатывая целиком, другие размалывая и растворяя, применяя какие-то мази наружно. За полгода до этого она навсегда отказалась от лекарств, на которые полагалась с шестнадцати лет; у нее были проблемы с наркотическими веществами, и она созрела для чего-то нового. Как случилось и раньше, когда Клодия прекращала прием препаратов, она испытала временный подъем и затем начала скатываться вниз. Какое-то время она пробовала зверобой, но безрезультатно. Гомеопатические средства остановили ее на грани катастрофы и вроде бы работали довольно эффективно.

Ее гомеопат, которого она в глаза не видела, жил в Санта-Фе, где лечил ее подругу, добиваясь замечательных результатов. Она звонила ему почти каждый день, чтобы поговорить о своем самочувствии, и он задавал ей разнообразные вопросы — например, "Язык обложен?" или "Нет ощущения, что течет из ушей?" — на основании которых прописывал средства, обычно около шести пилюль в день. Организм, говаривал он, как оркестр, а лекарства — как камертон. Клодия привержена ритуалу, и мне кажется, что ее в какой-то мере убедила сама сложность этого режима. Ей нравились все эти бутылочки и консультации, и строгая последовательность всего процесса. Ей нравилось, что там есть и чистые элементы — сера, золото, мышьяк, — и экзотические соединения и смеси — белладонна, рвотный орех, черная жидкость кальмара. Сосредоточиваясь на лечении, она отвлекалась от болезни. Обычно ее гомеопат умел справляться с острой ситуацией, даже если не мог изменить лежащие в ее основе перепады в состоянии духа.

Клодия всю жизнь всматривалась в свою депрессию и поддерживала в отношении нее особую дисциплину. "Мне очень трудно помнить хорошее, когда я в депрессии. Я без конца прокручиваю в памяти все плохое, что мне делали — я злопамятна, как слон, — и как я переживала обиду, и стыд, и неловкость, и все это накручивается и становится хуже, чем было на самом деле, это точно. Вот только подумаю о чем-нибудь таком и сразу всплывает еще десяток эпизодов, и за ними еще два. Я хожу в группу альтернативной духовности, и там мне велели записать все плохое, что мешает моей жизни, и это заняло двадцать страниц; а потом велели записать хорошее, и я не могла придумать ничего хорошего, что могла бы сказать о себе. И еще меня возбуждают вещи темные, Аушвиц, например, или авиакатастрофы, и я не могу перестать воображать свою смерть в какой-нибудь такой ситуации. Мой гомеопат обычно придумывает, что прописать от такого маниакального страха катастрофы.

Я — очень опытный человек в отношении себя. В следующем месяце исполнится уже двадцать девять лет, как я себя знаю. И я знаю, что сегодня могу рассказать вам одну связную историю, а завтра это будет совершенно другая, не менее связная история. Моя реальность меняется с настроением. Сегодня я могу вам рассказывать, какая у меня ужасная депрессия и как она меня всю жизнь терзает, а завтра, если она окажется немного под контролем, я могу сообщить, что все просто прекрасно. Я стараюсь думать о счастливых моментах. Я стараюсь что-нибудь делать, чтобы не копаться в себе, потому что это быстро приводит к депрессии. В депрессии я стыжусь всего, что во мне есть. Я не могу сжиться с мыслью, что все прочие, пожалуй, тоже люди и способны испытывать разные эмоциональные состояния. У меня унижительные сны; даже во сне я не могу убежать от этого ужасающего, давящего чувства угнетенности, безнадежности жизни. Надежда умирает первой".

Клодию Уивер угнетала неуступчивость родителей: "Они хотели, чтобы я была счастлива, — но только на их манер". Уже в детстве "я пребывала в собственном мире. Я ощущала себя другой, отдельной: маленькой, ничего не значащей, затерянной в своих мыслях, почти не осознающей других людей. Выходя во двор, я просто слонялась там, ничего не замечая". Род-

ные на все это только "поджимали губы". В третьем классе она начала сдавать физически. "Я ненавидела, когда меня трогали, целовали и обнимали, даже мои родные. В школе я все время была страшно утомленная. Помню, учителя говорили: "Клодия, подними голову с парты". И никто ничего не заподозрил. Вспоминаю, как я могла прийти в спортзал и уснуть прямо на батарее. Я ненавидела школу; у меня не было ощущения, что у меня есть друзья. Любое сказанное мне слово могло меня обидеть, и действительно обижало. Я помню, как в шестом или седьмом классе ходила по коридору и не ощущала никакого интереса к чему бы то ни было. Мои детские воспоминания очень горькие, хотя временами я чувствовала странную гордость за свое отличие от остального мира. Депрессия? Она была всегда; просто ее называли не сразу. Я росла в очень любящей семье, но им и в голову не приходило — как и большинству родителей того поколения, — что у их ребенка может быть расстройство душевного состояния".

Истинным наслаждением была для нее верховая езда, к которой она проявляла очевидные способности. Родители купили ей пони. "Езда верхом сообщала мне уверенность в себе, приносила радость, открывала единственное окно надежды. У меня хорошо получалось, это признавали другие, и я любила этого пони. Мы сработались как команда и относились друг к другу по-партнерски. Он, похоже, знал, что нужен мне. Это избавляло меня от тоски".

В десятом классе Клодия училась в интернате; после конфликта с тренером по вопросам техники верховой езды она забросила спорт. Родителям девушка сказала, чтобы они продали пони; у нее не было сил на нем ездить. Этот первый семестр в интернате стал временем обращения, как она теперь это понимает, к духовным вопросам: "Зачем я здесь? Какова моя истинная цель?" Соседка по комнате, с которой она делилась некоторыми из таких вопросов, незамедлительно сообщила о них школьному начальству, передав вырванные из контекста отрывки разговора. Начальство решило, что Клодия суицидальна, и тут же отправило ее домой. "Это было дико неловко. Мне было очень стыдно, и я больше не ощущала в себе желания быть частью чего бы то ни было. Жить с этим было очень тяжело. Окружающие могли быстро об этом забыть, а я не сумела".

В тот год, по-прежнему в состоянии сильного потрясения, она начала сама себя резать — она называет это "совершенно непривлекательной альтернативной формой анорексии"<sup>39</sup>. У нее был такой трюк: она делала надрез и сжимала кожу, не позволяя ему кровоточить, а потом раздвигала, чтобы текла кровь. Порезы были тоненькие и не оставляли шрамов. Она знала в школе нескольких девочек, которые тоже резали себя — "нашего полку прибыло, и немало". Это продолжалось и потом, очень нерегулярно; время от времени она резалась в колледже, и уже ближе к тридцати порезала левую руку в нескольких местах и живот. "Это не крик о помощи, — говорит она. — Ты ощущаешь душевную боль и хочешь от нее убежать. И тут тебе на глаза попадается нож, и ты думаешь: какой он острый и гладкий, а что если я вот здесь надавлю... ты прямо очарована этим ножом". Соседка по комнате увидела порезы и снова пожаловалась. "Тогда они сказали, что я *определенно* суицидальна, и это меня совершенно выбило из колеи. У меня зубы стучали — так я психовала". Ее снова отправили домой с наказом показаться психиатру. Клодия пошла к психиатру, и тот сказал, что на самом деле она — вполне нормальна, а соседка по комнате и школьное начальство сами чокнутые. "Он понял, что я не собираюсь кончать с собой, а только прошупываю границы, кто я такая и куда направляюсь". Через несколько дней она вернулась в школу, но в безопасности себя не ощущала, и у нее начали развиваться симптомы острой депрессии. "Я чувствовала себя все более утомленной, все дольше и дольше спала, все меньше и меньше делала, и все больше старалась оставаться одна — я была совершенно несчастна. Рассказывать об этом никому не хотелось".

Скоро Клодия спала уже по четырнадцать часов в сутки. "Я просыпалась посреди ночи, шла в ванную и там занималась, и все считали это совершенной нелепицей. Ко мне стучались и интересовались, чем это я там занята. Я отвечала: "Уроки делаю", и они спрашивали: "А почему именно здесь?" Тогда я говорила: "Мне так хочется, ясно?" а они опять задавали воп-

*Анорексия* — отказ от приема пищи при сохранном аппетите у больных с идеями физической неполноценности (в виде чрезмерной полноты) либо отсутствие желания есть у депрессивных больных. — *Прим. ред.*

рос: "Почему не в комнате отдыха?" Но если пойти туда, то придется с кем-нибудь общаться, а именно этого я и избегала". К концу года она практически перестала есть обычную пищу. "Я съедала в день семь, восемь плиток шоколада, потому что этого мне хватало, и я не должна была ходить в столовую. Ведь если бы я туда пошла, меня стали бы спрашивать: "Как дела?" — а на этот вопрос мне совсем не хотелось отвечать. Я держалась за занятия и окончила учебный год, потому что, оставаясь на виду, была более незаметна. Если бы я слегла, из школы начали бы звонить родителям, пришлось бы объясняться, и я не смогла бы пережить это всеобщее внимание. Я и не подумала позвонить родителям и сказать, что хочу домой: считала, что нахожусь в ловушке. Я словно была в какой-то дымке и не могла видеть дальше двух метров, — а даже мама была от меня в трех. Я страшно стыдилась своей депрессии, и мне казалось, что все другие могут говорить обо мне только гадости. Мне было неловко ходить в туалет даже одной, а в общественном туалете у меня были бы серьезные трудности. Но я не могла выносить себя и в одиночестве. Я не чувствовала себя достойной быть человеческим существом, даже в таком простом деле. Было ощущение, что кто-то может знать, что именно я сейчас делаю, и становилось стыдно. Это было невероятно мучительно".

Лето после десятого класса было трудным. На фоне стресса у нее развилась экзема, которая преследует ее и поныне. "Находиться с людьми было для меня самым мучительным делом, какое только можно вообразить. Даже просто разговаривать было трудно. Я избегала всего на свете, и в основном лежала в постели с закрытыми шторами. Свет причинял мне боль". Тем летом Клодия наконец начала принимать лекарства — имипрамин. Окружающие заметили стабильное улучшение, и "к концу лета я набрала достаточно энергии, чтобы съездить с мамой в Нью-Йорк за покупками и вернуться домой. Это было самое интересное и наполненное энергией из всего, чем я занималась тем летом". Кроме того, она сблизилась со своим психотерапевтом, который так и остался ее близким другом.

Осенью Клодия перешла в другую школу. Здесь ей отвели отдельную комнату, что пошло ей на пользу. Люди ей нравились, а лекарства поддерживали настроение. Она чувствовала,

что летом ее родственники наконец восприняли ее состояние духа как реальную проблему и это очень помогало. Она стала много работать и заниматься внеклассной деятельностью. В выпускном классе ее назначили старостой, а затем приняли в Принстон.

В Принстоне Клодия нашла для себя многие из стратегий выживания, которым предстояло помогать ей всю жизнь. При всей своей крайней замкнутости ей было трудно одной, и она решила проблему ночной изоляции так: шестеро друзей по очереди укладывали ее спать. Часто они оставались ночевать в ее постели; она еще не была сексуально активна, и друзья уважали ее границы. Они просто составляли ей компанию. "Спать с людьми и чувствовать эту близость, прижиматься к кому-то — это стало для меня настоящим антидепрессантом. Ради того, чтобы только к кому-то прижаться, я откажусь от секса и от еды. Перестану ходить в кино. Пожертвую работой. Я отдам все, разве что оставлю потребность спать и ходить в туалет, чтобы только быть в безопасном окружении, где можно к кому-то прижаться. Честно говоря, я не удивлюсь, если это стимулирует какие-то химические реакции в мозге". Чтобы сделать следующий шаг в физической близости, Клодии понадобилось некоторое время. "Я всегда стыдилась своей наготы; не думаю, что когда-либо примерила купальник без того, чтобы получить шок. Я не была из числа тех, кто слишком рано начинает половую жизнь. Меня долго убеждали, что секс — это нормально. Но я так не думала. Годами я считала, что это вообще не для меня. Это как 7UP: никогда его не пила и никогда не буду. Но в конце концов я изменила свое мнение".

Зимой на первом курсе она попробовала отказаться от лекарств. "Имипрамин, который я пила, всегда давал мне побочные эффекты в самое неподходящее время. Например, надо делать доклад перед полной аудиторией, а у меня такая сухость во рту, что я не могу ворочать языком". Она быстро вновь погрузилась в депрессию. "Я снова не могла выходить, чтобы поесть, — объясняет она, — и моему другу пришлось каждый вечер готовить мне ужин и кормить меня. Он кормил меня восемь недель, и всегда в своей комнате, чтобы мне не приходилось есть при посторонних. Желание жить без лекарств присутствует всегда, и, когда находишься в подобном настроении, не ви-

дишь, насколько все плохо". Наконец друзья уговорили ее вернуться к лекарствам. В то лето Клодия каталась на водных лыжах, и однажды к ней подплыл дельфин и долго плыл рядом. "За всю свою жизнь я никогда не чувствовала присутствие Бога настолько близко. Я знала, что не одна, — кто-то был рядом со мной". Она почувствовала такой подъем, что вновь забросила лекарства.

Через полгода ей пришлось к ним вернуться.

В конце третьего курса Клодия начала принимать прозак, и он хорошо работал, если не считать того, что убивал некоторые аспекты ее внутреннего Я. Так она прожила около восьми лет. "Я принимаю лекарства, а потом начинаю думать, что я в порядке и они мне больше не нужны, и бросаю. Как бы не так! Я бросаю и чувствую себя прекрасно, прекрасно, прекрасно, — а потом начинают случаться неприятности, и я чувствую себя несчастной, как будто несу непосильную тяжесть. А потом происходит пара мелочей — ну, знаете, на самом деле ничего ужасного, просто колпачок от тюбика с зубной пастой падает под раковину, но то, что он падает, становится последней каплей и расстраивает сильнее, чем бабушкина смерть. Я не сразу понимаю, куда двигаюсь; это всегда вниз-вверх, вниз-вверх, вниз-вверх, и трудно оценить, когда окажешься ниже или выше, чем можно". Когда временный спад не позволил ей пойти на девичник к подруге-невесте — "я просто не могла выйти из дома, сесть на автобус и поехать", — она вернулась к прозаку.

Я познакомился с Клодией в тот период, когда она отказалась от лекарств, чтобы разбудить уснувшие сексуальные чувства, и перешла на гомеопатию. Гомеопатия вроде бы работала довольно долго; Клодия считает, что она эффективно поддерживает ее в стабильном состоянии, но, когда обстоятельства забросили ее в новую депрессию, гомеопатия вытащить ее не смогла. Это было трудное время, но она всю долгую зиму держалась на гомеопатии. Раз в месяц она паниковала, боясь, что возвращается депрессия, но оказывалось, что это всего лишь предменструальный синдром. "Я всегда так радуюсь, что начинается менструация, и думаю: "Ох! Ну что ж, значит, дело в этом". Хотя отсутствие лекарств не приводило к серьезному ухудшению, многое становилось труднее. Общая программа лечения казалась несовместимой с физическими недугами,

особенно связанными со стрессом; экзема в какой-то момент обострилась настолько, что кровь на груди проступала сквозь блузку.

Примерно в это время она отказалась от разговорной терапии и начала писать, по выражению фотографа Джулии Кэмерон, "утренние страницы" — двадцатиминутные письменные упражнения по утреннему потоку сознания. Клодия говорит, что они помогли ей прояснить свою жизнь. Вот уже три года она не пропускает ни дня. На стене ее спальни висит список того, что нужно делать, когда чувствуешь спад или просто скуку, — он начинается словами "Прочесть пять детских стихотворений. Сделать коллаж. Посмотреть фотографии. Съесть шоколадку". Через несколько месяцев после начала "утренних страниц" она встретила своего нынешнего мужа. "Я пришла к пониманию, что моя жизнь гораздо счастливее, когда кто-то работает в соседней комнате. Компания для меня очень важна: она необходима мне для эмоциональной стабильности. Мне нужно, чтобы меня успокаивали. Мне нужны маленькие знаки внимания. Даже при очень несовершенных отношениях мне гораздо лучше с кем-то, чем одной". Ее жених примирился с тем, что у нее бывают депрессии. "Он знает, что ему надо быть начеку, быть готовым помочь мне, когда я приду домой после обсуждения своих депрессий, скажем, с вами, — говорит она мне. — Он знает, что должен быть постоянно наготове на случай, если случится рецидив. Когда он со мной, я гораздо увереннее в себе и способна больше делать". Собственно говоря, после знакомства с ним она чувствовала себя так хорошо, что решила сойти с гомеопатического режима, которому следовала. Год она провела в эмпиреях, придумывая вместе с женихом, как они отпразднуют свадьбу.

Это была прекрасная летняя свадьба, спланированная с такой же заботливой скрупулезностью, как ее гомеопатическая программа. Клодия была прекрасна; это был один из тех случаев, когда чувствуешь, как все захлестывают волны любви, исходящие от множества собравшихся друзей. Мы все, кто знал Клодию, радовались за нее: она нашла любовь; она преодолела горести, одолевавшие ее всю жизнь; она сияла! Ее семья сейчас живет в Париже, но они сохранили дом, в котором росла Клодия, — особняк XVII века в богатом коннектикутском го-

родке. Утром мы все съехались туда на обряд закрепления намерений, где жених и невеста призвали в свидетели четыре страны света и четыре ветра. После этого был обед в доме друга семьи через дорогу. Свадебная церемония состоялась в прекрасном саду в четыре часа пополудни, после чего был коктейль; Клодия и ее муж открыли коробку с бабочками, и они волшебным образом порхали вокруг нас. Вечером был элегантный ужин на 140 гостей. Я сидел рядом со священником, который утверждал, что никогда не служил венчания, которое было бы так тщательно оркестровано; сценарий, написанный Клодией и ее мужем, содержал авторские ремарки "оперных масштабов", сказал он. Все было изысканным. Карточки с именами, а также меню и текста венчальной службы были напечатаны ксилографическим резным клише на бумаге ручной выделки. Кругом висели картины, написанные по специальному заказу. Жених сам сделал торт, внушительное четырехэтажное сооружение.

Перемены, даже положительные, вызывают стресс; а брак — одна из самых серьезных перемен, какие только можно произвести. Проблемы, начавшиеся еще до свадьбы, скоро после нее усугубились. Клодия считала, что неприятности связаны с ее мужем; она не скоро сообразила, что ситуация могла быть проявлением симптомов. "Он тревожился за меня и мое будущее сильнее меня самой. Все помнят меня счастливой в день свадьбы, и на фотографиях я выгляжу счастливой. А я весь день говорила себе: я должна быть влюблена, я должна быть действительно влюблена, раз я это делаю. Я чувствовала себя, как ягненок на заклании. В свадебную ночь я была просто без сил, а наш медовый месяц оказался настоящей катастрофой. За все путешествие у меня не нашлось для него доброго слова. Я не хотела быть с ним рядом, не хотела смотреть на него. Мы попробовали секс, но мне было больно и ничего не получилось. Я видела, как он влюблен, и не могла поверить! Я думала, все будет иначе, и чувствовала себя глубоко несчастной при мысли, что загубила его жизнь и разбила его сердце".

В конце сентября она вернулась к гомеопатическому режиму. Раньше он хорошо стабилизировал, но вытащить ее из депрессии, ставшей острой, не смог. "Я, бывало, работаю, — вспоминает она, — и вдруг чувствую, что сейчас сорвусь и заплачу.

Я настолько боялась, что стану действовать непрофессионально, что едва справлялась с работой. Приходилось придумывать оправдания, говорить, что разболелась голова и надо уйти. Мне было ненавистно все, ненавистна моя жизнь. Я хотела развода или аннулирования брака. Я чувствовала, что у меня нет друзей, нет будущего, что я сделала ужасную ошибку. Я думала — Господи, о чем мы будем разговаривать всю оставшуюся жизнь? Нам придется вместе ужинать — о чем мы будем говорить? Нам нечего больше сказать друг другу. Муж, конечно, считал, что это его вина, и чувствовал к себе дикое отвращение, и ему не хотелось бриться, идти на работу... ничего. Я дурно себя вела с ним, я знаю. Он старался изо всех сил и просто не знал, что делать. Что бы он ни сделал, это все равно было не по мне. Но тогда я этого не понимала. Я просила, чтобы он ушел, говорила, что мне надо побыть одной; а на самом деле хотела, чтобы он настаивал на том, чтобы остаться со мной. Я спрашивала себя: что имеет для меня значение? Не знаю. Что доставит мне радость? Не знаю. Чего я хочу? Не знаю! Это окончательно выбило меня из колеи. Я ничего не ожидала в будущем и все свои проблемы привязывала к мужу. Я знаю, что вела себя с ним ужасно — я и тогда это понимала, — но остановиться была не в силах". В октябре она обедала с приятелем, который сказал, что она сияет, "как человек, счастливый в браке", и она разрыдалась.

Это со времени учебы в школе был самый тяжелый период для Клодии. Наконец в ноябре друзья уговорили ее вернуться к западной медицине. Ее психиатр сказал, что так долго держаться за гомеопатию — безумие, и дал ей сорок восемь часов на очистку организма, прежде чем начать принимать целексу. "Разница почувствовалась мгновенно. У меня по-прежнему бывают депрессивные моменты и мысли, и это убивает мои сексуальные чувства; возникает ощущение, что я должна сильно стараться ради мужа, но при этом исчезает не только интерес к сексу, а даже физические проявления возбуждения. Где-то процента на два этот интерес возникает лишь во время овуляции. Но все равно, мне, несомненно, лучше! Мой муж — чудесный человек; он говорит: "Я женился на тебе не ради секса, и это не важно". Я думаю, он просто испытывает облегчение от того, что я больше не такое чудовище, каким была после свадьбы. Наша жизнь понемногу приходит в норму. Я вижу

в нем качества, каких желала, и уверенность в будущем вернулась. У меня опять есть к кому прижаться. Я очень нуждаюсь в этом, и он восполняет мои потребности, — он тоже любит прижиматься. Он дал мне возможность почувствовать, что я — хороший человек, и я рада снова быть с ним. Он меня любит, а ведь такое сокровище встречается в наше время очень редко. Я бы сказала, что у нас сейчас прекрасные отношения, по меньшей мере на 80%.

Я чувствую себя хорошо, хотя и немного искусственно. Когда я принимала на десять миллиграммов препарата меньше, депрессивные моменты все равно наступали; это тревожило, мешало жить и работать — справляться с этим было мучительно и трудно, хотя у меня и получалось. Я знаю, что лекарства нужны мне по-прежнему, чтобы держаться в форме. Я не чувствую стабильности. У меня нет того ощущения свободного полета, которое я переживала, когда планировала свадьбу. Если бы я чувствовала себя в достаточной безопасности, я бы бросила лекарства, но я не ощущаю безопасности. Мне становится все труднее понять, когда у меня депрессия, а когда нет: депрессивная тенденция во мне гораздо сильнее, чем даже сама депрессия. Депрессия — это не альфа и омега моей жизни. Я не собираюсь всю оставшуюся жизнь лежать в постели и страдать. Люди, которые добиваются успеха, несмотря на депрессию, делают три вещи. Во-первых, они стремятся понять, что происходит. Во-вторых, они принимают эту ситуацию как неизменную. А затем они должны как-то усвоить этот опыт, вырасти с его помощью и вывести себя в мир реальных людей. Как только достигнешь понимания и роста, начинаешь осознавать, что можешь взаимодействовать с миром, и жить своей жизнью, и выполнять свою работу. Ты больше не инвалид, и это настоящее чувство победы! Депрессивный человек, который может отбросить созерцание своего пупка, менее невыносим, чем тот, кто не может. Поначалу, когда я поняла, что всю жизнь придется плясать под дудку собственного настроения, мне было очень, очень горько. Но теперь я не чувствую себя беспомощной. Главной темой моей жизни стал вопрос роста: пусть сейчас это больно, но чему я могу на этом научиться?" Клодия Уивер склоняет на бок голову. "Я это понимаю. Мне повезло". Именно ее пытливый дух, не меньше чем любое эксперимен-

тальное лечение, позволил ей выйти более или менее невредимой из всех трудностей, встреченных в жизни.

Из всех изученных мною психотерапевтических групп наиболее утонченной, заботливой и приводящей людей ближе всего к решению, представляется мне та, что базируется на трудах Берта Хеллингера в Германии. Хеллингер, бывший священник и миссионер среди зулусов, имеет большую и преданную группу последователей, работающих в стиле гештальт-терапии. Один из его учеников, Рейнгард Лир, в 1998 году приехал в Соединенные Штаты и проводил курсы интенсивной терапии, в которых я участвовал. По мере погружения в процесс мой естественный скептицизм уступал место уважению. Занятия у Лира, несомненно, оказали на меня определенное воздействие, и я видел, какой огромный эффект они производили на других участников группы. Подобно EMDR, метод Хеллингера наиболее эффективен, пожалуй, для тех, чьей проблемой является перенесенная травма; но, с точки зрения Лира, травмирующим может быть какой-нибудь базовый жизненный факт — например, "моя мать меня ненавидела", — а не отдельное, ограниченное во времени событие.

Мы собрались в группу из двадцати человек и с помощью неких базовых упражнений установили атмосферу доверия. Затем каждому из нас предложили составить рассказ о том, что в нашей жизни было самым болезненным. Мы делились своими воспоминаниями в свободной форме, а затем нам предлагалось выбрать из группы людей, которые будут представлять других персонажей нашей истории. После этого Рейнгард Лир, как хореограф, ставил некий изошренный танец, используя этих людей как живые вехи, ставя одного перед другим, передвигая сюжет и переделывая историю к более благополучному разрешению. Он называл эти образования "семейными созвездиями". Я решил исходить из смерти матери, ставшей источником моей депрессии. Кто-то изображал мою мать, другой — отца, третий — брата. Лир сказал, чтобы бабушки и дедушки тоже были представлены, и тот, которого я знал, и те три, которых не знал. Перемещая нас, он велел мне обращаться к этим персонажам. "Что вы хотите сказать отцу вашей матери, который умер, когда она была еще совсем юной?" — спрашивал он.

Из всего, чем я только занимался, изучая депрессию, это лечение больше всего, пожалуй, зависело от харизматического лидера. Лир умел мобилизовать в каждом из нас значительные силы, и к концу двадцати минут этого танца и разнообразных высказываний я действительно ощущал, будто снова говорю с мамой, и сказал ей многое из того, что думал и чувствовал. Потом пелена спала, и я снова был в зале семинаров конференц-центра в Нью-Джерси, но ушел я в тот день с ощущением покоя, как если бы что-то разрешилось. Может быть, это был просто сам факт обращения к тем силам, с которыми я никогда не общаюсь — исчезнувшие бабушки и дедушки, утраченная мать, — но процесс меня тронул, и мне подумалось, что в нем есть нечто священное. Депрессии он не вылечит, но может принести душевный покой.

Больше всего сочувствия вызывал в нашей группе человек немецкого происхождения, который узнал, что его родители работали в концентрационном лагере. Бессильный справиться с этим ужасным знанием, он впал в тяжелую депрессию. Обращаясь к разным членам своей семьи, которых Рейнгард Лир перемещал то ближе к нему, то дальше, этот человек плакал, и плакал, и плакал. "Вот ваша мать, — сказал в какой-то момент Лир. — Она совершила ужасные вещи. Но любила вас и защищала, когда вы были ребенком. Скажите ей, что она вас предала, а потом добавьте, что всегда будете ее любить. Не старайтесь ее простить". Звучит надуманно, но в тот момент это было сладостно действенно.

Говорить о депрессии, пребывая в ней, трудно даже с друзьями, и потому идея групп поддержки людей с депрессивными расстройствами звучит логическим противоречием. Тем не менее такие группы получили распространение по мере того, как случаи депрессии стали распознаваться в более широком масштабе, а финансирование психотерапии сократилось. Я сам во время депрессии в такие группы не ходил — из снобизма, апатии, невежества и чувства частного пространства, — но начал ходить, когда работал над этой книгой. Сотни организаций — в основном при больницах — устраивают группы поддержки на всей территории США и по всему миру. "Ассоциация людей с депрессиями и смежными душевными расстройствами"

(Depression and Related Affective Disorders Association, DRADA) при клинике Джонса Хопкинса, ведет шестьдесят две группы, организовала систему приятельства один на один и издает на редкость хороший бюллетень под названием "Попутного ветра" (*Smooth Sailing*). "Группа поддержки людей с расстройствами психического состояния" (Mood Disorders Support Groups, MDSG), базирующаяся в Нью-Йорке, — крупнейшая организация в США, проводящая четырнадцать групп поддержки каждую неделю и обслуживающая около семи тысяч участников в год; MDSG также ежегодно спонсирует десять лекций, на каждую из которых приходит около ста пятидесяти человек. Они издают ежеквартальный бюллетень, охватывающий около шести тысяч человек. Группы MDSG встречаются в нескольких местах; я ходил в основном в клинику Бет-Израиль в Нью-Йорке по пятницам в семь тридцать вечера, когда большинство депрессивных людей не назначают свиданий. На входе вы платите четыре доллара наличными и получаете клейкую этикетку с вашим именем (без фамилии), которую носите во время встреч, где собираются около двенадцати человек и ведущий. Первым делом каждый представляется и объясняет, чего ждет от данной встречи. Затем открывается общее обсуждение. Люди рассказывают свои истории и дают друг другу советы. Сеансы занимают два часа. На них разрывается сердце; и страшно, и невозможно оторваться; там полно людей с историей тяжелейших депрессий за плечами; на них не действует лечение, их все забросили. Эти группы стараются восполнить все возрастающую обезличенность системы здравоохранения; у многих приходящих в группы болезнь разорвала все связи, отняла родных и друзей.

Во время типичной встречи я приходил в комнату, залитую флуоресцентным светом, и находил там с десяток человек, готовых рассказывать свои повести. Депрессивные люди — не из числа тех, кто хорошо одевается, нередко они находят, что мытье отнимает слишком много энергии. У многих из этого народа вид такой же жалкий, как самочувствие. Я ходил туда семь пятниц. В последнее мое посещение первым говорил Джон, потому что ему нравилось говорить; он был вполне в порядке, и приходил почти каждую неделю вот уже десять лет, и знал, что к чему. Джон сохранил работу, ни дня не пропустил. Ле-

карств он не желал, экспериментировал с травами и витаминами: полагал, что выкарабкается. Дэйна была в тот день слишком погружена в депрессию, чтобы разговаривать. Она сидела, подтянув колени к подбородку; обещала поговорить позже. Энн довольно давно не приходила в MDSG. У нее было трудное время; она принимала от депрессии эффектор, который ей хорошо помогал. Затем дозу повысили — она впала в паранойю, "слетела с катушек". Считала, что за ней охотится мафия, забаррикадировалась в своей квартире. Попала в больницу, принимала "все лекарства, все до единого", и, когда ни одно не помогло, пошла на ЭШТ. С тех пор мало что помнит: ЭШТ порядком очистила память. Раньше она была из начальства, белый воротничок. Теперь нанимается к людям кормить их кошек. Сегодня упустила двух клиентов, тяжело переживает отказ и унижение. Вот и решила прийти. Глаза ее полны слез.

— Вы все такие славные, слушаете друг друга, — говорит она. — А там никто не слушает. — Мы стараемся помочь. — У меня было много друзей. Теперь никого не осталось. Но я справляюсь. Хожу от одного кота к другому, это хорошо, какое-то движение, движение помогает.

Джима заставили уйти из "государственного учреждения", потому что он слишком часто не выходил на работу. Три года на инвалидности. Большинство пока еще знакомых его не поймут. Он притворяется, что ходит на работу, днем не берет трубку. Сегодня выглядел неплохо, лучше, чем в предыдущие встречи.

— Если бы я не мог создавать видимость, — говорит он, — я бы покончил с собой. Только это меня и держит.

Следующим был Хови. Весь вечер он просидел, прижимая к груди свой пуховик. Хови приходит часто, а говорит редко. Он оглядывает комнату. Ему сорок, но он никогда не имел полноценной работы. Две недели назад он объявил, что собирается поступить на работу, получать зарплату, стать нормальным человеком. Он принимает какие-то хорошие лекарства, и они помогают. А вдруг перестанут? Получит ли он снова социальное пособие по инвалидности, свои 85 долларов в месяц? Мы все его подбадривали, давай, мол, попробуй пойти на работу; но вот сегодня он говорит, что отказался — слишком страшно. Энн спрашивает, постоянно ли он хандрит, влияют ли внешние

события, чувствует ли он себя иначе в отпуске. Хови смотрит на нее тупо.

— У меня никогда не было отпуска. — Все устали на него. Он переступает ногами по полу. — Простите. Я, наверно, хочу сказать, что мне не от чего было брать отпуск.

Рассказывает Полли:

— Я слышу, как говорят о циклах, как входят в хандру и выходят, и мне завидно. У меня так не бывает. Я всегда была такая; и в детстве была болезненная, несчастная, нервная. Может у меня еще быть надежда?

Она обнаружила, что клонидин (Clonidine) в микродозах прибавляет ее от сильной потливости, сопровождавшей прием нардила. Первоначально она была на литии, но от этого прибавляла по семь килограммов в месяц и бросила. Кто-то предложил попробовать депакот, который может помочь справиться с нардилом. Ограничение питания при нардилье для нее пытка. Джейм говорит, что от паксила ему еще хуже. Мере говорит, что принимала паксил, и он ей не помог. Мере говорит как бы сквозь туман:

— Не могу решить, — говорит она. — Ничего не могу решить. — У Мере была такая апатия, что она неделями не могла встать с постели. Ее психотерапевт чуть ли не силой заставил прийти в эту группу. — До лекарств я была невротичная, жалкая, суицидальная личность. А теперь мне просто на все наплевать. — Она оглядывает комнату, будто мы — судейская коллегия у райских врат. — Что лучше? Какой мне быть личностью?

Джон качает головой:

— Да, когда лекарство хуже болезни, — говорит он, — это проблема.

Теперь очередь Шерил. Она озирается, но всем очевидно, что она никого из нас не видит. Ее привел сюда муж в надежде, что это поможет; он ждет в коридоре.

— У меня ощущение, — говорит она, и голос у нее плывет, как на старом проигрывателе, — что я уже несколько недель как умерла, но мое тело еще об этом не узнало.

Это скорбное собрание разделяемых всеми мук для многих было единственным облегчением. Я вспоминал свои худшие времена, и ищущие, вопрошающие взгляды, и отца, спраши-

вающего "Тебе лучше?", и себя, и свою горечь, когда я отвечал "Нет, не лучше". Одни друзья были великолепны, с другими я чувствовал обязанность быть тактичным и остроумным. "Я бы с радостью пришел, но у меня сейчас нервный срыв, может, перенесем?" Легко хранить секреты, если говорить правду ироническим тоном. Это основополагающее ощущение в группе поддержки — я сегодня в своем уме, а вы? — говорило о многом, и мои предубеждения, почти против моей воли, начали слабеть. Существует много такого, что невозможно высказать во время депрессии и что могут интуитивно понять только те, кто знает. "Если бы я ходила на костылях, они не просили бы меня танцевать", — сказала одна женщина, рассказывая о настойчивых попытках ее родных заставить ее выйти из дома и развлечься. В мире много страданий, и большинство людей держат свои муки при себе, катясь по своей мучительной жизни в невидимых креслах-каталках, закованные в невидимые гипсовые корсеты. Мы поддерживали друг друга своими рассказами. На одной из встреч страдающая Сью, проливая слезы сквозь толстый слой туши, сказала:

— Мне надо знать — кто-нибудь из вас чувствовал себя так, как я, и смог выкарабкаться? Скажите мне, я специально приехала, чтобы это услышать, так бывает? Умоляю, скажите, что бывает.

В другой раз кто-то сказал:

— У меня очень болит душа; мне просто надо пообщаться с другими.

MDSG служит и чисто практическим целям, особенно для тех, за кем не стоят друзья, родные и хорошая медицинская страховка. Ты не хочешь, чтобы об *этом* знало твое начальство или потенциальный работодатель; что можно сказать, чтобы при этом не солгать? К сожалению, те участники, с которыми сталкивался я, по большей части дают друг другу отличную поддержку, но ужасные советы. Если потянешь лодыжку, другие люди с потянутой лодыжкой могут дать тебе полезные указания, но если у тебя душевная болезнь, не следует полагаться на советы других людей с душевными болезнями. Ужасаясь тому, каких страшных советов надавали этим людям, я старался использовать знания, почерпнутые из прочитанного, но добиться большого авторитета было трудно. Кристиан был явно

из числа людей с биполярными расстройствами и, не принимая лекарств, приближался к мании; я уверен, что еще до выхода этой книги у него случится суицидальная фаза. Наташе и думать не следовало прекращать прием паксила так скоро. Клодия прошла через ЭШТ, судя по ее словам, сделанную кое-как и чрезмерно, после чего непомерными дозами лекарств доведена до состояния зомби. Джим мог бы, пройдя ЭШТ, сохранить работу, но не знал, как действует эта терапия, а то, что рассказала Клодия, не воодушевляло.

Однажды кто-то заговорил о попытках объяснить все друзьям. Стивен, ветеран MDSG, спросил всех участников:

— У вас есть друзья там, снаружи?

Кроме меня еще только один человек ответил утвердительно. Стивен сказал:

— Я стараюсь подружиться с новыми людьми, но не знаю, нужно ли это. Я слишком долго был отшельником. Я принимал прозак, и он работал год, а потом перестал. В тот год я много сделал, но все потерял. — Он посмотрел на меня с любопытством. Грустный человек, светлая душа, интеллигент — явно прелестный человек, как кто-то ему и сказал в тот вечер, — но его ведь не было! — Где вы знакомитесь с людьми, кроме как здесь? — И, не дождавшись моего ответа: — А познакомившись, о чем говорите?

Как и все болезни, депрессия — великий уравниватель, но я не встречал депрессивного человека, менее подходящего для этой роли, чем двадцатидевятилетний Фрэнк Русакофф, тихий, вежливый, добродушный и симпатичный, из тех, кто всегда выглядит абсолютно нормально, — но только страдает жесточайшей депрессией. "Хотите войти в мою голову? — писал он когда-то. — Добро пожаловать. Не совсем то, чего вы ожидали? Я и сам ожидал другого". Примерно через год по окончании колледжа Фрэнк Русакофф был в кино, и тут его подкосила первая депрессия. За последующие семь лет он тридцать раз лежал в больнице.

Первый эпизод наступил внезапно: "По дороге домой из кино я осознал, что сейчас врежусь в дерево. Какой-то груз давил на ногу, кто-то тянул меня за руки. Я понял, что не доеду до дома, потому что на пути так много деревьев, а мне все труднее и труднее противиться, и я поехал в больницу". В последующие

годы Фрэнк перепробовал все лекарства, какие только есть на свете, — и ничего. "В больнице я реально пытался удавиться". Наконец он пошел на ЭШТ. Это помогло, но ввело ненадолго в маниакальное состояние. "Я галлюцинировал, набросился на другого больного, и меня какое-то время держали в изоляторе", — вспоминает он. Пять следующих лет он проходил поддерживающую ЭШТ (не курс, а один сеанс) всякий раз, когда депрессия нападала — обычно раз в шесть недель. Его посадили на комбинацию лития, веллбутрина, ативана, доксепина (Doxepin), цитомела (Cytomel) и синтроида (Synthroid). "ЭШТ работает, но я ее ненавижу. Это совершенно безопасно, я рекомендую ее всем, но ведь когда через голову пускают ток, это страшновато... Кроме того, возникают отвратительные проблемы с памятью. И голова болит. Я всегда боюсь, что они сделают что-нибудь не так или что я не очнусь. Я веду дневник и потому помню, что происходило, а то бы никогда не вспомнил".

У разных людей разные приоритеты методов лечения, но операция — крайняя мера для всякого. Лоботомия, впервые осуществленная на пороге века, стала популярна в 1930-е годы и особенно после Второй мировой войны. Возвращавшихся с фронта контуженых и невротиков без лишних слов подвергали топорным операциям, отделяя лобную долю от других частей мозга<sup>40</sup>. В дни расцвета лоботомии в США производилось около пяти тысяч операций в год, из которых от 250 до 500 становились причиной смерти. Эта тень омрачает психхирургию сегодня. "Очень печально, — говорит Эллиот Валенстайн, человек, пишущий историю психхирургии, — но люди до сих пор связывают эти операции с манипуляцией разумом и бегут от них". В Калифорнии, где какое-то время была запрещена ЭШТ, психхирургия запрещена и сейчас. "Статистика по психхирургии знаменательна, — говорит Валенстайн. — Около 70% подлежащих хирургии — а это те, кому не помогло все прочее, — хоть как-то реагируют на лечение, а около 30% из них демонстрируют заметное улучшение. Эта операция делается

<sup>40</sup> *Лоботомия* (син. лейкотомия, сингулотомия) — операция рассечения белого вещества лобных долей головного мозга. В СССР применялась для лечения шизофрении в 1930—1940-х гг.; сейчас в России применение этого метода запрещено. — *Прим. ред.*

только больным с тяжелыми и продолжительными психическими заболеваниями, не поддающимися ни медикаментозной, ни электрошоковой терапии, когда отказывает все, что бы на них ни пробовали — самые безнадежные случаи. Это нечто вроде крайней меры. Мы проводим операцию по самой щадящей форме, и иногда ее приходится повторять два, три раза, но мы предпочитаем этот метод европейской модели — там сразу же делают более серьезную операцию. При сингулотомии (рассечении опоясывающей извилины) мы не обнаруживаем ни значительных изменений памяти, ни нарушений когнитивной и интеллектуальной функций".

Когда я познакомился с Фрэнком, он только что вернулся после сингулотомии. Это делается так: производится локальная заморозка скальпа, и хирург сверлит спереди маленькое отверстие. Потом он вставляет электрод прямо в мозг, чтобы уничтожить области ткани размером примерно восемь на восемнадцать миллиметров. Процедура проводится под местной анестезией с применением седативных препаратов. Такие операции сейчас делают лишь в нескольких учреждениях, ведущее из которых — Массачусетская клиническая больница (General Hospital) в Бостоне, где Фрэнка лечил Рис Косгроув, ведущий психиатр США.

Стать кандидатом на сингулотомию нелегко; надо пройти через отборочную комиссию и целую заградительную полосу анализов и собеседований. Подготовка к операции занимает не менее года. Массачусетская клиническая больница, где проводят больше всего подобных операций, принимает пятнадцать-двадцать пациентов в год. Как и антидепрессанты, операция обычно действует не сразу; улучшение часто проявляется на шестой-восьмой неделе, так что вполне вероятно, что улучшение происходит не вследствие удаления каких-то клеток, а от того, что это удаление делает с функционированием других клеток. "Патофизиологию этого процесса мы не понимаем; у нас нет понятия о механизме действия сингулотомии", — говорит Косгроув.

"Надеюсь, операция сработает, — сказал Фрэнк при нашем знакомстве. Он описывал процедуру как бы отчужденно: — Я слышал, как сверло входит в череп, вроде как у дантиста. Они просверлили две дырки, чтобы выжигать что-то у меня в

мозге. Анестезиолог еще раньше сказал, что, если я захочу еще дозу, пожалуйста, он добавит; и вот я лежу и слушаю, как мне открывают череп. Я говорю: как-то жутковато, нельзя ли меня погрузить поглубже?.. Надеюсь, это поможет; а если нет, то у меня есть план, как все это закончить, потому что так дальше нельзя".

Несколько месяцев спустя он почувствовал себя немного лучше и пытался восстановить свою жизнь. "Мое будущее выглядит сейчас очень туманно. Я хочу писать, но слабо верю в себя. Не знаю, что я смогу написать. Похоже, быть все время в депрессии — относительно безопасное состояние. У меня не было никаких обычных житейских забот, которые есть у всех: я знал, что не могу функционировать достаточно хорошо, чтобы позаботиться о себе. А теперь что мне делать? Попробовать привычки долгих лет депрессии — этим мы сейчас с моим врачом и занимаемся".

Операция в сочетании с зипрексой оказалась для Фрэнка успешной. За следующий год у него было несколько всплесков, но он ни разу не попал в больницу. Все это время он писал мне о своих успехах; как-то раз, на свадьбе у друга, он сумел не ложиться всю ночь. "Раньше, — писал он, — я этого не мог, потому что боялся потерять свое неустойчивое душевное равновесие". Его пригласили в аспирантуру Университета Джонса Хопкинса на научную журналистику. С великим трепетом он решил учиться. У него появилась подруга, с которой он был — пока что — счастлив. "Я недоумеваю, когда кто-то соглашается впутываться в очевидные проблемы, которые меня сопровождают, но это действительно прекрасно — иметь и компанию, и роман одновременно. *Моя подруга* — ради этого стоит постараться".

Он успешно окончил курс и получил работу в молодой и развивающейся интернет-компании. В начале 2000 года он написал мне о прошедшем Рождестве. "Отец сделал мне два подарка: первый — автоматическую стереосистему от Sharp Image — излишество и расточительность, но отец считал, что я от этого приду в восторг. Я открыл эту огромную коробку, увидел совершенно ненужную мне вещь и понял: таким способом отец отмечает то, что я живу самостоятельно, имею вроде бы любимую работу и могу сам оплачивать свои счета. А вто-

рой подарок — фотография моей бабушки, которая покончила с собой. Когда я увидел ее, я заплакал. Она была очень красивая. На фотографии она снята в профиль и смотрит вниз. Отец сказал, что это, наверно, начало 30-х годов; изображение черно-белое с матовой голубоватой виньеткой и в серебряной рамке. Мама подошла к моему креслу и спросила, всегда ли я плачу о родственниках, которых никогда не видел, и я сказал: "У нее была та же болезнь, что и у меня". Я и сейчас плачу — не то, чтобы я так уж печалился, но меня переполняют чувства. Может быть, это от того, что я тоже мог покончить с собой, но не стал: окружающие убедили меня, что надо держаться, и я пошел на операцию. Я жив, спасибо моим родителям и врачам. Все-таки мы живем в правильное время, хотя так думается не всегда".

Со всей Западной Африки, а иногда и из еще более отдаленных мест, съезжаются люди на *ндеун*, мистические церемонии для душевнобольных, бытующие у народа лебу (и отчасти серер) в Сенегале. Я отправился в Африку на разведку. Заведующий главной психиатрической больницей Дакара д-р Дуду Саар, практикующий психиатрию западного образца, считает, что все его пациенты сначала пробуют традиционные методы лечения. "Иногда они стесняются рассказывать мне об этом, — говорит он. — Я считаю, что традиционные и современные методы, хотя их не надо смешивать вместе, должны сосуществовать; если бы у меня самого были проблемы, а западная медицина мне не помогла бы, я тоже искал бы помощи у традиционной". Но в его учреждении и так преобладают сенегальские обычаи. Ложась в больницу, пациент должен привести с собой члена семьи, который останется в больнице и будет за ним ухаживать; этому родственнику дают наставления и обучают некоторым простым психиатрическим принципам, чтобы он следил за душевным здоровьем своего подопечного. Больница довольно примитивна — одноместная палата стоит 9 долларов в сутки, двухместная — 5, а большая с рядами коек — 1 доллар 75 центов. Место вполне отвратительное; тех, кто объявлен опасным, запирают за железными дверями, откуда постоянно слышатся их вопли и удары в дверь. Зато там есть симпатичный огород, где обитатели выращивают овощи,

а присутствие множества семейных сиделок несколько смягчает ауру пугающей необычности, так омрачающую многие больницы Запада.

*Ндеуп* — анимистский ритуал, вероятно, предшественник вуду. Сенегал — страна мусульманская, но местное ответвление ислама сквозь пальцы смотрит на эти древние ритуалы, одновременно и открытые, и как бы тайные: можно пройти *ндеуп*, и все соберутся вокруг тебя, но говорить об этом не принято. Мать приятельницы подруги одного моего друга, переехавшая в Дакар несколько лет назад, знала целительницу, которая могла провести обряд, и через эту длинную цепочку я устроил *ндеуп* себе.

В субботу ближе к вечеру мы с несколькими сенегальскими знакомыми поехали на такси из Дакара в городок Руфиск, по пути собирая участников по узеньким улочкам и обветшалым домикам; там мы добрались до дома старухи Мареме Диуф, той самой целительницы. На этом самом месте проводила *ндеуп* и учила ему Мареме ее бабушка; та научилась от *своей* бабушки — семейное предание и эта преемственность уходят корнями в незапамятные времена. Мареме Диуф вышла нам навстречу босая, с платком на голове и в длинном платье, разрисованном довольно устрашающими изображениями глаз и отороченном светло-зеленым кружевом. Она провела нас задом, где под развесистыми ветвями баобаба стояло около двадцати больших глиняных горшков и столько же деревянных фаллических столбов. Она объяснила, что духи, которых она изгоняет из людей, располагаются под землей, а она кормит их с помощью этих горшков, наполненных водой и корнями. Если люди, прошедшие *ндеуп*, оказываются в беде, они приходят сюда омыться или попить воды.

Посмотрев на все это, мы прошли за ней в маленькую темную комнату. Последовала довольно оживленная дискуссия на тему, что теперь делать, и она сказала, что это зависит от того, чего хотят духи. Она взяла мою руку и уставилась в ладонь, как если бы на ней было что-то написано. Она подула на мою руку и велела приложить ее ко лбу, а сама начала ощупывать мой череп. Она спросила меня, сколько и когда я сплю, поинтересовалась, бывают ли у меня головные боли, и затем провозгласила, что мы будем умилостивлять духов с помощью одной бе-

лой курочки, одного красного петушка и одного белого барана. Затем начался торг о цене *ндеупа*; мы сбили цену до 150 долларов тем, что пообещали сами доставить необходимые ей ингредиенты: семь килограммов проса, пять килограммов сахара, килограмм кокосовых орехов, одну тыкву, семь метров белой материи, два больших горшка, одну циновку, одну корзину для молотьбы, одну тяжелую колотушку, курицу с петушком и барашка. Она сказала мне, что мои духи (в Сенегале духи у тебя повсюду, одни полезные, другие нейтральные, третьи вредные — вроде как микробы) ревнуют меня в моих сексуальных отношениях с ныне живущими партнерами, и это и есть причина моей депрессии. "Мы должны совершить жертвоприношение, — заявила она, — чтобы их умиротворить, и тогда они будут сидеть тихо, а ты перестанешь страдать от этой тяжести. Все твои жизненные желания пребудут с тобой, ты будешь спать спокойно, без кошмаров, твои страхи улетучатся".

В понедельник на рассвете мы снова поехали в Руфиск. На окраине городка мы увидели пастуха и остановились, чтобы купить барашка. Нам стоило немалого труда засунуть его в багажник, где он издавал жалобные звуки и обильно опорожнял свои внутренности. Проехав еще десять минут, мы снова углубились в лабиринт узеньких улочек где-то в недрах Руфиска. Мы оставили барашка у Мареме, а сами пошли на рынок за остальными покупками, которые одна из моих приятельниц водружала себе на голову, наподобие наклонной Пизанской башни; возвращались мы к Мареме Диуф в тележке с лошадьёю.

Мне было велено разуться, и меня отвели к месту, где расположены горшки. Землю посыпали свежим песком; там было пять женщин в свободных платьях с огромными бусами из агата и поясами, сшитыми из матерчатых мешочков, похожих на колбаски (набитых листками с молитвами и прочими предметами культа). На одной (по виду лет восьмидесяти) красовались огромные солнечные очки в стиле Джекки Онасис. Меня с вытянутыми вперед ногами и обращенными кверху ладонями — для прорицаний — усадили на циновку. Женщины набрали горстями просо и ссыпали в молотильную корзину, потом туда добавили целый ассортимент атрибутов шаманской власти — короткие толстые ветки, чей-то рог, когтистую лапу, мешочек, завязанный ниткой во много оборотов, какой-то

круглый предмет из красной ткани с вшитыми туда раковинами коури и с плюмажем из конского волоса. Дальше они накрыли меня белой материей и поставили молотильную корзину шесть раз мне на голову, шесть раз на каждую руку и так далее — на все части моего тела. Мне давали палочки, чтобы я их держал и ронял, а женщины совещались и толковали получавшийся рисунок. Я проделал это шесть раз руками и шесть раз ногами. Прилетело несколько орлов, рассевшись на баобабе у нас над головами; это было воспринято как хорошее предзнаменование. Затем женщины сняли с меня рубашку и обернули шею ниткой агатов. Они натерли мне грудь и спину просом. Они велели мне встать, снять джинсы и надеть набедренную повязку, и натерли просом руки и ноги. Наконец они собрали рассыпанное вокруг просо, завернули в газету и велели положить на одну ночь под подушку, а наутро отдать нищему с хорошим слухом и без увечий. Поскольку Африка — континент противоречий, по радио все время процедуры звучала главная тема из "Огненных колесниц".

Затем появились пять барабанщиков и заиграли в свои тамтамы. Вокруг уже стояло около дюжины зевак, а по мере разрастания барабанного боя их стало собираться все больше и больше, пока не набралось сотни две, и все пришли на *ндеуп*. Они образовали кольцо вокруг травяной циновки. Барашек со связанными ногами лежал на боку, ошарашенный происходящим. Мне велели лечь рядом с ним и прижать его к себе, как если бы мы вдвоем теснились на узкой кровати. Меня накрыли простыней и сверху, наверно, двумя дюжинами одеял, так что мы с барашком (которого я должен был удерживать за рога) оказались в полной тьме и удушливой жаре. Я потом увидел, что на одном из одеял вышито *Je t'aime*. Барабаны становились все громче, их ритм все жестче, слышались голоса поющих женщин. Время от времени — по-видимому, по окончании песни — барабанный бой смолкал; потом возникал один голос, барабаны подхватывали, к ним присоединялись остальные четыре, а иногда и сотни голосов зевак. Все это время женщины плясали вокруг меня тесным кольцом, я обнимал барашка, а они били нас по всем местам — как потом выяснилось, красным петушком. Я едва мог дышать; от барашка шел могучий Дух (он снова опорожнился на нашу маленькую постель); зем-

ля дрожала от топота толпы, и я с трудом удерживал барашка, который извивался все бешенее.

Наконец одеяла сняли, меня подняли и повели в танце под барабан, ритм которого все ускорялся. Танец вела Мареме, все остальные хлопали в ладоши, а я имитировал ее притопы и рывки в сторону барабанщиков. Каждая из остальных четырех женщин по очереди выходила вперед, и я подражал им, а потом женщины по одной выходили из толпы, и я должен был танцевать с ними. У меня закружилась голова, и я чуть не упал на протянутые ко мне руки Мареме. Одна женщина вдруг впадала в экстаз, заплясала как одержимая, подпрыгивая, будто земля горела у нее под ногами, а потом рухнула без чувств. Потом я узнал, что год назад она тоже прошла *ндеуп*. Когда я уже совсем выдохся, барабаны внезапно замолчали; мне велели снять с себя все и остаться в одной набедренной повязке. Барашек так и лежал на земле, и я должен был переступить через него семь раз справа налево и семь раз слева направо; потом я стал так, чтобы он был у меня между ногами, и один из бивших в барабан подошел, положил голову барашка над металлическим тазиком и перерезал ему горло. Он отер одну сторону ножа о мой лоб, другую о затылок. Кровь текла из раны барашка и скоро наполовину заполнила миску. Мне велели окунуть руки в кровь и растирать образовавшиеся сгустки. Голова у меня по-прежнему кружилась. Но я сделал, как было велено, а тот человек обезглавил петушка и смешал его кровь с кровью барашка.

Потом мы отделились от толпы и переместились поближе к горшкам, туда, где я был утром. Там женщины обмазали всего меня кровью. Каждый дюйм должен был быть обмазан; они втирали кровь в мои волосы, размазывали по лицу, по гениталиям, по подошвам ног. Они натирали ею всего меня; кровь была теплая, полусвернувшиеся сгустки налипали кашей; все это было как-то необычайно приятно. Когда я был весь в крови, одна женщина сказала, что наступил полдень, и предложила мне "кока-колы", и я с радостью принял. Она позволила мне смыть кровь с руки и со рта, чтобы я мог попить. Кто-то принес хлеба. Кто-то с часами на запястье сказал, что можно спокойно расслабиться до трех часов. Внезапная легкость охватила всех присутствующих, и одна из женщин попыталась учить

меня песням, которые они пели надо мной, пока я лежал под одеялами. Моя набедренная повязка насквозь пропиталась кровью, и на запах слетались и облепляли меня тысячи мух. Тем временем барашка повесили на баобабе, и один из мужчин свежевал и разделявал тушу. Другой, взяв длинный нож, медленно копал три безукоризненно круглые ямы, примерно в полметра глубиной, рядом с горшками от предыдущих *ндеупов*. Я стоял без дела, усердно отгоняя мух с глаз и ушей. Наконец ямы были готовы, и в три часа мне снова велели сесть, и женщины обвязали мне руки, ноги и грудь кишками барашка. Мне велели воткнуть семь прутьев в каждую из ям, всякий раз произнося молитву или загадывая желание. Потом голову барашка разделили на три части и положили по одной в каждую ямку, добавили трав и по куску от каждой части животного, и также по куску от петушка. Мы с Мареме по очереди уложили в каждую ямку по семи лепешек из проса с сахаром. Затем она достала мешочек с семью различными порошками из листьев и коры и посыпала понемногу из каждого в каждую яму. Затем разделили и влили туда же остатки крови; меня развязали, кишки отправились в те же ямы, Мареме покрыла все свежими листьями, и вдвоем с мужчиной (который все старался ущипнуть ее за задницу) они закопали ямы, после чего я должен был топнуть по каждой из них правой ногой. Затем я повторил следующие слова, обращенные к моим духам: "Оставьте меня; дайте мне покой и позвольте мне делать дело моей жизни. Я вас никогда не забуду". Очень трогательное заклинание: "Я вас никогда не забуду" — как будто надо принять во внимание гордость этих духов, как будто хочешь, чтобы им было хорошо от того, что их изгоняют.

Одна из женщин обмазала кровью глиняный горшок, и его поставили на то место, которое только что закопали. В землю воткнули столбик; смесь проса с молоком и водой стали лить на перевернутые миски, оставшиеся с прошлых церемоний, и на фаллические столбики. Нашу миску наполнили водой и добавили туда разных трав в порошкообразном виде. К этому времени кровь на мне запеклась — я как будто был покрыт одним огромным струпом, до предела стягивавшим кожу. Мне сказали, что пора отмываться. Весело смеясь, женщины начали отколупывать с меня кровь. Я стоял, а они набирали в рот

воды и прыскали на меня, и терли, и так отмыли. В конце мне пришлось выпить с пол-литра воды с теми же самыми порошками из листьев, что Мареме использовала раньше. Когда я был совершенно чист и стоял в свежей белой набедренной повязке, снова зазвучали барабаны и толпа вернулась. На этот раз танцевали радостно. "Ты свободен от своих духов, они тебя оставили, — сказала мне одна из женщин. Она дала мне бутылку воды, смешанной с растертыми в порошок листьями, и велела омываться этим целебным настоем, если духи снова начнут меня донимать. Барабанщики бойко наращивали ритм, и у меня вышло спортивное состязание с одним из них — он играл все агрессивнее, а я прыгал все выше и выше, пока он не согласился на ничью. Затем каждому выдали по несколько лепешек и по куску барашка (мы взяли ногу, чтобы сделать вечером шашлык), и Мареме сообщила мне, что теперь я свободен. Было уже больше шести часов вечера. Толпа провожала наше такси, пока могла, а потом стояла и махала руками; мы вернулись домой с радостным чувством хорошо проведенного праздника.

*Идеуп* произвел на меня более сильное впечатление, чем многие формы групповой терапии, практикуемые в наше время в США. Он позволяет иначе взглянуть на недуг депрессии — как на нечто внешнее по отношению к человеку, который им страдает, нечто отдельное от него. Он дает организму встряску, и это действительно может переключить биохимию мозга на высшую передачу — словно ЭШТ, не подключенная к сети. Он влечет за собой опыт близкого общения с людьми. Он включает в себя тесный физический контакт с другими. Он напоминает о смерти, но в то же время подтверждает, что сам ты живой, теплый, деятельный. Он заставляет страдальца много двигаться физически. Он дает подстраховку — конкретную процедуру на случай рецидива. И он полон бодрой энергии — само воплощение движения и звука. Наконец, это — ритуал, а действенность любого ритуала — будь то обмазывание кровью барашка и петушка или беседа с дипломированным психотерапевтом о том, чем занималась ваша мать, когда вы были маленьким, — не стоит недооценивать. Смесь таинственности с конкретностью всегда очень могущественна.

Как выбрать из этого моря средств от депрессии? Каков оптимальный способ лечить этот недуг? Как сочетать неортодоксальные средства с более традиционными? "Я могу дать ответ, который был верным в 1985 году, — говорит Дороти Арстен, специалист по личностно ориентированной психотерапии, изучившая мириады систем лечения. — Могу дать ответ, который был верным в 1992-м, могу дать тот, что был верным в 1997-м, и могу дать тот, что верен сейчас. Но зачем? Я не могу сказать, какой ответ будет верен в 2004-м, но могу сказать, что он определенно будет не тем, который верен сегодня". Психиатрия так же подвержена моде, как и любая другая наука, и кажущееся откровением в один год становится глупостью в другом.

Трудно точно предсказать, что готовит нам будущее. Мы немного продвинулись в понимании депрессии, а в ее лечении за это же время ушли очень далеко. Будет ли лечение и дальше обгонять знание, сказать трудно, поскольку такого рода явления во многом зависят от удачи; знаниям понадобится немало времени, чтобы догнать то, что мы уже делаем. Из лекарств, находящихся сейчас на последних стадиях испытаний, наиболее обещающий — ребокситин, селективный ингибитор обратного захвата норэпинефрина. Норэпинефрин, который активизируется трициклическими антидепрессантами, участвует в механизме депрессии наряду с серотонином и дофамином, и представляется вероятным, что новый активизатор норэпинефрина будет хорошо работать с SSRI и, может быть, с вельбутрином — эта комбинация будет атаковать все нейромедиаторы. Начальные испытания показали, что ребокситин хорош в повышении энергетики пациентов и улучшении их функционирования в обществе, хотя как будто вызывает сухость во рту, запоры, бессонницу, повышенную потливость и ускоренное сердцебиение. Ребокситин выпускается компанией Pharmacia & Upjohn. Тем временем Merck работает над препаратами, направленными на другое находящееся в мозге вещество — P (нейропептид), связанное с реакцией на боль и, по мнению разработчиков, с депрессией. Первый разработанный ими нейтраллизатор вещества P не выглядит особенно эффективным против депрессии, и они рассматривают другие варианты.

Ученые, работающие над проектом "Молекулярная анатомия мозга" (Brain Molecule Anatomy Project, BMAP), пытаются

выяснить, какие гены задействованы в развитии и функционировании мозга. Они также стремятся узнать, когда эти гены активны. ВМАР сильно способствует генетическим манипуляциям. "Я ставлю на гены, — говорит Стивен Хайман из NIMH. — Я думаю, что как только мы выявим несколько генов, задействованных в регуляции душевного состояния или болезни, мы тут же начнем спрашивать: так, а на каких проводящих путях они сидят? А могут ли эти пути нам рассказать о том, что творится в мозге? О мишенях терапии? Когда эти гены включаются в процесс развития? Где они расположены в мозге? Чем отличается функция мозга в этой комбинации, которая создает подверженность болезни, и в той, которая не создает? Какие гены выстраивают этот участок мозга и когда? Представим себе, что мы выяснили, что некая конкретная субнуклеарная область мозжечковой миндалины радикальным образом задействована в удержании под контролем негативного аффекта, что весьма вероятно. Что, если у нас в руках оказываются гены, когда-либо включавшиеся в процесс развития этой области мозга? Это значит, что у нас есть инструментарий для исследования. Гена душевного состояния не существует. Это только значок, как в стенографии. Каждый ген, задействованный в болезни, наверняка имеет много других функций в организме или конкретно в мозге. Мозг — это многофункциональный процессор".

Если определенный набор генов человека состоит из тридцати тысяч генов — а это число, похоже, увеличивается по мере открытия все новых и новых, — а у каждого из них около десяти важных разновидностей только общего характера, то это дает нам  $10^{30000}$  кандидатов на генетическую подверженность болезни. Каков путь от идентификации тех или иных генов до попытки понять, что случается с ними в различных комбинациях на различных стадиях в условиях различного рода стимулов со стороны окружающей среды? Чтобы проверить все комбинаторные возможности, нужна великая вычислительная мощь. А ведь надо еще увидеть, как они проводят свою линию при разных внешних обстоятельствах. При всей скорости наших компьютеров мы отстоим от такого знания на целую вечность. Из всех болезней депрессия, должно быть, стоит где-то в начале списка тех недугов, которые имеют множество при-

чин. Я не генетик, но могу поспорить, что существует по меньшей мере несколько сот генов, способных вести к депрессивным расстройствам. Как именно эти гены запускают в ход депрессию, наверное, зависит от того, как они взаимодействуют с внешними стимулами и друг с другом. Я бы предположил, что большинство этих генов выполняют и полезные функции и удаление их вызвало бы значительный вредоносный эффект. Генетическая информация может помочь нам брать под контроль некоторые виды депрессии, но шансы на победу над депрессией с помощью генетической инженерии в сколько-нибудь обозримом будущем, по-моему, тоньше тонкого льда.



## ГЛАВА V

### ДЕМОГРАФИЯ

Нет двух людей с одинаковой депрессией. Депрессии, как снежинки, всегда уникальны, и, базируясь на одних и тех же существенных принципах, каждая демонстрирует свою неповторимо сложную форму. Тем не менее специалисты любят группировать депрессии: биполярная и униполярная, тяжелая и легкая, травматическая и эндогенная, краткая и длительная. Список можно продолжать — и продолжали — до бесконечности, хотя практическая польза этого процесса для диагностики и лечения до обидного ограничена. Кое-чему можно научиться из конкретных особенностей депрессий, характерных для каждого пола и для разных возрастов, а также из культурных факторов болезни. Исходя из этого можно поставить фундаментальный вопрос: определяются ли отличительные свойства этих депрессий биологическими различиями между мужчинами и женщинами, между очень юными и очень старыми, между азиатами и европейцами, между геями и натуралами или же принципиальны социологические различия — то есть то, какого рода ожидания мы возлагаем на людей в соответствии с демографической группой, которую они представляют? Ответ: в каждом отдельном случае верно и то, и другое. К монолитной проблеме депрессии нельзя подходить однозначно; депрессии контекстуальны и должны рассматриваться лишь в контексте — в обстановке, в которой возникают.

По причинам, связанным в определенной степени с химией и с внешними условиями, депрессией страдает примерно вдвое больше женщин, чем мужчин. Этой разницы нет у депрессивных детей, она появляется лишь в стадии полового со-

зревания. Женщины страдают несколькими характерными для них формами депрессии — послеродовой, предменструальной и климактерической — вдобавок ко всем формам, поражающим мужчин. Колебания в соотношении количеств эстрогена и прогестерона явно влияют на душевное состояние, особенно во взаимодействии с гормональными системами гипоталамуса и гипофиза, но эти влияния непредсказуемы и неоднозначны. Резкое понижение уровня эстрогена приводит к депрессивным симптомам, а высокое содержание эстрогена способствует ощущению благополучия. Перед менструацией одни женщины испытывают физический дискомфорт, другие, вследствие отечности, кажутся себе непривлекательными; и то, и другое понижает душевный настрой. Женщины во время беременности и сразу после родов, хотя и менее всех других склонны к самоубийству, сильнее склонны к депрессии. Тяжелая послеродовая депрессия постигает примерно каждую десятую из рожаящих. Эти новоявленные матери склонны к плаксивости и часто проявляют болезненное беспокойство, раздражительность и отсутствие интереса к своим новорожденным младенцам — отчасти, вероятно, потому, что роды истощают запасы эстрогена, на восстановление которых нужно время. Обычно через несколько недель симптомы пропадают. Мягкий вариант этого синдрома проявляется, похоже, у трети новых матерей. Роды — трудное, изматывающее событие, и иногда то, что сейчас относят к послеродовой депрессии, на самом деле всего лишь небольшой упадок, наступающий после любого чрезмерного напряжения сил. У женщин в период менопаузы вероятность депрессии и ее уровень ниже, что служит сильным свидетельством в пользу гормонального объяснения женской депрессии: период самой острой депрессии у женщин — детородные годы. Высказывалось предположение, что изменение уровня гормонов может влиять на нейромедиаторы, но механизм такого воздействия не обнаружен. Среди популярных, но смутных объяснений депрессии гормональными факторами поражает то, что мужчины синтезируют серотонин примерно на 50% быстрее женщин, что вполне может объяснять большую сопротивляемость у мужчин. Замедленное восстановление запасов серотонина у женщин делает их предрасположенными к затяжной депрессии.

Но одной биологией более высокую частоту депрессий у женщин не объяснить. Существуют очевидные биологические различия между мужской и женской депрессией; имеются очевидные социальные различия в положении мужчин и женщин в смысле силы и власти. Одна из причин более частой депрессивности женщин в том, что они чаще, чем мужчины, бывают в положении изгоев. Характерно, что вероятность послеродовой депрессии особенно высока у женщин, переживающих сильный стресс; у тех же, чьи мужья берут на себя существенную часть забот по уходу за младенцем, уровень "младенческой хандры" низок. Феминистки, занимающиеся депрессией, склонны предпочитать социологические теории биологическим; их обижает подразумеваемая слабость женского организма в сравнении с мужским. Сьюзен Нолен-Хоэкса, одна из ведущих американских ученых, пишущих о женщинах и депрессии, говорит: "Опасно подразумевать выбором ярлыков, что некий аспект женской репродуктивной биологии является центральным фактором психической болезни". Такого рода строй мыслей во многом придал социологической работе по женской депрессии статус политического вопроса. Это, конечно, очень мило, но то, как это выражается, не всегда согласуется с опытом, биологией и статистикой. В действительности многие теоретические подходы к женской депрессии лишь усугубляют проблемы женщин, обращающихся за помощью. Некоторые феминистские теории манипулируют научной реальностью ради достижения политических целей; большинство же медицинских теорий нечувствительны к социальной реальности; наложившись друг на друга, два эти обстоятельства завязали вопрос депрессии и пола в Gordiev узел.

Недавние исследования показали, что на кампусах американских колледжей уровень депрессии среди студентов обоих полов одинаков. Особо пессимистичные феминистки высказывают предположение, что женщины, подверженные депрессии, не попадают в колледж. Другие, оптимистичные, говорят, что в колледже женщины более равны мужчинам, чем в любой Другой социальной обстановке. Я бы в эту кашу добавил идею о том, что мужчины, учащиеся в колледже, пожалуй, более открыто признают свою болезнь, чем менее образованные или более зрелые. Соотношение женской и мужской депрессии

в западных обществах не колеблется, составляя в среднем два к одному. В мире доминируют мужчины, и женщинам от этого не легче. Они менее способны физически себя защитить. У них выше вероятность быть бедными. У них ниже вероятность быть образованными. Они чаще становятся жертвами издевательств. У них выше вероятность подвергаться постоянным унижениям. У них выше вероятность потерять свое социальное положение из-за видимых признаков старения. У них высока вероятность быть в подчинении у мужа. Одни феминистки говорят, что у женщин развивается депрессия в связи с тем, что у них недостаточно независимых сфер для проявления себя и их чувство собственной значимости зависит от успешности ведения домашнего хозяйства. Другие утверждают, что у женщин успешных слишком много независимых сфер для проявления себя и они вечно разрываются между работой и домом. И то, и другое вызывает стресс, что согласуется с данными о том, что уровень депрессии у замужних домохозяек и замужних работающих женщин примерно одинаков и много выше, чем у работающих женатых мужчин. Интересно отметить, что во всех культурах у женщин более высок уровень не только депрессии, но и фобий и расстройств питания, тогда как у мужчин более часты случаи аутизма, дефицита внимания с гиперактивностью и алкоголизма.

Английский психолог Джордж Браун — один из корифеев социологического аспекта психологии. Он высказал предположение, что женская депрессия связана с их озабоченностью детьми, и эту теорию поддержали другие ученые. Если исключить депрессию, вызванную беспокойством за потомство, уровни депрессии у мужчин и женщин, похоже, уравниваются; то же самое мы видим и в семейных парах, где роли полов разграничены менее жестко: "Различие между полами в уровне депрессии в большой мере есть следствие различий в их роли", — заключает Браун. Мирна Вайсман из Колумбийского университета предполагает, что в более острой чувствительности женщин к утратам есть эволюционный смысл — это дополнительный стимул при вынашивании, рождении и воспитании детей.

Известно, что многие депрессивные женщины в детстве подвергались издевательствам. У девочек гораздо выше вероятность

подвергнуться сексуальным домогательствам, чем у мальчиков, и, следовательно, гораздо выше вероятность быть депрессивными. Такие женщины также склонны к анорексии, которую в последние годы стали связывать с депрессией. Недоедание приводит ко многим симптомам депрессии, так что не исключено, что депрессивные симптомы у женщин, склонных к анорексии, — следствие еще каких-то симптомов; однако многие женщины, пережившие анорексию, описывают у себя симптомы, которые не проходят и после возврата к нормальному весу. Здесь снова можно увидеть, что социальные устои обуславливают и болезненное стремление следить за собой, выражаемое в анорексии, и чувство беспомощности, характеризующее депрессию. Отвлечение к себе может быть причиной желанья максимально уменьшиться в размерах, чуть ли не до исчезновения. Есть ключевые вопросы, обязательные при диагностировании каждого отдельного депрессивного заболевания. Например, полезно спросить страдающих анорексией, не нарушается ли у них сон и тогда, когда они не думают о еде.

Душевная болезнь с давних пор определяется мужчинами. В 1905 году Зигмунд Фрейд утверждал, что его пациентка Дора страдает истерией и потому отвергает непрошенные ухаживания человека втрое ее старше. Такого рода заблуждения сегодня не так распространены, как еще пятьдесят лет назад. Тем не менее женщин часто рассматривают как депрессивных, если они не проявляют той энергичности, какой ожидают или требуют от них мужа и какой сами женщины приучились ожидать или требовать от себя. Но тут не все так просто: утверждают также, что мужчины недооценивают женскую депрессию, потому что расценивают уход в себя как женскую пассивность. Женщины, старающиеся соответствовать идеалам женственности, могут разыгрывать депрессивность из конформизма, или могут стать депрессивными вследствие своей неспособности уместиться в рамки удовлетворяющего их определения женственности.

Женщины, жалующиеся на послеродовую депрессию, на самом деле иногда подобным образом просто выражают свой шок и разочарование от того, что не испытывают некоего сверхвозбуждения, каким в кино и на телевидении изображают сущность материнства. Им слишком часто говорят, что материнская любовь органична (а они понимают это так, что она

не требует усилий), и их подавляет двойственность, часто сопровождающая уход за младенцами.

Теоретик феминизма Дайна Кроули Джек систематизировала эти идеи как составляющие того, что приводит женщин к потере голоса или потере себя. "По мере того как эти женщины перестают слышать себя разговаривающими со своими партнерами, они теряют способность поддерживать в себе убеждения и ощущения собственного Я и погружаются в сомнения по поводу правомерности своих сокровенных переживаний". Джек считает, что женщины, которые не могут эффективно общаться со своим партнером (чаще всего потому, предполагает она, что партнер не желает их слушать), уходят в безмолвие. Они значительно реже говорят и умаляют собственные высказывания такими выражениями, как "Ну, я не знаю" или "Я уже не совсем уверена". Чтобы не допустить окончательного распада треснувшего брака или романа, они стараются соответствовать некоему идеалу женщины и говорят то, что, по их же мнению, хочет слышать партнер, становясь фальшивыми даже в интимных отношениях и просто растворяясь как личности. "Женщины предпринимают массированное самоуничтожение в поисках близости", — утверждает Джек. На самом деле успешные взаимоотношения — это, как правило, такие партнерства, в которых лидерская роль может переходить от мужчины к женщине и обратно в соответствии с обстоятельствами, с которыми они сталкиваются вместе или порознь. Правда, однако же, и то, что у женщин часто меньше денег и меньше финансовой власти и что в испорченных взаимоотношениях женщины с большей готовностью мирятся с издевательствами и оскорблениями, чем мужчины. Это еще один из кажущихся замкнутыми кругов по сценарию "курица или яйцо": депрессивные женщины менее способны защитить себя от издевательств и потому терпят еще большие, становясь еще более депрессивными вследствие оскорблений, что делает их еще менее способными защитить себя.

Джек считает, что система мужской власти презирает женскую депрессию. Она нередко перегибает палку: например, описывает институт брака как "самый устойчивый из мифов, закабаляющих женщин", а в другом месте говорит, что женщины — "слишком легкие мишени для депрессии — депрессии,

прирученной патриархатом и лишенной своей органической, мифической природы и, следовательно, своей целебной силы". Этот припев повторяется и в других радикально-феминистских выступлениях на темы женской депрессии. Джилл Эстбери, например, в своем обзоре данного предмета утверждает, что наше понятие о женской депрессии — от начала до конца мужское творение: "Вопрос о предрасположенности женщин к депрессии содержит посылку, которая редко высказывается явно. Она связана с рассмотрением частоты женской депрессии как патологически высокой, представляющей проблему. Единственная точка зрения, с которой такая посылка возможна, это та, которая подразумевает, что частота мужской депрессии является нормой, не составляет никакой проблемы и предоставляет всего лишь удобную отправную точку, от которой можно отсчитывать депрессию женскую. Наглость такого андроцентрического подхода можно по достоинству оценить, если не спрашивать о проблеме женской депрессии, а представить частоту мужской как проблематичную, загадочную и требующую прояснения. Почему, надо бы спросить; но никто не спрашивает, уровень депрессии у мужчин так ненормально низок? Что же, тестостерон мешает процессу развития полноценной человечности и эмоциональной чувствительности?" — и т. д. и т. п. Эти повторяющиеся аргументы, выдвигаемые признанными учеными в этой области, обычно в книгах, издаваемых ведущими университетскими издательствами (книгу Джек издал Harvard University Press, Эстбери — Oxford), концентрируются на демонизации обществом женской депрессии, как будто сама депрессия тут ни при чем. Я же возражу, что если вы лично не испытываете мучений по поводу собственных симптомов, то у вас депрессии нет. А если вы их испытываете, то со стороны правящих кругов было бы разумно и, может быть, даже великодушно, потратиться на поиски решений для ваших мучений. Поскольку высокий процент женской депрессии не отражает генетической предрасположенности, которую мы могли бы на сегодняшний день локализовать, то можно сказать с известной долей уверенности, что этот процент мог бы быть существенно снижен в обществе с большим равноправием. Но пока именно депрессивные женщины считают этот процент ненормальным и желают что-либо по этому

поводу сделать. Мужьям-мучителям, какими бы патриархальными тиранами они ни были, обычно нравятся депрессивные женщины, они не склонны видеть женскую депрессию как болезнь; именно эмансипированные женщины, скорее всего, сумеют распознать, назвать и лечить свою депрессию. Идея о том, что женщины депрессивны вследствие патриархального заговора, в чем-то правомерна; идея же о том, что мы заставляем женщин стыдиться своей депрессии, потому что это часть патриархального заговора, игнорирует собственное восприятие женщинами своего опыта депрессии.

Очень много написано об отличительных качествах женской депрессии и очень мало об отличительных качествах мужской. Многих мужчин не диагностируют как депрессивных потому, что они склонны отвечать на депрессивные ощущения не уходом в безмолвное уныние, а уходом в шум насилия, разнообразных злоупотреблений или трудоголизма. Женщины сообщают о своей депрессии вдвое чаще мужчин, но у мужчин вчетверо выше вероятность самоубийства. Среди одиноких, разведенных и вдовых мужчин депрессии встречаются вдвое чаще, чем среди женатых. Депрессивные мужчины демонстрируют то, что иногда эфемистично называют "раздражительностью": набрасываются на незнакомых, бьют жен, принимают наркотики, стреляют в людей. Писатель Эндрю Салливан недавно признался, что инъекции тестостерона, которые он делал себе в составе режима лечения ВИЧ-инфекции, повысили у него склонность к насилию. В целом ряде интервью, взятых мною у мужчин, избивающих своих жен, я обнаружил у них симптомы органической депрессии. "Прихожу домой весь вымотанный, — рассказал один, — а тут эта баба задает свои чертовы вопросы, у меня от них в голове как кувалдой кто колотит. Ни есть уже не могу, ни спать — ну все время она рядом. Мне неохота ее калечить, но что-то делать надо, у меня крыша едет, понимаешь?" Другой сказал, что когда увидел жену, то почувствовал себя "таким ничтожным на этой земле, что, наверно, никогда уже ничего больше не сделаю, если не шарахну ей меж глаз...".

Избиение жены — явно неподходящая реакция на депрессивные ощущения, но часто оба эти синдрома тесно связаны. Представляется вероятным, что и многие другие враждебные,

вредоносные действия — проявления мужской депрессии. В большинстве западных обществ признание своей слабости считается качеством женским. Это отрицательно сказывается на мужчинах — не позволяет им плакать, заставляет стыдиться необъяснимых страхов и беспокойства. Драчун, считающий, что ударить жену — единственный для него способ существовать в этом мире, отчетливо покупается на идею о том, что эмоциональное страдание — это призыв к действию, что эмоция без действия нивелирует его как мужчину. Очень жаль, что многих мужчин, которые ведут себя агрессивно, не лечат антидепрессантами. Женщины усугубляют свою депрессию, полагая, что счастливы не так, как, по их представлениям, должны быть счастливы, мужчины усугубляют свою депрессию, считая, что не так мужественны, как должны бы быть. Большая часть издевательств — форма трусости, а некоторые формы трусости — довольно отчетливый симптом депрессии. Я знаю, о чем говорю: я когда-то боялся бараньих отбивных, и это совершенно обессиливающее чувство.

Со времени первой депрессии у меня было несколько приступов жестокости, и я задавался вопросом, были ли эти эпизоды, не имевшие прецедента в моей жизни, связаны с депрессией или одним из ее последствий или их следовало отнести на счет принимаемых мною антидепрессантов. В детстве я редко дрался, разве что с братом, и последний раз такое случилось в двенадцать лет. Но вот в один прекрасный день я, будучи уже за тридцать, испытал такой гнев, что даже замышлял убийство; в итоге я разрядил ярость тем, что разбил стекла на собственных фотопортретах, висевших в доме моей подруги, оставив на полу осколки и молоток среди них. Год спустя у меня вышла серьезная ссора с человеком, которого я очень любил, и чувствовал себя глубоко обиженным его страшным предательством. Я уже находился в несколько подавленном состоянии и теперь впал в ярость. Со свирепостью, не похожей ни на что бывшее со мною прежде, я набросился на него, швырнул его об стену и врезал так, что сломал челюсть и нос. Его потом госпитализировали в связи с серьезной потерей крови. Я никогда не забуду его лица, сминающегося под моими ударами. Я знаю, что сразу после удара его шея на мгновение оказалась в моих Руках, и понадобилась мощная мобилизация моего "сверх-Я",

чтобы удержаться от убийства. Когда окружающие ужасались моему нападению, я говорил им то, что потом сказал мне тот "женобоец": я чувствовал, что исчезаю, и где-то глубоко, в самой примитивной части моего мозга, ощущал, что насилие — единственный способ удержать свое *Я* и свой разум в этом мире. Меня огорчил мой поступок; и все же, хотя одна часть меня сожалеет о страдании друга, другая случившегося не оплакивает: я искренне верю, что безвозвратно впал бы в безумие, если бы этого не сделал, — и мой друг, с которым я и поныне близок, со временем и сам с этим согласился. Его эмоциональное и мое физическое насилие достигли любопытного равновесия. Мой дикарский поступок снял какую-то часть парализующего чувства страха и беспомощности, обуревавшего меня в то время. *Я* не признаю нравственным поведение "женобойцев" и никак не пропагандирую то, что они делают. Акт насилия — неверное средство борьбы с депрессией, но вполне эффективное. Отрицать природную целительную силу насилия было бы ужасной ошибкой. Тем вечером я вернулся домой весь в крови — его и моей — и со смешанным чувством печали и радости. *Я* ощущал огромное облегчение.

Женщину я не ударил ни разу, но месяцев восемь спустя после этого эпизода я наорал на одну очень близкую приятельницу, прилюдно и жестоко унизив ее за то, что она хотела перенести запланированный ужин. *Я* познал на себе, что депрессия может легко взорваться яростью. С тех пор как я вылез из глубочайших бездн депрессии, я держу такие порывы под контролем. *Я* способен на великий гнев, но обычно он привязан к конкретным событиям, и моя реакция на эти события, как правило, им соразмерна. Обычно это не выражается физически, а проходит более осознанно и не настолько импульсивно. Мои приступы ярости были проявлениями симптомов. Это, конечно, не снимает с меня ответственности за насилие, но помогает его осмыслить. *Я* не оправдываю подобного поведения.

Ни одна из встречавшихся мне женщин не описывала свои чувства таким образом; многие же из встречавшихся мне мужчин испытывали подобные порывы к разрушительным действиям. Многим удалось не допустить реализации этих порывов, другие же им поддавались и в результате получали облегчение от своего беспричинного гнева. Не думаю, чтобы

депрессия у женщин отличалась от той, какова она у мужчин, но уверен, что женщины отличаются от мужчин и что их способности управляться с депрессией тоже иные. Феминистки, стремящиеся избегать патологизирования чего бы то ни было женственного, и мужчины, считающие, что могут отрицать свое эмоциональное состояние, напрашиваются на неприятности. Интересно, что среди мужчин-евреев, которые как демографическая группа особенно не склонны к насилию, уровень депрессии много выше, чем среди мужчин-неевреев — собственно, как показывают исследования, в их среде он примерно такой же, как и среди еврейских женщин. Получается, что пол играет сложную роль не только в том, кто становится депрессивным, но и в том, как депрессия проявляется и, следовательно, как ею можно управлять.

Женщины, склонные к депрессии, обычно не слишком хорошие матери, хотя высокоорганизованные депрессивные люди могут иногда маскировать свою болезнь и неплохо исполнять родительскую роль. Тогда как некоторые депрессивные матери легко расстраиваются из-за детей и, как следствие, ведут себя неустойчиво, многие из них просто не реагируют на детей: они неласковы и замкнуты. Они склонны не устанавливать ясно обозначенных правил, границ, дисциплины. У них мало любви и заботы, чтобы давать детям. Они чувствуют себя перед ними беспомощными. Их поведение бесконтрольно: они сердятся без видимых причин и потом, в приступах чувства вины, выражают безмерную любовь, тоже без видимого повода. Они не могут помочь ребенку самому управляться со своими проблемами. Их реакции на детей неадекватны. Дети у них капризны, раздражительны и агрессивны. Такие дети часто и сами не способны на заботливое поведение; иногда, наоборот, оно чересчур свойственно им и они ощущают ответственность за все страдания мира. Девочки особенно склонны к преувеличениям и оттого несчастны; постоянно наблюдая плохое настроение у матерей, они и сами теряют эластичность душевного настроения.

Ранние проявления детской депрессии, обнаруживающиеся даже у трехмесячных младенцев, случаются прежде всего У потомства депрессивных матерей. Такие дети не улыбаются и склонны отворачивать голову ото всех, включая родителей;

им бывает спокойнее не смотреть ни на кого, чем смотреть на свою депрессивную мать. Такие дети отчетливо выделяются по рисунку ЭЭГ; если вылечить депрессию у матери, эти рисунки могут улучшиться. У детей постарше проблемы приспособляемости снимаются не так легко; дети школьного возраста проявляют глубокую неприспособленность даже и через год после снятия симптомов у их матерей. У родителей, познавших депрессию, дети подвержены значительному риску. Чем тяжелее депрессия у матери, тем, по статистике, тяжелее депрессия у ребенка, хотя одни дети перенимают материнскую депрессию более остро и чутко, чем другие. Как правило, в детях не только отражается, но и усугубляется состояние матери. Даже через десять лет после первоначального обследования такие дети страдают значительной социальной ущербностью и в три раза больше подвержены риску депрессии и в пять раз — риску фобий и алкоголизма.

Для улучшения душевного здоровья детей иногда важнее заняться их матерями, чем ими непосредственно, — постараться изменить семейные модели поведения и включить в них гибкость, стойкость, последовательность и способность решать проблемы. Родители могут объединить усилия ради преодоления депрессии у детей, даже если их отношения между собой сильно испорчены, хотя поддерживать единый, ясно обозначенный фронт может быть трудной задачей. У детей депрессивных матерей больше трудностей в мире, чем у детей больных шизофренией: депрессия оказывает самое непосредственное воздействие на базовые механизмы исполнения родительских функций. Дети депрессивных матерей могут страдать не только депрессией, но и синдромом дефицита внимания — тревожным расстройством, связанным с боязнью разлуки с родителями, и расстройствами поведения. Они неуспешны в учебе и непопулярны в компании, даже если умны и обладают привлекательными личными качествами. У них необычайно высокий уровень физических заболеваний — аллергии, астмы, частых простуд, головных болей, болей в животе — и жалоб на ощущение угрозы. Они нередко подозрительны.

Арнольд Самерофф из Мичиганского университета, психиатр и специалист по детскому развитию, считает, что парамет-

рами любого эксперимента является все, что только есть в мире; все события взаимно предопределены; постигнуть что-либо можно только через понимание всех тайн Божьего творения. Самерофф полагает, что, хотя у людей и есть общие болезни, опыт у каждого свой, с определенным набором симптомов и конкретных причин. "Ох уж эти мне гипотезы одного гена, — говорит он. — Или у тебя есть ген, или его нет — крайне привлекательно для нашего общества, любящего быстрые решения. Но из этого ничего не выйдет". Самерофф наблюдает за детьми с тяжелой депрессией. Он обнаружил, что такие дети, даже если имеют одинаковый интеллектуальный уровень со сверстниками, в возрасте около двух лет начинают отставать. К четырем годам они отчетливо "печальнее, менее общительны, замкнуты и пассивны". Он приводит пять возможных объяснений этому, считая, что свою роль играют они все, сочетаясь в разнообразной мозаике: генетика; подражательное зеркальное отражение — дети повторяют то, что они испытали; приобретенная беспомощность — дети оставляют попытки войти в среду, не встречая со стороны родителей поощрения своей эмоциональной открытости; исполнение роли — ребенок видит, как один из родителей пользуется своей болезнью как предлогом избегать делать что-либо неприятное, и сам решает принять на себя роль больного, видя ее преимущества; уход в себя как следствие того, что ребенок не видит никакого удовольствия в общении между собой своих несчастных родителей. Кроме того, есть еще и вторичные объяснения: депрессивные родители, например, с большей вероятностью бывают алкоголиками или наркоманами, чем другие родители. Какой уход или какую травму получает ребенок в семье злоупотребляющих всевозможными веществами? Этот вопрос непосредственно подводит нас к стрессу.

В недавнем исследовании перечислены двести факторов, способствующих высокому кровяному давлению. "На биологическом уровне, — говорит Самерофф, — кровяное давление довольно простая вещь. Но даже здесь есть двести влияющих факторов — вообразите, сколько факторов влияют на такую сложную вещь, как депрессия!" Самерофф считает, что базу для возникновения депрессии создает сочетание нескольких факторов риска. "Те, у кого накапливается целая группа фак-

торов риска, и получают то, что мы называем душевным расстройством, — говорит Самерофф. — Мы выяснили, что наследственность предопределяет депрессию далеко не так сильно, как социально-экономическое положение. Взаимодействие наследственности и социально-экономического положения — самая сильная определяющая из всех, но тогда возникает вопрос: какие ключевые составляющие низкого социально-экономического положения сделали детей депрессивными? Необразованные родители? Недостаток денег? Слабая социальная поддержка? Число детей в семье?" Самерофф составил список из десяти таких параметров и сопоставил их со степенью депрессивности. Он выяснил, что каждый негативный параметр может способствовать пониженному настроению, но любая группа таких параметров имеет шансы породить значительные клинические симптомы (равно как и пониженный IQ). Дальше Самерофф провел исследование, которое показало, что у ребенка серьезно больного родителя больше шансов, чем у детей умеренно больного. "Оказывается, что, если один серьезно, по-настоящему болен, кто-то другой берет груз на себя. Если имеются оба родителя, то тот, который не болен, знает, что должен трудиться. Тогда у ребенка есть возможность понять, что происходит в семье; он видит, что один из родителей болен, и у него не возникает всех этих остающихся без ответа вопросов, которые одолевают детей тех, чья душевная болезнь умеренна. Теперь понимаете? Этого нельзя предсказать по какой-нибудь одномерной системе — у каждой депрессии своя история".

Тогда как плохие родители или депрессивные родители могут служить причиной депрессии у детей, хорошие родители способны помочь ее облегчению или устранению. Старый фрейдистский принцип "вини мать" уже отброшен, но мир детства по-прежнему определяется родителями, и дети могут усваивать от отца, матери и других опекунов ту или иную степень устойчивости или уязвимости. Многие режимы лечения детей сейчас включают в себя обучение родителей психотерапевтическому вмешательству, которое должно базироваться на вслушивании. Юные — отдельная демографическая группа, к ним нельзя относиться как к карликовым взрослым. В родительском подходе к депрессивным детям должны сочетаться

твердость, любовь, последовательность и смирение. Ребенок, наблюдающий, как родители решают проблему, приобретает от этого огромные силы.

Особая форма депрессии, называемая аналитической депрессией, наблюдается во второй половине первого года у младенцев, которые перенесли длительную разлуку с матерью. Симптомы, в разных комбинациях и с разной степенью тяжести, включают в себя настороженность, тоскливость, плаксивость, отторжение окружения, замкнутость, задержку умственного развития, ступор, отсутствие аппетита, бессонницу, несчастное выражение лица. Аналитическая депрессия может начиная с пяти-шести лет перейти в "спад жизнедеятельности"; дети с таким недугом имеют слабую эмоциональную реакцию и плохо контактируют. К пяти или шести годам они становятся крайне капризны и раздражительны, плохо спят, плохо едят. Они не заводят друзей, и у них неоправданно низкая самооценка. Устойчивое ночное недержание мочи указывает на беспокойство. Одни замыкаются в себе, другие становятся еще более капризными и вредными. Поскольку дети не склонны задумываться о будущем на манер взрослых и не организуют свою память столь ясно, бессмысленность жизни их занимает редко. Не имея абстрактных чувств, дети не ощущают беспомощности и отчаяния, характерных для взрослой депрессии, но могут страдать устойчивым негативным отношением к жизни.

Исследования последнего времени до смешного расходятся в своей статистике: одно решительно доказывает, что депрессия поражает около 1% детей; другое демонстрирует, что тяжелые депрессивные расстройства испытывают 60% детей. Обследовать детей методом опроса гораздо труднее, чем взрослых. Во-первых, вопросы должны быть сформулированы так, чтобы не диктовать "желательных" ответов; психотерапевты должны быть достаточно смелыми, чтобы спрашивать о самоубийстве, не подавая его как возможную альтернативу. Один врач сформулировал это так: "Ладно, раз ты так ненавидишь все это, ты иногда задумываешься, как можно сделать так, чтобы тебе уже никогда здесь не быть?" Одни дети отвечают: "Что за глупый вопрос!" — другие говорят "да" и приводят подробности, а некоторые замолкают и задумываются. Терапевту не-

обходимо следить за мимикой и жестами ребенка — языком тела, и он должен убедить ребенка, что готов выслушать все, что угодно. В таких обстоятельствах дети с действительно серьезной депрессией станут говорить о самоубийстве. Я познакомился с одной депрессивной женщиной, которая старалась держать лицо перед детьми, и она рассказала о своем отчаянии, когда пятилетний сын сказал ей: "Знаешь, мам, жизнь такая противная, мне часто и жить-то не хочется". К двенадцати годам он успел совершить серьезную попытку самоубийства. "Они заговаривают о встрече с кем-то, может быть, с родственником, который уже умер, — говорит Парамджит Т. Джоши, возглавляющий отделение детской психиатрии в клинике Университета Джонса Хопкинса. — Говорят, что хотят навсегда уснуть; иные пятилетки так и говорят: "Хочу умереть, лучше бы я не родился". А потом на место слов приходят действия. Мы видим детей, которые выпрыгивают из окна второго этажа. Некоторые принимают пять таблеток тайленола и думают, что этого достаточно, чтобы умереть. Другие пытаются резать себе вены, или удушиться, или повеситься. Многие маленькие дети вешаются в стенном шкафу на своем ремне. Некоторые из них заброшены или подвергаются издевательствам, но другие делают это без всякой видимой причины. Слава Богу, они редко бывают достаточно умелыми, чтобы все-таки совершить самоубийство!" На самом деле они могут быть на удивление умелыми; самоубийства в возрастной группе 10—14 лет с начала 80-х до середины 80-х годов участились на 120%, а те, у кого получается, используют по большей части агрессивные методы: 85% стреляются или вешаются. Эти цифры растут по мере того, как дети вслед за родителями испытывают все больший стресс.

Детей можно лечить, и все чаще лечат жидким прозаком или жидким нортриптилином, добавляемыми в сок. Такие лекарства вроде бы помогают. Однако адекватных исследований того, как они действуют на детей, а также какова степень их безопасности и эффективности, нет. "Мы сделали детей терапевтическими сиротами", — говорит Стивен Хайман, директор NIMH.

Всего несколько антидепрессантов было протестировано в отношении их безопасности для детей, а в отношении эффективности — практически ни одного. Результаты отдельных

опытов широко расходятся. Одно исследование, например, показало, что SSRI лучше для маленьких детей и взрослых, чем для подростков; другое — что для маленьких детей наиболее эффективны MAOI. Результаты ни одного из этих исследований не следует принимать за решающие, но они указывают на явную вероятность того, что лечение детей может оказаться отличным от лечения подростков, и оба — от лечения взрослых.

Депрессивным детям также требуется психотерапия. "Непременно надо показать им, что ты тут, с ними, — говорит Дебора Кристи, талантливый детский психолог, консультант клиники Университетского колледжа Лондона и Миддлсекса. — Необходимо добиться, чтобы они тоже были с тобой. Я часто использую метафору альпинизма: мы сидим в базовом лагере и рассуждаем, как будем взбираться, что нам может понадобиться, сколько человек пойдут вместе, надо ли идти в связке. Мы можем решить, что уже пора или что мы еще не готовы покорить вершину, но можем пройтись вокруг горы и посмотреть, где легче всего или лучше всего подниматься. Надо договориться, что им придется карабкаться самим, что ты не можешь подхватить их и принести наверх, но будешь с ними каждый дюйм пути. Начинать надо с этого — разбудить в них желание. Депрессивные дети не знают, что сказать и с чего начать, но они знают, что хотят перемен. Я ни разу не встречала депрессивного ребенка, который не хотел бы вылечиться, если может поверить, что существует шанс изменить положение. Одна девочка была настолько депрессивна, что не могла даже говорить, но могла писать, и она наугад записывала всякие слова на клейких листочках и налепляла их на меня, так что к концу сеанса я уже была настоящим морем слов, которые она хотела до меня донести. Я заговорила ее языком и тоже стала писать слова на листочках и налеплять на нее, и так мы проломили стену молчания". Есть много способов, доказавших свою действенность, помогающих детям понять и улучшить свое душевное состояние.

"Депрессия у детей, — говорит Сильвия Симпсон, психиатр клиники Джонса Хопкинса, — задерживает развитие личности. Вся энергия уходит на борьбу с депрессией; развитие социальных навыков замедляется, отчего жизнь впоследствии не становится менее депрессивной. Ты оказываешься в мире,

где необходимо уметь вступать в отношения с людьми, а ты этого просто не умеешь". Например, дети с сезонными депрессиями часто годами плохо учатся и наживают себе неприятности; и никто не замечает, что это недуг, потому что ему случилось совпасть с учебным годом. Когда и насколько активно следует лечить таких детей, решить трудно. "Я основываюсь на семейной истории, — говорит Джоши. — Бывает очень трудно понять, что это: дефицит внимания с гиперактивностью (ДВГ), или реальная депрессия, или у ребенка с ДВГ развилась также и депрессия; или это расстройство адаптации, связанное с издевательствами, или аффективное расстройство". Многие дети с ДВГ ведут себя совершенно недопустимо, и часто естественной реакцией бывает наказать ребенка; но ребенок не всегда способен контролировать свои поступки, если они связаны с когнитивными или нейробиологическими проблемами. Конечно, расстройства поведения делают таких детей непопулярными, даже и у собственных родителей, и это усугубляет депрессию — еще один ранее неизвестный водоворот, в который бросает депрессия.

"Мне приходится предупреждать родителей, когда они приходят с такими детьми, — говорит Кристи. — Мы будем избавляться от этих зловредных состояний, но ваш ребенок на время может стать очень грустным". Дети никогда не приходят сами. На психотерапию их приводят. Необходимо выяснить у них самих, как они считают, почему они здесь, с тобой, что у них не так? Это совсем другая ситуация, чем когда люди сами обращаются за психологической помощью". Один из важных элементов психотерапевтической работы с маленькими детьми — создание иного мира, мира фантазии, волшебного варианта надежного пространства психодинамического ухода. Просьбы к детям назвать свои желания часто помогают раскрыть истинную природу их заниженного самоуважения. В качестве первого шага очень важно перевести молчаливого ребенка в стадию разговора. Многие из них не умеют описывать свои чувства иначе, как только "хорошо" или "плохо". Им надо дать новый лексикон и научить их на когнитивной модели, чем отличаются мысли от чувств, чтобы они научились с помощью мыслей контролировать чувства. Один психотерапевт рассказывал, как он попросил десятилетнюю девочку две

недели вести дневник своих мыслей и чувств и принести ему. "Ты можешь сказать, что твоя мысль — "Мама сердится на папу", а твое чувство может быть "Я боюсь". Но различие оказалось недоступным детскому разумению — депрессия вывела из строя когнитивную функцию. Когда она принесла дневник, оказалось, что она каждый день писала: "Мысли: "Мне грустно"; чувства: "Мне грустно". В ее иерархии мир мыслей и мир чувств попросту неразделимы. Позже она сумела нарисовать секторную диаграмму своих тревог: столько-то относится к школе, столько-то к дому, столько-то к тем, кто ее не любит, столько-то к тому, что она некрасива и т.д. Дети, работавшие с компьютером, часто восприимчивы к метафорам технического свойства; один знакомый врач говорил таким детям, что в их уме есть программы для обработки страха и тоски, а лечение эти программы отладит, исправив ошибки. Хорошие детские психотерапевты информируют своих пациентов и одновременно отвлекают; как заметила Кристи, "ничто так не мешает ребенку расслабиться, как просьба расслабиться".

Депрессия — острая проблема и для детей с физическими болезнями или инвалидностью. "У ребенка рак, и его постоянно дергают, и протыкают, и вонзают иголки, и вот он начинает обвинять родителей, что они его наказывают всеми этими процедурами, и родители тоже начинают нервничать, и все вместе впадают в депрессию", — говорит Кристи. Болезнь рождает секретность, секретность — депрессию. "Я сижу с очень депрессивным ребенком и его матерью и спрашиваю: "Ну, так скажите мне, зачем вы здесь?" — и мать прямо в присутствии мальчика громким сценическим шепотом отвечает: "У него лейкемия"<sup>41</sup>, но он этого не знает". Ужас! Тогда я прошу оставить меня наедине с мальчиком и спрашиваю его, зачем он пришел ко мне. И он отвечает, что у него лейкемия, но чтобы я не говорила маме, потому что он не хочет, чтобы она знала, что он знает. В основе депрессии оказались сложнейшие вопросы, связанные с общением, а вызвала их лейкемия и лечение, которого она требовала".

<sup>41</sup> *Лейкемия* (от греч. leukos — белый и haima — кровь), белокровие, заболелание кроветворной системы. — *Прим. ред.*

Доказано, что депрессивные дети обычно вырастают у депрессивных взрослых. 4% подростков, испытавших депрессию в детстве, кончают с собой. Огромное их число совершают суицидальные попытки, и у них высокий уровень проблем, связанных с социальной адаптацией. Депрессия случается у немалого числа детей до полового созревания, но достигает пика в подростковый период — минимум 5% тинейджеров страдают клинической депрессией. На этом этапе она почти всегда сопровождается злоупотреблением спиртным или наркотиками или патологическим состоянием беспокойства. Родители недооценивают глубину депрессии у подростков. Конечно, подростковая депрессия сбивает с толку, потому что нормальный подростковый период и так очень похож на депрессию; это период экстремальных эмоций и несоразмерных страданий. Более 50% старшеклассников "подумывали себя убить". "Минимум 25% тинейджеров, находящихся под арестом, депрессивны, — говорит Кей Джеймисон, ведущий специалист по аффективным расстройствам. — Если бы депрессию лечить, они могли бы стать менее склонны к правонарушениям. Когда они взрослеют, уровень депрессии у них высок, но лечить ее уже поздно, потому что негативное поведение укоренилось в их индивидуальности". Игруют свою роль и отношения в обществе; появление вторичных половых признаков часто ведет к эмоциональному замешательству. Текущие исследования направлены на задержку появления депрессивных симптомов — чем раньше депрессия начинается, тем более упорно противостоит лечению. В одном исследовании утверждается, что испытавшие депрессивные приступы в детстве или отрочестве подвержены депрессии в семь раз чаще, чем население в целом; в другом — что у 70% из них случается рецидив. Необходимость в раннем вмешательстве и профилактической терапии совершенно очевидна. Родители должны быть начеку на случай ранней эмоциональной индифферентности или отстраненности, нарушений аппетита и сна, самокритичного поведения; детей, проявляющих эти признаки депрессии, необходимо показывать специалисту.

Тинейджеры (чаще — мужского пола) особенно неспособны ясно себя выражать, и индустрия здравоохранения уделяет им слишком мало внимания. "У меня бывают подростки, которые

приходят, сидят в углу и бубнят: "У меня ничего такого нет", — рассказывает один психотерапевт. — Я никогда не спорю. Я говорю: "Прекрасно! Это просто здорово, что у тебя нет депрессии, как у многих ребят твоего возраста, которые ко мне приходят. Слушай, расскажи, как это — чувствовать себя в полном порядке? Расскажи, каково это, прямо сейчас, вот в этом кабинете, чувствовать себя в полном порядке?" Я даю им возможность подумать и почувствовать вместе с другим человеком".

Пока еще не ясно, в какой мере сексуальное насилие вызывает депрессию непосредственно через физические процессы, а в какой мере депрессия отражает увечную домашнюю обстановку, в которой чаще всего и происходит сексуальное насилие. Перенесшие сексуальное насилие дети склонны к саморазрушительному образу жизни и сталкиваются с множеством невзгод. Обычно они растут в постоянном страхе: их мир нестабилен, и это разрушает их личность. Один психотерапевт описывает молодую женщину, подвергавшуюся в детстве сексуальному насилию, которая не могла поверить, чтобы кто-нибудь мог к ней хорошо относиться и быть надежным: "Требовалось, чтобы я всего лишь была последовательна во взаимодействии с нею", чтобы разрушить автоматическое недоверие, с которым женщина относилась к миру. Дети, рано лишенные любви и поддержки на пути когнитивного развития, часто становятся инвалидами навсегда. Одна пара, усыновившая ребенка из русского детского дома, рассказывает: "Этот ребенок в пять лет не проявлял способности мыслить в причинно-следственных категориях, не знал, что деревья — живые, а мебель — нет". Они все это время старались скомпенсировать этот дефицит, но теперь вынуждены признать, что полное восстановление невозможно.

У многих детей, хотя восстановление и представляется невозможным, не исключено приспособление. Кристи описывает, как лечила девочку с ужасными хроническими головными болями, "как молотками бьют по голове", которая потеряла из-за них все. Она не могла ходить в школу. Не могла играть, не могла общаться с другими. Впервые встретившись с Кристи, она объявила: "Вы не сможете прекратить мои головные боли". Кристи ответила: "Да, ты права, не могу. Но давай подумаем, как сделать так, чтобы боль перешла в одну часть го-

ловы, и посмотрим, не сможешь ли ты использовать другую, пусть даже там и колотят молотками". Кристи замечает: "Первый шаг — поверить тому, что говорит ребенок, даже если это очевидная неправда или несуразица; поверить, что, даже если метафорический язык, который использует ребенок, кажется тебе совершенно бессмысленным, для него он полон смысла". После серьезного лечения эта девочка рассказывала, что смогла пойти в школу, несмотря на мигрени, потом, все еще с мигренями, начала заводить друзей, а еще через год мигрени пропали.

Депрессивные больные пожилого возраста хронически недополучают лечения, в большой степени потому, что мы как общество считаем, что старость повергает в депрессию. Допущение, что старикам естественно хандрить, мешает нам помогать им избавиться от этой хандры, отчего многие доживают свои дни в неоправданно мучительных эмоциональных страданиях. Еще в 1910 году Эмиль Крепелин<sup>42</sup>, отец современной психиатрии, называл депрессию у стариков "инволюционной меланхолией". С тех пор традиционные здравоохранительные структуры пришли в упадок, и старики лишены чувства собственной значимости, что привело к еще худшему положению дел. У живущих в домах престарелых более чем вдвое выше вероятность быть депрессивными, чем у остающихся в мире: есть сведения, что треть живущих в государственных или частных заведениях серьезно депрессивны. Поражает то, с какой эффективностью плацебо действует на стариков. Это заставляет предполагать, что эти люди извлекают какую-то пользу из самих обстоятельств, окружающих прием плацебо, кроме обычно психосоматической пользы, когда человек верит, что получает лекарство. Беседы с пациентами, входящие в план исследования, тщательное соблюдение режима и апелляция к разуму приносят значительный эффект. Старики чувствуют себя лучше, когда им уделяют больше внимания. Насколько же, должно быть, одиноко им в нашем обществе, если им помогает такая малость!

<sup>42</sup> *Эмиль Крепелин* (1856—1926) — немецкий психиатр. Один из основоположников современной психиатрии. Предложил новую систематику психических заболеваний, которая легла в основу международной классификации болезней. — *Прим. ред.*

Но хотя социальные факторы, ведущие к депрессии среди престарелых, могущественны, похоже, что на состояние души влияют и органические сдвиги. У них ниже общий уровень всех нейромедиаторов. Уровень серотонина у людей за восемьдесят вполностью меньше того, что у них же от 60 до 70 лет. Впрочем, организм в этом возрасте переживает много сдвигов в обмене веществ и обширную химическую перестройку, и потому сниженный уровень серотонина не имеет (насколько мы знаем) того же немедленного эффекта, как если бы он был вдруг снижен вполностью у молодого человека. Степень возрастных изменений пластичности и функции мозга отражается в том, что антидепрессанты начинают работать у стариков гораздо медленнее. Те же SSRI, которые у человека среднего возраста проявляются уже на третьей неделе, у пожилого могут потребовать двенадцать и более. Уровень успеха в лечении, однако, с возрастом не меняется, на медикаменты реагирует тот же процент больных.

Пожилым часто показана электрошоковая терапия — по трем причинам. Первая в том, что, в отличие от медикаментов, она работает быстро; позволять человеку сползть в депрессию все глубже в ожидании, пока лекарства начнут снимать его отчаяние, неконструктивно. Далее, ЭШТ не вступает во взаимодействие с лекарствами, которые человек может принимать по другим поводам; в случае антидепрессантов это часто сокращает их выбор. Наконец, у пожилых людей нередко случаются сбои памяти и они могут забывать принимать лекарства или принимать их слишком много, забывая, что уже сделали это. В этом отношении ЭШТ контролировать гораздо легче. Краткосрочная госпитализация часто бывает наилучшим средством для престарелых в глубокой депрессии.

В этой демографической группе депрессию заметить трудно. Вопросы либидо, столь важные в депрессии у молодых, у престарелых такой роли уже не играют. Чувство вины у них возникает реже, чем у молодых людей. Пожилые депрессивные склонны не к сонливости, а к бессоннице и часто лежат ночами в тисках паранойи. У них дико, до катастрофичности, преувеличенная реакция на мелкие события. Они мнительны и много жалуются на всяческие необычные боли, колики, неудобства в окружении: это кресло уже неудобно; в ванной упал напор воды;

болит рука, когда я поднимаю чашку с чаем; у меня в комнате слишком яркое освещение; у меня в комнате слишком тусклое освещение — и так далее, *ad infinitum*<sup>43</sup>. У них развиваются раздражительность и ворчливость, они часто проявляют грубость или эмоциональное безразличие к окружающим, а временами и "эмоциональную неустойчивость". Эти симптомы чаще всего подвластны действию SSRI. Депрессия у стариков часто бывает либо непосредственным следствием органических сдвигов в системах организма (в том числе ухудшенного кровоснабжения мозга), либо результатом боли и унижения от телесного увядания. Старческое слабоумие и маразм часто сопровождаются депрессией, но это не одно и то же, пусть и происходит одновременно. При слабоумии способность автоматического функционирования разума снижается: базовая память, особенно о недавних событиях, ослаблена. У депрессивных же пациентов блокируются процессы, требующие психологического напряжения: сложные и давние воспоминания становятся недоступны, обработка новой информации затруднена. Но большинству престарелых эти различия неведомы, и они считают симптомы депрессии просто свойствами возраста и ослабления ума, почему и упускают необходимость предпринять элементарные шаги для облегчения своего положения.

Одна моя двоюродная прабабушка упала в своей квартире и сломала ногу, когда ей было под сто. Нога срослась, и она вернулась из больницы с целым штатом сиделок. Поначалу ей, ясное дело, было трудно ходить, и упражнения, назначенные физиотерапевтом, она делала с большим трудом. Через месяц нога прекрасно зажила, но она по-прежнему боялась ходить и не хотела двигаться. Она привыкла, что ей к постели подадут горшок со стульчаком, и отказывалась пройти пять метров до туалета. Она всю жизнь гордилась своей внешностью, а теперь это вдруг ушло; она перестала ходить даже к парикмахеру, которого посещала дважды в неделю на протяжении чуть ли не века. Собственно, она вообще отказалась выходить и все откладывала визит к педикюрше, хотя ее явно мучил вросший ноготь. Так в замкнутом пространстве квартиры шли недели. Ее сон стал нерегулярен и беспокоен. Она отказывалась разго-

*Ad infinitum* (лат.) — на бесконечное время (отложить). — Прим. ред.

варивать с моими двоюродными братьями, когда те ей звонили. Раньше она была очень щепетильна в своих личных делах и несколько скрытна в деталях; теперь она просила меня открывать и оплачивать ее счета — она стала в них путаться. Она не могла собрать простую информацию — по восемь раз переспрашивала меня о моих планах на выходные, и это снижение когнитивной функции выглядело почти как старческий ма-разм. Она стала повторяться и, хотя не тосковала, в целом сильно сдала. Ее лечащий терапевт твердил, что она просто переживает посттравматический стресс, но я-то видел, что она готовится умереть, и считал это неадекватной реакцией на сломанную ногу независимо от возраста.

Наконец я упросил своего психофармакотерапевта прийти к ней и поговорить; он тут же распознал глубокую старческую депрессию и посадил бабушку на целексу. Через три недели у нас была назначена педикюрша. Я давил на бабушку, что надо выйти, отчасти из-за ситуации с ногтем, но, самое главное, потому что считал, что ей пора рискнуть снова увидеть мир. Когда я все-таки заставил ее выйти, она смотрела на меня с тоской и явно находила все это невыносимым. Она была сбита с толку и пребывала в откровенном ужасе. Еще через две недели был назначен визит к врачу, лечившему перелом. Я прибыл к ней на квартиру и застал ее причесанной, с подкрашенными губами и одетой в нарядное платье с перламутровой брошью, в котором она щеголяла в свои счастливые денечки. Без всяких жалоб она спустилась по лестнице. Выход явно был для нее стрессом, в ожидании врача она была капризна и слегка подозрительна, но, когда пришел хирург, она стала с ним мила и весьма разговорчива. После осмотра мы с медсестрой докатали ее на коляске до входной двери. Она была счастлива узнать, что нога совершенно зажила, и безмерно всех благодарила. Я нарадоваться не мог на все эти признаки возрождения, но к тому, что она сказала, когда мы вышли на улицу, готов не был: "Милый, зайдем куда-нибудь пообедать"! И мы пошли в наш излюбленный ресторан, и с моей помощью она прошла некоторое расстояние, и рассказывала побасенки и смеялась, и поворчала, что поданный ей кофе недостаточно горяч, и отослала его обратно, и снова была жива. Не стану врать, будто она вернулась к старым привычкам и начала регулярно обедать

в ресторане, но с тех пор раз в несколько недель выходить соглашалась, и способность связно мыслить и чувство юмора постепенно к ней вернулись. Спустя полгода у нее случилось, как потом выяснилось, неопасное внутреннее кровотечение, и она три дня провела в больнице. Я за нее опасался, но, к моей радости, ее душевное состояние оказалось достаточно устойчивым, и она справилась с ситуацией без паники и замешательства. Через неделю после ее возвращения я навестил ее и проверил, достаточный ли у нее запас лекарств. Я заметил, что бутылочка с целексой наполнена так же, как и при прошлой проверке.

— Ты это принимаешь? — спросил я.

— О нет, — отвечала она. — Доктор велел мне перестать.

Я считал, что она ошиблась, но сиделка, присутствовавшая при разговоре с доктором, подтвердила его инструкции. Я был откровенно поражен и перепуган. У целексы нет гастроэнтерологических побочных эффектов, и маловероятно, чтобы она вызвала кровотечение. Прекращать прием причин не было, и тем более так резко; даже человек молодой и в хорошей форме должен отменять антидепрессанты постепенно и по строгому режиму. Получающему же от них существенную пользу не следует отменять их вовсе; но вот пользовавшийся тетушку геронтолог легкомысленно решил, что ей пойдет на пользу отказаться от "ненужных" лекарств. Я позвонил этому доктору и наорал на него в трубку, хоть святых выноси, и написал гневное письмо заведующему клиникой, и велел тетушке вернуться к лечению. На момент отправки этой книги в типографию она живет вполне счастливо; до ее сотого для рождения остался месяц. Через две недели мы идем к визажисту, чтобы ей выглядеть на все сто к небольшой пирушке, которую мы надумали закатить. По четвергам я ее навещаю, и наши проведенные вместе вечера, бывшие прежде для меня тяжелой обузой, теперь полны веселья; несколько недель назад, когда я принес ей добрые семейные вести, она захлопала в ладоши и запела. Мы разговариваем о разном, и недавно я воспользовался ее мудростью, которая наряду с даром радости жизни незаметно вернулась к ней обратно.

Депрессия часто предваряет серьезное повреждение рас-судка. Она, похоже, в какой-то мере позволяет предсказать

маразм и болезнь Альцгеймера; и, наоборот, эти болезни могут сосуществовать с депрессией или провоцировать ее. Болезнь Альцгеймера будто бы понижает показатели серотонина еще сильнее, чем старение. У нас крайне ограниченные возможности что-либо делать с нарушением ориентации и распадом когнитивной функции — сущностью маразма и болезни Альцгеймера, но мы можем снимать острую физическую боль, часто сопровождающую эти симптомы.

Нередко старики страдают некоторой дезориентацией, не испытывая при этом страха или тоски, и на сегодняшний день медики научились избавлять людей данной демографической категории от этих состояний, но обычно этим не занимаются. Проводятся эксперименты с целью определения, является ли низкий уровень серотонина причиной маразма, но более вероятно, что слабоумие следует за поражением различных областей мозга, в том числе ответственных за синтез серотонина. Иначе говоря, маразм и сниженный серотонин — два следствия одной причины. Выясняется, что SSRI не оказывают значительного воздействия на моторные и интеллектуальные навыки людей, пораженных маразмом, но повышенное настроение часто позволяет старикам лучше пользоваться теми функциями, которые по-прежнему в них органически присутствуют, и тем самым, говоря практически, в какой-то мере улучшают когнитивную функцию. Пациенты с болезнью Альцгеймера и другие старики с депрессией хорошо реагируют на атипичные препараты, такие как trazodon (Trazodone), которые не входят в первый эшелон средств от депрессии. Они могут также отзываться на бензодиазепины, но у этих препаратов слишком сильный седативный эффект. Они хорошо реагируют и на ЭШТ. То обстоятельство, что они не вполне вменяемы, не должно обрекать их на ничтожное существование. Пациентам, проявляющим при болезни Альцгеймера сексуальную агрессивность — что не так уж необычно, — может помочь гормональная терапия, хотя я считаю, что это не вполне по-людски, разве что эти сексуальные ощущения причиняют испытывающим их мучения. К психотерапии пациенты со старческим слабоумием, как правило, не чувствительны.

Депрессия часто бывает результатом инсульта. Вероятность депрессии у людей в первый год после инсульта вдвое выше,

чем у всех остальных. Это может быть следствием физиологического поражения определенных отделов мозга, и есть исследования, показывающие, что поражение левой лобной доли с особой вероятностью разбалансирует эмоции. Многих оправившихся от удара стариков начинают обуревать страшно интенсивные приступы плача по мельчайшему поводу, отрицательному или положительному. Один пациент после инсульта ударялся в слезы от двадцати пяти до ста раз на день, и каждый приступ продолжался от минуты до десяти; это его настолько изматывало, что он был еле жив. Лечение с помощью SSRI позволило быстро взять эти приступы плача под контроль, но как только он прекратил прием, они тут же вернулись, и теперь он принимает лекарства постоянно. Другой человек, вынужденный уйти с работы из-за последовавшей за инсультом депрессии, тоже испытывал приступы плача; лечение с помощью SSRI вернуло его к жизни, и ближе к своим семидесяти годам он вернулся на работу. Споры нет, инсульт в определенных областях мозга влечет за собой эмоционально губительные последствия, но оказывается, что во многих случаях их можно контролировать.

В отличие от пола и возраста, этническая принадлежность не являет биологических детерминант депрессии. А вот культурные аспекты окружения заставляют людей проявлять свои недуги своеобразными путями. В своей замечательной книге "Безумные путники" (*Mad Travelers*) Жан Хекинг описывает некий синдром (физическое передвижение в бессознательном состоянии), который поражал многих людей в конце XIX века и через несколько десятилетий исчез. Сейчас ни у кого нет такой проблемы — физически совершать передвижение и не знать об этом. Те или иные ментальные симптомы, несомненно, поражают те или иные исторические периоды и слои общества. "Под "преходящей душевной болезнью", — объясняет Хекинг, — я Понимаю болезнь, которая появляется в определенное время и в определенном месте, а потом исчезает. Она может быть избирательна по признаку общественного класса или пола, предпочитая бедных женщин или богатых мужчин. Я имею в виду не то, что она приходит и уходит у данного пациента, а что этот тип безумия существует только в определенные времена и в определенных местах". Хекинг развивает тео-

рию, выдвинутую Эдвардом Шортером, что тот самый человек, который в XVIII веке страдал бы обмороками и судорожным плачем, а в XIX — истерическим параличом или контрактурой, сегодня склонен к депрессии, хроническому переутомлению или анорексии.

Связи между депрессией и этнической принадлежностью, образованием и социальным положением, даже среди одних только американцев, слишком многообразны, чтобы их каталогизировать. Впрочем, некоторые широкие обобщения сделать можно. Хуан Лопес из Мичиганского университета — славный малый с приятным чувством юмора и теплыми, простыми манерами. "Я кубинец, женат на пуэрториканке, у нас крестник — мексиканец, — говорит он, — и я какое-то время жил в Испании. Так что в отношении культуры латино у меня тылы прикрыты". Лопес много работает с латиноамериканскими рабочими-переселенцами и со священниками, их главной опорой, и взял на себя заботу об их психологических нуждах. "Чем прекрасна Америка, — говорит он, — так это тем, что много людей самой разной культурной принадлежности имеют дело с одной и той же болезнью". Лопес заметил, что свои психологические проблемы латиноамериканцы более склонны соматизировать, чем распознавать. "Возьмите всех этих женщин, — а с некоторыми из них я в родстве, — они приходят и говорят: ох, спина болит, и живот ноет, и в ногах что-то странное и так далее. А я думаю, но не могу понять: это они просто так говорят, чтобы не признаваться в психологических проблемах, или действительно так ощущают свою депрессию, без обычных симптомов? Если они испытывают улучшение, как происходит со многими, послушав Уолтера Меркадо, этого пуэрто-риканского мистика, являющего собой нечто среднее между Джерри Фолуэллом<sup>44</sup> и Джин Диксон<sup>45</sup>, то что, собственно, с точки зрения биологии действительно происходит у них внутри?" Депрессия среди более образованного латино-

*Джерри Фолуэлл* — знаменитый американский проповедник, христианский фундаменталист. — *Прим. ред.*

<sup>45</sup> *Джин Диксон* — известная американская прорицательница, к которой неоднократно обращались американские дипломаты и высокопоставленные чиновники, например президент Рузвельт. — *Прим. ред.*

американского населения, вероятно, сродни депрессии среди населения в целом.

Один мой приятель-доминиканец сорока с лишним лет пережил неожиданный, внезапный, сокрушительный срыв, когда они со второй женой решили разойтись. Она от него переехала, а у него появились трудности на службе — он работал управляющим дома. Он не справлялся с простыми задачами: перестал есть, у него нарушился сон. Он отдалился от друзей и даже от собственных детей. "Я не воспринимал это как депрессию, — рассказывал он мне впоследствии, — я думал, что умираю, что это физическая болезнь. Наверно, я понимал, что расстроен, но не видел, какое отношение это имеет к чему бы то ни было. Я — доминиканец и очень эмоционален, но я, можно сказать, вполне здоровый мужик, так что у меня много всяких чувств, но мне не так легко их выражать, и я не позволяю себе плакать". Просидев два месяца день и ночь в подвале здания, где он работал, — "не знаю, как я удержался на работе, по счастью, ни у кого в квартире ничего не протекло и не взорвалось", — он наконец отправился домой в Доминиканскую Республику, где прожил первые десять лет своей жизни и по-прежнему имел много родни. "Я стал пить. Я сидел в самолете и напивался, потому что боялся всего, даже возвращения домой. В самолете я заплакал и плакал весь полет, и так и стоял в слезах в аэропорту, и так и плакал, когда увидел своего дядю, который меня встречал. Это было ужасно. Было стыдно, и гадко, и страшно. Но, по крайней мере, я выбрался из этого чертова подвала. Потом, через несколько дней, я встретил на пляже эту женщину... эту подружку... эту красотку... которая решила, что это так чертовски пленительно, что я приехал из Соединенных Штатов. И я стал смотреть на себя ее глазами, и мне стало лучше. Я по-прежнему пил, но плакать перестал, потому что не мог же я плакать при ней, и это, наверно, мне было на пользу. Понимаешь, я доминиканец, для меня внимание женщин — реальная потребность. Что я без него?" Через несколько месяцев он вернулся с новой женой, и, хотя печаль еще оставалась, беспокойство испарилось. Когда я упомянул о лекарствах, он покачал головой: "Нет, понимаешь, это не по мне — глотать пилюли от чувств".

Депрессия среди афро-американцев имеет собственный набор трудностей. В своей изумительно трогательной книге

"Плачь по мне, ива" (*Willow Weep for Me*) Мэн Данква описывает проблему: "Клиническая депрессия просто не существует в пределах моих возможностей, да и, если на то пошло, в пределах возможностей любой черной женщины в моем мире. Иллюзия силы была и остается наиболее значительной для меня, как для черной женщины. Главный миф, который мне приходится преодолевать всю жизнь, это миф о якобы силе по праву рождения. Черным женщинам полагается быть сильными — сиделки, кормилицы, целительницы — любая из двенадцати дюжин вариаций на тему негритянской няни. Эмоциональным тяготам положено быть встроенными в структуру нашей жизни. Это как бы довесок к тому, что мы и черные, и женщины". Обыкновенно Мэн Данква вовсе не депрессивна: прекрасная, стильная, пленительная женщина с ореолом царской власти. Ее рассказы о выпавших из жизни неделях и месяцах оглушают. Она никогда не забывает, что она чернокожая. "Я так рада, — сказала она мне однажды, — что у меня дочь, а не сын. Мне не хочется задумываться о том, что за жизнь в наши дни ждет черных мужчин и какой она будет для ребенка с наследственной депрессией. Мне не хочется думать о том, что мой ребенок вырастет и отправится за решетку в нашу тюремную систему. И для черных женщин с депрессией не так много места, но для черных мужчин его нет вовсе".

Типичной повести депрессии чернокожих не существует. Часто большую роль играет усвоенный расизм — неверие в себя, которое зиждется на доминирующих в обществе социальных установках. Несколько человек, чьи рассказы включены в эту книгу, — афро-американцы; я решил не идентифицировать людей по расе, кроме тех случаев, когда это актуально для описания их страданий. Среди множества слышанных мною историй особенно близкой для меня стала повесть Дьерри Прудента, афро-американца гаитянского происхождения, чей опыт депрессии, похоже, закалил дух и смягчил отношение к другим людям, — человека, глубоко осознающего, как цвет кожи влияет на его эмоциональную жизнь. Младший из девяти детей, он рос в Бэдфорд-Стайвесанте, нищенском районе Бруклина, а потом в Форт-Лодердейле, когда родители вышли на пенсию. Его мать работала на полставки домашней сиделкой, отец — плотником. Родители были истые адвентис-

ты седьмого дня, установившие высокие стандарты поведения и нравственности, которые Дъери должен был как-то совмещать с одними из самых жестоких в мире улиц. Он сделался сильным, физически и умственно, чтобы выжить в противостоянии между ожиданиями семьи и повседневными вызовами и битвами, которыми осаждал его внешний мир. "У меня всегда, с самого детства, было это чувство аутсайдера, нарочно выбранного для наказаний и унижений. Гаитянцев в нашей округе было немного, а уж адвентистов седьмого дня и за десять миль не сыскать. Меня дразнили за то, что я не как все; ребята из нашего квартала звали меня "кокосовая голова". Мы были одной из тех немногих семей, которые не сидели на пособии. Из всех ребят я был самый темнокожий, и потому меня выделяли. В семье, где-то между культурными ожиданиями, что дети беспрекословно послушны, и религиозным учением "чти отца своего и мать свою", я усвоил: гневаться нехорошо — во всяком случае, проявлять гнев. Я рано научился хранить каменную маску на лице и глубоко прятать чувства. На улице же, наоборот, было много злобы, много насилия; когда на меня нападали и придирались, я подставлял другую щеку, как учила церковь, и надо мной смеялись. Я жил в состоянии страха. У меня были даже проблемы с речью.

Потом, лет в двенадцать, мне надоело, что меня вечно цепляют, грабят и лупят те, кто больше меня, крепче, "уличнее". Я начал качаться, занялся карате. Было приятно, что я могу выдерживать самый суровый и изматывающий режим, который себе назначал. Я должен был сделать себя крепким физически, но также стремился к эмоциональной крепости. Мне предстояло пробиться через школу, претерпеть расизм и жестокость полиции — я начал брать у моего брата журналы "Черной пантеры"<sup>46</sup> — и хитрить, чтобы избежать наркомании и тюрьмы. Я был на девять лет младше предыдущего ребенка в семье и знал, что мне предстоит много похорон, начиная с родителей, которые были уже старыми, когда я родился. Не думаю, чтобы я мог многого ждать от будущего. Страх сочетался во мне с глубоким

<sup>46</sup>" *Черные пантеры*" — организация, созданная в 1966 году в Окленде, Калифорния, как национальная партия негров. Члены организации постоянно носили при себе оружие "в целях самообороны", предпринимали нападения на белых американцев, полицейских. — *Прим. ред.*

чувством беспомощности; я часто тосковал, но старался не показывать виду. Для моей ярости не было выхода, и вот я качался, часами сидел в обжигающей ванне, постоянно читал, чтобы убежать от собственных чувств. К шестнадцати годам моя злость выплеснулась наружу. Я придерживался эдакой мистической формулы камикадзе: "Делай со мной что хочешь, но, если ты меня достанешь, я тебя убью". Драка стала наркотической потребностью, адреналиновой лихорадкой; я думал: если научусь выдерживать боль, никто со мной ничего не поделает. Я изо всех сил старался скомпенсировать свою беспомощность".

Дьери выдержал физические и психологические трудности подросткового возраста и покинул гетто, поступив в Мичиганский университет изучать французскую литературу. Учась один семестр по студенческому обмену в Париже, он познакомился со своей нынешней женой, и решил остаться там еще на год. "Хотя я все еще был студентом, — вспоминает он, — но вел внешне роскошную жизнь. Я работал манекенщиком в рекламе и на показах мод, крутился в джазовых тусовках, ездил по всей Европе. Но я не ожидал такого вопиющего расизма от французской полиции". За год его более десяти раз останавливали, обыскивали и задерживали во время выборочных полицейских проверок, а после того, как он протестовал против особенно возмутительного инцидента с парижскими полицейскими, его публично избили и арестовали за хулиганство. Скрытая ярость Дьери расцвела в симптомы острой депрессии. Он продолжал функционировать, но на нем "висел тяжелый гнет".

Дьери вернулся в США, окончил университет и в 1990 году переехал в Нью-Йорк делать карьеру. Он последовательно поработал в области пиара в нескольких компаниях. Но после пяти лет работы "я почувствовал, что у меня очень мало профессиональных перспектив роста. Я видел, что многие сотрудники успешнее меня, быстрее продвигаются, имеют лучшие возможности. Главное, я чувствовал, что мне чего-то не хватает, и моя депрессия углублялась".

В 1995 году Дьери открыл Prudent Fitness, собственную "бутикоподобную" компанию по самовоспитанию личности, которая оказалась очень успешной. Часть клиентов приезжает

к нему в его отреставрированный дом в Бруклине, где он живет с женой и дочерью, и он учит их целительной силе физических упражнений. Его подход — холистический<sup>47</sup> по духу и жестко дисциплинированный на практике. Его способность переносить трудности вдохновляет клиентов. "Я предпочитаю устанавливать связи на довольно глубоком уровне и считаю своим главным тренерским качеством умение взять самого норовистого, неподатливого клиента и найти способ его стимулировать. Тут надо уметь соперничать, нужна чувствительность, адаптивный стиль общения. Эта работа позволяет мне использовать самое лучшее в себе для помощи другим, и ощущать это приятно. Я недавно познакомился с одной женщиной, социальным работником, которая хочет соединить фитнес с социальной работой для придания людям жизненных сил. По-моему, это гениальная идея. Понимаете, вся эта работа направлена на обретение контроля над самым главным, что можно контролировать — собственным телом".

Дьери испытывает трудности и того бедного мира, из которого происходит, и того более богатого, в котором живет сейчас. Его элегантность, которую он несет самым естественным образом, далась ему нелегко; он умеет держать свои горести при себе, потому что не дает себе послабления в мире, отнюдь не готовом давать ему послабления. Оповестить всех родных о своей депрессии было для Дьери нелегко. Он не уверен, что они сумели бы понять болезнь с его позиций, хотя и отец, и другие члены семьи сами проявляли ее симптомы. Временами ему бывает трудно играть роль бодренького младшего брата и сохранять хорошую мину удается не всегда. К счастью, одна из его сестер, дипломированный психолог-клиницист с частной практикой в Бостоне, помогла ему найти правильный путь, когда он впервые обратился за помощью. Жена сразу же отнеслась к проблеме сочувственно и стала для него надежной

<sup>47</sup> *Холистика* (греч. *Holos* — весь, целый). Термин относится к теоретическим представлениям о том, что всякое целое образует нечто иное, нежели простая сумма составляющих его частей. Обычно применяется по отношению к медицине, и в этом случае означает необходимость заботы о полном здоровье пациента — физическом, умственном, эмоциональном. Относится к нетрадиционным терапевтическим методам, стоящим в стороне от главного направления развития медицины. — *Прим. ред.*

опорой, хотя и ей поначалу было трудно понять, как сочетается мужественность и самоуверенность мужа с тем, что она знала о депрессии.

С тех пор как он впервые лечился еще в Париже, он большую часть времени проходил разговорную терапию, перемежая ее периодами приема антидепрессантов. Последним был пятилетний курс психотерапии с женщиной, которая "утвердила мой дух. Я сумел осознать, как трудно мне было справиться с гневом. Я боялся рассердиться на человека из страха, что просто взорвусь и уничтожу его. Теперь я от этого страха освободился. Благодаря терапии, я развил в себе целый набор новых качеств. Я стал более уравновешен и лучше осознаю себя. Мне стало легче распознавать свои чувства вместо того, чтобы просто реагировать с их помощью". Женитьба, а потом и рождение дочери смягчили его. "Ранимость моей дочери — ее самое мощное оружие, самый могущественный инструмент. Это изменило мое отношение к уязвимости и хрупкости". Тем не менее депрессия возвращается, хрупкость выходит на поверхность и приходится корректировать режим приема лекарств. "В один прекрасный день вдруг происходит несколько неприятностей сразу, и я чувствую себя так, будто моя жизнь на мели. Если бы не любовь к жене и дочери, помогающая мне выкарабкиваться, я бы давно уже сдался. Благодаря терапии я учусь понимать, что запускает в ход депрессию. С правильной заботой и поддержкой я начинаю определять болезнь, а не позволяю ей определять меня".

Дъери постоянно испытывает на себе проявления расизма, усугубляемые его устрашающим телосложением и, как это ни странно, красотой. Я видел, как продавцы в магазинах отшатываются от него. Я простаивал с ним по пятнадцать минут на нью-йоркских улицах, когда он пытался поймать такси, и никто не останавливался; стоило же поднять руку мне, и мы садились в машину ровно через десять секунд. Однажды полиция арестовала Дъери в трех кварталах от его дома в Бруклине: ему сказали, что он подпадает под описание некоего преступника, и его долгие часы держали в кутузке прикованным к балке. Ни его поведение, ни документы никак не повлияли на представителей власти, заключивших его под стражу. Непрерывные унижения расизма и показного равноправия отнюдь не помо-

гают переносить депрессию. Подозрительность, с которой к нему относятся на улице, и "презумпция виновности" очень изматывают. Подобное ложное восприятие, демонстрируемое многими людьми, сильно изолирует.

Когда Дьери здоров, он привыкает к постоянному уязвлению своей гордости и обращает на это не слишком много внимания, но "от этого гораздо труднее прожить день", сказал он мне однажды. "Депрессия цветов не различает. Когда ты в депрессии, ты можешь быть коричневым, или голубым, или белым, или красным. Когда мне плохо, я вижу вокруг себя счастливых людей всевозможных цветов, форм и размеров, и думаю: Господи, на этой планете только я один такой депрессивный... Все люди, кроме меня, куда-то движутся.

А затем в игру опять входит расовый козырь: чувствуешь, что весь мир хочет тебя затоптать. Я здоровенный, сильный черный мужик, и никто не станет тратить время на сочувствие мне. Вот если ты вдруг заплачешь в метро — что случится? Наверняка кто-нибудь спросит, что с тобой. А если я разрыдаюсь в метро, все решат, что я наширяться. Когда люди взаимодействуют со мной, не принимая во внимание, кто я и каков на самом деле, для меня это всегда шок. Это всегда шок — несоответствие между тем, как я воспринимаю себя, и тем, как меня воспринимают люди, между моим внутренним видением себя и внешними обстоятельствами моей жизни. Когда я подавлен, это воспринимается как пощечина. Я часами смотрю на себя в зеркало и думаю: "Ну, ты же симпатичный парень, ты чисто вымыт, ты ухожен, вежлив и добродушен — почему бы людям тебя не любить? Почему они вечно хотят тебя избить или затрахать? Раздавить или унижить? Почему?" И я не могу этого понять. Действительно, есть определенные внешние трудности, с которыми я сталкиваюсь как черный в отличие от других людей. Признать, что цвет кожи играет для меня свою роль — и не в симптомах, а в обстоятельствах, — крайне противно! Понимаешь, невозможно быть мною и при этом не быть черным! Но, право слово, жизнь того стоит. Когда я чувствую себя нормально, я рад быть собой, да и вообще — трудно быть и тобой, а ты ведь не черный. Но проблема расы всегда присутствует, всегда отмечает меня галочкой, всегда капает на мой непреходящий гнев, на эту вечную мерзлоту внутри меня. Это очень мешает жить".

Мы с Дьери познакомились через его жену — мою школьную приятельницу. Мы дружим уже десять лет, а вследствие, может быть, разделяемого обоими опыта депрессии, стали чрезвычайно близки. Сам по себя я не могу регулярно делать упражнения, и какое-то время Дьери был мне также и тренером, а это способствует не меньшей близости, чем с психотерапевтом. Он не только составляет для меня программу, но и принуждает начинать и продолжать. Постоянно испытывая меня на прочность, он хорошо знает мои пределы. Он знает, когда надо подтолкнуть меня к границам моих физических возможностей, а когда оттащить, не приближаясь к границам эмоциональным. Когда я начинаю выпадать в осадок, то звоню ему в числе первых: отчасти потому, что ужесточение режима упражнений положительно скажется на настроении, а отчасти из-за его особого обаяния; отчасти потому, что он знает, о чем я говорю, а отчасти из-за истинного видения, обретенного им в самоанализе. Мне приходится доверять Дьери, и я доверяю. Он был в числе тех, кто приходил ко мне домой и помогал принять душ и одеться, когда я был на самом дне. Он — один из героев моей собственной повести о депрессии. Он по-настоящему великодушен — человек, избравший такую работу, верящий, что может дать другим хорошее самочувствие, человек, для которого творить добро — истинная радость; он превратил агрессию самоистязания в эффективную систему обучения. Право, это редкое качество в мире, полном людей, чувствующих раздражение от гнета чужих страданий.

Палитра присущих разным народам предрассудков в отношении депрессии не поддается классификации. В Юго-Восточной Азии, например, многие избегают этого предмета вплоть до малодушного отрицания его существования. Соответственно с этим духом, недавняя статья в сингапурском журнале, описав весь спектр доступных препаратов, заканчивает оптимистичным: "Когда понадобится, обращайтесь за профессиональной помощью, а пока — выше голову!"

Анна Хальберштадт, нью-йоркский психиатр, работающая исключительно с русскими иммигрантами, разочаровавшимися в США, говорит: "Вы бы послушали, что эти люди говорят в своем русском контексте. Если бы ко мне пришел русский, рожденный при Советской власти и ни на что не жалующийся,

я бы его госпитализировала. Если он жалуется на все, я знаю, что он в порядке. И только если он проявит признаки крайней паранойи или невыносимой боли, я подумаю, что он становится слегка депрессивен. Такова наша культурная норма. "Как дела?" — "Да так себе", — для русских это нормальный ответ. Это из тех вещей, которые сбивают их с толку в США, — восклицания, выглядящие нелепо и смешно: "Спасибо, все прекрасно, а как у вас?" Честно говоря, мне и самой до сих пор трудно это слушать. "Спасибо, все прекрасно". Это у кого здесь все прекрасно?"

В 1970-е годы в Польше было мало удовольствий и мало свободы. В 1980 году начало разворачиваться первое движение "Солидарность", и вслед за ним появилась радостная надежда. Стало возможно говорить вслух; люди, давно уже угнетенные чуждой им системой правления, почувствовали наслаждение от самовыражения; появились средства информации, отражавшие эти новые настроения. Но в 1981 году в стране ввели военное положение, прошли массовые аресты, большинство активистов отсидели по шесть месяцев в тюрьме. "Сроки тюремного заключения все они принимали, — вспоминает Агата Белик-Робсон, у которой был тогда роман с одним из ведущих активистов, да и сама она считается крупным политологом. — А вот утрату надежды перенести не могли". Общественная сфера, в которой они себя выражали, просто перестала существовать. "Это было началом как бы "политической депрессии", время, когда эти люди утратили веру в общение как таковое: если они не могут ничего высказать в общественном контексте, они не станут говорить и в личном". Те самые люди, которые организовывали демонстрации и писали манифесты, теперь потеряли работу или ушли сами; они сидели дома, часами смотря телевизор и напиваясь. Они сделались "мрачными, необщительными, замкнутыми". Окружающая их реальность немалого отличалась от той, которая существовала пять лет назад, но ее накрыла мрачная тень 80-го, и то, что когда-то было принято как вызов, приобрело привкус поражения.

"В те времена единственной сферой, где еще оставалась возможность успеха, был дом", — вспоминает Белик-Робсон. Многие женщины, участвовавшие в "Солидарности", которые тогда забросили дом ради общественной деятельности, верну-

лись к своим традиционным женским ролям и нянчили своих угасающих мужчин. "Так мы обретали чувство цели и собственную нишу. Эта роль, оказавшаяся существенно важной, приносила нам огромное удовлетворение. Начало 80-х было временем, когда женщины в Польше были менее депрессивны, чем за всю недавнюю историю страны, а мужчины — более чем когда-либо".

Согласно статистике, вероятность развития депрессии у гомосексуалистов поразительно высока. В одном недавнем исследовании изучались пары близнецов среднего возраста, один из которых — гей, а другой — натурал. Среди натуралов только 4% когда-либо совершали попытки самоубийства, а среди геев — 15%. В другом исследовании со случайной выборкой из четырех тысяч мужчин в возрасте от 17 до 39 лет попытки самоубийства совершали 3,5% гетеросексуалов, тогда как среди людей, имевших сексуальные отношения с партнерами своего пола, таких уже оказалось 20%. Еще одно исследование, тоже со случайной выборкой, но уже из 10 000 мужчин и женщин, выявило у тех, кто имел сексуальные отношения с представителями своего пола на протяжении предшествовавшего года, значительно повышенный уровень депрессии и фобий. Проходившее на протяжении 21 года наблюдение за группой примерно из 1200 человек в Новой Зеландии показало, что у геев, лесбиянок и бисексуалов повышен риск тяжелой депрессии, состояний тревоги, расстройств поведения, никотиновой зависимости, суицидальных настроений и попыток. Одно голландское обследование 6000 человек показало, что среди гомосексуальных мужчин и женщин уровень тяжелой депрессии существенно более высок, чем среди гетеросексуальных. Исследование среди 40 000 юношей в Миннесоте выявило всемеро более высокую вероятность суицидальных настроений у геев, чем у прочих. Еще одно исследование среди 3500 студентов показало, что мужчины-гомосексуалисты совершают попытки самоубийства с вероятностью в семь раз более высокой, чем мужчины-гетеросексуалы. Еще одно исследование выборки из 1500 студентов показало, что совершивших не менее четырех попыток самоубийства гомосексуалистов обоих полов более чем в семь раз больше, чем студентов-гетеросексуалов. Исследование, проводимое в Сан-Диего, выяснило,

что среди мужчин-самоубийц 10% — геи. Если вы гей, ваши шансы быть депрессивным невероятно повышаются.

В связи с этим выдвигалось много объяснений, то более, то менее правдоподобных. Некоторые ученые выступают в пользу генетической связи между гомосексуальностью и депрессией (что лично я нахожу не только внушающим тревогу, но и несостоятельным). Другие предполагают, что люди, понимающие, что их сексуальная ориентация не позволит им иметь детей, начинают думать о смерти раньше, чем большинство натуралов. Циркулирует ряд и других теорий, но наиболее очевидным объяснением высокого уровня депрессии у гомосексуалистов представляется гомофобия. У геев гораздо выше вероятность быть отвергнутыми даже в своей семье. Скорее всего, у них были проблемы с социальной адаптацией. Поэтому вероятность того, что они бросили школу, тоже высока. У них более высок процент болезней, передаваемых половым путем. У них ниже вероятность быть стабильными любовными партнерами в течение жизни. У них меньше шансов найти к концу жизни преданных людей, которые бы за ними ухаживали. У них и так высока опасность ВИЧ-инфекции, но если они и не заражаются, то, впадая в депрессию, склонны не практиковать безопасный секс, невзирая на риск подхватить вирус, что, в свою очередь, усугубляет депрессию. Самое главное, что они более склонны прожить жизнь как бы украдкой и вследствие этого подвергаются глубокой сегрегации. В начале 2001 года я ездил в Утрехт на встречу с Тео Сандфортом, первопроходцем в изучении депрессии у гомосексуалистов. Как и следовало ожидать, Сандфорт выяснил, что уровень депрессии выше у замкнутых людей, чем у общительных, и у живущих в одиночку, чем у имеющих долговременные стабильные связи. Я бы сказал, что и склонность общаться, и наличие пары — факторы, снимающие невыносимое чувство одиночества, присущее гомосексуалистам. Сандфорт обнаружил, что геи испытывают в повседневной жизни множество трудностей, иногда в столь тонких вещах, что они не замечают этого сами. Например, у них гораздо меньше шансов делиться сведениями о своей личной жизни с коллегами по работе, даже если они с ними вполне открыты. "И это происходит в Нидерландах, — говорит Сандфорт, — где мы относимся к гомосексуализму терпимее, чем

чуть ли не во всем остальном мире. Да, здесь гомосексуальность вполне признают, но мир тем не менее по большей части населен натуралами, и геям жить в таком мире весьма непросто. Конечно, теперь многие гомосексуалисты имеют хорошую жизнь; эти люди, успешно справившись со сложностями своей принадлежности к геям, накопили в себе поразительную психологическую силу, много большую, чем у натуралов их же социального уровня. Но разброс в области психического здоровья в гей-сообществе шире, чем в любом другом, — от этой огромной душевной силы до совершенной инвалидности". Сандфорт знает, о чем говорит. Ему самому было безумно тяжело выйти из подполья на свет; родители его сурово осуждали. В двадцать лет у него случилась депрессия, и он стал неспособен функционировать. Семь месяцев он провел в психиатрической больнице, что изменило отношение к нему родителей, привело к новой близости с ними и породило новый род психического здоровья, в котором он и пребывает по сей день. "После того как я развалился на куски и снова собрал их воедино, я знаю, как я сделан, и, следовательно, немного знаю и о том, как сделаны другие геи".

Люди, подобные Сандфорту, проводят крупные, методически солидные исследования, сопоставляя и коррелируя цифры, но смысл этой статистики сравнительно мало кому известен. В двух замечательных статьях, "Усвоенная гомофобия и негативная реакция на терапию" (*Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction*) и "Внутренняя гомофобия и определяемая с позиций пола самооценка в психоанализе пациентов-гомосексуалистов" (*Internal Homophobia and Gender-Valued Self-Esteem in the Psychoanalysis of Gay Patients*), Ричард Фридман и Дженнифер Дауни очень содержательно пишут об истоках и механизмах интернализованной гомофобии. В центре их аргументации находится концепция о ранней травме, тесно связанная с фрейдистской точкой зрения о том, что первые жизненные опыты формируют нас на всю жизнь. Однако Фридман и Дауни придают важность не раннему детству, а позднему, которое они считают отправной точкой в усвоении человеком гомофобных позиций. Недавнее исследование социализации среди геев указывает, что дети, которые станут гомосексуальными взрослыми, обычно воспитываются в обста-

новке гетеросексизма [признания исключительности гетеросексуальности] и гомофобии, и уже в раннем возрасте начинают усваивать негативные взгляды на гомосексуальность, высказываемые ровесниками или родителями. "В этой ситуации, — пишут Фридман и Дауни, — пациент развивается так, что в раннем детстве исполняется ненавистью к себе, которая затем сгущается в усвоенные гомофобные высказывания, сформулированные в более позднем детстве". Усвоенная гомофобия часто порождается издевательствами и безнадзорностью в детстве. "Задолго до начала сексуальной активности, — пишут Фридман и Дауни, — многих мальчиков, которые станут геями, обзывают "маменькиными сынками" или "шестерками". Другие мальчики их дразнят, бойкотируют, угрожают физическим насилием или даже его применяют". Действительно, одно исследование 1998 года выявило, что гомосексуальная ориентация статистически связана с тем, что человека лишают нормального пубертатного периода или намеренно совращают в школе. "Такие болезненные взаимоотношения могут вести к чувству своей мужской неадекватности. Изоляция от сверстников своего пола может вызываться либо остракизмом, либо собственной тревожной замкнутостью, либо и тем и другим". Эти мучительные переживания могут порождать почти неотслеживаемую "глобальную и цепкую ненависть к себе". Проблема усвоенной гомофобии во многом сродни усвоенному расизму и прочим другим усвоенным предубеждениям. Меня всегда поражал высокий уровень самоубийств среди евреев Берлина в возрасте от десяти до тридцати лет; он заставляет полагать, что люди, сталкивающиеся с предубеждением, склонны сомневаться в себе, невысоко ценить свою жизнь и в итоге впадать в отчаяние перед лицом нелюбви к себе. Но все обстоит не так безнадежно. "Мы считаем, — пишут Фридман и Дауни, — что многие гомосексуальные мужчины и женщины сейчас по-настоящему расстаются с наследием своего детства, и этому способствует их интеграция в субкультуру геев. Взаимоотношения с поддерживающими партнерами часто оказывают целительное воздействие на переживших травму, внушая уверенность, чувство безопасности и самоуважение и поддерживая чувство самоидентификации. Сложные процессы, участвующие в позитивной консолидации чувства самоидентификации, порождаются

в обстановке успешного межличностного взаимодействия'с другими гомосексуалистами".

Однако, несмотря на чудесное целебное воздействие гей-сообщества, серьезные проблемы продолжают существовать. Самая интересная часть работы Фридмана и Дауни направлена на исследование пациентов, которые как будто похожи своим "внешним поведением на тех, кто оставил позади наихудшие последствия своей травмы", а в действительности сильно испорчены долгим отвращением к себе. Такие люди часто станут проявлять предубеждение против тех, чья гомосексуальность кажется им в чем-то слишком показной, например, против трансвеститов или феминизированных мужчин, на которых они переносят презрение, испытываемое ими к собственной немужественности. Они нередко убеждены, сознательно или бессознательно, что вне сферы их эротической жизни — например, на работе — их по-настоящему не ценят: они уверены, что воспринимающие их как геев считают их неполноценными. "Негативный взгляд на себя как на неадекватного мужчину действует как организующая подсознательная фантазия, — пишут Фридман и Дауни. Эта фантазия — один из элементов сложного внутреннего монолога, главная тема которого звучит так: "Я ни на что не годный, неадекватный, не мужской мужчина". Люди, которые страдают такими взглядами, нередко относят все проблемы своей жизни на счет своей сексуальности. "Негативная самооценка как таковая может быть отнесена к гомосексуальным желаниям, и, хотя она, возможно, коренится совсем в других явлениях, пациент может сознательно считать, что ненавидит себя, потому что он гомосексуалист".

Мне всегда казалось, что лексикон собственной гордости воцарился в гомосексуальном истеблишменте потому, что на самом деле он противоположен тому, что испытывают многие геи. "Гейский" стыд — особая статья. "Чувство вины и стыда за то, что ты гей, вызывает ненависть к себе и саморазрушительное поведение", — пишут Фридман и Дауни. Эта ненависть к себе есть отчасти "следствие того, что человек, защищаясь, в какой-то мере самоидентифицируется с теми, кто на него нападает, и это размывает в нем бывшее принятие себя". В возрасте пробуждения сексуального сознания мало кто выбирает для себя гомосексуализм, и большинство геев на протя-

жении какого-то времени питают фантазии о конверсии. Это тем более трудно, что движение "гейской гордости" проповедует, что стыдиться быть геем — стыдно. Если вы гомосексуалист и вам от этого неловко, вас осмеют — гомофилы за вашу неловкость, а гомофобы за то, что вы гей, и вы искренне будете чувствовать себя изгоем. Мы действительно усваиваем, интернализуем наших мучителей. Мы часто подавляем воспоминания о том, какой мучительной была для нас при первом соприкосновении внешняя гомофобия. После продолжительной психотерапии пациенты-геи часто обнаруживают в себе такие глубинные убеждения, как "Отец (мать) всегда ненавидел меня, потому что я был гомосексуалист". Увы, они бывают правы. Журнал *The New Yorker* задал широкому кругу людей вопрос: "Что бы вы предпочли для вашего сына или дочери — быть гетеросексуалом, бездетным и не в браке, или в браке, но не особенно счастливым, или быть гомосексуалистом, находящемся в устойчивой, счастливой любовной связи и имеющем детей?" Более трети ответили "гетеросексуалом, бездетным и не в браке или в браке, пусть и довольно несчастливом". Действительно, многие родители рассматривают гомосексуальность как наказание за свои грехи: словно речь не о самоопределении детей, а об их собственном.

И у меня бывали тяжелые времена в связи с моей сексуальностью, и я прошел через трудности с родителями, характерные для многих мужчин-геев. Насколько я помню, лет до семи проблем не было. Но во втором классе начались пытки. Я был неловок и неспортивен, носил очки, не был болельщиком, вечно утыкал нос в книги и легче всего заводил дружбу с девочками. Я несоразмерно возрасту любил оперу. Меня влекло к прекрасному. Многие одноклассники меня сторонились. Когда в десять лет я был в летнем лагере, меня дразнили, мучили и обзывали "педиком" — это слово меня озадачивало, потому что я еще не определился с сексуальными желаниями. К седьмому классу проблема стала шире. В школе бдительные учителя либеральных взглядов предоставляли некую защиту, и я был просто странным и непопулярным — слишком занятым учебой, слишком нескоординированным, слишком творческим. А вот в школьном автобусе царил жестокость. Помню, я сидел как замороженный рядом со слепой девочкой,

с которой подружился, а весь автобус скандировал поношения в мой адрес, топая в такт ногами. Я был объектом не только осмеяния, но и острой ненависти, которая была мне столь же непонятна, сколь и мучительна. Этот кошмарный период продолжался не очень долго; к девятому классу все затихло, а к последнему я уже не был непопулярен (ни в школе, ни даже в автобусе). Но я уже слишком много узнал об отвращении и слишком много о страхе, и мне уже было не освободиться от них никогда.

Что касается семьи, я знал, что там гомосексуализма не потерпят. В четвертом классе меня показали психиатру, и мама рассказала годы спустя, что она его спросила, не гей ли я; очевидно, он сказал — нет. Эпизод этот интересен для меня тем, что еще до моего пубертатного периода мать была сильно озабочена моей сексуальной ориентацией. Я уверен, что этот закоснелый психотерапевт получил бы заказ в кратчайший срок решить проблему моей сексуальности, если бы вовремя ее выявил. О насмешках в школе и в лагере я своим родным никогда не рассказывал; кончилось тем, что кто-то рассказал своей матери о том, что каждый день происходит в автобусе, его мать рассказала моей, и мама поинтересовалась, почему я ничего не сказал. А как я мог? Когда у меня появились пронзительные сексуальные желания, я держал их в тайне. Как-то раз во время поездки со школьным хором один до невозможности хорошенький парень попытался делать мне авансы, а я решил, что он просто хочет меня раздражить и потом растрезвонить о моем позоре на весь мир, и, к вечной моей скорби, отверг его ухаживания. Вместо этого я лишился девственности в неприглядном общественном месте с незнакомцем, чьего имени так и не узнал. Потом я ненавидел себя. В последовавшие за тем годы моя страшная тайна поглощала меня, и я раздвоился на беспомощного типа, творящего отвратительные вещи в общественных сортирах, и блестящего студента с множеством друзей, прекрасно проводящего время в колледже.

Ко времени, когда я впервые вступил в серьезные взаимоотношения — мне было двадцать четыре, — я уже интегрировал в свое сексуальное Я целое море несчастливых переживаний. Этой связью, которая в ретроспективе выглядит не только на удивление преисполненной любви, но протекавшей в рам-

ках всех норм, отмечен мой выход из накопившейся обездоленности, и два года, которые я жил с этим своим парнем, я чувствовал, как свет озаряет темные закоулки моей жизни. Позже у меня появилось убеждение, что моя сексуальность как-то замешана в страданиях матери во время последней болезни; она ненавидела то, чем я был, и эта ненависть была для нее ядом, который проникал и в меня, отравляя мои романтические радости. Я не могу отделить ее гомофобию от своей, но я знаю, что обе они дорого мне обошлись. Удивительно ли, что, почувствовав суицидальные позывы, я избрал объектом именно ВИЧ? Это был способ превратить внутреннюю трагедию моих желаний в физическую реальность. Я всегда полагал, что моя первая депрессия была связана с выходом романа, содержащего намеки на болезнь и смерть матери; но это была также книга с явным гомосексуальным содержанием, что, конечно, тоже виновно в срыве. Может быть, это было как раз главной мукой — заставить себя вслух говорить о том, что я так долго замуровывал в молчание.

Теперь я умею распознавать в себе элементы интернализованной гомофобии и менее подвластен им, чем раньше; я состоял в долгих серьезных любовных отношениях, и один мой роман продолжался много лет. Однако дорога от знания к свободе длинна и трудна, и я пробираюсь по ней каждый день. Я знаю, что занимался многим из упомянутого в этой книге в качестве сверхкомпенсации за гомофобные чувства недостаточности во мне мужского. Я прыгаю с парашютом, имею пистолет, выходил в открытое море — все это дает мне компенсацию за время, потраченное на шмотки, за якобы женственное занятие искусством и за эротическое и эмоциональное влечение к мужчинам. Хотелось бы думать, что я уже свободен, но, хотя в связи с моей сексуальностью у меня много положительных эмоций, полностью уйти от самопорицания я не смогу никогда. Я часто называю себя бисексуалом; у меня было три долговременных романа с женщинами, и они доставляли мне огромное удовольствие, эмоциональное и физическое; но если бы было наоборот, если бы у меня был большой сексуальный интерес к женщинам и малый — к мужчинам, я уж точно не стал бы экспериментировать с альтернативной сексуальной принадлежностью. Я считаю вероятным, что вступал в сексу-

альные отношения с женщинами по большой мере для того, чтобы доказать свою мужественность. И пусть эти усилия и привели меня к высоким радостям, порой они были сокрушительны. Даже с мужчинами я иногда старался играть доминантную роль, не чувствуя к ней влечения, стараясь вернуть себе мужественность и в гомосексуальном контексте — ведь даже эмансипированное общество гомосексуалистов смотрит на уступающих мужчин свысока. Что, если бы я не тратил так много времени и сил, убегая от своей "немужественности"? Может быть, мне удалось бы совершенно избежать опыта депрессии? И я был бы целостен, а не фрагментарен? Думаю, что как минимум я сохранил бы себе годы счастья, теперь утраченные навек.

Изучая далее вопрос об определяющих депрессию культурных различиях, я посмотрел на жизнь инуитов (эскимосов) Гренландии — отчасти потому, что в их культуре показатели депрессии высоки, отчасти же потому, что там на редкость отчетливы социально-культурные установки в отношении депрессии. Депрессия поражает в этом регионе до 80% населения. Как можно организовать общество, в котором депрессия играет настолько серьезную роль? Гренландия, будучи датским владением, сейчас соединяет традиции древнего общества с реальностями современного мира, а переходные общества — будь то африканские племенные сообщества, сливающиеся в более крупные народности, урбанизируемые культуры кочевников, фермерские хозяйства, объединяемые в крупномасштабные сельскохозяйственные комплексы, — почти всегда являют высокий уровень депрессии. Но среди инуитов даже и в традиционном окружении депрессия очень распространена, и также высок уровень самоубийств — в некоторых регионах до 0,35% населения кончают с собой *ежегодно*. Могут сказать, что так Бог указывает людям, что им не следует жить в таких невозможных местах, — и все же инуиты не оставляют своей скованной льдами жизни и не мигрируют к югу. Они приспособились к трудностям жизни за Полярным кругом. До своей поездки я предполагал, что в Гренландии вопрос главным образом в сезонных аффективных расстройствах (SAD) — депрессия как следствие трехмесячного периода, когда солнце не всходит вообще. Я ожидал, что все мрачнеет поздней осенью

и поправляются в феврале. Это не так. Пиковый месяц самоубийств в Гренландии — май, и в то время как иностранцы, переезжающие в северные районы Гренландии, делаются депрессивны во время долгих периодов темноты, инуиты за многие годы приспособились к сезонным изменениям освещения и обычно способны сохранять адекватное состояние духа в сезон темноты. Весну любят все, некоторые находят темноту невыносимой, но SAD не является главной проблемой народа Гренландии. "Чем пышнее, мягче и роскошнее расцветает природа, — писал публицист А. Альварес, — тем глубже кажется эта внутренняя зима, тем шире и невыносимее пропасть, отделяющая внутренний мир от внешнего". В Гренландии, где весенние перемены вдвое резче, чем в более умеренной зоне, это самые суровые месяцы.

Жизнь в Гренландии тяжела, и датское правительство учреждает замечательные программы социальной поддержки; там всеобщее бесплатное здравоохранение, образование и пособия по безработице. Больницы сияют чистотой, а тюрьма в столице, скорее, напоминает гостиницу, где завтрак подается в постель, чем пенитенциарное учреждение. Но климат и природные стихии в Гренландии беспредельно суровы. Один встреченный мною инуит, ездивший в Европу, сказал: "У нас нет великого искусства, нет больших зданий, как у других народов. Но мы выживаем здесь тысячелетиями". А ведь это, подумалось мне, может быть не менее великим достижением. Охотники и рыболовы добывают достаточно, чтобы прокормить себя и своих собак, а шкуры съеденных ими тюленей продают, чтобы покрыть мизерные расходы своей жизни и оплатить ремонт саней и лодок. Люди, живущие по старинке в деревнях и поселениях, большей частью добросердечны; они любят рассказывать, особенно об охотничьих подвигах и близких встречах со смертью; это терпимые люди. У них прекрасное чувство юмора, они много смеются. Из-за климата, в котором они живут, у них высокий процент травматизма — люди замерзают, гибнут от голода, получают телесные повреждения, теряют дорогу. Еще сорок лет назад этот народ жил в иглу; теперь у них сборные дома датского типа с двумя-тремя комнатами. На три месяца в году солнце исчезает совершенно. В эти периоды темноты охотники, одетые в штаны из шкуры белого

медведя и в шубы котикового меха, должны бежать рядом с санями, чтобы не обморозиться.

Семьи у инуитов большие. Целыми месяцами семья из двенадцати человек безвылазно сидит в своем доме, обычно сгрудившись в одной комнате. На улице слишком холодно и слишком темно, чтобы выходить, и только отец семейства отправляется на охоту или подледную рыбалку, чтобы пополнить летние запасы сушеной рыбы. В Гренландии нет деревьев, так что в домах не трещит весело огонь; собственно, и в иглу традиционно горела лишь лампада с тюленьим жиром; там, как выразился один инуит, "мы месяцами сидели вместе и смотрели, как тают стены". В таких обстоятельствах насильственной близости нет места жалобам, разговорам о проблемах, гневу или обвинениям. У инуитов на жалобы просто табу. Они молчат и думают, или рассказывают истории и смеются, или разговаривают о погоде и об охоте, но они почти никогда не говорят о себе. Депрессивность, сопровождающаяся истерией и паранойей, — вот цена, которую инуиты платят за насыщенно коммунальный образ своей жизни.

Отличительные черты гренландской депрессии не являются прямым результатом холода и освещения; они являются следствием запрета на разговоры о себе. Крайняя физическая близость в этом обществе делает необходимой эмоциональную сдержанность. Это не отсутствие доброты и не холодность, это просто другой образ жизни. Поль Бисгор, добродушный, крупный мужчина, — первый коренной гренландец, ставший психиатром, — говорит с видом задумчивого терпения. "Разумеется, если кто-то в семье депрессивен, мы видим симптомы, — говорит он. — Но у нас не принято вмешиваться. Это будет ущемлением чьей-то гордости, если сказать, что он, по-вашему, выглядит депрессивным. Депрессивный человек считает себя ни на что не годным, а коли он ни на что не годен, то нечего соваться к остальным. И окружающие к нему тоже не лезут". Кирстен Пейлман, датский психолог, более десятилетия живущий в Гренландии, говорит: "Здесь нет чувства, что существуют правила, подчиняться которым людям надо заставлять. Никто никому не говорит, как себя вести. Вы просто терпите все, что доставляют вам люди, и пусть они терпят сами себя".

Я ездил туда в светлое время года. Ничто не могло бы заранее дать мне представление о красоте Гренландии в июне, когда солнце стоит высоко над головой всю ночь. В городке с пятидесяти тысячью населением Иллюлисат, куда я прилетел на маленьком самолете, мы сели в рыбацкую моторную лодку и поплыли к югу, к одному из поселений, которое я выбрал по совету главы службы здравоохранения Гренландии. Оно называется Иллюминак, это поселение охотников и рыбацкое, все взрослое население которого составляет человек восемьдесят пять. В Иллюминаке не ведут никакие дороги, и в самом Иллюминаке тоже нет дорог. Зимой жители передвигаются по замерзшей местности на собачьих нартах, летом туда добраться можно только на лодке. Весной и осенью все сидят по домам. В то время года, когда я туда ездил, фантастические айсберги, иные размером с большое административное здание, плывут вдоль берега и грудятся близ ледяного фьорда Кангерлюсуак. Мы пересекли устье фьорда, маневрируя между гладкими, округлыми, перевернувшимися вверх дном глыбами старого льда, и обломками сползающего ледника, огромными, как многоэтажные жилые дома, от старости покрытые бороздками, удивительного голубого цвета, — наша хиленькая лодочка на фоне этого природного величия и могущества... Продвигаясь вперед, мы осторожно отталкивали в стороны мелкие айсберги, иные размером с холодильник, иные с тарелку; они толпились на поверхности воды, и если устремить взгляд к горизонту, кажется, что плывешь по сплошному ледяному покрову. Свет был такой ясный, что обманывал глубину зрения: непонятно было, что близко, а что далеко. Мы плыли близ берега, но я не отличал сушу от моря, а чаще всего мы проходили, как в каньоне, между двумя ледяными горами. Вода была такая холодная, что когда от айсберга откалывался и падал в воду кусочек льда, она прогибалась, как мед, и распрямлялась только через несколько секунд. Время от времени мы видели или слышали, как в ледяную воду шлепаются тюлень.

Иллюминак выстроен вокруг естественной гавани. В нем около тридцати домов, школа, церквушка и магазин, куда товары завозят раз в неделю. При каждом доме есть своя стая собак, числом далеко превосходящая обитающих там людей.

Дома выкрашены в яркие, чистые цвета, которые обожают местные жители, — бирюзовый, лютиково-желтый, бледно-розовый, — но они вряд ли производят впечатление на возвышающиеся за ними огромные скалы и расстилающееся перед ними белое море. Трудно вообразить место более изолированное, чем Иллюминак. В деревне есть, впрочем, телефонная линия, и датское правительство оплачивает вертолет, чтобы перевозить местных жителей в случае необходимости медицинского вмешательства, если погода позволяет приземлиться. Водопровода и смывных туалетов нет ни у кого, но работает генератор, так что в школе и в некоторых домах есть электричество, а кое-где и телевизоры. С каждого дома открывается фантастически прекрасный вид; в полночь, когда солнце стояло высоко и все спали, я бродил между безмолвными домами и спящими собаками, как во сне.

За неделю до моего приезда возле магазина вывесили объявление — требуются добровольцы для обсуждения со мной своих душевных состояний. Моя переводчица, жизнерадостная, образованная, деятельная инуитка, пользовавшаяся в Иллюминаке общим доверием, согласилась, несмотря на свое неверие, помочь мне и постараться уговорить местных жителей поговорить о своих чувствах. И к нам действительно обратились, немного смущенно, в самый день приезда. Да, у них есть что рассказать. Да, они решились рассказать это мне. Да, им легче говорить об этом с иностранцем. Да, я должен поговорить с тремя мудрыми женщинами, которые начали все это дело с разговорами об эмоциях. Инуиты, на мой взгляд, народ добрый, и они хотели помочь, даже если эта помощь требовала разговорчивости, не совсем свойственной их обиходу. Благодаря высланным вперед рекомендациям, благодаря рыбаку, который привез меня в своей лодке, благодаря переводчице, меня приняли в свой круг, проявляя одновременно почести, подобающие гостю.

"Не задавайте вопросов, — советовал мне датский врач, ответственный за включающую в себя Иллюминак территорию. — Если вы спросите, как они себя чувствуют, они не смогут вам ничего сказать". Тем не менее они знали, что я хотел знать. Обычно их ответ состоял не более чем из нескольких слов, а вопрос должен был быть как можно более конкретным,

но даже если эмоции были им недоступны словесно, они явно присутствовали концептуально. Травма — обычная составляющая жизни гренландского населения; состояние тревоги после травмы отнюдь не необычно, равно как и погружение в темные чувства и неверие в себя. Старые рыбаки на причалах рассказывали, как проваливаются под лед нарты (хорошо обученные собаки тебя вытащат, если лед не сломится еще дальше, если ты не утонешь, и если не порвутся вожжи); как приходится проходить многие мили на морозе в мокрой одежде; они говорили об охоте, когда лед движется, и грохот стоит такой, что не слышишь друг друга, и чувствуешь, что тебя вздымает, как обломок сползшего ледника, и не знаешь, не перевернется ли он и не сбросит ли тебя в море. Они рассказывали, как трудно после таких приключений продолжать путь и вырывать у льда и тьмы пищу на завтра.

Мы пошли к трем мудрым женщинам. Все они пережили много горя. Амалию Йоельсон, повитуху, можно назвать местным доктором. В один год у нее родился мертвый ребенок; через год следующий ребенок умер в ночь после рождения. Муж, обезумевший от горя, обвинил ее в убийстве младенца. Ей и самой было непереносимо, что она помогает являться на свет детям соседей, а сама иметь детей не может. Карен Йохансен, жена рыбака, приехала в Иллюминак, оставив отчий дом. Вскоре один за другим умерли ее мать, бабушка и старшая сестра. Потом жена ее брата забеременела двойней. Одного близнеца она выкинула на шестом месяце. Второй родился здоровым, но в три месяца умер — синдром внезапной младенческой смерти. У брата остался единственный ребенок, шестилетняя дочь, и когда она утонула, он повесился. Амелия Ланге была священницей. Она рано вышла замуж за статного охотника и родила ему одного за другим восемь детей. Потом у него на охоте произошел несчастный случай: пуля отскочила от скалы и разбила правую руку между запястьем и локтем. Кость так и не срослась, и если взять его за руку, она сгибалась по линии слома, как будто там был еще один сустав. Правая рука стала бездейственной. Через несколько лет еще случай: он был рядом с домом, когда шквал сбил его с ног. Без руки, которая смягчила бы падение, он сломал шею и с тех пор почти полностью парализован. Его жене приходилось за ним ухаживать,

возить в коляске по дому, и растить детей, и добывать пропитание. "Я выполняла свою работу вне дома, и все время плакала", — вспоминала она. Когда я спросил, не подходили ли к ней другие, видя, как она плачет за работой, она сказала: "Они не вмешивались, пока я могла выполнять работу". Муж, видя, какая он для нее обуза, перестал есть, надеясь уморить себя голодом, но Амелия его разгадала, и это проломило ее молчание, и она уговорила его жить.

"Да, это правда, — сказала Карен Йохансен. — Мы, гренландцы, слишком скученны, чтобы быть близкими. Здесь у всех столько забот, что никто не хочет добавлять свои заботы к заботам других". Датские путешественники начала и середины XX века обнаружили среди инуитов три основные психические болезни, описанные самими инуитами в незапамятные времена. Ныне их практически уже не осталось, разве что в самых отдаленных местах. "Полярную истерию" один страдавший ею человек описывал как "брожение соков, молодой крови, напитанной кровью моржей, тюленей и китов — тебя охватывает тоска. Начинается она с возбуждения. Это — когда жить надоело". Модифицированная форма этой болезни существует и поныне — можно назвать это ажитированной депрессией, или смешанным состоянием; она близко соотносится с малайзийским понятием о "порыве бешенства". "Синдром горного бродяги" поражал тех, кто отворачивался от общины и уходил: в прежние времена таким не позволялось возвращаться, и им приходилось заботиться о себе в полном одиночестве до самой смерти. "Байдарочная тревога", не основанное на реальности убеждение, что каяк наполняется водой, и ты сейчас утонешь, была самой распространенной формой паранойи. Сейчас эти термины употребляются главным образом в историческом контексте, но по-прежнему вызывают в памяти конфликты инуитской жизни. В Кангерлюссуак, по словам Рене Биргера Кристиансена, главы службы здравоохранения Гренландии, недавно прошла волна жалоб от людей, считающих, что у них под кожей вода. Французский исследователь Жан Малон писал в 1950-х годах: "Есть противоречие, иногда драматичное, между индивидуалистическим по сути темпераментом эскимоса и его сознательным убеждением, что одиночество — синоним несчастья. Будучи остав-

лен своими товарищами, он впадает в депрессию, которая подстерегает его на каждом шагу. Может быть, коммунальная жизнь все-таки невыносима? Целая сеть обязанностей сцепляет одного человека с другими и делает эскимоса добровольным пленником".

Три женщины-старейшины в Иллюминаке долго молча носили в себе свои горести. "Сначала, — говорит Карен Йохансен, — я пыталась рассказать другим женщинам, что я чувствую, но они не обращали внимания. Они не хотели говорить о плохом и не умели вести такие разговоры: они никогда не слышали, чтобы женщина говорила о своих проблемах. Пока не умер мой брат, я тоже старалась не быть облаком в чьем-то ясном небе. Но после ужаса его самоубийства мне надо было поговорить. Это людям не нравилось. У нас не принято говорить кому-то, даже другу: "Я сочувствую твоим неприятностям". О своем муже она говорит как о "человеке молчания"; они разработали такой способ общения, когда она плачет, а он слушает, и не надо слов, столь ему чуждых.

Этих трех женщин свели вместе их несчастья, и по прошествии многих лет они начали разговаривать между собой — о глубине своих мук, об одиночестве, обо всех живущих в них чувствах. Амалия Иоельсон училась акушерству в больнице в Иллюиссате, где и познакомилась с разговорной терапией. Разговор с двумя другими женщинами принес ей утешение, и она выдвинула идею, совсем новую для этого общества. В одно из воскресений Амелия Ланге объявила в церкви, что они создали группу и хотят пригласить всех желающих поговорить о своих проблемах прийти к любой из них или ко всем вместе. Она предложила использовать для этого предродовой кабинет Амелии Иоельсон. Ланге пообещала, что такие встречи будут строго конфиденциальны. "Нам незачем быть одинокими", — сказала она.

За год к ним пришли все женщины деревни — по одной, не зная, кто еще принял приглашение. Женщины, никогда не поверявшие мужьям и детям, что у них на душе, приходили и плакали в кабинете повитухи. Так создавалась новая традиция — традиция открытости. Приходили и мужчины, хотя мужское понятие о твердости удерживало многих, во всяком случае, поначалу. Я просиживал долгие часы дома у каждой из этих

трех женщин. Амелия Ланге рассказала, каким откровением было для нее то облегчение, которое получали люди, поговорив с нею. Карен Йохансен пригласила меня присоединиться к ее семье и угостила миской свежего китового супа, что, по ее словам, часто бывает лучшим ответом на чьи-то проблемы. Она сказала мне, что нашла настоящее средство от тоски: услышать о тоске других. "Я это делаю не только для тех, кто говорит со мной, — сказала она, — но и для себя". В своих домах, со своими близкими люди Иллюминака друг о друге не говорят. А вот к своим старейшинам ходят, и набираются от них сил. "Я знаю, что предотвратила много самоубийств, — говорит Карен Йохансен. — Хорошо, что я успела вовремя поговорить с ними". Конфиденциальность была вопросом высшей важности; в маленьком поселении много иерархий, и их нельзя нарушить, не создав при этом гораздо более серьезных проблем, чем проблема молчания. "Я встречаю на улице людей, рассказавших мне о своих сложностях, но никогда не упоминаю об этих проблемах, никогда не спрашиваю о здоровье, — говорит Амелия Йоельсон. — И только если на мое вежливое "Как дела?" они начинают плакать, я снова увожу их к себе".

Разговорную терапию часто обсуждают на Западе так, будто эта идея придумана психоаналитиками. Депрессия — болезнь одиночества, и всякий, остро ее переживший, знает, какой страшной изоляции она подвергает даже людей, окруженных любовью, — в данном случае изоляции по причине скученности. Три женщины-старейшины Иллюминака открыли для себя чудодейственность облегчения души и помогают в этом другим. Разные культуры выражают страдания по-разному, и представители разных культур испытывают разного рода страдания, но чувство одиночества пластично до бесконечности.

Эти три женщины-старейшины расспрашивали и меня о моей депрессии, и я, сидя у них дома, жуя сушеную треску в тюленьей ворвани, чувствовал, как их опыт тянется к моему. Когда мы покидали деревню, переводчица сказала, что это была самая изнурительная работа в ее жизни, но сказала она это, сияя гордостью. "Мы, инуиты, сильный народ, — сказала она. — Если бы мы не решали всех своих проблем, мы бы здесь просто умирали. И вот мы нашли способ решать и эту пробле-

му — депрессию". Сара Линге, гренландская женщина, учредившая в одном городе горячую линию для самоубийц, говорит: "Сначала люди должны увидеть, как это легко — просто поговорить, а потом — как это хорошо. Они этого не знают. Мы, обнаружившие это для себя, должны изо всех сил распространять это знание".

Когда сталкиваешься с мирами, где тяготы — норма, видишь, как сдвигаются границы между адекватным восприятием трудностей жизни и состоянием депрессии. Жизнь инуитов трудна — не морально унизительна, как в концлагере, и не эмоционально пуста, как в современных городах, а безжалостно напряжена и лишена элементарных материальных удобств, принимаемых большинством людей Запада как должное. Совсем недавно инуитам была недоступна роскошь поговорить о своих проблемах: они должны были подавлять отрицательные эмоции, чтобы не погубить все общество. Семьи, которые я посетил в Иллюминаке, выживали в невзгодах, храня завет молчания. Для целей общества это была эффективная система, и она помогла людям прожить много долгих, холодных зим. Мы на Западе верим, что проблемы лучше всего решать, вытаскивая их из темноты, и то, что произошло в Иллюминаке, подтверждает эту теорию, нотам высказывания вслух ограничены в тематике и местоположении. Не будем забывать, что никто из депрессивных в деревне не говорил о своих проблемах с объектами этих проблем и что никто из них не обсуждал свои трудности на регулярной основе даже и с женщинами-старейшинами. Часто говорят, что депрессия — это "барская хвороба", жертвой которой становится досужий класс развитых обществ; на самом же деле этот класс просто имеет роскошь говорить и что-либо делать по ее поводу. Для инуитов депрессия — такая мелочь в масштабе вещей, такая неотъемлемая часть жизни каждого человека, что, за исключением тяжелых случаев болезни, превращающей человека в растение, они ее просто игнорируют. Между их молчанием и нашей бурно вербализуемой занятостью собой лежит множество способов говорить о психическом страдании, знать это страдание. Окружение, раса, пол, традиция, страна — все это совместными усилиями определяет, что следует говорить, а что оставлять невысказанным, — и тем самым определяет, что

## Демография

будет устранено, что усугублено, что надо перетерпеть, а от чего отказаться. Депрессия — ее актуальность, ее симптомы, способы выхода из нее — определена силами, действующими абсолютно вне нашей индивидуальной биохимии, — тем, кто мы есть, где рождены, во что верим, как живем.



## ПРИСТРАСТИЯ

Депрессия и злоупотребление различными веществами образуют замкнутый круг. Люди в депрессии злоупотребляют алкоголем или наркотиками в попытке освободиться от депрессии. Делаящие это нарушают ход своей жизни до того, что от нанесенного себе вреда впадают в депрессию. Становятся ли "генетически склонные" к алкоголизму люди пьяницами и испытывают ли потом депрессию как следствие потребления известных веществ или генетически склонные к депрессии люди используют алкоголь как форму самолечения? На оба вопроса ответ один: да. Пониженный серотонин играет важную роль в алкоголизме, так что углубляющаяся депрессия может вызывать органическое утяжеление алкоголизма. На самом деле, количество серотонина в нервной системе состоит в обратной пропорции к потреблению алкоголя. Самолечение с помощью запрещенных наркотиков часто непродуктивно: тогда как законные антидепрессанты начинают с побочных эффектов и постепенно наращивают желательные, вещество, которым злоупотребляют, обычно начинает с желательного эффекта и постепенно наращивает побочные. Решение принимать прозак, а не кокаин — вариант стратегии долгосрочного удовлетворения, а решение принимать кокаин вместо антидепрессанта диктуется немедленной жадой удовлетворения.

Все наркотические вещества — никотин, алкоголь, марихуана, кокаин, героин и еще около двадцати известных в настоящее время — оказывают огромное воздействие на дофаминовый обмен. Некоторые люди генетически предрасположены

к употреблению подобных веществ. Эти вещества действуют в мозге в три этапа. Первый этап проходит в переднем мозге и затрагивает познавательную функцию; это, в свою очередь, возбуждает волокна, ведущие к самым примитивным отделам мозга — тем, которые есть и у рептилий, — а те, наконец, передают раздражение на многие другие участки мозга, часто изменяя дофаминовый обмен. Так, кокаин, похоже, блокирует захват дофамина, отчего свободного дофамина в мозге становится больше, а морфий приводит к высвобождению дофамина. Не остаются в стороне и другие нейромедиаторы; алкоголь воздействует на серотонин, несколько веществ повышают содержание энкефалинов. Но ведь мозг — саморегулирующаяся система, стремящаяся поддерживать постоянный уровень стимуляции; если накачивать его дофамином, то он повышает толерантность, и тогда, чтобы вызвать один и тот же уровень реакции, понадобится все больше и больше дофамина. Мозг либо увеличивает число поглотителей дофамина, либо понижает чувствительность существующих. Вот почему пристрастившемуся к чему-либо человеку требуется все большее его количество; потому же люди в процессе отвыкания, переставшие с помощью привычных веществ стимулировать повышенное высвобождение дофамина, обычно ощущают, как все кругом плоско, серо, "депрессивно": их естественный уровень дофамина, по меркам адаптировавшегося мозга, крайне низок. Отвыкание завершается только тогда, когда мозг заново настраивает себя.

Большинство людей, если они будут достаточно долго принимать большое количество вызывающих привыкание веществ, к ним привыкнут. У трети людей, выкуривших одну сигарету, вырабатывается привычка к никотину; примерно четверть попробовавших героин становятся от него зависимыми; примерно шестая часть попробовавших алкоголь обретает пристрастие. Скорость, с которой вещества пересекают барьер кровь—мозг и отравляют употребляющего их человека, часто определяется способом их применения: инъекция работает быстрее всего, затем — вдыхание и последним — прием внутрь. Конечно, скорость также варьируется от вещества к веществу, и она же определяет, насколько быстро данное вещество приносит облегчение. "Кто именно впервые пробует данное веще-

## Пристрастия

ство — дело довольно случайное, — говорит Дэвид Макдауэлл, заведующий кафедрой наркологии и исследовательским отделом Колумбийского университета. — Это зависит от того, где человек живет, каков его социальный климат. Но дальше все совсем не случайно. Одни, попробовав раз, живут себе, как прежде, и больше об этом не вспоминают, другие попадают на крючок почти немедленно". Для людей, склонных к злоупотреблению наркотическими веществами, как и для депрессивных, генная предрасположенность накладывается на внешний опыт; рожденные с шансом стать зависимыми после долгого употребления данного вещества обретают наркотическую зависимость. Депрессивные со склонностью к алкоголизму обычно приходят к хроническому тяжелому пьянству лет через пять после первого серьезного эпизода депрессии; склонные к кокаину начинают хронически злоупотреблять им в среднем через семь лет после такого эпизода. На сегодняшний день не существует теста, который показывал бы, какое именно вещество и кому именно несет определенную степень риска, но попытки разработать такой тест, преимущественно на базе содержания определенных энзимов в кровеносной системе, ведутся. Пока еще невозможно сказать, происходящие ли у депрессивных людей физиологические изменения делают их более подверженными риску наркомании или же повышенная уязвимость имеет прежде всего психологические причины.

У большинства депрессивных с наркотическими пристрастиями одновременно протекают две взаимозависимые болезни, каждая из которых требует лечения и усугубляет другую. Оба заболевания воздействуют на дофаминовый обмен. Популярная идея о том, что надо сначала снять у человека наркотическое пристрастие, а только потом обращаться к депрессии, несколько абсурдна: вы предлагаете человеку, старающемуся как-то умерить свои страдания, дать им расцвести в полный рост, прежде чем начнете ему помогать. Идея о том, что надо игнорировать пристрастие и лечить депрессию как первичную болезнь, помогая человеку чувствовать себя настолько хорошо, чтобы ему больше не хотелось употреблять наркотические вещества, не учитывает реальности физической зависимости. "Если мы чему-то и научились в области наркотических пристрастий, — говорит Герберт Клебер, который несколько лет

был заместителем "наркоцаря"<sup>48</sup> США, а ныне возглавляет Центр по изучению наркотической зависимости при Колумбийском университете, — так это тому, что, пристрастившись однажды — не важно, как это случилось, — вы приобретаете болезнь, которая живет собственной жизнью. Если вы лечите депрессивного алкоголика антидепрессантами, вы получаете недепрессивного алкоголика". Устранение исходной мотивации не освобождает от уже сформировавшейся зависимости.

Теоретики скрупулезно разделяют душевные состояния и наркотическую зависимость. Есть некоторые простые показатели — например, наличие депрессии в семье может указывать на первичность депрессии, а семейный анамнез злоупотреблений — на первичность проблемы с наркотической зависимостью. Далее картина становится неясной. Алкоголизм вызывает симптомы депрессии. Господствующий в психотерапии подход — сначала устранить наркотическую зависимость, а после того, как человек месяц продержался "всухую", без наркотиков, нужно оценить его эмоциональное состояние. Если ему хорошо, то причиной депрессии, наверно, было наркотическое пристрастие, и, сняв пристрастие, мы сняли и депрессию. Все это прекрасно — в теории; в жизни же воздержание вызывает страшный разброд. Чувствующий себя прекрасно через месяц воздержания, вероятно, преисполнен гордости за свое самообладание; у него перестроились уровни содержания всевозможных гормонов, нейромедиаторов, пептидов, энзимов и тому подобного, но он вовсе не обязательно освободился от алкоголизма или от депрессии. А остающийся депрессивным в конце месяца воздержания может быть таковым в силу житейских обстоятельств, что не отражает ни эмоционального состояния, раньше приведшего его к зависимости, ни подспудного эмоционального состояния, теперь как бы проявленного вонне. Представление о том, что человека можно восстановить в состоянии "беспримесном и что наркотические вещества маскируют истинную личность их употребляющего, совершенно абсурдно. Более того, проблемы душевного состояния, связанные с воздержанием, могут проявиться впервые лишь через ме-

<sup>48</sup> Так уважительно-иронически называют занимающего должность директора Национального управления по борьбе с наркотиками, отвечающего за координацию всей национальной политики в этой сфере. — *Прим. ред.*

сяц или два месяца трезвости. Чтобы организм достиг оптимального восстановления после длительных злоупотреблений, нужно много месяцев; одни изменения мозга, согласно Клеберу, "представляются перманентными", другие держатся год или два. Позитронная эмиссионная томография (PET) способна выявить особенности влияния на мозг различных веществ и показывает лишь частичное восстановление после трехмесячного курса терапии. Наблюдаются устойчивые повреждения мозга; хронически злоупотребляющие наркотическими веществами часто страдают перманентными поражениями памяти.

Допустим, начинать лечение депрессивного пациента с сформировавшейся зависимостью с лишения его этих веществ — садизм. А если начать с лекарств — есть ли в этом смысл? Применение антидепрессантов к депрессивному алкоголику может несколько сбавить его желание пить, если депрессия является первичной причиной алкоголизма. Такая модель тестирования — начать со снятия депрессии — более щадяща, чем запрет на алкоголь с целью выяснить, "реально" ли человек депрессивен. Лечение антидепрессантами, несомненно, полезно для уменьшения степени зависимости; недавние исследования показали, что регулярный прием SSRI алкоголиками повышает их шансы на то, что они смогут бросить пить. Ясно, что если депрессию можно значительно смягчить психотерапией, а то и простым участием, то пристальное внимание, оказываемое участникам таких исследований, может иметь положительный эффект само по себе, помимо методики исследования. Депрессивные алкоголики обычно страшно изолированы, и прорыв изоляции часто снимает некоторые симптомы депрессии.

"В стремлении формально определить, какая болезнь первична, а какая вторична, что отнести на долю распушенности, а что — на долю душевной болезни, есть элемент личных пристрастий, — говорит Элинор Маккенс-Кац из медицинского колледжа имени Альберта Эйнштейна. — Но как врач, лечащий людей с наркотическими пристрастиями и с душевными расстройствами, я хочу это знать: это поможет предсказать, что будет с ними дальше; это поможет мне в том, как их просвещать и как с ними работать; это поможет мне определить, какие лекарства им давать и на какие сроки. Но суть все равно

в том, что если у человека оба расстройства, то и лечить надо оба". Случается, что занимающиеся самолечением используют наркотические вещества, чтобы снять ажитированную депрессию, которая, если за ней не проследить, может привести к суицидальным желанием и попыткам. Если лишить такого человека алкоголя, не предусмотрев лучших способов контролировать депрессию, высок риск вызвать самоубийство. "Когда депрессия не диагностирована из-за отсутствия трезвенности, — говорит Дэвид Макдауэлл из Колумбийского университета, — поддержание трезвенности может зависеть от лечения депрессии". Иными словами, если вы в депрессии, вы можете не справиться со стрессом вытрезвления.

В стремлении выстроить систему диагностики в области, где знание источника болезни составляет лишь малую долю умения ее лечить, всю идет манипуляция данными. В одном недавнем исследовании, например, наблюдали закономерности сна и заметили, что сокращение латентной стадии сна с быстрым движением глаз (БДГ) (время между засыпанием и первым входением в стадию БДГ) указывает, что депрессия — первичное заболевание, а продление БДГ указывает, что первичен алкоголизм. Некоторые клиницисты утверждают, что ранний алкоголизм чаще бывает следствием депрессии, чем поздний. Некоторые замеряют метаболиты серотонина или содержание гидрокортизона и других гормонов и надеются с помощью этих тестов продемонстрировать наличие реальной депрессии. Но поскольку реальная депрессия часто не проявляется таким образом, то польза от этих тестов невелика. Имеется невероятно широкий спектр статистических данных; главное в них то, что около трети всех страдающих зависимостью подвержены тому или иному виду депрессивного расстройства и большое число депрессивных злоупотребляют наркотическими веществами. Злоупотребления часто начинаются в раннем подростковом возрасте, когда у предрасположенных к депрессии сам недуг мог еще не развиться. Они могут начаться как способ защиты от развивающейся депрессивной направленности. Иногда депрессия превращает простое употребление вызывающих привыкание веществ в наркотическую привычку. "Люди, принимающие эти вещества потому, что нервничают или пребывают в депрессии, с гораздо большей вероятностью

впадают в реальную зависимость", — говорит Клебер. Люди, отказавшиеся от наркотиков или алкоголя, с гораздо большей вероятностью к ним вернуться в состоянии депрессии, чем вне ее. Р.Е. Майер предложил пять возможных вариантов взаимоотношений между зависимостью и депрессией. Депрессия может быть причиной злоупотреблений; депрессия может быть следствием злоупотреблений; депрессия может модифицировать или усиливать злоупотребления; депрессия может сосуществовать со злоупотреблениями; депрессия и зависимость могут быть двумя симптомами одной болезни.

Очень запутывает то обстоятельство, что использование наркотических веществ, воздержание от них и депрессия выражаются в перекрывающихся друг друга симптомах. Транквилизаторы типа алкоголя и героина снимают нервозность, но усугубляют депрессию; стимуляторы типа кокаина облегчают депрессию, но повышают нервозность. Пациенты с депрессией, злоупотребляющие стимуляторами, могут вести себя подобно шизофреникам, но такое поведение корректируется либо прекращением их употребления, либо успешным лечением депрессии. Иными словами, симптомы различных комбинаций двух болезней хуже, чем комбинации симптомов этих двух компонентов. В случаях двойного диагноза алкоголизм часто бывает более тяжелым, чем умеренный алкоголизм, а депрессия имеет более выраженные расстройства, чем средней тяжести депрессия. К счастью, люди с двойным диагнозом более склонны обращаться за помощью, чем с любым отдельным. Впрочем, они более склонны и к рецидивам. Хотя зависимость и депрессия могут быть самостоятельными проблемами, несомненно то, что каждая болезнь вызывает физиологические последствия в мозге, усугубляющие другой недуг. Некоторые вещества (кокаин, седативные препараты, снотворные и транквилизаторы), не вызывающие депрессии во время употребления, все же воздействуют на мозг так, что при воздержании депрессия возникает; другие (амфетамины, опиаты, галлюциногены) вызывают депрессию — это часть их мгновенного одурманивающего эффекта; третьи (кокаин, экстази) вызывают взлет и затем компенсаторный провал. Все это не шутки: эти вещества, и, в частности, алкоголь, усугубляют суицидальность. Все они затуманивают сознание настолько, что наруша-

ют режим приема лекарств, и это может ввергнуть человека, специально проходящего длительное лечение антидепрессантами, в настоящий хаос.

У одних людей депрессия переходит в стадию более или менее перманентной ремиссии после вытрезвления, и для таких правильным лечением будет воздержание. У других интерес к наркотикам и алкоголю просто пропадает, когда их депрессия берется под контроль, и для них правильным лечением являются антидепрессанты и психотерапия. Большинство зависимых, как и большинство депрессивных, нуждаются в психосоциальном вмешательстве, хотя и не всегда. К сожалению, клиницисты до сих пор не знают, какие антидепрессанты могут плохо взаимодействовать с веществами, которыми злоупотребляет пациент. Алкоголь ускоряет всасывание лекарств, и это быстрое всасывание значительно усиливает побочные эффекты. Трициклики, более старый вариант антидепрессантов, в комбинации с кокаином могут вызвать значительную нагрузку на сердце. Прописывая антидепрессанты "завязавшему", важно исходить из того, что он легко может вернуться к своему излюбленному зелью, и избегать лекарств, которые во взаимодействии с ним могут причинить значительный вред. В некоторых случаях наиболее безопасным первоначальным подходом к депрессии у пациентов, страдающих зависимостью, будет психодинамическая терапия.

Лексикон наркотического пристрастия в последние двадцать лет размылся, так что теперь можно иметь "наркотическое пристрастие" к работе, к загару, к массажу ног. У кого-то пристрастие к еде. У кого-то к деньгам — и к приобретению, и к трате. Одной девушке с анорексией поставили диагноз наркотического пристрастия к огурцам — трудно отделаться от ощущения, что доктор Фрейд имел бы кое-что сказать по этому поводу. Говард Шеффер, заведующий кафедрой исследования наркотической зависимости медицинского факультета Гарварда, изучал манию азартной игры и считает, что тропы наркотического пристрастия пролегают в мозгу, а предмет маниакального влечения не особенно важен; для него пристрастие к типам поведения не сильно отличается от пристрастия к наркотическим веществам. Наркотической зависимостью движет беспомощная потребность повторять нечто вредно-

ное, а не физиологическая реакция на повторяемые действия. "Вы же не станете говорить о вызывающих наркотическое приращение игральных костей", — говорит он.

А вот Берта Мадрас с кафедры психиатрии Гарварда говорит, что наиболее часто вещества, которыми злоупотребляют, подключаются к проводящим путям мозга, и это возможно благодаря их сходству с веществами, находящимися там от природы. "Химическая структура наркотиков напоминает химическую структуру нейромедиаторов, — говорит она. — Я их называю "великими самозванцами мозга". Они нацеливаются на те же коммуникационные системы, которыми пересылаются естественные сигналы мозга. А эти сложные коммуникационные и управляющие системы мозга настроены на естественные сигналы, а не на "самозванцев". В результате мозг подстраивается к аномальным сигналам, генерируемым наркотиками, и компенсирует их воздействие. Здесь и начинается процесс привыкания. В привыкании главное — адаптация мозга. В случае наркотиков, вызывающих физическую или психологическую "ломку", появляется неодолимая потребность восстановить мозг к тому состоянию, какое было, когда его "затоплял" наркотик". Мания к игре в кости — это еще ничего, но физическое приращение связано с активацией проводящих путей мозга, ведающих привыканием, и многие из них вызывают физиологические изменения, в свою очередь, приводящие к депрессии.

Люди, у которых алкоголизм наследственный, имеют тенденцию к пониженному содержанию эндорфина — эндогенного морфина, ответственного за многие наши ощущения удовольствия, — по сравнению с людьми, генетически не склонными к алкоголизму. Алкоголь слегка повышает уровень эндорфина у людей без генетического базиса алкоголизма и резко — у людей с таким базисом. Специалисты тратят много времени, формулируя экзотические гипотезы для объяснения наркотических злоупотреблений. Большинство людей злоупотребляют наркотическими веществами потому, что это приятно. Существуют, указывают эксперты, сильные аргументы против приема наркотиков, но существуют и сильные побуждения их принимать. Утверждающие, что не могут понять, зачем кому-то приращаться к наркотикам, — это обычно те,

кто никогда их не пробовал или достаточно устойчив против них генетически.

"Люди плохо могут судить о собственной восприимчивости, — говорит Герберт Клебер. — Наркоманом быть не хочет никто. Трудность лечения состоит в том, что цель врача — трезвенность — и цель пациента — контроль — не совпадают. Все, чего хочет наркоман, — быть способным *время от времени* ударить по крэку. И одна из его проблем в том, что раньше он был на это способен. У каждого наркомана был "медовый месяц", когда он мог контролировать потребление. У алкоголика он мог продолжаться пять, десять лет, у кокаиниста — всего, может быть, полгода". Желание повторить что-либо, потому что это приятно, — не то же самое, что потребность повторить что-либо, потому что без этого невыносимо жить. Часто потребность определяется внешними обстоятельствами, например, депрессией; депрессивная личность, следовательно, склонна обрести наркотическое пристрастие гораздо скорее, чем недепрессивная. Если вы депрессивны, способность получать удовлетворение в обычной жизни у вас снижена. Злоупотребляющих можно разделить на категории преконтемплативных<sup>49</sup> — даже и не думающих бросать свое излюбленное пристрастие, и контемплативных — задумывающихся, — внешнемотивированных и внутреннемотивированных. Большинству, прежде чем освободиться от наркотической зависимости, приходится пройти через все четыре стадии.

Медицинская литература утверждает, что пристрастие происходит от проблем с "(1) эмоциями, (2) самооценкой, (3) взаимоотношениями и (4) заботой о себе". На самом деле меня, скорее, удивляет то, как многим из нас удается избежать наркотических пристрастий. К этому нас побуждают знание того, насколько вредным и отвратительным может быть пристрастие, страх разрушить взаимоотношения и удовольствие владеть собой. Тем не менее больше всего влияют здесь физические побочные эффекты злоупотреблений. Если бы не было такой вещи, как похмелье, на свете было бы гораздо больше алкоголиков и кокаинистов. Наркотики сулят награду и наказание, и граница между уровнями потребления, когда удовлетворение

*Contemplatio* (лат.) — "исследовать, анализировать". — Прим. ред.

превышает наказание и когда наказание преобладает над удовлетворением, размыта. Успокаивающее действие алкоголя помогает людям расслабиться и двигаться в социальных ситуациях без парализующей нервозности, и такого рода употребление санкционировано большинством немусульманских обществ. Стимулирующее воздействие редкой понюшки кокаина на депрессию такое же, как алкоголя на нервозность, хотя запрет на кокаин отражает наш социальный дискомфорт в отношении его потребления. Все другие пристрастия далеко превосходят по распространенности пристрастия к кофеину и никотину. Один врач, специализирующийся на наркотических пристрастиях, рассказал, как был в гостях за границей и переживал парализующее похмелье и тяжелое депрессивное настроение в течение двух дней, пока не сообразил, что в доме его друзей был только травяной чай, и он испытывал не обезвоживание, связанное с употреблением алкоголя, а кофеино-абстинентный синдром. Несколько чашек крепкого кофе поставили его на ноги. "Я никогда об этом не задумывался, но кофе был для меня не просто напитком с привычным вкусом: он был пристрастием, и любые игры с ним были чреваты ломкой". Мы как общество не возражаем против пристрастий, которые не выводят человека из строя; но возражаем против использования определенных вызывающих привыкание веществ, даже если их потребление нерегулярно и не вызывает пристрастия по своей природе. На наши разногласия в этом вопросе указывают споры вокруг легализации марихуаны и запрета на табак.

Гены — еще не судьба. В Ирландии крайне высокий уровень алкоголизма; и там же крайне высокий процент непьющих людей. В Израиле крайне низкий уровень алкоголизма, но почти нет вовсе не пьющих. В обществе, где люди склонны к алкоголизму, они могут также быть склонны к высочайшему самообладанию перед наркотиками. "Алкоголизм, — говорит Клебер, — это не болезнь вашего локтя: не спазм мышц подносит вам ко рту рюмку. У алкоголика есть выбор. Однако способность делать выбор зависит от многих переменных, одной из которых может быть расстройство душевного состояния". Если вы принимаете наркотики, вы делаете это осознанно. Вы знаете, когда этим занимаетесь. В этом участвует ваша воля.

И все же — есть ли у нас выбор? Если знаешь, что существует немедленное облегчение испытываемой боли, какой смысл отказывать себе? Т.С. Элиот писал в "Геронтионе": "Зная такое, чем оправдаешься?" В ночных сумерках души — лучше ли всего не знать, что может дать тебе кокаин?

Одна из самых отвратительных вещей, касающихся депрессии и, в частности, беспокойства и паники, это то, что в происходящем не участвует воля: чувства "случаются" с тобой без всякой причины. Один автор написал, что наркотическая зависимость — это замена "безрадостного и непостижимого страдания" "радостным и постижимым страданием", устранение "бесконтрольного мучения, которого человек не понимает" в пользу "вызванной наркотиком дисфории, которую человек понимает". В Непале, когда слону попадает в ногу заноза, погонщики сыплют ему в глаз перец. Слон становится настолько поглощен болью в глазу, что перестает обращать внимание на боль в ноге, и люди могут удалить занозу так, чтобы их при этом не раздавили насмерть (перец же вымывается из глаза довольно быстро). Для многих склонных к депрессии людей алкоголь, или кокаин, или героин — это перец, нестерпимая вещь, ужас которой отвлекает от ужаса еще более нестерпимой депрессии.

Кофеин, никотин и алкоголь — три главных вызывающих привыкание вещества, в разной степени вошедшие в нормы нашего общества и рекламируемые потребителям. Вред кофеина мы по большей части игнорируем. Никотин, хотя он и очень способствует привыканию, не одурманивает и потому сравнительно не опасен в повседневной жизни; тревожит же активистов антеникотинового движения воздействие смол, сопровождающих потребление никотина. Отрицательные побочные эффекты курения растянуты во времени, что облегчает злоупотребление никотином; если бы у людей было жуткое похмелье после каждой выкуренной сигареты, курильщиков стало бы много меньше. Поскольку губительные результаты — в первую очередь эмфизема и рак легких — проявятся после долгого курения, их легче игнорировать или отрицать. Высокий процент курильщиков среди депрессивных отражает, похоже, не какое-нибудь конкретное свойство никотина, а саморазрушительную тенденцию среди людей, для которых бу-

душнее мрачно и уныло. Пониженное насыщение крови кислородом в результате курения может оказывать активное депрессирующее воздействие. Курение как будто понижает уровень серотонина, хотя возможно и то, что низкий уровень серотонина заставляет людей тянуться к никотину и делаться курильщиками.

Самое распространенное из вызывающих привыкание вредоносных веществ — алкоголь, который прекрасно справляется с задачей "утопить" страдание. Хотя в пьянстве во время депрессии нет ничего необычного, некоторые, будучи депрессивны, пьют меньше, часто потому, что "знают за алкоголем способность при чрезмерном употреблении усугубить депрессию. Мой опыт показывает, что алкоголь не особенно соблазнителен, когда находишься в чистой депрессии, и весьма соблазнителен, когда испытываешь тревожное беспокойство. Проблема в том, что тот же алкоголь, притупляя жало беспокойства, склонен усугублять депрессию, и тогда из состояния напряженности и страха переходишь к ощущению заброшенности и ненужности. Одно не лучше другого. Я в таких обстоятельствах заглядывал в бутылку и выжил, чтобы донести миру правду: это не помогает.

Пройдя через разные периоды употребления алкоголя, я считаю, что уровень, на котором начинается пристрастие, в большой мере определяется обществом. Я рос в семье, где вино подавали к ужину, и уже с шести лет в моем бокале была пара глотков. Поступив в колледж, я выяснил, что умею пить, и не только вино. С другой стороны, пьянство в нашем колледже не очень поощрялось; считалось, что пьющие слишком часто "неблагополучны". Я подчинился норме. В английском университете, куда я поступил потом, пьянство было повальным, а уклоняющихся считали "занудами" и "ботаниками". Мне не хочется признавать себя безвольной овечкой, но я прекрасно вписался и в эту систему. Через несколько месяцев после начала учебы в Англии меня приняли в общество гурманов и в составе довольно глупого обряда инициации заставили выпить почти два литра джина. Это было для меня вроде прорыва, уничтожившего зарождавшийся до того страх алкоголизма. На том этапе моей жизни я не страдал депрессией в скольконибудь серьезной форме, но был человеком беспокойным,

подверженным приступам тревоги. Спустя несколько месяцев на одном ужине меня усадили рядом с девушкой, в которую я был страшно влюблен, и, полагая, что алкоголь притупит застенчивость, которую она мне внушала, я без труда осушил в течение вечера две с половиной бутылки вина. Она тоже, наверно, из застенчивости пила почти столько же, и мы оба проснулись на рассвете на груде сваленных в углу пальто. Никаким особым чувством стыда это не сопровождалось. Если ты соглашался платить головной болью и мог нормально подготовиться к следующему сочинению, ты с дорогой душой мог напиваться до умопомрачения хоть каждый вечер. Ни мне, ни моим друзьям и в голову не приходило, что я подвергал себя риску сделаться алкоголиком.

В двадцать пять лет я начал работу над своей первой книгой — о советских художниках-авангардистах. Если в Англии я пил нечасто, но помногу, то в России — постоянно. Впрочем, депрессивен я не был: общество, в котором я жил в России, было обществом пьяного веселья. Вода в Москве была практически непригодна для питья, и я, помню, острил, что настоящим чудом было бы, если бы кто-нибудь превратил мое вино в воду, а не наоборот. Лето 1989 года я провел в чьей-то заброшенной квартире на окраине Москвы с группой художников; думаю, что выпивал в день чуть ли не литр водки. Проходил месяц, и я уже не замечал, сколько пью; я привык вылезать из постели в полдень и вливаться в круг друзей, курящих, кипятящих чай на электрической плитке и пьющих водку из грязных граненых стаканов. Чай был отвратителен — как теплая водичка с плавающими в ней комочками грязи, — так что я принимал свою утреннюю порцию водки, и день начинался, постепенно смягчаясь по мере стабильного потребления алкоголя. Это непрекращающееся пьянство никогда не делало меня ощутимо пьяным, и, глядя назад, могу сказать, что оно мне очень помогло. Ведь в США я рос в довольно изолированной обстановке, и теперь сочетание коммунальной жизни с непрекращающимся пьянством очень способствовало развитию у меня чувства товарищества с моими русскими друзьями. Да, были среди нас люди, пившие слишком много даже и по меркам того общества. Один парень каждый вечер напивался до оцепенения, бессмысленно слонялся вокруг и потом вырубал-

ся. Он храпел, как ударная группа в ансамбле хэви-металл. Особый фокус состоял в том, чтобы не позволить ему вырубиться в твоей комнате и особенно на твоей кровати. Помню, как мы с шестью другими парнями переносили на пол необъятную тушу этого находящегося в бессознательном состоянии типа; однажды мы сволокли его по трем лестничным пролетам, и он ни разу не проснулся. Продолжать пить по моим американским стандартам было бы в этих кругах не только невежливо, но и эксцентрично. Важнее другое — пьянство избавляло моих московских друзей от их скудного пайка социальной жизни, полной скуки и страха. Они вели жизнь маргиналов в тоталитарном обществе в непонятный момент его истории, и чтобы свободно самовыражаться, смеяться и танцевать, как это делали мы, и чтобы достичь этой преувеличенной близости, мы должны были пить. "В Швеции, — говорил один из моих русских друзей после поездки в эту страну, — люди пьют, чтобы уходить от близости. В России мы пьем, потому что сильно любим друг друга".

Пьянство — вещь не простая. Его движущие причины и результаты очень многообразны для разных людей в несхожих местах и обстоятельствах. Считается, что высокие налоги на алкоголь в Скандинавских странах сократили число самоубийств. Я видел результаты многих исследований, утверждающих, что алкоголь ведет к депрессии, но я не верю, что все алкоголики депрессивны. Взаимосвязь между депрессией и алкоголем зависит от темперамента человека и окружения и варьируется в широком диапазоне. Я определенно пью больше, когда нервничаю, — хоть в нервном, но обычном общении, хоть при порывах беспокойства несколько депрессивного свойства, — и меня тревожит, что в трудные времена я слишком полагаюсь на спиртное. Моя толерантность то повышается, то понижается, и реакция тоже неодинакова; случается, что выпьешь, и напряжение спадает, а бывает, что пьешь и пьешь, а все стоишь на опасной грани суицидальности, слабости, подавленности, страха. Я знаю, что мне не следует пить, когда я чувствую себя подавленным, и, находясь дома, я не пью; но в светских ситуациях бывает трудно сказать "нет", и еще труднее ходить по грани между желанием снять раздражительность и возможностью впасть в уныние — я часто промахиваюсь.

Незнание меры в выпивке, конечно, вызывает головную боль, чувство собственной неполноценности и некомпетентности, равно как и несварение желудка. Серьезный алкоголизм на протяжении длительного времени может привести к поражению когнитивной функции и даже к психозу, не говоря уже о тяжелых физических заболеваниях, например, циррозу печени; у алкоголиков тенденция к более ранней смертности, чем у непьющих. Абстинентный синдром при хроническом алкоголизме может включать в себя белую горячку, которая бывает смертельной. 90% ныне живущих американцев в тот или иной период своей жизни потребляли спиртное. Около 10% мужчин и 5% женщин в США приобретают физиологическое пристрастие к алкоголю, и это значит, что, если они попробуют бросить, у них появится учащенное сердцебиение, перевозбуждение и, возможно, белая горячка. Физиологический механизм действия алкоголя в мозге не вполне изучен, как и физиологический базис для его потребления; похоже, что на способность противиться искушению выпить влияет серотонин. Выясняется, что алкоголь в больших дозах вредно влияет на нейромедиаторы, возможно, через рецепторы гамма-аминомасляной кислоты, на которые нацелен также и седуксен. Продолжительное пьянство серьезно вредит памяти и необратимо нарушает способность упорядочивать новый опыт — включать его в сквозную цепь памяти. Это означает потерю целостного восприятия собственной истории: жизнь вспоминается кусками и эпизодами, а не как связный рассказ.

Существует много методик лечения алкоголизма вне депрессии, но, когда оба эти состояния сосуществуют, наиболее эффективной представляется психодинамическая терапия. В "Анонимных алкоголиках" и других "программах двенадцати шагов" человек может найти поддержку, делясь с другими своим опытом и алкоголизма, и депрессии. Другие формы групповой терапии и даже кратковременная госпитализация тоже высокоэффективны при лечении алкоголизма с депрессией как болезнях, происходящих из одного источника. Но из одного источника или нет, а для многих людей это все равно работает. Врачи Колумбийского университета применяют индивидуальную когнитивно-бихевиоральную терапию для предотвращения рецидивов. Программа хорошо построена и может приме-

няться любым клиницистом. "Это в большой мере терапия "здесь и сейчас", — объясняет Дэвид Макдауэлл. Типичный курс лечения начинается с выяснения, в течение недели-двух, пристрастий пациента; затем определяют, что вызывает у человека рецидив, и ищут способы с этим справиться.

В последнее время алкоголизм лечат антабусом (Antabuse), препаратом, изменяющим метаболизм спирта и уменьшающим толерантность к нему. Это своеобразный стимулятор самодисциплины. Люди, просыпающиеся с решимостью не пить и к полудню чувствующие, как эта решимость тает, часто подкрепляют ее антабусом. Люди в процессе вытрезвления обычно крайне амбивалентны, и антабус помогает им выбрать желание свободы вместо желания пить. Один врач, работающий с влиятельными людьми, злоупотребляющими наркотическими веществами, большей частью с врачами и юристами, заставляет их сдать ему подписанное ими заявление об отставке на адрес агентства, выдающего им лицензии, и, если они впадают в рецидив, он эти письма отправляет. Некоторые из тех, что работают с наркотическими пристрастиями, применяют препараты, блокирующие действие наркотических веществ, тем самым снимая побуждение к их потреблению. Например, налтрексон (Naltrexone) — наркотический антидот, блокирующий действие героина. Он же предотвращает воздействие спирта на эндорфиновые рецепторы, тем самым снимая самое распространенное побуждение к выпивке. Принимая налтрексон, не получишь никакого удовольствия от потребления того вещества, которым злоупотребляешь. Препарат успешно помогает людям сломать привычку, потому что подрывает побуждающее к ней желание.

Самое раннее упоминание о марихуане содержится в китайском тексте XV века до н. э. о лекарственных травах, но это зелье получило распространение в Европе только тогда, когда наполеоновская армия привезла его из Египта. Как и спиртное, марихуана вмешивается в стадию сна с быстрым движением глаз. В мозге есть некий рецептор, реагирующий по крайней мере на один из множества химических соединений, содержащихся в дыму марихуаны; происходит подключение к производящим удовольствие электронным цепям мозга. Марихуана снижает мотивацию, в чем подражает симптомам деп-

рессии. Абстинентные симптомы неприятны, но не мучительны (как у героина), не угрожают жизни (как у алкоголя) и не продолжительны (как у кокаина), и потому часто этот наркотик называют не вызывающим привычку. Марихуана имеет затормаживающее воздействие и потому может использоваться как средство против беспокойства; на самом деле, она может помочь при ажитированной депрессии. Поскольку марихуана легально недоступна, говорить о рекомендуемых количествах и пропорциях трудно; а поскольку дым сжигаемого или пиролизуемого сухого листа содержит около четырехсот выделяемых анализом составляющих, действие большинства из которых неизвестно, то общий эффект оказывается нечистым. Эпизодическое курение марихуаны не пристрастным к ней человеком для притупления острой ажитированной депрессии нельзя назвать неразумным самолечением. Хотя сейчас многое делается в области медицинского использования марихуаны, внимания ее психиатрическому использованию пока уделяется мало. Систематическое употребление марихуаны снижает мотивированность и вызывает "нервно-когнитивные изменения, которые вполне могут стать необратимыми, если находиться под кайфом постоянно", — говорит Макдауэлл. И конечно, марихуана обладает всеми токсичными свойствами сигарет, причиняя значительный вред легким.

Тяжелыми наркотиками называют те, которые вызывают высокую смертность; стимуляторами являются и кофеин, и крэк, но крэк считается тяжелым наркотиком, потому что вызывает гораздо более сильное пристрастие и оказывает более резкое воздействие на мозг. Тяжелые наркотики с наибольшей вероятностью приводят к депрессии — отчасти потому, что они абсолютно запрещены и их добыча может испортить тебе жизнь; отчасти потому, что они дороги; отчасти потому, что они обычно нечисты; отчасти потому, что злоупотребляющие ими склонны злоупотреблять и алкоголем; отчасти потому, что они действуют на центральную нервную систему. Высок уровень депрессии у родственников людей, злоупотребляющих стимуляторами. Это, вероятно, указывает на то, что генетическая предрасположенность к депрессии может предшествовать употреблению кокаина и других стимуляторов. Из попробовавших кокаин к нему привыкают только 15%, но у склонных

к наркотикам он вызывает привыкание сильнее всех прочих наркотиков. Лабораторные крысы неизменно предпочитают стимуляторы типа кокаина еде и сексу, а если их не ограничивать, будут употреблять их, пока не погибнут от истощения.

Кокаин — дорогостоящий антидепрессант, вызывающий жестокий обвал, который обычно достигает предела через двое-трое суток после кайфа. "Это грязное зелье, поражающее все, — говорит Дэвид Макдауэлл. — Оно постоянно истощает запасы нейромедиаторов, отсюда и обвал". Обвал характеризуется интенсивной агитацией, депрессией и усталостью. Похоже, что потоки дофамина, высвобождаемого во время амфетаминового или кокаинового кайфа, фактически истощают запасы дофамина, отчего его уровень в мозге снижается. Герберт Клебер из Колумбийского университета говорит: "Если бы обвал был просто достаточно тяжел, никто бы не принимал кокаин; если бы обвал был достаточно легкий, то пускай бы и принимали. Но это особый кокаиновый обвал, вызывающий негативную фиксацию и заставляющий людей отчаянно желать зелья". Чем более впадаешь в зависимость, тем меньше удовольствия получаешь и тем больше страданий идет по пятам удовольствия. Кокаин и амфетамины вредно воздействуют, похоже, на разные нейромедиаторные системы — не только на дофамин, но и на норэпинефрин и серотонин. Тем не менее острая тоска по зелью преследует некоторых после отказа от наркотиков еще десятилетиями.

Продолжающееся использование кокаина усугубляет депрессивные симптомы. Десятидневный курс антидепрессантов часто помогает желающим слезть с кокаина и пройти через последствия наркотического обвала, но депрессия может потребовать и перманентного лечения — это зависит от сопутствующих обстоятельств и от неврологических поражений. Регулярное употребление кокаина или амфетаминов может нанести необратимые повреждения дофаминовым системам мозга и создать постоянный физиологический фундамент депрессии. Кокаин — один из целого ряда наркотиков, которые можно назвать "усугубителями" депрессии замедленного действия. Похоже, что он влияет на работу мозгового механизма тревоги, изменяя фактор высвобождения адренокортикотропного гормона (АКТГ). Достаточно ли пластичен мозг, чтобы

оправиться от таких изменений, и, когда это происходит, неясно. У одних мозг способен к лучшей компенсации, чем у других. Мозг на антидепрессантах, способный погрузиться в тяжелую депрессию, — тонко сбалансированный орган. Отделы мозга, задействованные в наркотических пристрастиях, участвуют также и в управлении настроением и отвечают за душевное расстройство. Истошать запасы дофамина и вмешаться в процесс выработки АКТГ — значит искушать судьбу. Если у вас есть хоть малейшая склонность к депрессии, не употребляйте кокаин: как бы хорошо вам ни было при начальном взлете, потом станет трудно, настолько трудно, что никакое временное облегчение того не стоит.

Я попробовал кокаин в колледже и нашел его неинтересным. Я снова попробовал его десять лет спустя, и это было совершенно по-другому, может быть, из-за возраста, или от того, что мой мозг после депрессии более отзывчив, или из-за приема антидепрессантов. Кокаин дает мне какую-то блаженную энергию, и буйную сексуальность, и чувство супергероической силы — это совершенно потрясающе. Я дохожу до такой точки, когда не могу составить фразу, — и мне плевать, если я уже никогда больше не составлю фразы. Я чувствую, что все имеет простые и немедленные решения. Кокаиновый кайф нарушает память настолько, что прошлое уже не может омрачить будущее. Химическое счастье доброй понюшки кокаина не имеет никакого отношения к обстоятельствам жизни. Помню себя сидящим с онемевшим носом и думающим: если бы я мог остановить это мгновенье, остановил бы и остался тут навсегда. Я почти никогда не принимаю это зелье, но мне смешно даже подумать, что я никогда его не захочу. Я влюбился в кокаин за первые десять минут взлета. Удерживает же меня от кокаинового кайфа лишь призрак разбалансировки мозга да сокрушительное похмелье.

Опиаты, другой класс веществ, которыми широко злоупотребляют, крайне опасны, в частности, тем, как их используют. Это — депрессанты<sup>50</sup>, и ничего хорошего для депрессии они не дают. С другой стороны, они не приводят к таким отчаянным обвалам, какие вызывает кокаин. От четверти до половины зло-

<sup>50</sup> Следует добавить, что до появления антидепрессантов настойка опия все же использовалась для лечения депрессивных состояний. — *Прим. ред.*

употребляющих опиатами людей — депрессивны. Опиаты — среди них опиум, героин и аптечные лекарства, подобные демеролу, — для ума то же, что эмбриональная поза для тела. Опиаты упраздняют время, и ты не помнишь, откуда пришли твои мысли, не можешь сказать, новые они или старые, не можешь заставить их взаимодействовать друг с другом. Мир смыкается вокруг тебя. В каждый момент твои глаза воспринимают только один предмет, твой ум удерживает только одну мысль, и тебе плевать на то, что ты делаешь, потому что настоящее стало расфокусированным и раздробленным, какими обычно бывают воспоминания. Опиатный кайф длится часами. Это состояние совершеннейшего отсутствия желаний. Я никогда не пробовал героина, но я курил опиум; только под опиумом я чувствовал, что не хочу совершенно ничего: ни в затылке почесать, ни поесть, ни поспать, ни встать, ни сесть, ни планировать, ни быть большим человеком, ни вспоминать друзей. Это "антиинтимный" наркотик: он убивает сексуальное влечение, отрезает от других людей — лежишь себе с бессмысленными глазами и смотришь по диагонали в пространство. Он провоцирует счастливое безразличие, "нечего неделание", которого мотивированные люди иным способом испытать не могут. Он также влечет за собой нечто вроде кратковременного отсутствия памяти (я что-то ему сказал? я знаю, кто это такой?), которое, когда оно кратко, и составляет кайф, но, если тянется дольше, начинает напоминать болезнь Альцгеймера. Вот сейчас, написав это, я вспомнил, как опиум освободил мой мозг и сделал меня живым воздушным шаром, и я безмятежно плыл в воздухе. Опиаты считаются депрессантами, но их эффект не сводится к подавлению чувств; когда чувства подавлены, это разновидность радости. Под опиатами можно ускользнуть от депрессивной тревоги. Опиатный кайф — как жизнь до грехопадения, когда ничего не делать было совершенно в порядке вещей.

Среди людей, отказавшихся от героина и других опиатов и держащихся либо совершенно без всяких препаратов, либо на метадоне (Methadone), наблюдается высокий уровень депрессии. Неврологи говорят, что это связано с органическими повреждениями мозга. Психологи утверждают, что эти люди были депрессивны с самого начала, и именно депрессия привела их к наркомании. Как бы то ни было, прогнозы в отноше-

нии вашего душевного состояния после длительного употребления опиатов довольно мрачны. Период абстиненции после них особенно ужасен; тяга очень сильна, а депрессия ослабляет волю, отчего бросать гораздо труднее. С другой стороны, героин вызывает пристрастие не так сильно, как это изображает движение "Нет наркотикам!". Во время вьетнамской войны большинство воевавших в сухопутных войсках употребляли героин, и были опасения, что по их возвращении домой Соединенным Штатам придется вести страшную борьбу с этим зельем. На самом же деле, как показывают исследования, большинство ветеранов Вьетнама принимали героин хотя бы раз после возвращения, но лишь малая их часть приобрела устойчивое пристрастие.

Галлюциногены и "клубные наркотики" (экстази/MDMA, специальный К/кетамин, GHB<sup>51</sup>) составляют еще один класс веществ, к которым формируется зависимость. Мой самый, пожалуй, любимый (и нелюбимый) из всех наркотиков — экстази, который я принимал всего четыре раза. Я сохранил один свой разваливавшийся роман, приняв экстази и сказав многое из того, что чувствовал, но высказать не мог. Эта связь продолжалась после этого еще год, и, как знать, может быть, с дозой экстази раз в шесть месяцев я был бы сейчас счастливо женат. Я и без того в свои лучшие времена напоминаю нечто вроде пассионарного идеалиста, а когда принимаю экстази, чувствую, что могу спасти мир, и прихожу от этого в восторг. Я начинаю с того, что источаю на каждого находящегося в пределах досягаемости громадную любовь. Решения всех моих проблем становятся ясны как день. К сожалению, вырабатываемые мною решения обычно по отрезвлению оказываются весьма неудачными. Женитьба на ком-нибудь из английской королевской семьи — вряд ли решит все мои проблемы (и их тоже), да и подходящего способа осуществить такой замысел не видно. Не надо называть эту книгу "Поэмами из темного угла" или

<sup>51</sup> *Экстази*, или *MDMA* — синтетический психоактивный стимулятор, который ускоряет реакции организма, возбуждает центральную нервную систему, резко повышает физическую активность, обладает галлюциногенным эффектом. *GHB* — "жидкий экстази"; обладает, в отличие от экстази, успокаивающим действием. *Кетамин* — синтетический наркотик, относящийся к группе галлюциногенов. — *Прим. ред.*

"Золотой книгой депрессии". Я не гожусь в профессиональные инструкторы по лыжам ни в Аргентине, ни где угодно еще. Но пусть эта ясность сознания — ложная, чувствовать ясность — прекрасно. Экстази также вызывает у меня невыносимое трехдневное похмелье, когда болят челюсти, пересыхает во рту, а в голове — настоящая "французская революция". От других наркотиков и от спиртного у меня обычно похмелья не бывает, и этих периодов спада после экстази оказалось достаточно, чтобы не принимать его регулярно.

От чтения отчетов по клинической фармакологии экстази воротит с души. Становится тошно от одной мысли, что я допустил подобный яд в свой организм. В дозировках, используемых для развлечения (от 100 до 150 миллиграммов), экстази повреждает в мозге обезьян и других млекопитающих серотониновые аксоны — отростки нервной клетки, протягивающиеся к другим клеткам. Есть убедительные свидетельства, что то же самое происходит и у людей. По сути дела, экстази вызывает взрывообразное высвобождение больших количеств серотонина и дофамина, а потом повреждает клетки, где хранились их запасы. Более того, он мешает синтезу новых количеств серотонина. Потребляющие экстази регулярно имеют пониженный уровень серотонина, иногда до 35% ниже среднего. Исследователи сообщают о ряде случаев, когда единственная доза экстази включала необратимую психическую болезнь — иногда сразу, иногда спустя годы. Депрессивные люди не могут позволить себе понижение уровня серотонина и потому должны держаться от этого зелья как можно дальше. "Если принимать его помногу и подолгу, можно загубить в себе способность ощущать радость; он может вызывать в длительной перспективе тот же эффект, что кокаин вызывает в краткосрочной, — говорит об экстази Дэвид Макдауэлл из Колумбийского университета. — Первокурсники его обожают; второкурсникам он по душе; третькурсников уже смущает; выпускники его боятся. Спиртное может стать тебе лучшим другом, экстази — никогда. Я больше всего боюсь, что многие люди, принимавшие экстази на протяжении последних двадцати лет, будут думать, что с ними все прекрасно, а потом им стукнет пятьдесят, и они рухнут. Депрессивные пациенты, употребляющие наркотики? Я им говорю: "Через двадцать лет вы хотите быть на трех лекарствах или на десяти?"

Бензодиазепины — седуксен, ксанакс, клонопин — и их родичи амбьен и соната (Sonata), пожалуй, больше всех препаратов сбивают с толку: они вызывают привыкание, но полезны при психических расстройствах. Они очень действенны против тревоги, но поскольку оказывают сильное влияние на толерантность к барбитуратам и алкоголю — и наоборот, — то людям, склонным к злоупотреблениям этими последними, прописывать бензодиазепины не стоит. Бензодиазепины — вполне правомерный способ быстро и ненадолго справиться с тем, что требует как немедленного, так и долгосрочного решения. Их назначают на начальном этапе лечения, чтобы ввести другие лекарства, позволяющие сократить бензодиазепины, и потом принимать их эпизодически, для помощи в те дни, когда она особенно нужна. Принимать эти препараты ежедневно и долго — неблагоприятно и опасно. Бензодиазепины, которые чаще всего продают на улице, — наркотики кратковременного действия, их называют *date-rape drug*, что можно перевести как "изнасилуй свою подружку", потому что в их дурмане человек бывает не в состоянии постоять за себя. Впрочем, злоупотребляют бензодиазепинами, как правило, те, кому они прописаны. Всегда следует хорошо подумать, прежде чем принимать эти препараты, а если оказывается, что дозировку приходится увеличивать, — понять почему. Глушить симптомы с помощью бензодиазепинов — все равно что принимать средства, понижающие кислотность, при раке желудка.

Я большой поклонник бензодиазепинов — я считаю, что ксанакс спас мне жизнь, сняв мою безумную тревогу. В периоды ажитации я принимаю ксанакс и седуксен как снотворное. Я прошел через мини-абстинентный синдром после бензодиазепинов не меньше десятка раз. Важно употреблять эти препараты только по их прямому назначению — для снятия тревоги; с этим они справятся вполне успешно. Когда я в сильной тревоге, мне нужно больше бензодиазепинов, когда в умеренной — меньше. И все же я осознаю опасность этих препаратов. У меня бывали небольшие вылазки в мир наркотиков, но ни к чему не было наркотического пристрастия, пока мне не прописали ксанакс. В конце моего первого романа с депрессией я резко бросил все лекарства. Это было плохим решением. Абстинентный синдром после приема ксанакса — а я несколько

месяцев по указанию врача принимал в среднем по два миллиграмма в день — был ужасным. Не меньше трех недель после прекращения приема ксанакса я не мог как следует спать, ощущал тревогу и какую-то странную неуверенность. Я все время чувствовал себя так, будто накануне выпил несколько галлонов дешевого коньяка. Болели глаза, желудок был расстроен. По ночам, в ненастоящем сне, меня мучили ужасные, ощущаемые как явь кошмары и я вскакивал на постели с колотящимся сердцем.

Через несколько недель после окончания одного из черновых вариантов этой книги я перестал принимать зипрексу, препарат, спасший меня от мини-срыва, и снова получил раунд острой абстиненции. Я пошел на это потому, что из-за зипрексы набрал восемь килограммов за восемь же месяцев, но, отвыкая, чувствовал себя невыносимо мерзко. Моя дофаминовая система разрегулировалась, и я был тревожен, замкнут, подавлен. Под ложечкой свербел какой-то узел, как бы арканом затягивая желудок. Если бы не твердые надежды на выздоровление, я бы замыслил самоубийство. Не помню, чтобы у меня раньше бывало такое чувство ужасающего бессилия. Я все тыкал себя в живот и спрашивал, отчего я так озабочен своей внешностью. Я прикидывал — может быть, сидя на зипрексе, я смогу следить за весом, делая тысячу седов каждый день, но я знал: пока я на зипрексе, меня не хватит и на сто седов. Отвыкание от зипрексы максимально усилило все мои энергии: это действовало на нервы так же, как если бы прекраснейшая музыкальная пьеса вдруг зазвучала искаженно и болезненно, когда стерео включили на полную громкость. Это был настоящий ад. Я уживался с ним долгие три недели, и, хотя срыва не произошло, к концу этого срока я был в таком унынии, что мне стало все равно, сможет ли мой организм вернуть к норме дофаминовую систему. Пусть уж, решил я, буду толстый, но бодрый, чем стройный, но жалкий. Я заставил себя отказаться от сладостей, которые всегда любил, и делать упражнения по полтора часа каждое утро, и мой вес стабилизировался на отметке, которая меня не удовлетворила. Я постепенно урезал дозировку до половины. Скоро я сбросил пять килограммов. Психофармакотерапевт, чтобы поддерживать мою энергию на должном уровне во время приема зипрексы,

прописал мне декседрин. *Еще одна* таблетка!?! А, черт с ним, я принимаю его, только когда мне совсем плохо.

Я больше не принимаю ксанакс регулярно, но не пристрастился ли я к этому коктейлю из антидепрессантов — эффе́ксор, веллбутрин, буспар и зипрекса, — который позволил мне написать эту книгу? Не "подсел" ли я на них? Самый острый вариант этого вопроса — останутся ли все эти принимаемые мною препараты легальными? Героин был первоначально разработан ребятами, выпускающими аспирин Байера, как средство от кашля. Экстази был запатентован немецкими фармакологами еще до Первой мировой войны. Препараты периодически передвигаются из мира медицины в мир наркотиков и обратно. Сейчас мы вроде бы признаем любой препарат, который не приводит к существенным нарушениям функционирования. Я задумываюсь об эффекте, произведенном зипрексой во время последнего раунда моей борьбы с депрессией. Что творит она с моим мозгом на самом деле? Раз отвыкание от зипрексы причинило мне все эти мучительные, нервные абстинентные симптомы, то, может быть, это наркотик, от которого у меня зависимость? Как поведу я себя, если мне скажут, что на волне новых открытий зипрекса зачислена в стан врагов в войне с наркотиками?

Майкл Поллен писал в *New York Times Magazine*, что в действительности не существует твердых обоснований разрешать или запрещать те или иные вещества: "Средства массовой информации полны полупрозрачной фармацевтической рекламы, обещающей не просто облегчение страданий, но и удовольствие и даже самореализацию; тем временем Мэдисон-авеню<sup>52</sup> так же напряженно работает над демонизацией других веществ во имя "Америки без наркотиков". Чем больше мы тратим на поклонение "хорошим" наркотикам (20 млрд. долларов было потрачено в прошлом году на психотропные аптечные препараты), тем больше мы тратим на войну с "дурными" наркотиками (17 млрд. за тот же год). Мы ненавидим наркотики. Мы обожаем наркотики. А может быть, мы ненавидим тот факт, что обожаем наркотики?" Незаконное употребление нар-

*Мэдисон-авеню* — место сосредоточения рекламной индустрии. — *Прим. пер.*

котиков, опасное привыканием, вытесняет всю другую деятельность, тогда как антидепрессанты позволяют функционировать лучше, чем без них, и не причиняют долгосрочного вреда. И наоборот, комментирует Уильям Поттер, раньше возглавлявший психофармакологический отдел NIMH, "мы рассудили, что препараты, которые мешают испытывать должные эмоциональные реакции, неприемлемы. Поэтому нелегален кокаин. Когда перестаешь замечать предупредительные сигналы и угрозы, появляется много проблем. За излишний кайф приходится расплачиваться. Я не морализирую, это мои наблюдения". "Ни у кого не бывает неодолимой тяги к золоту, — говорит Стивен Хайман. — Никто не станет убивать за золот". Кроме того, он не вызывает ни эйфории, ни излишнего расслабления. Диабетика ведь не называют приравненным к инсулину. Может быть, делаемый нашим обществом акцент на отсрочке удовлетворения настолько силен, что мы предпочитаем препараты, от которых сначала плохо (побочные эффекты), а потом хорошо (воздействие на настроение), препаратам, от которых сначала хорошо (кайф), а потом плохо (похмелье)? Не служат ли антидепрессанты нового поколения анаболическими стероидами<sup>53</sup> для мозга? Психиатр Петер Краймер в своей знаменитой книге "Слушая прозак" (*Listening to Prozac*) задается вопросом, не имеют ли люди, принимающие эти препараты, некоего не по праву полученного преимущества, тем самым подстрекая на это других. Не произведут ли они характерного для модернизма эффекта, который до сих пор состоял не в предоставлении человеку большего свободного времени, а в повышении требований и ускорении жизни? Не стоим ли мы на пороге выведения породы суперменов?

То, что отказаться от антидепрессантов трудно, — истинная правда; за два года я трижды пытался отвыкнуть от зипрексы, и каждый раз неудачно. Отучить людей от SSRI может быть очень тяжело. Эти препараты не дурманят, но от них становится хорошо, и у них много вредных побочных эффектов — вредных главным образом для индивида, а не для общества, но оп-

*Анаболические стероиды* — лекарства, вызывающие усиление синтеза белка в организме и являющиеся синтетическими производными гормонов надпочечников и мужских половых гормонов. — *Прим. ред.*

ределенно вредных. Я немного тревожусь об общем состоянии моего душевного здоровья и проявляю немалую осторожность в подстройке химии мозга: я страшусь новых падений в пропасть, никакой кайф того не стоит. Я стал слишком недоверчив к увеселительным наркотикам, чтобы черпать в них большое удовольствие. Но в тех редких случаях, когда я их принимал и ловил кайф, я невольно сравнивал это головокружительное чувство с воздействием предписанных мне лекарств, которые принимаю сейчас. Интересно, не родственна ли этому головокружительному кайфу постоянная подстройка моей индивидуальности чуточку выше тоном? В накачанном состоянии я совсем неплохо пишу: у меня получается хорошая проза после ночной попойки, и я генерировал неплохие идеи, витая под кокаином. Я ни в коем случае не хочу пребывать в подобных состояниях постоянно, но мне интересно, до какой высоты тона я настраивал бы свою индивидуальность, если бы к тому были безграничные возможности? Уж точно поднял бы ее на несколько ступеней выше, чем сейчас. Я бы хотел обладать неисчерпаемой энергией, меткостью на больших скоростях и выпуклой пластичностью, скажем, великого хоккеиста Уэйна Гретски. Если бы я нашел препарат, который придал бы мне эти качества, был бы это непременно нелегальный наркотик? Много говорится о том, что антидепрессанты не дают немедленного облегчения, тогда как желанный кайф от наркотических веществ наступает, как правило, сразу. Не сама ли быстрота эффекта так смущает нас, не суеверный ли это страх перед "волшебством прямо на глазах"? Если бы кто-нибудь изготовил порошок, который не обескровливал бы нейромедиаторов и не вызывал бы провалов, а, наоборот, позволял бы мне функционировать, как Уэйн Гретски, при условии, что я нюхал бы его каждые пять часов, — должен ли он непременно быть запрещен?

Я считаю, что уже потерял независимость. Лекарства дороги; спасибо, хоть постоянно и легко доступны. Меня не смущает мысль, что я от них завишу, также и то, что зависимость сродни пристрастию. Пока они работают, я с удовольствием их принимаю. Я постоянно таскаю таблетки в кармане на случай, если почему-либо не смогу вернуться к ночи домой. Я беру пузырьки с таблетками с собой в самолет, потому что всегда во-

ображаю, что, если самолет угонят, а меня возьмут в заложники, я припрячу лекарства на себе. Жанет Бенсхуф вспоминает, как ее арестовали на Гуаме и она звонила из тюрьмы своему психиатру. "Он ужасался, что у меня будет депрессия в тюрьме, не говоря уже об абстиненции, и изо всех сил пытался протолкнуть антидепрессанты через охранную систему. То-то была потеха; я сама смеялась".

Я, чтобы не слишком хандрить, глотаю около двенадцати таблеток в день. Скажу честно: если бы я мог добиться того же эффекта с помощью доброй пары рюмок (а я знаю людей, которые могут), это было бы идеальной альтернативой, при условии, что пара не превращалась бы в тройку, четверку, восьмерку — что, когда противостояшь депрессии, обычно и случается. Алкогольная зависимость может быть совершенно приемлемой обществом, даже если она вмешивается в сон с быстрым движением глаз. Я знавал одного человека, который очаровывал меня тем, что ровно в шесть часов, переливая виски в графин, восклицал: "Всеми фибрами моей души я жажду выпивки!" Он выстроил жизнь так, что в ней было место этим вечерним загулам, и, по-моему, это была счастливая жизнь, хотя однажды в доме у мормонов, где не держат спиртного, он едва выжил всего один вечер. Сажать такого человека на прозак вместо спиртного было бы глупо. Что касается других веществ, то закон часто создает проблемы вместо того, чтобы их контролировать, — или, как выразился участник группы "Роллинг Стоунз" Кит Ричарде: "У меня нет проблем с наркотиками; у меня проблемы с полицией". Я знавал людей, употреблявших марихуану и даже кокаин, подчиняясь сознательной дисциплине и контролю, и это улучшало состояние их духа и вообще жизнь. Книга Энн Марлоу "Как остановить время: героин от А до Я" (*How to Stop Time: Heroin from A to Z*) убедительно описывает разумную, подконтрольную манипуляцию душевным состоянием с помощью героина. Много лет она то принимала, то не принимала героин и ни разу к нему не прирасталась.

Большая проблема существует с самолечением; она гораздо хуже, чем выбор неподходящих веществ, — здесь царит абсурдность и неосведомленность. "Я имею дело с закоренелыми кокаинистами, — говорит Дэвид Макдауэлл из Колум-

бийского университета, — с людьми, принимающими кокаина на 150 долларов в день минимум 21 день каждый месяц. А идея медикаментозного лечения им не нравится, они считают его противоестественным. В отличие от того, что им предлагает дилер Билли! А ведь эти вещества государство не регулирует, и они крайне ненадежны".

Многие люди, процитированные в этой книге, испытывали существенные трудности со злоупотреблением наркотическими веществами, и многие в своей депрессии винят именно это. Тина Сонего с необыкновенной открытостью говорит о взаимодействии этих двух напастей. Это женщина необыкновенно жизнелюбивая, выносливая, с богатым чувством юмора. На протяжении трех лет, пятидесяти писем и десятков электронных посланий она создала между нами близость, просто исходя из того, что она есть на свете. Она усвоила привычку, по ее выражению, к "фрибейзингу"<sup>54</sup> своих сумеречных настроений на бумаге", результатом чего стал замечательный сборник документов о взлетах и падениях душевного состояния. Ее борьба с самоагрессией, вредными привычками и депрессией тесно переплетены, и почти невозможно сказать, где кончается одна и где начинается другая.

Тина Сонего — бортпроводница международной чартерной авиакомпании, перевозящей американских военных на задания и гражданских клиентов в круизы и туры. Она называет себя "человекоугодницей": всю жизнь она старается быть с людьми милой настолько, чтобы им нравиться. "Я забавна, — говорит она, — шумна, симпатична, эротична — все, что вы хотите видеть в стюардессе. С пассажирами у меня создается совершенно счастливая эмоциональная привязанность — на восемь часов, и все, и их больше нет". Ей около сорока пяти, и ее бодрая манера держаться маскирует пожизненную борьбу с депрессией и алкоголизмом. У нее острый ум, но "это в нашей семье не котировалось; об интеллекте никто и не думал", и она даже не окончила школу, так как страдала дислексией. Ее бабушка была в Марокко служанкой с предоставлением сексуальных услуг; дед строил мебель и выращивал марихуану на экспорт. Тина родилась в семье иммигрантов первого поколения

*Фрибейзинг* — метод очистки героина. — *Прим. пер.*

с обеих сторон и росла в марокканской общине в Калифорнии, говоря дома на смеси французского, арабского и испанского. Душевной болезни в этом мире места не было. "Я задавала вопросы, которым не было места в нашем доме. Так я научилась играть, выстроила себе внешнюю личину, чтобы никто не мог увидеть тоскующую, самой себе отвратительную женщину. Я раздвоилась, и, когда две половинки сталкивались, наступала депрессия". Отец Тины был человек переменчивых настроений, возможно, депрессивный, которого надо было оберегать от любых огорчений; ее мать "нуждается в нежной заботе, но сама ее не проявляет. Она много лет назад мне сказала: "Детка, я не могу сделаться чувствительнее только для того, чтобы тебя понимать". Такой же была и сестра. "Мы смотрели вместе телевизор несколько лет назад, и я спросила — кто этот персонаж? И она мне рассказала все, что случилось с этим героем за последние двадцать лет. А обо мне не знает даже того, с кем я встречаюсь. Я росла в ощущении, что я — некий испорченный товар". После смерти отца мать снова вышла замуж. Тина обожает своего отчима и считает, что именно благодаря ему она сегодня сравнительно здорова.

Свой первый настоящий срыв Тина пережила в девятнадцать лет, путешествуя по Израилю и замышляя книгу о кибуцах. Сестре пришлось приехать и забрать ее домой. Через несколько лет она решила переехать в Рим, чтобы быть с любимым человеком, но, когда прибыла туда, "наши отношения заржавели, секс был хуже некуда, говорить было не о чем". Она снова погрузилась в депрессию. Как и многие депрессивные больные с вредными привычками, Тина испытывала особенно острое отвращение к себе; она попала в криминальную среду, и эти люди жестоко с ней обращались. Через несколько лет после римского приключения она вышла за датчанина и переехала в Копенгаген. Это продлилось меньше двух лет; после убийства любовницы мужа их подолгу допрашивали, и, хотя обоих отпустили, брак распался; муж вышвырнул ее вон, и у нее случился новый срыв. Ее работой тогда было перевозить солдат на операцию "Буря в пустыне". У нее была ночевка в Риме, и вдруг она поняла, что дальше лететь не сможет. "Как сейчас помню. Я заказала куриный салат, и он был на вкус как мел. Я поняла, что упала в депрессию. Я провалилась так быс-

тро! Тогда-то я и начала пить по-настоящему. Я делала все возможное, чтобы довести себя до отключки. Я вырубалась и пила, вырубалась и пила. И каждый раз оставляла записки — если не очнусь, позвоните матери. Я пила, чтобы покончить с собой. Это был самый легкий из известных мне наркотиков — недорого, доступно и вполне респектабельно".

Ее поместили в психиатрическую лечебницу в Южной Каролине; это было "как зал ожидания, где тебя вроде как полагается приводить в порядок, но на депрессивных никто не обращает внимания, потому что мы не шумим, как другие психи. Я была как ослик Иа-Иа, неуверенный, что это утро вполне доброе. Ох, эта тревога! Тревога в депрессии — это такое чувство, что у тебя есть какая-то страшная тайна и все ее сейчас узнают, а ты и сам не знаешь, что это за тайна". Она стала принимать антидепрессанты и другие лекарства и мешала их с алкоголем, чтобы развеять тревогу. В результате у нее случился эпилептический припадок, и она трое суток провалялась без сознания в другой больнице.

Депрессия для Тины — не оцепенение, а боль. "Я чувствовала себя, как губка, пропитанная крестной мукой, тяжелая, распухшая. Я не переносила боль молча. Я не спала ночи напролет и писала в темноте письма Богу. Я не рождена быть счастливой, радостной, свободной. Если дать моему организму волю, я была бы в депрессии постоянно. В детстве мать говорила: "Давай-ка веселись или убирайся с этой кислой миной в свою комнату". Но ведь я не нарочно. Просто я такая". Общение с людьми часто причиняет Тине Сонего острую боль. "Свидания для меня — самая болезненная вещь, какую только сотворил Господь. Меня, бывало, рвало в ванной. Я вышла замуж, чтобы уйти от боли: мне до смерти обидно размышлять, почему никто не зовет меня на свидание". Тина Сонего скоро вышла замуж во второй раз — за малайзийца, жившего в США; у него начались неприятности с законом, и он вернулся домой. Тина поехала с ним в традиционный мусульманский дом его матери. Принятые там строгости были ей не под силу. "Я штопором ушла в срыв. Двадцать лет я так не страдала по дому".

Вернувшись в Штаты, она продолжала пить — только так ей удавалось сдерживать убийственную тревогу. Периодически Тина проходит реабилитацию — уже четыре полных курса — и

частично восстанавливается. Ее страховка не покрывала лечения от алкогольного пристрастия, но она воспользовалась своим психиатрическим диагнозом, и ее выплатили. "Программа реабилитации? Это последняя остановка перед Меккой".

Тина Сонего впервые пошла на встречу "Анонимных алкоголиков" лет десять назад, и эта программа была спасением. Это, по ее словам, единственное место, где она может быть честной с людьми. Программа не освободила ее от депрессии, но дала ей новую методику сосуществования с нею. "Без алкоголя в организме, с помощью которого пытаются заглушить дурные эмоции, они взрываются, как шутихи. Слава Богу, я хоть была пьяницей, но с этим хоть что-то можно было поделать. А то ведь я ходила на встречу "Анонимных эмоций", и мне было так жаль всех этих людей, потому что им не от чего избавляться, они не видят ничего, что нужно починить. Пьяницы — это крепень. С чем сравнишь пьяницу, который говорит: "Ну а ты по этому делу выпила?" О депрессии я могу с ними говорить так, будто это моя личная собственность. Это как получить в колледже диплом, и тогда будто обретаешь право говорить о каких-то вещах и не смущаться. Это все, чего мы, пьяницы, хотим, — чтобы было кому рассказать свою историю, кто бы выслушал".

Когда Тина впервые начала вести трезвую жизнь, она впала в отчаяние. "Это была худшая из всех моих депрессий. Я заперлась в своей квартире одна, и поскольку решений принимать не могла, то месяц просидела на бутербродах с копченой колбасой. Депрессия — это поиски своей несостоятельности, а ее всегда можно найти сколько угодно. Находясь в депрессии, ты ищешь доказательств, что ничего не достоин. У нас были такие обсуждения в АА — а судьи кто? И я поняла, что, если один судья не даст нужной мне отрицательной оценки, я найду другого. Даже теперь, когда пытаюсь подражать какой-нибудь восходящей "звезде", я слышу голос сестры: "Э, хочешь быть больше, чем на самом деле".

Я уже прошла через пятый, шестой, седьмой приступ — это как "Ну, вот опять! Я знаю, что происходит!". Это как в кино — сидишь, весь там, и вдруг начинаются титры, и ты снова в своей собственной жизни. Конец фильма. Я так и не могу ничего с этим поделать. Но все же доходишь до точки, когда осозна-

ешь — это не может продолжаться вечно, и тогда уже способен ждать".

Она ходит на собрания АА уже пять лет: "Это как дом отдыха для мозга, — говорит она. — Я уже устала пытаться понять почему. Почему у меня были депрессии, почему я стала пьяницей? Конечно, узнать это было бы интересно, да что зря время тратить — ну узнаю, а лучше-то мне все равно не станет. Трезвенность как пирамида: каждый раз, делая шаг вверх, ощущаешь, что куда-то движешься, а все впереди еще ступенька. Если посмотришь вниз, не видишь тех, которые уже прошел, и впадаешь в уныние, но посмотришь вверх — и видишь перст Божий, пронзающий небеса, и тогда знаешь, что идешь верной дорогой".

Тина Сонего описывает, как в какой-то миг ощутила, что пьянство и депрессия в ее худшем виде ушли. "Я была в Японии, и увидела там дивные цветы в универмаге. Я просто замерла, и потрогала эти цветы, и сказала: "У меня с вами роман". Я смотрела на них и говорила: "У меня с вами роман, прямо сейчас". Это не значит, что он продлится вечно, это не значит, что я должна взять вас с собой. Нет, это значит — *сейчас* у меня с вами роман. Я до сих пор помню эти цветы и радость, которую они мне дали на тот миг". Несколькоми годами позже "мне было явление в аэропорту во Франкфурте. Я бродила, пила кофе и думала: что за чертовщина происходит с моей жизнью, когда-то же было по-другому? Я не понимала, что это было. И вдруг поняла. Мне был голос. Я еще не знала, что с этим делать, но была уверена: мне голос был".

Нелегко дался ей этот голос, но это был призывный клич. Тина Сонего бывает изумительно энергична; она хорошо натренированная чечеточница и частенько вылезает на крышу гостиницы, в которой останавливается, чтобы попрактиковаться в танце и подышать ночным воздухом.

"Я скучаю по голодным годам. Господи, как я скучаю по голодным годам! Я скучаю по психотерапевтам, которые становились на четвереньки, чтобы растормошить меня. Я скучаю по тому количеству эмоций, пусть даже это были дурные эмоции. У меня никогда больше не будет столько, разве что опять случится срыв. Жизнь для меня всегда будет экспериментом после депрессии. Но я отведала плодов депрессии — хотя я дала

бы по морде всякому, кто упомянул бы эту идею во время болезни. У меня есть мечта — собраться вместе с несколькими людьми, выжившими в серьезной депрессии и пьянстве, и танцевать до утра, и смеяться и над тем, и над другим. Вот как я вижу рай".

Мне не особенно свойственны дурные привычки. У меня бывали симптомы абстиненции от некоторых препаратов, но никогда не было болезненной потребности в них. Выпитая рюмка не заставляет меня хотеть следующую. Приятное ощущение, о котором я знаю, что оно опасно, не захлестывает меня до того, чтобы захотеть повторения. Я никогда не симпатизировал вредным привычкам, пока не начал принимать зипрексу. Но изменила все не привычка к зипрексе. Нет, просто зипрекса стерла финишную черту моего аппетита. Я сейчас могу съесть совершенно нормальный обед и остаться голодным — настолько, что этот голод может выгнать меня на улицу посреди ночи в поисках еды. Я сижу один на один со своим голодом и думаю, как безобразно будет мое пузо; я вспоминаю часы упражнений, сжигающие всего несколько калорий. Потом приходит мысль, что, если я не поем, я умру, и я сдаюсь, и иду и как следует наедаюсь. Затем я начинаю ненавидеть себя за это. Я не вызываю у себя рвоту, потому что не хочу впасть в такую привычку; кроме того, у меня железный желудок, и рвоту не вызовет почти ничем. Зипрекса прирастила меня к еде, и в какой-то момент я из-за этого набрал двенадцать килограммов. Если сумеете найти что-нибудь, что делает для либидо то, что зипрекса для аппетита, вы посрамите всех донжуанов. Я познал, каково это — иметь всепоглощающее, неодолимое желание к губительному потреблению. Хорошее настроение дает мне силы для самодисциплины, и я убираю прочь пирожные с шоколадом; но депрессивное настроение высасывает из меня эти силы. Депрессия подпитывает пристрастия. Сопrotивление желаниям отнимает массу энергии и истощает волю, а сказать в депрессии "нет" еще труднее, чем еде, алкоголю, наркотикам. Депрессия ослабляет, а слабость — вернейший путь к наркомании. Зачем говорить "нет", если это "нет" приведет лишь к еще более мучительным страданиям?



## САМОУБИЙСТВО

**М**ногие депрессивные люди не склонны к самоубийству. Многие самоубийства совершаются людьми, не знающими депрессии. Эти две вещи не являются частями одного простого уравнения; одна не служит причиной другой. Это разные сущности, которые часто сосуществуют, влияя друг на друга. Суицидальность — один из девяти симптомов депрессивного заболевания, перечисленных в *DSM-IV*, но многие депрессивные люди не более склонны кончать свою жизнь, чем люди с тяжелым артритом: способность человека выносить страдания поистине удивляет. Только тот, кто решит считать суицидальность достаточным условием для постановки диагноза "депрессия", может утверждать, что склонные к самоубийству всегда депрессивны.

К суицидальности относятся как к *симптому* депрессии, тогда как на самом деле она бывает сосуществующей с нею проблемой. Мы уже не считаем алкоголизм побочным эффектом депрессии, а относимся к нему как к проблеме, существующей одновременно с депрессией. Суицидальность как минимум столь же независима от депрессии, с которой часто совпадает, как и злоупотребление алкоголем или наркотиками. Джордж Хау-Колт, автор "Загадки самоубийства" (*The Enigma of Suicide*), говорит: "Многие клиницисты считают, что если они успешно лечат депрессию, то уже вылечили и суицидального пациента, как будто склонность к самоубийству всего лишь неприятный побочный эффект основного заболевания. Но у некоторых суицидальных пациентов нет основного диагностируемого заболевания, а они нередко кончают с собой вскоре по выходе из деп-

рессии или через много времени после ее окончания". Врач, лечащий того, кто одновременно депрессивен и суицидален, обычно сосредоточивается на лечении депрессии. Да, избавление от депрессии может предотвратить самоубийство, но вовсе не обязательно. Почти половину самоубийств в США совершают люди, побывавшие в руках психиатра, но все же большая часть этих трагедий оказывается совершенной неожиданностью. В наших рассуждениях есть некий порок. Нельзя априори полагать, что суицидальность можно смешивать с такими симптомами, как нарушение сна, или оставить ее без внимания только потому, что депрессия, с которой она ассоциировалась, вроде бы прошла. Суицидальность — сопутствующая проблема, требующая отдельного подхода. Почему же ее не выделяют как самостоятельный диагноз, родственный депрессии и пересекающийся с нею, но отличный от нее по сути?

Попытки выявить степень суицидального риска при депрессии на редкость бесплодны. Между тяжестью депрессии и вероятностью самоубийства строгой корреляции нет: иногда самоубийства совершают во время легких душевных расстройств, а многие люди цепляются за жизнь в отчаяннейших ситуациях. В городских трущобах живут люди, потерявшие всех своих детей в уличных драках, или инвалиды, голодающие, никогда не знавшие и мгновения хоть какой-нибудь любви, а все же цепляющиеся за жизнь каждой каплей оставшейся энергии. Есть люди с самыми радужными перспективами в жизни — и тем не менее кончающие с собой. Самоубийство — не кульминация тяжелой жизни; оно приходит из каких-то закоулков души, лежащих вне разума и вне сознания. Я вспоминаю свой собственный недолгий парасуицидальный период — логика, казавшаяся тогда несомненно разумной, сейчас выглядит такой же чуждой, как вирус, вызвавший у меня пневмонию несколько лет назад. Да, это похоже на могущественный вирус, внедрившийся в организм и захвативший его. "Чуждость" взяла меня в заложники.

Существуют тонкие, но важные различия между желанием быть мертвым, желанием умереть и желанием убить себя. Многим людям время от времени хочется быть мертвыми, несуществующими, вне скорбей. Во время депрессии многие хотят умереть, изменить действием окружающую их действитель-

ность, освободиться от недуга сознания. Для желания же убить себя требуется совсем другой уровень страсти и некоторая целенаправленная жестокость. Самоубийство — не следствие бездеятельности, а результат совершенного поступка. Оно требует огромной энергии, сильной воли, твердой уверенности в том, что нынешнее состояние никогда не пройдет, и, кроме того, импульсивности.

Можно говорить о четырех типах самоубийц. Одни совершают самоубийство, не продумывая до конца, что делают; для них это так же бездумно и неизбежно, как дышать. Это — предельно импульсивные люди, и их, с наибольшей вероятностью, подстегивает к самоубийству внешнее, вполне конкретное событие; их самоубийства чаще всего бывают внезапны. Как писал публицист А. Альварес в своем блестящем размышлении о самоубийстве "Жестокий бог" (*The Savage God*), они делают "попытку экзорцизма" по отношению к страданию, которое жизнь может притупить лишь постепенно. Самоубийцы второго типа, полувлюбленные в блаженную смерть, убивают себя из мести, как будто в этом акте нет необратимости. О таких Альварес пишет: "В самоубийстве есть нечто, особенно трудное для понимания: это акт честолюбия, который можно совершить, только перейдя грань честолюбия". Такие люди бегут не столько от жизни, сколько к смерти, желая не конца существования, а начала небытия. Третья группа совершает самоубийство, исходя из порочной логики, согласно которой смерть видится единственным выходом из невыносимых проблем. Такие люди обдумывают варианты и планируют свое самоубийство, оставляют записки, прорабатывают технические детали, как будто организуют отпуск в космос. Они обычно считают, что смерть не только улучшит их состояние, но и снимет обузу с тех, кто их любит (в жизни, как правило, все происходит наоборот). Последняя группа совершает самоубийство, исходя из некоей разумной логики. Эти люди — в силу физической болезни, душевной нестабильности или перемены жизненных обстоятельств — не желают испытывать болезненность жизни и считают, что доступные им в будущем удовольствия не возмещают сегодняшнего страдания. Оценивая будущее, они могут быть правы или не правы, но они не обманываются, и никакие антидепрессанты, никакое лечение не заставят их передумать.

Быть или не быть? Нет другого предмета, о котором было бы так много написано и так мало сказано. Гамлет предположил, что решение может подсказать "безвестный край, откуда нет возврата земным скитальцам"<sup>55</sup>. И все же тот, кто не страшится неизвестности, кто бодро пускается в края неведомых испытаний, не так уж бодро оставляет сей мир, открытый "пращам и стрелам яростной судьбы" ради некоего состояния, о котором ничего нельзя знать, в котором надо многого остерегаться и на все надеяться. Именно так "трусами нас делает раздумье, и так решимости природный цвет хиреет под налетом мысли бледной". Вот настоящий вопрос бытия и небытия: "раздумье" здесь — это сознание, противящееся уничтожению не только трусостью, но и неким базовым желанием существовать, владеть собой, действовать, как необходимо. Более того, разум, осознающий себя, не может перестать делать это, а самоуничтожение и самоанализ — противоположны. "Налет мысли бледной" и есть то самое в нас, что удерживает от самоубийства; убивающие себя, вероятно, испытывают не только отчаяние, но и мгновенную потерю самоосознания. Даже если выбор происходит между жизнью и небытием — если верить, что за смертью нет совсем ничего, а человеческий дух — лишь временная химическая субстанция, — все равно, бытие не может постичь небытие: оно может постичь отсутствие опыта, но не отсутствие как таковое. Если я мыслю, я существую.

Моя личная точка зрения, когда я здоров, такова, что по ту сторону смерти может быть слава, покой, ужас или ничто, и, пока мы не знаем, лучше подстраховаться и извлекать, что можно, из мира сего. "Есть только одна воистину серьезная философская проблема — проблема самоубийства", — писал Альбер Камю. Да, многие французы середины XX века посвятили этой проблеме свою жизнь, подняв во имя экзистенциализма вопрос, для ответа на который когда-то достаточно было религии.

Вопрос раскрывает Шопенгауэр. "Самоубийство можно считать экспериментом, — пишет он, — вопросом, который человек задает Природе и требует от нее ответа. Вопрос таков: какие перемены произведет смерть в существовании человека

Пер. М. Лозинского.

и в его взгляде на природу вещей? Это несостоятельный эксперимент, ибо подразумевает уничтожение того самого сознания, которое предлагает вопрос и ждет ответа". Невозможно знать последствия самоубийства, пока его не совершишь. Съездить по ту сторону смерти с обратным билетом — идея заманчивая; я сам много раз хотел убить себя на месяц-другой. Пугает очевидная окончательность смерти, необратимость самоубийства. Сознание делает нас людьми, и как будто бы имеется общее согласие в том, что сознание в том виде, как мы его знаем, вряд ли существует после смерти, и любопытство, которое нам хочется удовлетворить, к моменту, когда оно могло бы быть удовлетворено, уже не будет существовать. Когда мне не хочется быть живым и любопытно, каково это — быть мертвым, я вполне осознаю, что быть мертвым — значит погубить и любопытство. А ведь именно любопытство удерживает нас: без внешних составляющих моей жизни я обойтись могу, а без головоломок — нет.

Главную роль здесь играет животный инстинкт — в секулярном обществе найти логическое обоснование необходимости жить чрезвычайно трудно. "Что жизнь стоит того, чтобы жить, — это самая необходимая из всех посылок, — писал Джордж Сантаяна<sup>56</sup>, — и, если бы это утверждение не было бы принято как посылка, — самое невозможное из всех заключений". Мы должны принимать во внимание множество скорбей, обуревающих нас, но самая, пожалуй, неизбежная из них — то, что мы смертны. Смерть так тревожит, ее неизбежность так обескураживает, что некоторым хочется просто взять и покончить со всем этим. Идея конечного "ничто" нивелирует ценность нынешнего "чего-то". Фактически же жизнь отрицает самоубийство тем, что большую часть времени утаивает реальность собственной смертности. Если смерть не возгордилась, то это потому, что ее обычно сбрасывают со счетов.

Я не считаю, что надо быть безумным, чтобы совершить самоубийство; хотя полагаю, что многие безумные действительно убивают себя, а многие другие убивают себя по безумным причинам. Ясно, что либо ретроспективно, либо после

<sup>56</sup> *Сантаяна Джордж* (Santayana) (1863—1952) — американский философ-идеалист, писатель (автор популярного романа "Последний пуританин", 1935). Будучи одним из главных представителей критического реализма, интерпретировал его в духе платонизма. — *Прим. ред.*

неудачной попытки самоубийства суицидальную личность проанализировать необходимо. Сам Фрейд признавал, что "у нас нет адекватных методов подхода" к проблеме самоубийства. Оценим по достоинству его почтение к этому предмету; если самоубийство — невозможный объект, то психоанализ — невозможная профессия. Безумие ли хотеть умереть? Вопрос в конечном счете к религии, а не к медицине, поскольку ответ зависит не только от того, что лежит по ту сторону смерти, но и от того, как высоко мы ценим жизнь. Камю утверждал, что безумие на самом деле то, на какие ухищрения идет большинство из нас, чтобы оттянуть неизбежную смерть на несколько десятилетий. Есть ли жизнь всего лишь абсурдная отсрочка смерти? Я считаю, что большинство людей за свою жизнь испытывают больше страдания, чем удовольствия, но мы жаждем удовольствия и накапливающейся радости, которую оно питает. Большинство религий, постулирующих вечную жизнь, запрещают самоубийство; ирония тут в том, что этот запрет не позволяет пылкому верующему спрыгнуть с утеса, чтобы присоединиться к хору ангелов (хотя религии и могут прославлять тех, кто жертвует жизнь за веру — в христианстве это мученичество, в исламе — священная война).

Возможность покончить жизнь самоубийством прославляли многие мужи, высоко ценившие жизнь, — от Плиния, который сказал: "Среди всех несчастий нашей земной жизни способность замышлять собственную смерть — лучший дар Бога человеку", и Джона Донна, который задолго до Камю писал в 1621 году в *Biathanatos*: "Когда постигает меня несчастье, думаю мне, что ключ от темницы моей у меня в руке и нет сердцу моему избавленья вернее, чем мой собственный меч". "Можно считать общим правилом, — заявил" Шопенгауэр, — что, как только ужасы жизни достигнут точки, когда они перевесят ужас смерти, человек положит конец своей жизни". Я и сам испытал в депрессии всеподавляющий ужас жизни и в такие моменты бывал опасно нечувствителен к страху смерти. Однако я считал, что мой ужас временен, и это смягчало его и делало переносимым. По-моему, обдуманное самоубийство не может быть действием в настоящем времени; оно должно зависеть от точной оценки более длительного периода. Я верю в правомерность продуманного, рационального само-

убийства как реакции не на безнадежность, а на бессмысленность или тщетность. Проблема в том, что часто бывает трудно понять, какое самоубийство рационально, и, по-моему, лучше спасти *слишком* много людей, чем *слишком* многим позволить уйти. Самоубийство — абсолютно бесповоротное решение проблем, которые сами часто бывают временными. Право на самоубийство должно быть в числе основных гражданских свобод: никого нельзя заставлять жить против воли. С другой стороны, суицидальность часто бывает временной, и несчетные полчища людей рады тому, что их вытащили из попыток самоубийства или не дали их совершить. Если я когда-нибудь попытаюсь покончить с собой, я бы хотел, чтобы меня спасли, разве что я достигну такого предела, когда буду справедливо считать, что оставшаяся для меня в жизни радость никогда не перевесит горе и страдание.

Томас Жаж, влиятельный критик психиатрического истеблишмента, выступающий за ограничение прав психиатров, говорит: "Право на самоубийство — фундаментальное право человека. Это не значит, что оно желательно. Это лишь значит, что общество не имеет морального права насильственно вмешиваться в решение человека совершить этот акт". Жаж считает, что насильственное вмешательство лишает самоубийц правомерности их Я и их поступков. "Результат — чреватая далеко идущими последствиями инфантилизация и дегуманизация человека с суицидальными посылками". В одном гарвардском исследовании врачам раздали подредактированные истории болезни самоубийц и попросили поставить диагноз; если врачам не говорили, что это самоубийцы, они диагностировали душевные заболевания лишь в 22% случаев, а если в документах значилось самоубийство — в 90%. Ясно, что суицидальность подсказывает им неоспоримый диагноз, и вполне вероятно, что инфантилизация — или хотя бы патернализм<sup>57</sup> — в какой-то мере имеет место. Позиция Жажа имеет основания в реальности, но принимать, исходя из нее, клинические решения крайне опасно. Психолог Эдвин Шнейдман<sup>58</sup>, основавший движение за

<sup>57</sup> *Патернализм* — от лат. *paternus* — отцовский, отеческий. — *Прим. ред.*

<sup>58</sup> *Эдвин Шнейдман* — ведущий американский суицидолог, основатель и руководитель ряда центров исследований и профилактики самоубийств в США, автор множества статей и книг. — *Прим. ред.*

предотвращение самоубийств, представляет противоположную крайность. Для него самоубийство — акт безумия. "В любом самоубийстве присутствует толика безумия в том смысле, что при самоубийстве происходит некое разъединение мысли и чувств, — пишет он. — Результат этого — неспособность идентифицировать эмоции, различать в них более тонкие оттенки смысла и передавать их другим. Это аномальный "разрыв" между тем, что мы думаем, и тем, что чувствуем. Здесь таится иллюзия контроля; здесь таится безумие". Эти тавтологические взгляды создают основу лишения человека права на самоубийство. "Самоубийство не в большей степени "право", — пишет Шнейдман в резкой полемике с Жажем, — чем "право на рвоту". Если человек чувствует, что вынужден это сделать, он сделает". Стоит, пожалуй, заметить, что человек может иногда контролировать рвоту и сдерживается, как может, на публике из уважения к окружающим.

Самоубийство поразительно распространено, а его маскируют и искажают еще хуже, чем депрессию. На самом же деле это обширный кризис здравоохранения, от которого нам так неловко, что мы стыдливо отворачиваемся прочь. В США кто-то кончает с собой каждые семнадцать минут. Самоубийство стоит в ряду трех главных причин смерти американцев в возрасте до двадцати одного года; среди студентов колледжей оно на втором месте. В 1995 году, к примеру, в результате самоубийств умерло больше молодежи, чем от СПИДа, рака, инсульта, пневмонии, гриппа, родовых травм и сердечно-сосудистых заболеваний вместе взятых. Между 1987-м и 1996 годами больше мужчин 35 лет покончили с собой, чем умерли от СПИДа. Почти полмиллиона американцев каждый год попадают в больницы из-за суицидальных попыток. На долю самоубийства, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 1998 году пришлось 2% смертей во всем мире, больше, чем на долю войн, и гораздо больше, чем на долю убийств. Процент самоубийств неуклонно растет. Одно недавнее исследование, проведенное в Швеции, показало: вероятность того, что молодой человек в исследуемом регионе совершит самоубийство, возросла по сравнению с пятидесятыми годами на 260%. Суицидальную попытку совершат половина людей с маниакально-депрессивным синдромом, а также каждый пятый с тяжелой

депрессией. Человек в первом своем депрессивном эпизоде особенно склонен к самоубийству; тот же, кто прошел несколько циклов, обычно уже научился в них выживать. Предыдущие попытки самоубийства — сильнейший фактор в предсказании новых: около трети убивающих себя уже пытались это сделать; 1% из них довершат дело в течение года, 10% — в течение десяти лет. На каждое доведенное до конца самоубийство приходится примерно шестнадцать попыток.

Мне приходилось в одном и том же документе читать и заявление о том, что у депрессивных пациентов вероятность совершить самоубийство в пятьсот раз выше, чем у недепрессивных, и статистические данные о том, что среди депрессивных пациентов уровень самоубийств в двадцать пять раз выше, чем в среднем в обществе. Еще где-то я читал, что депрессия повышает вероятность самоубийства вдвое. Кто знает? Подобные оценки во многом зависят от того, как определять этого скользкого беса депрессии. Действуя, похоже, на благо общественного здоровья, Национальный институт психического здоровья давно и громко (хотя и ненаучно) вещает, что "почти все кончающие с собой имеют диагностируемое психическое расстройство или наркотическое пристрастие"; недавно они снизили "почти все" до "90%". Это помогает людям, совершившим неудачную суицидальную попытку, и тем, кто оплакивает самоубийство близких, избавиться частично от чувства вины, которое иначе могло бы их сковывать. При всей утешительности этих цифр и полезности их для привлечения внимания к масштабности связанных с болезнью самоубийств, все это сильно преувеличено и не подтверждается ни одним из знакомых мне врачей, работающих с суицидальными пациентами.

Статистика самоубийств еще хаотичнее статистики депрессии. Чаще всего люди совершают самоубийства в понедельник; самоубийства наиболее распространены в период между поздним утром и полуднем; предпочтительное время для самоубийств — весна. У женщин высокий процент самоубийств на первой и последней неделях менструального цикла (что вполне объяснимо гормональными причинами) и низкий — во время беременности и в первый год после родов (что имеет очевидный эволюционный смысл, хотя окончательного биохимического объяснения этому явлению мы пока еще не имеем).

Исследователи самоубийства, принадлежащие к одной школе, обожают сравнительную статистику и используют ее так, будто корреляция подразумевает причинность. Некоторые из таких корреляций приближаются к абсурду; можно посчитать средний вес самоубийц или среднюю длину волос — но что это докажет и какая от этого польза?

Эмиль Дюркгейм, великий социолог XIX века, вывел самоубийство из сферы нравственности и поместил в более рациональное царство социологии. Самоубийства можно делить на категории, и Дюркгейм утверждал, что их четыре. Эгоистическое самоубийство совершают люди, неадекватно влившиеся в общество, в котором живут. Апатия и безразличие заставляют их навсегда порвать отношения с миром. Альтруистическое самоубийство происходит от слишком тесного слияния с обществом; эта Дюркгеймова категория включила бы в себя, например, высшую преданность идее Патрика Генри<sup>59</sup>: "Дайте мне свободу или дайте мне смерть!" Совершающие альтруистическое самоубийство — люди энергичные, страстные и решительные. Аномичное<sup>60</sup> самоубийство — результат раздражения и отвращения. "В современных обществах, — пишет Дюркгейм, — социальная жизнь уже не управляется обычаем и традицией, и индивиды все более помещаются в условия конкуренции друг с другом. Чем большего они начинают требовать от жизни, не чего-то конкретного больше, а просто больше, чем у них есть в каждый данный момент, тем они более склонны страдать от несоответствия своих стремлений своим достижениям, и возникающая при этом неудовлетворенность служит проводником растущего суицидального импульса". Как писал когда-то Чарлз Буковски<sup>61</sup>, "мы требуем от жизни больше, чем в ней есть", и наше неизбежное разочарование может быть достаточной причиной покончить с жизнью. Или, как писал Алексис де Токевиль<sup>62</sup>, имея в виду американский идеализм, "неполная радость мира сего никогда не удовлетворит человеческого

<sup>59</sup> *Генри Патрик* (1736—1799) — юрист, политический деятель, один из видных борцов за независимость Америки. — *Прим. ред.*

<sup>60</sup> *Аномиче* (франц.) — отсутствие закона, организации. — *Прим. ред.*

<sup>61</sup> *Чарлз Буковски* — американский писатель (1920—1994). — *Прим. пер.*

<sup>62</sup> *Алексис де Токевиль* — французский политик, путешественник и историк (1805—1859), автор исследования "Демократия в Америке". — *Прим. ред.*

сердца". Фаталистическое самоубийство совершают люди, чья жизнь истинно жалка без надежды на перемены — самоубийство раба, например, по Дюркгеймовой систематике считается фаталистическим.

В клинических целях категории Дюркгейма больше не используют, но они определили многое в современном понимании самоубийства. В противовес верованиям своего времени Дюркгейм утверждал, что, хотя самоубийство и индивидуальный акт, его источники социальны. Любое отдельно взятое самоубийство есть результат психопатологии, но любая более или менее устойчивая закономерность здесь представляется связанной с социальными конструктами. В каждом обществе есть своя среда для этого акта, и вполне вероятно, что определенный процент населения в каждом обществе покончит с собой. Система ценностей и обычаи общества определяют, какие именно причины приведут к этому акту и в каких местах. Люди, считающие, что действуют на основании уникальной травмы, на самом деле часто служат выразителями некой тенденции в их обществе, которая толкает людей к смерти.

Хотя исследования, посвященные самоубийству, пестрят множеством бессмысленных статистических данных, некоторые полезные тенденции выделить все-таки можно. У членов тех семей, в которых было совершено самоубийство, гораздо выше вероятность убить себя, чем у других. Отчасти это возможно потому, что самоубийство в семье делает немислимое — мыслимым. Это так еще и потому, что жизнь в страдании, когда любимый человек уничтожил себя, может быть невыносима. Женщина, чей сын повесился, сказала мне: "Я живу так, будто захлопывающиеся двери защемляют мои пальцы, и я кричу: это мгновенье остановилось навсегда". Это так еще и потому, что самоубийство — вещь семейная, предположительно, генетическая. Исследования приемных детей показывают, что биологические родственники суицидальной личности более часто оказываются суицидальны, чем приемные родители. Однояйцовые близнецы часто разделяют суицидальность, даже если их разлучают при рождении и они ничего не знают друг о друге, разнаяйцовые — нет. Наличие каких-то специальных "генов самоубийства", несущих лишь одну функцию, не может являться эволюционным преимуществом, но комбинация ге-

нов, вызывающая депрессию, жестокость, импульсивность и агрессивность, может составить генетический код, который будет одновременно и предпосылкой суицидального поведения, и преимуществом в конкретных ситуациях.

Суицид порождает суицид также и в социальных сообществах: заразительность самоубийства споров не вызывает. Если один человек кончает с собой, группа друзей или сверстников часто следует его примеру, особенно среди подростков. Самоубийства снова и снова совершаются в одних и тех же местах, несущих на себе проклятие умерших ранее: мост Золотые Ворота в Сан-Франциско, гора Михара в Японии, определенные участки железнодорожных путей, Эмпайр-Стэйт-билдинг. Эпидемии самоубийств недавно прошли в Плейно, штат Техас, Леоминстере, штат Массачусетс, в округах Бакс в Пенсильвании и Фэйрфакс в Вирджинии и в ряде других вроде бы "нормальных" населенных пунктах и регионах США. Опубликованные материалы о самоубийствах тоже инспирируют суицидальное поведение. Когда в начале XIX века Гете издал "Страдания юного Вертера", волна самоубийств в подражание главному герою прокатилась по всей Европе. При всяком появлении в СМИ громкой истории самоубийства уровень суицидальное™ возрастает. Например, после самоубийства Мэрилин Монро частота самоубийств в США выросла на 12%. Если ты голоден и видишь закусочную, то с большой вероятностью в нее зайдешь. Если ты суицидален и слышишь о самоубийстве, то с большой вероятностью сделаешь роковой шаг. Кажется бесспорным, что меньше освещая самоубийства в прессе, мы снизим уровень суицидальное™. А пока есть свидетельства о том, что даже самые продуманные программы предотвращения самоубийств часто внушают идею о возможности самоубийства предрасположенному к нему населению; представляется вероятным, что они повышают уровень суицидальное™. Впрочем, они и полезны, поскольку внушают людям, что самоубийство часто происходит от душевной болезни, а душевные болезни излечимы.

Вопреки популярному мифу, те, кто говорит о самоубийстве, скорее всего, и могут себя убить. Делющие попытку склонны ее повторять; собственно говоря, наилучший предсказатель фактического самоубийства — попытка к нему. Ник-

то этим обстоятельством особенно не пользуется. В исследовании методов лечения, проведенном в 1999 году Марией Окуэндо, указывается, что, хотя "клиницисты могли бы использовать факт суицидальной попытки в прошлом как знак предрасположенности к будущим попыткам, пациентов с такой историей болезни лечат не более интенсивно, чем других. Остается невыясненным, что происходит с пациентами, зачисленными из-за предыдущих попыток в группу повышенного риска самоубийства при тяжелой депрессии, — то ли их не считают принадлежащими к группе риска, то ли не предоставляют адекватного соматического лечения, несмотря на признание врачом их повышенной уязвимости".

Хотя обобщающие экзистенциальные доводы захватывают, реальность самоубийства не возвышенна, не чиста и не философична, а отвратительна, грязна и телесна. Мне приходилось слышать высказывания, что депрессия — это "все равно что живая смерть". В "живой" смерти нет ничего хорошего, но в отличие от "мертвой" смерти она допускает целый спектр улучшений. Окончателность самоубийства делает его проблемой, превосходящей все обсуждаемые в этой книге, а способность антидепрессантов предотвратить самоубийство требует немедленной оценки, чтобы можно было ввести в обиход соответствующие лекарства. Исследователям, работающим в фармацевтической индустрии, отслеживать суицидальность трудно, тем более что доходящее до апогея самоотвержение за "долгосрочный" 12-недельный контрольный период обычно не наступает. Ни один из препаратов класса SSRI, самых популярных в мире антидепрессантов, не наблюдался в отношении способности предотвращать самоубийство. Из числа других препаратов наиболее придирчиво тестировали литий — уровень самоубийств среди пациентов с биполярным расстройством, переставших принимать литий, повышается в шестнадцать раз. Некоторые снимающие депрессию препараты могут усиливать порывы к самоубийству, потому что они вообще усиливают любые побуждения; лекарства могут запускать в действие механизм самоуничтожения, выводя человека из оцепенения депрессии. Важно различать это "включение" и фактическую причинность. Я не верю, что самоубийство бывает непосредственным результатом воздействия лекарства,

если суицидальность не была уже какое-то время в человеке сильна. Перед тем как прописать человеку активизирующий антидепрессант, с ним надо осторожно побеседовать. ЭШТ может немедленно снять настойчивые или маниакальные суицидальные импульсы. Одно исследование выявило в девять раз более высокую частоту самоубийств среди тяжелобольных и принимающих лекарства по сравнению с такими же больными, проходящими ЭШТ.

Примерно в одно время с Дюркгеймом Фрейд предположил, что самоубийство часто является направленным на себя порывом убить кого-либо другого. Психолог Эдвин Шнейдман позже скажет, что самоубийство — это "убийство, развернутое на сто восемьдесят градусов". Фрейд постулировал, что "инстинкт смерти" всегда состоит в неустойчивом равновесии с инстинктом жизни. Это упоение смертью, безусловно, существует, и оно, несомненно, ответственно за самоубийство. "Два основных инстинкта действуют друг против друга или объединяются друг другом, — писал Фрейд. — Так акт еды есть уничтожение объекта с конечной целью соединить его с собою, а половой акт есть акт агрессии с целью достичь самого близкого союза. Одновременное и взаимно противоположное действие двух основных инстинктов порождает все разнообразие явлений жизни". Самоубийство в этом контексте есть необходимый элемент, контрастирующий с волей к жизни. Карл Меннингер<sup>6</sup>, много писавший о самоубийстве, говорил, что самоубийство требует совпадения "желания убить, желания быть убитым и желания умереть". Г.К. Честертон писал в том же духе:

Человек, убивающий человека, убивает человека.

Человек, убивающий себя, убивает всех.

Если говорить о нем, то для себя он стирает с лица земли  
весь мир.

<sup>6</sup> *Меннингер Карл* (1893—1990) — знаменитый американский ученый-психиатр. Известен своими новациями в изменении отношения к психически больным. Теоретическое наследие К. Меннингера стало значительным вкладом в современную суицидологию и социальную психиатрию. Возглавлял Американскую ассоциацию психоанализа. Среди его работ особого внимания заслуживают: "Человеческий разум" и "Любовь против ненависти". — *Прим. ред.*

Когда мы противостоям хроническому стрессу, против которого все мы вооружены, то полагаемся на нейромедиаторы, работающие в режиме перегрузки. Выброс нейромедиаторов во время внезапного стресса не может поддерживаться в течение более продолжительного стресса. Поэтому у людей, подверженных хроническому стрессу, есть тенденция к истощению нейромедиаторов. Суицидальная депрессия, судя по всему, имеет отличительные нейробиологические свойства, которые могут быть причиной суицидального поведения, а могут просто отражать существующие суицидальные тенденции. Фактические суицидальные попытки обычно провоцирует внешний стресс, который часто вызывается потреблением алкоголя, острой физической болезнью или тяжелыми жизненными событиями. То, насколько человек склонен к самоубийству, определяется его личностью, генетикой, детством и воспитанием, алкоголизмом или наркоманией, хронической болезнью и содержанием холестерина. Большая часть информации о суицидальном мозге поступает от патологоанатомов. У самоубийц низкое содержание серотонина в некоторых ключевых точках мозга. У них чрезмерное число поглотителей серотонина, и в этом может отражаться попытка мозга восстановить необходимый уровень серотонина. Уровень серотонина выглядит особенно сниженным в отделах мозга, связанных с торможением, и этот дефицит, судя по всему, создает большую свободу импульсивных действий под влиянием эмоций. Люди, поддающиеся необузданной агрессивности, часто тоже имеют пониженный уровень серотонина в тех же отделах мозга. У импульсивных убийц и поджигателей уровень серотонина ниже, чем у большинства людей — даже неимпульсивных убийц и прочих преступников. Эксперименты на животных показывают, что приматы с пониженным уровнем серотонина особенно склонны к риску и агрессивному поведению. Стресс может вызывать и понижение уровня нейромедиаторов, и усиленное производство ферментов, их уничтожающих. При вскрытии мозга самоубийц уровень содержания норэпинефрина оказывается пониженным, хотя эти данные не столь надежны, как данные по серотонину. Вещества, разрушающие норэпинефрин, обнаруживаются в чрезмерном количестве, а те, которые необходимы для нормального действия адреналина, — в недостаточном.

Что все это значит с практической точки зрения? Люди с низким уровнем содержания важнейших нейромедиаторов в ключевых отделах мозга подвержены большому риску самоубийства. К такому результату неизменно приходит Джон Манн, ведущий исследователь суицида, ныне работающий в Колумбийском университете. Он использует три различных показателя уровня серотонина у суицидальных пациентов. Мейн Асберг из Каролинска-госпиталь в Швеции экстраполировала подобные материалы на клиническую практику. В своем первопроходческом исследовании она наблюдала за пациентами, которые совершали попытки самоубийства, и обнаружила, что содержание серотонина у них понижено; 22% из них покончили с собой в течение года. Последующая работа подтвердила, что, в то время как лишь 15% депрессивных пациентов кончают с собой, депрессивные с пониженным серотонином совершают самоубийство в 22% случаев.

Поскольку стресс выхолщивает серотонин, пониженный серотонин повышает агрессивность, а повышенная агрессивность ведет к самоубийству, то неудивительно, что психогенная депрессия с наибольшей из всех видов депрессии вероятностью ведет к самоубийству. Стресс ведет к агрессии потому, что она часто бывает лучшим средством против кратковременных неприятностей, этот стресс порождающих. Однако агрессивность неразборчива в целях, и, хотя может быть полезна в защите от нападающего, она с таким же успехом может обернуться и против самого защищающегося. Представляется вероятным, что агрессия — один из базовых инстинктов, тогда как депрессивность и суицидальность — более сложные когнитивные импульсы, развившиеся позже. С эволюционных позиций желательное качество — стремление обучаться самосохраняющему поведению — неразрывно сплетено с нежелательным — стремлением учиться поведению саморазрушительному. Способность к самоубийству дана нам как некий довесок к сознанию, которое и отличает нас от остальных животных.

Низкий уровень содержания серотонина может определяться генетически; ген, ответственный за уровень гидроксилазы триптофана, сейчас со всей очевидностью связывают с высоким уровнем суицидальное™. Гены, ответственные не только за душевную болезнь, но и за импульсивность, агрес-

сивность и жестокость, могут приводить человека в состояние большого риска. Эксперименты, в которых обезьян выращивали без матерей, показали, что неполноценное воспитание понижает уровень серотонина в определенных отделах мозга. Представляется вероятным, что сексуальные издевательства в детстве могут необратимо снижать уровень серотонина и тем самым повышать вероятность самоубийства (совершенно независимо от проблем, возникающих при депрессии, вызванной этими издевательствами). Злоупотребление наркотическими веществами (а также, интересно заметить, пониженный холестерин) может снижать уровень серотонина далее. Неврологические повреждения эмбриона в результате употребления алкоголя или кокаина могут предрасположить ребенка к нарушениям душевного состояния, а те — к самоубийству; недостаток материнского внимания может лишить его стабильного развития на ранних стадиях; на его мозг может вредно влиять питание. У мужчин серотонина меньше, чем у женщин. Значит, мужчина в состоянии стресса с генетической предрасположенностью к пониженному серотонину, переживший тяжелое детство, злоупотребляющий наркотиками или алкоголем и имеющий низкий уровень холестерина, точно соответствует описанию потенциального самоубийцы. Препараты, повышающие уровень содержания серотонина, могут стать для таких людей хорошим средством предотвращения самоубийства. Технология исследования мозга для выявления степени активности серотонина в соответствующих отделах еще не разработана, но она непременно появится, и тогда ее можно будет использовать для оценки вероятности суицидальных попыток у каждого пациента. Новые методы исследования могут когда-нибудь позволить нам проверять мозг депрессивных людей и оценивать, кто из них склонен к самоубийству. Но до этого еще далеко. "Недооценка учеными сложности химических процессов в мозге и в синапсах, — пишет Кей Джеймисон в своей авторитетной книге о самоубийстве, — будет убийственной ошибкой, современным эквивалентом средневековых воззрений о том, что помрачение ума порождается сатанинскими чарами или вредными испарениями".

Есть свидетельства того, что частоту самоубийств можно сдерживать внешними факторами: там, где револьверы и бар-

битураты достать трудно, показатели самоубийства заметно ниже. Современная техника сделала самоубийство более легким и менее болезненным, чем когда бы то ни было раньше, и это крайне опасно. Когда в Англии перешли со смертельно ядовитого коксового газа на менее токсичный природный, уровень самоубийств снизился на треть, а число самоубийств, связанных в тот год с газом, упало с 2368 до 11. Если суицидальность выражает себя импульсивно и при этом средств для самоубийства под рукой не оказывается, импульс может пройти, не реализовавшись. Соединенные Штаты — единственная страна в мире, где главным орудием самоубийства выступает огнестрельное оружие. Каждый год больше американцев гибнут в США от пистолета в собственной руке, чем в чужой. В десяти штатах со слабым контролем над оружием показатели самоубийства вдвое выше, чем в десяти штатах с самыми строгими законами. В 1910 году на собрании Венского психоаналитического общества Давид Оппенгеймер сказал: "Заряженный пистолет положительно внушает своему владельцу идею самоубийства". В 1977 году около 18 тысяч американцев застрелились из пистолета, поддавшись такому внушению. Способы самоубийства варьируются в зависимости от места, возраста и ситуации. В Китае огромное число женщин кончают с собой, поедая ядовитые пестициды и удобрения, потому что эти вещества там легкодоступны. В индийском штате Пенджаб более половины самоубийц бросаются под поезд.

Самоубийство часто бывает проявлением депрессивного полюса спектра маниакально-депрессивных состояний, и это обычно приводят в качестве причины высокого уровня суицидальное™ среди особенно успешных людей. Дело также и в том, что люди, достигающие больших успехов, склонны ставить себе высокие планки и часто бывают разочарованы даже своими крупнейшими достижениями. Самоанализ и глубокие размышления могут вести к самоубийству, что особенно распространено среди художников и прочих творческих людей. Но его уровень высок и среди успешных бизнесменов: можно себе представить, что качества, из которых складывается успех, включают и суицидальность. Вероятность самоубийства среди ученых, композиторов и бизнесменов высокого уровня в пять

раз выше, чем в среднем по населению; у писателей и особенно поэтов уровень самоубийств еще выше.

Примерно треть доведенных до конца самоубийств и четверть всех попыток совершаются алкоголиками. Совершающие попытку в состоянии алкогольного или наркотического опьянения имеют гораздо больше шансов преуспеть, чем трезвые. 15% тяжелых алкоголиков лишают себя жизни. Карл Меннингер назвал алкоголизм "формой саморазрушения, к которой прибегают, чтобы предотвратить еще более страшное саморазрушение". Для некоторых он — саморазрушительность, делающая возможным саморазрушение.

Выявить суицидальность заранее сложно. Когда я был в глубокой депрессии, я пошел к психиатру, у которого надеялся лечиться, и тот сказал, что согласен взять меня в пациенты, если я пообещаю, что, пока я на его попечении, я не покончу с собой. Мне показалось, что это то же самое, как если бы специалист по инфекционным болезням соглашался лечить ваш туберкулез при условии, что вы больше не будете кашлять. Не думаю, что это была просто наивность. В самолете на обратном пути с конференции по компьютерной диагностике мозга у меня завязался разговор с соседом, который заметил, что я перелистываю книгу о депрессии.

— Меня очень интересует то, что вы читаете, — сказал он. — У меня и самого бывают депрессии.

Я закрыл книгу и стал слушать историю его психического заболевания. Его два раза госпитализировали по поводу тяжелой депрессии. Какое-то время он принимал лекарства, но потом, после года с лишним хорошего самочувствия, перестал. Он отказался и от психотерапии, потому что прорабатывал на сеансах проблемы, которые донимали его в прошлом. Его дважды арестовывали за хранение кокаина, и он отсидел небольшой срок в тюрьме. Он редко общался с родителями, и его подруга не знала, что у него бывали депрессии. Было около половины одиннадцатого утра, и он заказал у стюардессы виски со льдом.

— И часто вы рассказываете о себе незнакомцам? — спросил я как можно мягче.

— Довольно часто, — ответил он. — Иногда мне легче говорить с чужими людьми, чем с близкими знакомыми. Понимае-

те? Они не так резко осуждают и вообще... Но, конечно, не с любимым встречным — у меня, знаете, такое как бы чутье на людей, я просто знаю — вот с этим хорошо поговорить. Как вот с вами, я сразу почувствовал.

Импульсивность. Беспечность.

— За превышение скорости штрафуют? — спросил я.

— Ни фига себе, — сказал он. — Вы что, экстрасенс, что ли? Постоянно штрафуют, даже прав лишали на год.

Если бы я только что побывал на конференции по кардиологии и сидел рядом с тучным человеком, который курил бы, как паровоз, пожирал масло пачками и при этом жаловался на боль в груди, отдающую в левую руку, я счел бы вполне уместным предупредить его, что он находится в непосредственной опасности. Сообщить же кому-то, что он подвергается риску самоубийства, гораздо труднее. Я ходил вокруг да около, посоветовал своему новому знакомцу вернуться к лекарствам, сказал, что хорошо бы поддерживать связь с психиатром на случай рецидива. Какое-то чувство социальной условности делало для меня совершенно невозможным просто сказать: "Может, сейчас вам и хорошо, но вы на пути к самоубийству и должны немедленно принять превентивные меры".

Модели самоубийства, построенные на наблюдениях за животными, несовершенны: считается, что животные не понимают своей смертности как таковой и не способны искать собственной смерти. Желать того, чего не понимаешь, нельзя; самоубийство — цена, которую человеческие существа платят за свое самосознание, и среди других видов оно в сравнимых формах не существует. Впрочем, представители других видов могут умышленно наносить себе повреждения, и часто наносят, если подвергаются чрезмерным неприятностям. Крысы, живущие в большом скоплении, отгрызают себе хвосты. Макаки-резус, росшие без матери, начинают производить членовредительские действия в возрасте около пяти месяцев; такое поведение продолжается у них всю жизнь, даже если их потом поместить в среду себе подобных. У таких обезьян наблюдается ненормально низкий уровень серотонина в жизненно важных отделах мозга; биологическое снова коррелирует с социологическим. Меня поразил рассказ о самоубийстве дрессированно-

го циркового осьминога, привыкшего исполнять трюки за пищу. Когда цирк переезжал, осьминога поместили в аквариум, и никто не обращал внимания на его трюки. Постепенно он утратил окраску (состояние духа у осьминогов выражается в оттенках их окраски); кончилось тем, что он проделал свои трюки в последний раз, не получив за это награды, и затем вонзил в себя собственный клюв с такой силой, что тут же и скончался.

Недавние исследования человеческой модели самоубийства выявили тесную связь между суицидальностью и смертью родителей. В одном из них утверждается, что три четверти доведенных до конца самоубийств совершают люди, которые в детстве пережили травму от смерти близкого человека, чаще всего одного из родителей. Неспособность справиться с утратой в начале жизни ведет к неспособности справляться с утратой вообще. В сознание юных существ, утративших родителей, часто внедряется чувство вины, отключающее у них сознание собственной ценности. Они могут также потерять ощущение постоянства вещей: если родители, от которых ты так зависишь, могут в любой день вдруг взять и исчезнуть, то как же можно доверять вообще чему бы то ни было? Статистика, возможно, преувеличивает, но и так ясно, что, чем большего человек лишается, тем он более склонен, при прочих равных условиях, покончить с собой.

Самоубийство на ранних стадиях жизни распространено широко. Каждый год в Соединенных Штатах кончает собой около пяти тысяч людей в возрасте от восемнадцати до двадцати четырех лет; не менее восьмидесяти тысяч совершают суицидальные попытки. Один американец из шести в возрасте между двадцатью и двадцатью четырем кончает с собой. Самоубийство все чаще и чаще случается среди молодежи. Оно стоит третьим в списке причин смерти восемнадцати — двадцатичетырехлетних американцев. В вопросе о том, почему самоубийство так распространено в этой возрастной группе, согласия нет. Джордж Х. Колт отмечал: "Для объяснения этой "эпидемии" молодежных самоубийств выдвигалась тьма причин: упадок американской нравственности, распад нуклеарной семьи, давление со стороны школы, сверстников и родителей, родительская апатия, издевательства (в том числе сексуаль-

ные) в детстве, наркотики, алкоголь, низкое содержание сахара в крови, телевидение, MTV, популярная музыка (рок, панк или тяжелый металл, в зависимости от поколения), половая распущенность, насилие, жестокость, расизм, война во Вьетнаме, угроза ядерной войны, СМИ, отсутствие традиций, повышение благосостояния, безработица, капитализм, избыточная свобода, скука, нарциссизм, Уотергейт, утрата иллюзий в отношении правительства, отсутствие героев, кинофильмы о самоубийствах, чрезмерное обсуждение самоубийства, недостаточное обсуждение самоубийства". Подростки, возлагающие на себя большие надежды в учебе, случается, кончают с собой, если результаты не отвечают их собственным или родительским ожиданиям: самоубийство более распространено среди подростков с высокими достижениями, чем среди их менее честолюбивых сверстников. Гормональные сбои полового созревания и непосредственно следующего за ним периода тоже в большой мере определяют подростковое самоубийство.

Многих совершивших самоубийство подростков ограждали от мрачных представлений о смерти. У многих, похоже, остается ощущение, будто смерть не является окончательным исчезновением сознания. В одной школе с эпидемией самоубийств один покончивший с собой ученик говорил, что ему странно быть живым, в то время как его друг мертв. Маленький гренландский город, который я посетил в 1999 году, был свидетелем странной серии смертей: один школьник покончил с собой, и за ним последовала дюжина других. Один из этих последующих самоубийц за день до того, как наложить на себя руки, сказал, что скучает по ушедшему другу, и выглядело все это так, будто он убивал себя чуть ли не для того, чтобы попасть в то место, куда ушел его друг. Дети младшего возраста также более склонны верить, что попытка самоубийства не приведет к смерти. Такие порой используют эту попытку как средство наказания других; как в детстве говаривала, пародировав мои настроения, моя мать: "Я наемся червей и умру, и тогда ты пожалеешь, что так со мной обращалась". Такие поступки, при всей их манипулятивности, — как минимум вопль о помощи. Юные существа, пережившие суицидальную попытку, заслуживают нашего нежного внимания; их проблемы

воистину трагичны, и, даже если мы не понимаем почему, мы должны признавать серьезность вопроса.

Хотя самоубийство среди подростков находится на пике, самый высокий процент наблюдается среди мужчин старше шестидесяти пяти; в подгруппе белых мужчин старше восьмидесяти пяти лет показатель самоубийств — одно на две тысячи. Наблюдается порочная тенденция считать самоубийц-стариков менее достойными жалости, чем молодых. Отчаяние, дошедшее до смертельной точки, угнетает независимо от возраста. Что каждый прожитый день продвигает нас к смерти, это очевидно; но то, что каждый прожитый день делает самоуничтожение более приемлемым, — неестественная вариация на данную тему. Мы склонны полагать, что старческое самоубийство рационально, а на самом деле оно часто происходит из-за невылеченного душевного расстройства. Кроме того, у стариков обычно более глубокое понимание смерти. В то время как юные обращаются к самоубийству как к способу избежать жизни ради иного опыта, старые чаще видят смерть как окончательное состояние. И они-то знают, что делают: безуспешные суицидальные попытки гораздо более редки в этой демографической категории, чем среди молодежи. Старики применяют для своего самоубийства надежные способы, несущие смерть, и они менее, чем кто-либо другой, склонны загодя делиться своими намерениями. Самый высокий процент самоубийств — среди разведенных мужчин и вдовцов. Они редко обращаются за медицинской помощью по поводу депрессии и часто смиряются с мыслью, что их негативные чувства — просто правдивое отражение их загубленной жизни.

Кроме самоубийства как такового многие пожилые люди подвержены хроническому суицидальному поведению: они перестают питаться, заботиться о себе, перестают жить еще до того, как тело окончательно им откажет. Выйдя на пенсию, они снижают уровень своей жизненной активности и нередко перестают активно отдыхать из-за недостатка средств и низкого социального положения. Они изолируются. По мере развития у них особо усугубленных форм депрессии — проблем с моторикой, ипохондрии и паранойи — они начинают страдать серьезными физическими недугами. Как минимум у половины депрессивных престарелых людей обнаруживаются физичес-

кие недомогания, отчасти — результат мнительности, которые в предшествующий самоубийству период они считают более обессиливающими и неподдающимися лечению, чем на самом деле.

О самоубийствах хронически часто не сообщают — отчасти потому, что самоубийцы маскируют свои действия, а отчасти оттого, что оставшиеся после них не желают признавать реальность самоубийства. В Греции самый низкий в мире процент зарегистрированных самоубийств. Это отражает не только южный климат и не особенно строгую культуру этой страны, но также и то обстоятельство, что по законам Греческой церкви самоубийц нельзя хоронить в освященной земле: по этой своеобразной причине самоубийство в Греции стараются не называть своим именем. В обществах с повышенным чувством стыдливости меньше объявляемых самоубийств. Кроме того, есть много таких самоубийств, которые можно назвать бессознательными: когда человек живет и неосмотрительно гибнет по неосторожности, — возможно, под влиянием невыраженной суицидальности, возможно, просто из-за собственной дерзости. Грань между саморазрушительным поведением и, по канонам Греческой церкви, самоубийством, размыта. Те, кто способствует собственному распаду без очевидной для себя компенсации, — протосуицидальны. Некоторые религии различают активное и пассивное самоуничтожение; намерение прекратить выхаживать себя на последних стадиях неизлечимой болезни может не вызывать осуждения, тогда как прием чрезмерной дозы пилюль — грех. Так или иначе, в мире *гораздо* больше самоубийств, чем вы думаете, что бы вы вообще об этом ни думали.

Способы самоубийства увлекают своим многообразием. Кей Джеймисон в книге "Ночь опускается быстро" (*Night Falls Fast*) перечисляет ряд экзотических методов: например, пьют кипящую воду; засовывают в горло ручку швабры; протыкают живот штопальной иглой; заглатывают куски кожи с железом; прыгают в вулкан; запихивают в глотку гузки индеек; глотают динамит, горящие угли, нижнее или постельное белье; удавливаются собственными волосами; сверлят в голове дырки электродрелями; выходят раздетыми на мороз; засовывают шею в тиски; подстраивают себе обезглавливание; делают себе

внутривенное вливание ореховой массы или майонеза; врезаются в гору, ведя бомбардировщик; прикладывают к коже ядовитого паука "черная вдова"; топятся в баке с уксусом; задыхаются в холодильнике; пьют кислоту; глотают шутихи; облепляют себя пиявками; вешаются на четках. В США больше всего распространены самые "очевидные" методы: пистолет, наркотики, петля и прыжки.

Я не подвержен подавляющим суицидальным фантазиям. Я часто думаю о самоубийстве, а при самых глубоких приступах депрессии эта мысль не покидает меня ни на минуту, но она склонна оставаться на уровне ума, приукрашенная фантазией, с какой дети воображают пожилой возраст. Я знаю: когда дела становятся хуже, тогда воображаемые мною варианты самоубийства делаются разнообразнее и в какой-то мере ожесточеннее. Мои фантазии крутятся не вокруг пилюль в аптечке и даже не пистолета в сейфе; я пытаюсь сообразить, можно ли вскрыть вены на запястьях бритвой "Жиллетт" или лучше использовать нож с выдвигаемыми лезвиями. Я доходил до того, что пробовал на прочность потолочную балку — выдержит ли петлю. Я продумывал время, когда я буду один в доме и смогу довести дело до конца. Ведя в таком состоянии машину, я много думаю об обрывах, но потом представляю себе подушки безопасности и возможность причинить вред посторонним людям, и тогда мне, как правило, кажется, что в этом способе слишком много грязи. Все это очень реальные мечтания, и порой очень мучительные, но пока что они остаются в моем воображении. У меня бывают необдуманные поступки, которые можно отнести к парасуицидальному поведению, и мне часто хочется умереть; в состоянии упадка я поигрываю с этой идеей, как в моменты взлетов играю с идеей научиться играть на рояле; но это никогда не выходило из-под контроля и не превращалось в сколько-нибудь осязаемую реальность. Я хотел уйти из жизни, но у меня никогда не было импульса спустить свое существование в канализацию.

Если бы мои депрессии были глубже или дольше, я, могу себе представить, стал бы более активно суицидален, но не думаю, что покончил бы с собой без неопровержимых свидетельств о необратимости моей ситуации. Самоубийство, конечно, прекращает испытываемые сейчас страдания, но

в большинстве случаев к нему прибегают, чтобы избежать страданий будущих. У меня врожденный — с отцовской стороны — крепкий оптимизм, и по причинам, которые могут быть чисто биохимическими, мои отрицательные ощущения, даже самые невыносимые, никогда не представлялись мне абсолютно непреложными. Я очень хорошо помню любопытное чувство безбудущности, приходившее ко мне в глубинах депрессии: я не соответственно моменту успокаивался при взлете маленького самолета, потому что мне было искренне безразлично, рухнет ли он и погубит меня или доставит к пункту назначения. Я совершал до глупости рискованные поступки, когда только представлялась возможность. Я был не прочь принять яд — просто у меня не было особой склонности найти его или приготовить. Один из многих людей, с которыми я беседовал, работая над этой книгой, переживший несколько суицидальных попыток, сказал мне, что если я ни разу даже не вскрывал вен, то *настоящей* депрессии я не знаю. Я предпочел не вступать в пререкания в данном случае, но, безусловно, встречал людей, которые несказанно страдали, но никогда не посягали на свою жизнь.

Весной 1997 года в Аризоне я впервые в жизни прыгал с парашютом. О затажных прыжках часто говорят как о занятии парасуицидальном, и, если бы я при этом действительно погиб, воображение моих родных и друзей, думается мне, привязало бы это к моим состояниям духа. Однако — и я считаю, что так часто бывает при парасуицидальных действиях — это ощущалось не как самоубийственный порыв, а, наоборот, жизнелюбивый: это было здорово — знать, что я могу. В то же время, поскольку я играл с идеей самоубийства, то теперь сломал некоторые барьеры, раньше стоявшие между мной и самоуничтожением. Выпрыгивая из самолета, я не хотел умирать, но и умереть не боялся, как боялся до депрессии, и потому мне не надо было сильно этого избегать. С тех пор я ездил на прыжки несколько раз, и наслаждение, которое доставляла мне моя смелость после такого долгого периода беспричинного страха, безмерно. Каждый раз у люка самолета я чувствую адреналиновый прилив реального страха, который, как и реальная скорбь, для меня драгоценен благодаря своей простой аутентичности. Он напоминает мне, что такое на самом деле подоб-

ного рода эмоции. Затем свободное падение, и вид раскинувшейся внизу девственной природы, и всепобеждающее бессилие, и красота, и скорость... А потом восхитительное ощущение того, что парашют все-таки на месте. Когда раскрывается купол, поток ветра внезапно изменяет направление полета — я вздымаюсь, взлетаю вверх, прочь от земли, как будто некий ангел прилетел мне на выручку и понес к солнцу. Когда я снова начинаю спускаться, все происходит удивительно медленно и я живу в многомерном мире безмолвия. Это так чудесно — выяснить, что судьба, которой ты доверял, оправдала это доверие. Как радостно узнавать, что мир может поддержать мои самые рискованные эксперименты, чувствовать, даже во время падения, что меня крепко держит сам мир.

Впервые я вплотную столкнулся с самоубийством лет в девять. У одноклассника моего брата покончил с собой отец, и вопрос должен был быть вынесен на домашнее обсуждение. Человек, о котором идет речь, был дома со своей семьей, потом высказал какое-то необычное замечание — и выпрыгнул в открытое окно, оставив жену и детей смотреть с высоты нескольких этажей на безжизненное тело. "У людей бывают проблемы, которые они не могут разрешить, и они доходят до точки, когда уже не могут выдерживать жизнь, — объясняла моя мать. — Вы должны быть сильными, чтобы пройти по жизни. Вы должны быть в числе выживающих". Я как-то не видел ужаса в происшедшем; скорее, в этом было что-то экзотическое и завораживающее, чуть ли не порнографическое.

На втором году старшей школы один из моих любимых учителей выстрелил себе в голову. Его нашли в машине; рядом лежала открытая Библия. Полиция захлопнула книгу, не отметив страницу. Помню, как мы обсуждали это за ужином. Я тогда еще не потерял никого близкого *мне*, и то обстоятельство, что это было *самоубийство*, не выступало вперед так, как теперь, в ретроспективе; я впервые стоял лицом к лицу с фактом смерти. Мы говорили о том, что никто теперь не узнает, на какой странице была открыта Библия, и какая-то литературная часть во мне страдала больше об этом ставящем в тупик завершении жизни, чем об ее потере.

На первом курсе колледжа бывшая подруга бывшего друга моей тогдашней подруги выбросилась из окна в школе. Я с ней

знаком не был, но знал, что оказался замешан в некоей цепочке отказов, в которую входила и она, и почувствовал себя виноватым в смерти незнакомого человека.

Через несколько лет после моего окончания колледжа покончил с собой один мой знакомый. Он выпил бутылку водки, вскрыл вены и, очевидно, не удовлетворенный тем, как медленно истекает кровью, вылез на крышу дома, где была его квартира, и бросился вниз. На сей раз я был потрясен. Это был милейший интеллеktуал приятной наружности, и я даже ему иногда завидовал. Я тогда писал для местной газеты. Он всегда покупал свежий номер очень рано утром, и каждый раз, когда я что-нибудь печатал, он был первым, кто звонил меня поздравить. Мы не были близки, но я никогда не забуду эти звонки и этот тон немного неуместного благоговения, которым он произносил свои похвалы. Он с некоторой грустью размышлял о том, как не уверен в своей карьере, а я, по его разумению, знаю, что делаю. Это было единственное проявление меланхолии, какое я в нем замечал. Во всех остальных отношениях я по-прежнему думаю о нем как о человеке жизнерадостном. Он с удовольствием бывал в гостях и на вечеринках, да и сам устраивал веселые сборища. Он водил знакомство с интересными людьми. Зачем такому человеку вскрывать вены и прыгать с крыши? Психиатр, у которого он был накануне, никакого света на этот вопрос пролить не мог. А было ли там "зачем", требующее ответа? Когда это случилось, я еще полагал, что у самоубийства есть логика, пусть и порочная.

Но самоубийство не логично. "Почему, — пишет Лора Андерсон, борющаяся с острейшей депрессией, — всегда хотят найти "причину"?" Приводимые причины редко достаточны для такого события; задачей психоаналитиков и добрых друзей остается высматривать подсказки, искать причины, классифицировать. Я усвоил это из прочитанных мною каталогов самоубийства. Списки столь же длинны и мучительны, как мемориальные списки вьетнамской войны (во время этой войны больше юношей покончили с собой, чем погибли в боевых действиях). У каждого незадолго до самоубийства была острая травма: одну обидел муж, другого бросила подруга, кто-то серьезно поранился, у кого-то умерла от рака любимая, кто-то обанкротился, кто-то разбил в лепешку свою машину. Кто-то

просто проснулся утром и не захотел быть проснувшимся. Кто-то ненавидел вечер пятницы. Когда человек себя убивает, это происходит потому, что он суицидален, а не потому, что это был очевидный итог любого рода аргументации. Тогда как официальная медицина настаивает, что связь между душевной болезнью и самоубийством существует всегда, падкие на сенсацию СМИ часто утверждают, что душевная болезнь реальной роли в самоубийстве не играет. Нам спокойнее, когда мы находим самоубийству причины. Это склоняющаяся к экстремальной версия той логики, согласно которой острая депрессия есть следствие того, что ее вызывает. Четко очерченных контуров здесь нет. Насколько суицидально надо себя чувствовать, чтобы совершить *попытку* самоубийства, а насколько суицидально надо себя чувствовать, чтобы совершить *самоубийство*, и где одно намерение переходит в другие? Самоубийство и впрямь может быть (по определению Всемирной организации здравоохранения) "суицидальным актом со смертельным исходом", но какие сознательные и бессознательные мотивы привели к этому исходу? Желание подвергать себя большому риску — тут и сознательный контакт с ВИЧ-инфицированными, и провоцирование кого-то с доведением до смертоносного неистовства, и пребывание на морозном ветру — часто является поведением парасуицидальным. Попытки самоубийства варьируются от сознательных, в высшей степени продуманных и объективно-ориентированных до незначительнейших саморазрушительных действий. "Акт самоубийства, — пишет Кей Джеймисон, — насквозь двусмыслен". А. Альварес пишет: "Объяснения самоубийц, как правило, ничего не дают для понимания реальных причин совершенного ими поступка. Самое большее, на что они способны, это смягчать оставшимся чувство вины, успокаивать любителей расставлять все по полочкам и подталкивать социологов к их нескончаемым поискам убедительных классификаций и теорий. Это как пустяшный пограничный инцидент, из-за которого начинается большая война. Реальные мотивы, заставляющие человека покушаться на собственную жизнь, принадлежат к внутреннему миру, они косвенны, противоречивы, запутанны, как лабиринт, и чаще всего скрыты от взгляда". "Газеты часто говорят о "личных трагедиях" и "неизлечимых болезнях", — писал Камю. — Такие

объяснения приемлемы. Но надо бы узнать, не обошелся ли безразлично в тот день с отчаявшимся человеком его друг. И тогда виноват он. Ибо этого достаточно, чтобы разрядились до тех пор накапливавшиеся в душе озлобление или скука". А критик-теоретик Юлия Кристева описывает глубоко случайный характер временных совпадений: "Предательство, смертельная болезнь, несчастный случай или увечье, то, что вдруг вырывает меня из того, что казалось нормальной категорией нормальных людей, или сваливается, с таким же радикальным результатом, на моих любимых, или еще... Что еще могу упомянуть? Бесконечное число несчастий каждый день пригибает нас к земле".

В 1952 году Эдвин Шнейдман открыл в Лос-Анджелесе первый центр по предотвращению самоубийств и постарался создать практические (а не теоретические) подходы к рассуждению о самоубийстве. Он предложил считать, что самоубийство есть результат разбитой любви, утраты самообладания, сторонних атак на сложившееся представление о себе, скорби и иступления. "Суицидальная драма чуть ли не автономна и пишет сама себя, как если бы у пьесы было собственное сознание. Нас должно отрезвлять понимание того, что, пока люди, сознательно или бессознательно, могут успешно прятать свою душу, никакая превентивная программа не может быть стопроцентно успешной". Именно на эту скрытность и намекает Кей Джемисон, когда сетует на то, что "частное пространство разума непроницаемо для других".

Несколько лет назад покончил с собой еще один мой однокашник по колледжу. Он всегда был человеком необычным, и найти объяснения его самоубийству в известном смысле легче. Я получил от него сообщение за несколько недель до его смерти и все собирался перезвонить и договориться пообедать вместе. Я услышал новость, когда общался с общими друзьями.

— Кто-нибудь разговаривал с таким-то в последнее время? — спросил я, когда предмет разговора напомнил мне о нем.

— А ты не слышал? — ответил один из друзей. — Он повесился месяц назад.

Этот образ почему-то для меня самый тяжелый. Я могу представить себе друга с порезами на запястьях, летящего в воздухе, и я могу представить себе его тело, разрушающееся

в результате падения. Образ этого моего друга, качающегося, как маятник, на потолочной балке, — нет, это до сих пор не укладывается у меня в голове. Я знаю, что мой звонок и приглашение на ланч не спасли бы его от него самого, но самоубийство распространяет вокруг себя чувство вины, и я не могу избавиться от мысли, что, если бы мы встретились, я уловил бы какие-то признаки и что-нибудь бы с этим сделал.

Потом покончил с собой сын делового партнера моего отца. Потом сын друга моего отца. Потом еще двое моих знакомых. И дружба моих друзей кончали с собой, и, пока я писал эту книгу, я слушал рассказы людей, лишившихся братьев, детей, возлюбленных, родителей. Можно понять путь, приведший человека к самоубийству, но его менталитет в этот самый момент, когда для совершения последнего акта требуется некий скачок, — это так непостижимо, так страшно, так странно, что кажется, будто никогда и не знал совершившего его человека.

Собирая материалы для этой книги, я слышал о множестве самоубийств, отчасти благодаря людям, которые стремились мне помочь, а отчасти потому, что люди, зная о моих исследованиях, искали у меня какой-то мудрости или откровений, на которые я был решительно неспособен. Моя девятнадцатилетняя приятельница Крисси Шмидт позвонила мне в шоке, когда один из ее одноклассников в Андовере повесился в общезнании на лестничной площадке позади своей комнаты. Парня до этого выбрали старостой класса. После того как его поймали на употреблении спиртного (в семнадцать лет), его с этой должности сняли. Он произнес полагающуюся при отставке речь, встреченную стоячей овацией, и потом покончил с собой. Крисси была знакома с парнем лишь шапочно, но он вроде бы принадлежал к волшебному миру популярных людей, из которого она сама чувствовала себя исключенной. "Минут пятнадцать я не могла поверить, — писала Крисси по электронной почте, — а потом ударилась в слезы. Я, кажется, чувствовала так много разного одновременно: невыразимую печаль от прерванной жизни, по собственной воле и так рано; злость на школу, задыхающуюся от собственной посредственности, зато, что так раздули это дело и так жестоко обошлись с парнем; но хуже всего был, наверное, страх — может быть, и я могла бы в какой-то момент почувствовать себя способной повеситься

на лестнице в общежитии. Почему я не знала этого парня, когда он еще был жив? Почему у меня было такое ощущение, что я одна такая несладкая, такая несчастная, когда самый популярный в школе парень, может быть, чувствовал многое из того же? Какого черта никто не заметил, как он таскал на себе эту тяжесть? Сколько раз, валяясь в своей комнате в отчаянной тоске, ничего не понимая в этом дурацком мире вокруг и в этой своей жизни... да что там говорить! Но я знаю, что не сделала бы этого финального шага. Я точно это знаю. Но я очень близко подошла к ощущению, что это, во всяком случае, лежит где-то в области возможного. Что это — мужество? патология? одиночество? — то, что может столкнуть человека с этого последнего, рокового края, на котором жизнь становится тем, что мы готовы потерять?" А на следующий день она добавляла: "Его смерть поднимает и тут же отставляет все эти не получившие ответа вопросы: то, что я должна задавать эти вопросы, зная, что никогда не получу ответов, для меня сейчас невыносимо горько". Это и есть сущность катастрофы, которую переживают оставшиеся: не только утрата человека, но и утрата шанса отговорить его от этого поступка, утрата возможности войти в общение. С совершившим самоубийство хочется общаться, как ни с кем. "Если бы мы знали" — так оправдываются все родители самоубийц, люди, чей ум разламывается в попытках понять, какое упущение в их любви могло позволить такому произойти и заставить их врасплох, в попытках понять, что им следовало бы говорить и делать.

Но говорить было бесполезно, ничто не может развеять одиночество самоуничтожения. Кей Джемисон рассказывает горькую историю о собственной попытке самоубийства в то время, когда мысли ее были столь же беспорядочны, как и душевное состояние: "Никакая любовь окружающих — а ее было много — не могла мне помочь. Никакие блага заботливой семьи и сказочной работы не могли перевесить страдание и беспомощность, которые я ощущала; никакая страстная и романтическая любовь, как бы ни была сильна, ничего не меняла. Ничто живое и теплое не могло проникнуть через мой панцирь. Я знала, что моя жизнь в осколках, и твердо верила: моим родным, друзьям и пациентам будет лучше без меня. От меня все равно уже мало что оставалось, и я думала, что моя смерть вы-

свободит понапрасну растрачиваемую энергию и благие намерения, выбрасываемые на мартышкин труд". Нет ничего необычного в ощущении, что ты обуза для окружающих. Один самоубийца написал в предсмертной записке: "Я все обдумал и решил, что мертвый меньше огорчу своих друзей и родственников, чем живой".

Чувство большого несчастья не делает меня суицидальным, но порой в депрессии какая-нибудь мелочь вдруг овладевает мной и появляется нелепое чувство. На этой дурацкой кухне так много грязной посуды, у меня нет сил ее всю перемыть. Пожалуй, лучше покончить с собой. Или — о, вот подходит поезд, можно взять и прыгнуть. Прыгнуть? Но я не успеваю решить, а он уже на станции. Такие мысли — как сны наяву, я вижу их абсурдность, но знаю, что они есть. Я не хочу умирать в этих мыслях, не хочу насилия, но каким-то смешным и нелепым образом кажется, что самоубийство все упростит. Если бы я покончил с собой, мне не надо было бы чинить крышу, или косить газон, или принимать душ. О, эта роскошь, только представить себе — никогда не надо будет причесываться! Мои разговоры с остросуицидальными людьми привели меня к заключению, что это чувство ближе к тому, что чаще всего ведет к попытке самоубийства, чем чувство полнейшего отчаяния, какое я испытывал в мрачнейшие моменты депрессии. Это — внезапное осознание выхода. Это не совсем меланхолическое чувство, хотя может возникнуть в печальных обстоятельствах. Мне хорошо знакомо желание убить депрессию и чувство невозможности сделать это иначе, кроме как убить поражаемого ею — себя. Поэтесса Эдна Сент-Винсент Миллей написала:

Неужто вправду мне всю жизнь прожить  
С тобою, Боль? делить очаг, постель,  
Прожить — о ужас! — головой одною  
Себя питаю и тебя питать?

Пестование своего несчастья может стать невыносимо утомительным занятием, и это переутомление беспомощностью, это чувство краха и неприкаянности могут довести до такой точки, когда снять боль становится важнее, чем спасти свою жизнь.

Работая над этой книгой, я разговаривал со многими выжившими в суицидальной попытке. Один из них совсем меня напугал. Я встретился с ним в больнице на следующий день после его неудавшегося самоубийства. Это был человек успеха, привлекательный, счастливо женатый, живший в прелестном пригороде американского приморского города, работавший шеф-поваром в популярном ресторане. У него периодически случались депрессии, но примерно за два месяца до того он прекратил принимать лекарства, считая, что прекрасно обойдется без них. Об этом своем решении он никому не сказал, но постепенно снижал дозу на протяжении нескольких недель до полного прекращения. Несколько дней он чувствовал себя отлично, но потом его начали посещать повторяющиеся и недвусмысленные суицидальные мысли, не зависевшие от других депрессивных симптомов. Он продолжал ходить на работу, но мысли его постоянно сворачивали на самоуничтожение. Наконец он решил, считая свое решение обоснованным, что без него миру будет лучше. Он завершил кое-какие неоконченные дела и сделал распоряжения на будущее. И вот решив, что время настало, он проглотил две баночки тайленола. Во время исполнения задуманного, он позвонил с работы жене, чтобы попрощаться, совершенно уверенный, что она поймет его логику и не будет возражать против этого решения. Поначалу она сочла это дурной шуткой, но скоро сообразила, что он говорит серьезно. Неведомо для нее он продолжал горстями заглатывать таблетки, даже говоря с нею по телефону. Наконец, разозлившись на ее возражения, он сказал "прощай" и повесил трубку. И проглотил остаток таблеток.

Не прошло и получаса, как прибыла полиция. Поняв, что его плану грозит срыв, этот человек вышел на улицу поболтать с ними. Он объяснил, что его жена немного не в себе, что она нарочно устраивает такие трюки, чтобы его расстроить, и у них не было особой причины приезжать. Он тщательно все выяснил и знал: задержи он их еще на час, и тайленол убьет его очень, и надеялся, что если даже не заставит их уехать, то хотя бы отвлечет. Он пригласил их на чашку чая и поставил чайник. Он был так спокоен, так убедителен, что полицейские поверили его рассказам. Ему удалось добиться некоторой задержки;

но они сказали, что обязаны реагировать на возможную попытку самоубийства и, к сожалению, вынуждены препроводить его в пункт "Скорой помощи". Ему едва успели промыть желудок.

Когда я разговаривал с ним, он описывал все это происшествие так, как я иногда описываю сны, в которых будто бы играю поразительно активную роль, значения которой разобрать не могу. Он еще не оправился от промывки желудка, был сильно взволнован, но совершенно в ясном сознании.

— Не знаю, почему я хотел умереть, — сказал он, — но могу точно сказать, что вчера это выглядело для меня абсолютно логичным. — Мы обсудили подробности. — Я решил, что мир будет лучшим местом, если меня в нем не будет, — сказал он. — Я все продумал и увидел, как это освободит мою жену, как это будет лучше для ресторана, каким это будет облегчением для меня. Вот это-то и странно — мне это казалось замечательной идеей, такой разумной.

Он чувствовал огромное облегчение от того, что его спасли от этой замечательной идеи. В тот день в больнице назвать его счастливым я бы не мог; он был в ужасе от близкого соприкосновения со смертью, как это бывает с выжившими в авиакатастрофе. Жена провела с ним большую часть дня. Он говорил, что любит ее и знает, что и она его любит. Он любил и свою работу. Может быть, что-то подсознательное толкнуло его к телефону, когда он был готов наложить на себя руки, и заставило позвонить жене, а не писать записку. Если это так, утешительного для него было мало, потому что в сознании это не зарегистрировалось абсолютно никак. Я спросил врача, сколько времени больной пробудет в больнице, и врач ответил, что имело бы смысл подержать пациента там, пока не будет лучше выяснена его порочная логика и не установится должный уровень содержания медикаментов в крови.

— Выглядит он достаточно здоровым, чтобы отправиться домой хоть сегодня, — сказал врач, — но он и позавчера выглядел достаточно здоровым, чтобы не находиться здесь.

Я спросил этого человека, будет ли он, по его мнению, пытаться сделать что-либо подобное еще раз. С таким же успехом я мог бы попросить его предсказать чье-нибудь будущее. Он покачал головой и посмотрел на меня с недоумением.

— Откуда мне знать? — сказал он.

Его недоумение, его эмоциональное крушение — обычные явления у суицидальных умов. Джоэль П. Смит из Висконсина, переживший несколько суицидальных попыток, писал мне: "Я одинок. Большая часть знакомых мне депрессивных людей более или менее одиноки, они потеряли работу и исчерпали все возможности в родных и друзьях. Я становлюсь суицидален. Мой верховный хранитель, а именно — я сам, уже не просто сдал свой пост, но, что еще опасней, стал врагом, действующей силой уничтожения".

В тот день, когда совершилось самоубийство моей матери, — мне было двадцать семь лет, — я понимал его причины и верил в них. Она была на последних стадиях неизлечимого рака. Собственно говоря, мы с братом и отцом помогли матери убить себя и, делая это, пережили чувство огромной близости с ней. Мы все считали правильным то, что она совершала. К сожалению, многие верящие в рациональное принятие решения, — в том числе и Дерек Хамфри, автор "Последнего выхода" (*Final Exit*), и Джек Кеворкян<sup>64</sup>, — склонны под "рациональным" понимать "простое". Прийти к этому рациональному решению было отнюдь не просто и не легко. Это был медленный, запутанный, диковинный процесс, повороты которого были настолько же безумно индивидуальны, как тот опыт любви, что ведет к браку. Самоубийство матери — главный катаклизм всей моей жизни, хотя я восхищаюсь ею за это решение и считаю его правильным. Оно так поразило меня, что я по большей части гнал от себя мысли о его деталях и уклонялся от разговоров. Теперь тот простой факт, что оно произошло, — факт моей жизни, и я спокойно поделюсь им со всяким, кто о нем спросит. Но реальность произошедшего — нечто острое, сидящее во мне и режущее при всяком движении.

*Джек Кеворкян* — "доктор Смерть", американский медик, проповедник эвтаназии. Пришел к убеждению в этичности эвтаназии в тех случаях, когда больному уже нельзя помочь. В 1989 г. сконструировал "машину самоубийства" (*Mercitron*), систему подачи анальгетиков и токсичных препаратов в кровь для тех пациентов, которые не способны покончить с собой иными способами. Идеи Кеворкяна были осуждены врачебным сообществом и властями США (в Нидерландах эвтаназия была разрешена законом в феврале 1993 г.). Подвергся судебному преследованию, однако был оправдан. В марте 1999 г. был обвинен в прямом убийстве пациента и осужден на 25 лет тюремного заключения. — *Прим. ред.*

Сторонники активных мер проводят до одержимости скрупулезное различие между рациональным самоубийством и всеми другими. На самом же деле самоубийство есть самоубийство — неумолимое, тоскливое, ядовитое в той или иной мере для всего, к чему прикасается. Худшее и лучшее — две стороны единого целого; различие между ними качественное, а не количественное. Рациональное самоубийство всегда было популярной и пугающей идеей. Рассказчик в "Бесах" Достоевского спрашивает, убивают ли люди себя "с рассудка". "Очень много, — отвечает Кириллов. — Если б предрассудка не было, было бы больше; очень много; все". Когда мы говорим о рациональном самоубийстве и отличаем его от иррационального, мы очерчиваем предрассудки — свои и своего общества. Убивший себя из-за того, что ему не нравился его артрит, покажется суицидальным; убившая себя из-за того, что не могла вынести перспективы мучительной и лишённой достоинства смерти от рака, покажется вполне разумной. Британский суд недавно присудил одной больнице право насильственно кормить пациентку с диабетом и анорексией и впрыскивать инсулин против ее воли. Она была крайне изворотлива и придумала заменять инсулин, который должна была себе впрыскивать, смесью молока и воды, доведя себя скоро до почти коматозного состояния. "Что это, анорексия? — спрашивал лечивший ее психотерапевт. — Или суицидальное поведение? Или парасуицидальное? По-моему, так поступают депрессивные и очень злобные люди". А как насчет людей с унижительной, но не смертельной в ближайшем будущем болезнью? Разумно ли кончать с собой перед лицом болезни Альцгеймера или рассеянного склероза? Существует ли такая вещь, как терминальное состояние рассудка, при котором человек, много подвергавшийся лечению, а все равно несчастный, может совершить рациональное самоубийство, даже если не болен? То, что рационально для одного, иррационально для другого, и все самоубийства катастрофичны.

В одной больнице штата Пенсильвания я познакомился с юношей двадцати лет от роду, чье желание умереть я особенно склонен чтить. Он родился в Корее и был брошен в младенчестве; его нашли на грани голодной смерти и поместили в сиротский дом в Сеуле, откуда его забрала и усыновила аме-

риканская чета, подвергавшая его издевательствам. Двенадцати лет он был взят под государственную опеку и помещен в психиатрическую больницу, где я с ним и столкнулся. Он страдает церебральным параличом, до полной бесполезности скрутившим нижнюю часть его тела; речь для него мучительна и дается с трудом. За пять лет постоянной жизни в больнице к нему применяли все известные человечеству лекарства и методы лечения, включая полный спектр терапии против депрессии, в том числе и электрошоковую, но он по-прежнему мучается и полон горечи. Со времени позднего детства он несчетно пытался покончить с собой, но, поскольку юноша находится в медицинском учреждении, его всегда спасали; кроме того, он прикован к креслу в запертом боксе, и ему редко удастся попасть в ситуацию уединения, достаточную для того, чтобы у его попыток был хоть какой-то шанс. В бессилии он пытался умерить себя голодом; когда он потерял сознание, его стали кормить внутривенно.

Хотя из-за его физического увечья речь для него — мучительная работа, он, безусловно, способен к рациональной беседе. "Я сожалею, что жив, — сказал он мне. — Я не хотел приходить сюда в таком виде. Я просто не хочу быть здесь, на земле. У меня нет жизни. Нет ничего, что бы мне нравилось, что приносило бы радость. Вот что такое моя жизнь: на верхние этажи девятого корпуса этой больницы и обратно в первый корпус, который ничем не лучше девятого. У меня болят ноги. Болит все тело. Я стараюсь ни с кем здесь не разговаривать. Впрочем, они в основном разговаривают сами с собой. Я принимаю множество лекарств от депрессии. Не думаю, чтобы медицина могла мне помочь. Наверху я поднимаю руками тяжести и пользуюсь компьютером. Так моя голова занята, и я отвлекаюсь от всего этого. Но этого очень мало, и ничто никогда не изменится. Я никогда не перестану хотеть убить себя. Резать вены — это так приятно. Мне нравится видеть собственную кровь. Потом я засыпаю. А когда просыпаюсь, говорю про себя: "Проклятье, я опять проснулся". Многие люди с церебральным параличом ведут насыщенную и приносящую удовлетворение жизнь. Однако этот юноша настолько изранен психологически и так неистово враждебен всему, что ему, по-видимому, не видать много любви, да и не

оценить той, которая бы и была ему предложена. Он трогает меня и некоторых из тех, кто о нем заботится, но героическая личность, готовая положить свою жизнь ради этого человека, еще не родилась; на земле не найдется столько альтруистов, чтобы посвятить себя всем ему подобным на этой планете, тем, кто каждую минуту борется против собственной жизни. Его жизнь — это физическое и душевное страдание, физическое бессилие и сумерки души. Его депрессия и его воля к смерти кажутся мне неизлечимыми, и я рад, что не должен следить, чтобы он просыпался каждый раз, когда ему удастся вскрыть вены, и что не я вставляю ему питательную трубку, когда он намеренно перестает есть.

В другой больнице я наткнулся на восьмидесятипятилетнего мужчину в добром здравии, который на пару с женой принял смертельную дозу барбитуратов, когда у нее обнаружили рак печени. Они были женаты шестьдесят один год, и у них был заключен пакт о самоубийстве. Она умерла. Его оживили. "Меня направили лечить этого человека от депрессии, — рассказал мне молодой психиатр. — Даю ему кое-какие лекарства, применяю терапию, чтобы он не погружался в депрессию, потому что он старый, больной, постоянно страдает, жена умерла, самоубийство не удалось... Вот уже шесть месяцев, а он все в той же кондиции, и еще десять лет проживет. Я лечу депрессию. А его депрессия какая-то необычная".

Поэма Теннисона "Тифон" повествует о подобной безысходной старости. Тифон был любовником Эос, богини утренней зари; она упростила Зевса даровать ему вечную жизнь. Зевс уважил ее просьбу, но она забыла попросить для Тифона вечной молодости. Неспособный покончить с собой, Тифон живет вечно и бесконечно стареет. Он жаждет смерти и говорит своей бывшей любовнице:

Хлад предрассветный твой меня омыл, и хладны  
 Огни твои. Мне холодно ступать  
 На полусветные твои пороги,  
 Когда с полей вздымается туман,  
 Счастливицков окутывая дома,  
 Способных умирать, и во сто крат  
 Счастливейших зеленые могилы.

Из рассказа Петрония о Кумской Сивилле, тоже обреченной на бессмертие без вечной молодости, взят полный безнадежности эпиграф к "Бесплодной земле" (*The Waste Land*) Т.С. Элиота: "Когда ее спрашивали: "Сивилла, чего ты хочешь?" — она отвечала: "Хочу умереть". И даже Эмили Диккинсон, мирно живя себе в Новой Англии, пришла к подобному же заключению о постепенном схождении в никуда:

Что хочется душе?  
Сначала — Наслаждений —  
Потом — Забыть про Боль —  
Потом — чтоб дали Морфий —  
Страдание убить —  
Потом — забыться сном —  
Потом — коль будет воля  
Вершителя Судеб, —  
Блаженно умереть.

В нашей семье разговоры об эвтаназии<sup>65</sup> начались задолго до появления у матери рака яичников. Мы все еще в начале 80-х написали "завещания о жизни"<sup>66</sup> и уже тогда обсуждали — совершенно абстрактно, — как мы отстали от цивилизованной Голландии — там эвтаназия доступна всем, а в Америке никому.

— Я не выношу боли, — сказала между прочим мать. — Если я дойду до точки, когда от меня ничего, кроме боли, не останется, надеюсь, один из вас меня пристрелит.

Мы все, смеясь, согласились. Мы все ненавидели боль и все считали, что лучшая смерть — спокойная, во сне, дома, в глубокой старости. Я был молод и оптимистичен и предполагал,

<sup>65</sup> *Эвтаназия* (греч. *Eû* — "благо" + *Thanatos* — "смерть") — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами. — *Прим. ред.*

<sup>66</sup> Юридический документ, предусматривающий условия и указания о прекращении медицинской помощи в случае, если пациент будет находиться в терминальном состоянии, которое не предполагает реальных перспектив возвращения сознания или основных мыслительных функций. В этот документ входят распоряжения об ограничении введения искусственного питания и жидкости или о полном прекращении их введения и предоставлении тем самым пациенту возможности умереть. — *Прим. ред.*

что мы все умрем именно так когда-нибудь в отдаленном будущем.

В августе 1989 года маме поставили диагноз "рак яичников". Уже на первой неделе в больнице она объявила, что собирается покончить с собой. Мы все старались отмахнуться от этого ее заявления, и она как-то особенно не настаивала. Тогда она не говорила об этом как о чем-то злободневном и решенном — у нее почти не было симптомов, — а скорее выражала негодование на унижительность ожидавшего ее и глубокий страх перед невозможностью управлять своей жизнью. Она говорила о самоубийстве, как говорят о нем разочаровавшиеся в любви — как о быстрой и легкой альтернативе болезненному, медленному процессу выздоровления. Это звучало как месть за полученную от природы пощечину; если ее жизнь не может быть такой полной, как раньше, она ей больше не нужна.

Тема лежала под спудом, пока мать проходила уродующий, унижительный курс химиотерапии. Когда десять месяцев спустя она легла на пробную операцию для оценки эффективности химии, мы узнали, что результат оказался не таким, на какой мы надеялись, и был назначен второй курс. После операции мать долго пребывала в таком состоянии, когда сознание противится мыслям, провоцируемым негодованием. Затем она вновь заговорила, поток гнева полился из нее, и, когда она сказала, что покончит с собой, это уже была угроза. Наши протесты полетели обратно нам в лицо.

— Я уже мертва, — говорила она, лежа в больничной постели. — Что тут можно любить? — Или просто даже требование: — Если вы меня любите, вы избавите меня от этой муки.

Вера в химиотерапию у нее испарилась, и она согласилась подчиниться еще одному раунду карательного лечения с условием, что кто-нибудь даст ей "эти пилюли", чтобы она могла все остановить, когда будет готова.

Когда человек очень болен, ему склонны потакать. Иного ответа материнскому негодованию и отчаянию после операции, кроме согласия на все ее требования, быть не могло. Я тогда жил в Лондоне и раз в две недели прилетал ее навестить. Брат учился на юридическом в Нью-Хейвене и проводил долгие часы в электричках. Отец запустил работу, чтобы больше быть дома. Мы все липли к матери — она всегда была цент-

ром нашей тесной семьи — и метались между всегда принятым у нас легким, но осмысленным тоном и ужасающей торжественностью. И все же, когда она немного расслабилась и стала бледной копией себя в своем обычном состоянии, мысль о ее самоубийстве, хотя и начала находить отклик, снова поухнула. Второй курс химиотерапии как будто бы действовал, а отец обнаружил еще с полдюжины других вариантов лечения. Время от времени мать отпускала мрачные замечания о самоубийстве, но мы по-прежнему уверяли ее, что эта мера может стать актуальной еще очень нескоро.

В четыре часа одного проклятого сентябрьского дня 1990 года я позвонил домой, чтобы узнать результаты очередного анализа. Ответил отец, и я сразу понял, что произошло. Мы будем продолжать, говорил он мне, этот курс, пока не изучим другие варианты. У меня не было сомнений в том, какого рода варианты изучает мать. Поэтому мне не следовало бы удивляться, когда в октябре она сказала мне за обедом, что все технические детали проработаны и у нее уже есть пилюли. На ранних стадиях болезни мать сильно подурнела — таков был побочный эффект химиотерапии, и только отец ухитрялся не замечать столь очевидной перемены. Раньше она была очень красива, и дань химии была для нее ужасно болезненной. У нее выпали волосы, кожа стала аллергически чувствительна к любой косметике, все тело исхудало, глаза запали от истощения и постоянно закатывались. Однако же ко времени того октябрьского обеда в ней стала проявляться какая-то новая, бледная, светящаяся изнутри, нездешняя красота, производившая совсем другое впечатление, чем ее типично американская, из 50-х годов, внешность, запомнившаяся мне из детства. С того момента, когда она начала добывать пилюли, мать приняла как данность (может быть, слишком рано, а может быть, и нет), что она умирает, и это приятие придало ей свечение, и внешнее, и глубинное, показавшееся мне более могущественным, чем распад. Думая о том обеде, я, среди многого, вспоминаю, какой красивой снова стала мать.

За едой я повторял, что у нее, может быть, еще много времени, а она отвечала, что всегда считала важным тщательное планирование, что теперь, когда у нее есть пилюли, она может успокоиться и наслаждаться тем, что ей осталось, не тревожась

о конце. Эвтаназия подразумевает сроки, и я спросил ее, где она собирается поставить точку.

— Пока есть хоть малейший шанс выздороветь, я продолжу лечение, — отвечала она. — Когда мне скажут, что поддерживают во мне жизнь без всякого шанса на выздоровление, я кончу с этим. Мы все узнаем, когда настанет время. Не беспокойся. До этого времени я их не приму. А пока я намерена радоваться тому, что мне еще осталось.

Все, что было для матери невыносимым, стало возможно терпеть, как только она достала пилюли, — в силу несомненного знания, что когда действительно станет неспособна, все кончится. Я бы сказал, что следующие восемь месяцев, хотя и неизбежно вели к смерти, были самыми счастливыми месяцами ее болезни; каким-то непонятным образом, несмотря на наполнявшие их страдания, а может быть, и благодаря им, они были из числа счастливейших месяцев в нашей жизни. Устроив все в будущем, мы получили возможность жить полностью настоящего, а это никому из нас раньше по-настоящему не удавалось. Я должен подчеркнуть, что рвота, постоянное недомогание, выпадение волос, спайки — все это не ослабевало; что мамин рот был одной сплошной раной, которая никогда не заживала; что ей приходилось днями копить силы, чтобы один раз куда-нибудь выйти; что она почти не могла есть, страшно мучалась от аллергий, тряслась так, что в иные дни не могла пользоваться ножом с вилкой, — и все же этот уродующий эффект химиотерапии вдруг сделался маловажен: все эти симптомы стали временными до того мига, когда она решит, что больше не может, и потому болезнь уже не правила ею. Мать была существом любящим, и в эти месяцы отдала всю себя любви так, как я никогда ни в ком не встречал. В своей "Краткой истории распада" Э. Чиоран<sup>67</sup> писал: "Утешение возможностью самоубийства расширяет царство нашего страдания до размеров бесконечного пространства... Какое богатство более велико, чем самоубийство, которое каждый из нас носит в себе?"

*Эмиль Чиоран* — известный румынский философ (1911-1995). — *Прим. пер.*

## Демон полуденный

Позже я прочел очень меня взволновавшую предсмертную записку Вирджинии Вулф, так похожую по духу на обстоятельство ухода моей матери. Она писала мужу:

*Дорогой,*

*я хочу сказать, что ты подарил мне полное счастье. Никто не мог бы сделать того, что сделал ты. Пожалуйста, поверь.*

*Но я знаю, что никогда не избавлюсь от этого: я порчу тебе жизнь. Это все мое безумие. Ни один человек, что бы кто ни говорил, меня не переубедит. Ты можешь работать, и без меня тебе будет гораздо лучше. Видишь, я даже этого не могу написать, что подтверждает мою правоту. Я хочу сказать тебе только одно: пока не наступила эта болезнь, мы были совершенно счастливы — и все благодаря тебе. Никто не сумел бы быть так хорош, как ты, с самого первого дня и поныне. Это знают все.*

*В.*

*Уничтожь все мои бумаги, хорошо?*

Эта записка вызывает нетипично глубокое сочувствие как раз потому, что она бесстрашна и четко говорит о болезни. Есть люди, которые кончают с собой потому, что еще не нашли, а может быть, потому, что еще не искали существующих средств исцеления. А есть такие, что кончают с собой потому, что их болезнь реально не поддается лечению. Если бы во время болезни я верил, что мое состояние необратимо, я бы покончил с собой. Даже если бы я верил, что она циклична, как знала о своем недуге Вирджиния Вулф, я бы покончил с собой, если бы циклы слишком сильно склоняли к отчаянию. Вулф знала, что любая боль проходит, но она не хотела жить с нею и ждать, когда она пройдет; с нее было довольно ожидания и потраченного времени, и пора было уходить. Она написала:

*О, вот оно, начинается — этот ужас — физический, как волна боли, вздымающаяся у сердца — подбрасывающая меня вверх. Несчастливая я, несчастная! Теперь вниз — Господи, я не хочу жить! Пауза. Но почему я все это чувствую? Посмотрим, как вздымается волна. Смотрю. Не вышло. Да, я замечаю. Не вышло, не вышло. (Волна вздымается.) Волна обрушивается. Я не хочу жить! Мне осталось, надеюсь, всего несколько лет. Я боль-*

*ше не могу снова переживать этот ужас. (Волна захлестывает меня.)*

*Это продолжается; несколько раз, с разной степенью ужаса. И потом кризис — боль из интенсивной становится какой-то смутной. Я впадаю в дрему. Я вздрагиваю и просыпаюсь. Новая волна! Боль какая-то иррациональная: чувство провала; обычно, какой-то конкретный случай.*

*Наконец я говорю, глядя бесстрастно, как только могу: так, сосредоточься. Довольно этого всего. Я рассуждаю. Я перебираю в памяти счастливых людей и несчастливых. Я собираюсь с духом, чтобы проталкиваться и пробиваться и драться. Я начинаю слепо продвигаться вперед. Я чувствую, как возникают препятствия. Я говорю — это не важно. Ничто не важно. Я делаюсь деревянной и прямой, и снова засыпаю, и наполовину просыпаюсь, и чувствую начало волны, и наблюдаю, как белеет свет, и недоумеваю, как вот это время, и завтрак, и свет дня смогут это одолеть. Каждый ли испытывает это состояние? Почему я так мало могу с собой поделаться? Этому нельзя верить, это невозможно любить. Из-за этого в моей жизни столько бессмысленных трат и страданий.*

Во время третьей атаки депрессии, когда я еще не знал, как скоро она закончится, я написал брату: "Я не могу так жить каждый второй год. Пока что я изо всех сил стараюсь держаться. Я купил пистолет и держал его дома, а потом отдал на хранение другу, потому что не хотел кончить тем, что воспользуюсь им под влиянием импульса. Не смешно ли? Бояться кончить тем, что сам воспользуешься против себя собственным оружием? Велеть кому-то прятать его и не давать тебе?" Самоубийство в большей степени реакция беспокойного состояния, чем разрешение депрессии: оно — акт не опустошенного ума, а истерзанного. Физические симптомы патологического беспокойства настолько остры, что как будто бы требуют физического же отклика — не просто ментального самоубийства в виде безмолвия и сна, но физического — самоубийства.

Мать разработала все детали, а отец, склонный к тщательному планированию, все проверил, как если бы генеральная репетиция могла авансом исчерпать какую-то часть мучительности самого события. Мы условились, когда мы с братом при-

едем домой, как мама примет свое "противоядие", в какое время дня лучше всего проделать эту процедуру; мы обсудили каждую деталь, вплоть до похорон. Мы решили похоронить ее через два дня после смерти. Мы планировали все это вместе, как раньше планировали вечеринки, отпуска, Рождество. Мы обнаружили в этом, как и во всем другом, свой этикет, в рамках которого очень многое определяется и выражается. Мама потихоньку взялась за дело полного прояснения нам своих эмоций, намереваясь за эти несколько месяцев разрешить до полной прозрачности все семейные разногласия. Она говорила о том, как сильно всех нас любит; она разрешала старые недоговоренности и двусмысленности, формулировала новообетенную ясность притягивания. Она выделила отдельный день для каждой из своих подруг — а у нее было много подруг, — чтобы попрощаться со всеми; и хотя мало кто из них знал, что у нее на уме, она проследила, чтобы каждая знала, какое большое место занимает среди ее привязанностей. В тот период она часто смеялась; ее чувство юмора, теплого и обволакивающего, росло и уже охватывало собой даже врачей, травивших ее каждый месяц, и сиделок, бывших свидетелями ее постепенного ухода. Как-то раз она ангажировала меня на покупку сумочки в подарок моей девяностолетней двоюродной прабабушке, и хотя эта вылазка стоила ей трех дней полного изнеможения, она оживила нас обоих. Мать читала все написанное мною и давала оценки со смесью едкости и великодушия, каких я не встречал нигде; это было что-то новое, мягче тех откровений, что она вносила в мою работу раньше. Она раздарила множество всяких мелочей и приводила в порядок серьезные дела, которым еще не пришел черед. Она затеяла перетяжку всей нашей мебели, чтобы оставить дом в относительном порядке, и сама выбрала дизайн своего надгробья.

Мало-помалу мы стали привыкать к тому, что ее планы относительно самоубийства станут реальностью. Позже она говорила нам, что поначалу думала осуществить все одна, но сочла, что шок будет сильнее, чем воспоминания об этом проведенном с нею времени. Сами-то мы хотели быть с нею. Вся жизнь моей матери была в других, и всем нам была невыносима мысль, что она умрет в одиночестве. Было важно, чтобы в последние ее месяцы на земле мы все чувствовали свою глу-

бокую связь, чтобы ни у кого не осталось чувства скрываемых секретов и запретных тем. Наш заговор сблизил нас теснее, чем когда-либо.

Если вы никогда не пробовали сами и не помогали другому через это пройти, вы и представить себе не можете, как трудно убивать себя. Если бы смерть была чем-то пассивным, случающимся с теми, кто не потрудится ей противостоять, а жизнь — чем-то активным, сохраняющимся только в силу повседневной преданности ей, то проблемой мира было бы не перенаселение, а недонаселение. Немыслимое число людей ведут жизнь тихого отчаяния, а не убивают себя только потому, что не могут мобилизовать необходимые для этого средства.

Моя мать решила покончить с собой 19 июня 1991 года в возрасте 58 лет, потому что, протяни она дольше, и она оказалась бы слишком слаба, чтобы посягнуть на свою жизнь: ведь самоубийство требует сил и такого уединения, какого в больницах не бывает. В тот день она была у гастроэнтеролога, который сообщил, что крупные опухоли блокируют ее кишечник. Без немедленной операции она потеряет способность переваривать пищу. Она сказала, что будет держать связь, чтобы назначить операцию, и вышла в приемную, где ее ждал отец. Вернувшись домой, она позвонила мне и брату.

— Плохие новости, — сказала она спокойно. Я знал, что это значит, но не смог заставить себя это сказать. — Я думаю, время пришло. Приезжайте. — Все это было очень близко к нашим планам.

Я отправился, по дороге подхватив брата из его офиса. Лил дождь, поток машин двигался медленно. От абсолютно спокойного голоса матери — она говорила разумным тоном, как всегда, когда что-то планировала, как если бы мы собирались к ним на обед, — все это казалось простым и очевидным делом; приехав, мы застали ее в ясности и покое; на ней был длинный банный халат, под ним ночная рубашка с розочками.

— Тебе надо попробовать немного перекусить, — сказал отец. — Тогда легче будет проглотить таблетки.

Мы пошли на кухню, и мама приготовила английские сдобные булочки и заварила чай. За несколько дней до этого за ужином мать с братом растянули куриную грудную косточку, и мать выиграла.

— Что ты тогда загадала? — спросил теперь брат, и она улыбнулась.

— Чтобы все это кончилось как можно скорее и безболезненно, — сказала мать. — И мое желание исполнилось. — Она опустила глаза на свою сдобу. — Мои желания так часто исполнялись.

В этот самый миг брат доставал пачку печенья, и мать, тонком любовной иронии, таким для нее характерным, сказала:

— Дэвид. Хоть напоследок. Выложи печенье на тарелку.

Она напомнила мне не забыть о засушенных цветах, которые она приготовила для прихожей на даче. Эти маленькие формальности становились формой близости. В смерти от естественных причин есть, думается, некий естественный драматизм: внезапные симптомы, приступы, а в их отсутствие шок от застающих врасплох перемен. Данный же случай замечателен тем, что в нем не было ничего неожиданного и непредсказуемого. Драматизм заключался в отсутствии драматизма, в этом спирающем дыхание переживании, когда никто не действует невпопад — ни в каком смысле.

В спальне мать снова извинилась за то, что втянула в это дело всех нас.

— Но хотя бы вы трое должны быть после этого вместе, — добавила она. У матери — она всегда придавала значение запасам всего необходимого — оказалось вдвое больше секонала (Seconal), чем нужно. Она села на постели и высыпала перед собой сорок таблеток. — Я так устала глотать пилюли, — сказала она сухо. — Вот уж чего мне не будет не доставать.

И она начала глотать их с эдаким мастерством бывалого человека, как если бы те тысячи таблеток, что ей пришлось принять за два года рака, были тренировкой для этого момента — как и я с тех пор научился горстями заглатывать антидепрессанты.

— Пожалуй, этого довольно, — сказала она, когда горка исчезла. Она попробовала опрокинуть рюмку водки, но не смогла — побоялась, что ее вырвет. — Ну, разве это не лучше, чем слушать мои вопли на больничной койке?

Конечно, лучше, но только тот образ так и оставался фантазией, а этот стал реальностью. А в такие моменты реальность и впрямь хуже всего.

Потом были эти сорок пять минут, когда она и мы говорили те последние слова, что могли сказать. Мало-помалу ее голос стал прерываться, но мне было очевидно, что сказанное ею было тщательно продумано. И тогда стал очевиден драматизм ее смерти — по мере того, как она затуманивалась, она одновременно и прояснялась, и мне показалось, что она говорит больше, чем собиралась.

— Вы были самыми любимыми детьми на свете, — говорила она, глядя на нас. — Пока вы не родились, я и понятия не имела, что могу чувствовать что-нибудь подобное тому, что ощущала тогда. Вдруг раз — и вот вы есть. Я всю жизнь читала книги, где матери храбро говорят, что умерли бы за своих детей, и именно это я и чувствовала. Я бы умерла за вас. Мне было непереносимо, чтобы вы были несчастны, я так за вас переживала, когда вы бывали несчастны. Мне хотелось обернуть вас своей любовью, оградить вас от всех ужасов мира. Я хотела, чтобы моя любовь сделала мир для вас счастливым, радостным и безопасным местом. — Мы с Дэвидом сидели на родительской постели, где на привычном для нее месте лежала наша мать. Она взяла мою руку на миг, потом руку Дэвида. — Я хочу, чтобы вы чувствовали, что моя любовь существует всегда, что она так и будет окружать вас, даже когда меня не станет. Это моя величайшая надежда — что моя любовь останется с вами на всю вашу жизнь.

Ее голос звучал ровно, как будто время не работало против нее. Она повернулась к отцу.

— Я отдала бы десятки лет жизни, чтобы уйти первой, — сказала она. — Не могу себе представить, что бы я делала, если бы ты умер раньше меня, Говард. Ты — моя жизнь. Тридцать лет ты был моей жизнью. — Она посмотрела на нас с братом. — Потом родился ты, Эндрю. Потом ты, Дэвид. Появилось двое новых людей, и уже трое любили меня по-настоящему. И я любила вас всех. Это меня переполняло, это придавало мне сил. — Она посмотрела на меня — я плакал, хотя она сама не плакала — и заговорила тоном мягкого упрека: — Не подумай, что окажешь мне большую честь, если сделаешь из моей смерти великое событие своей жизни, — сказала она мне. — Лучше всего ты заплатишь мне свой сыновний долг, если проживешь хорошую, наполненную жизнь. Наслаждайся тем, что у тебя есть.

Затем ее голос стал сонно-вялым.

— Мне сегодня грустно. Мне грустно уходить. Но и с такой смертью я не променяла бы свою жизнь ни на какую другую на свете. Я любила совершенно, и меня любили совершенно, и мне было хорошо. — Она закрыла глаза — нам показалось, в последний раз, потом снова открыла, и посмотрела на всех нас по очереди, и остановила взгляд на отце. — Я так много искала в этой жизни, — голос звучал медленно, как пластинка не на той скорости. — Так многого. А все это время рай был вот здесь, в этой комнате, с вами. — Брат все это время гладил ей плечи. — Эй, Дэвид, спасибо, спинку потер, — сказала она и закрыла глаза — теперь навсегда.

— Кэролин! — позвал отец, но она больше не пошевелилась. Я был свидетелем еще одной смерти: человека застрелили из пистолета, и я помню ощущение, что та смерть не принадлежала убитому, а принадлежала пистолету и моменту. Эта смерть была маминой собственной.

Современный американский философ Роналд Дворкин писал: "Смерть властвует потому, что она не только не кладет ничему начала, но и является концом всего, и то, как мы размышляем и говорим об умирании — как мы подчеркиваем умирание с "достоинством", — показывает, как важно закончить жизнь *правильно*, чтобы смерть соответствовала тому, как мы жили". Если бы о смерти матери мне нужно было бы сказать только одну вещь, я сказал бы, что ее смерть соответствовала ее жизни. Но вот чего я не мог предвидеть, так это того, как она, эта смерть, будет искушать меня к самоубийству. Рильке писал в своем "По одной подруге реквиеме":

Вся любви премудрость —  
давать друг другу волю. А держать  
не трудно, и дается без ученья<sup>68</sup>.

Если бы я был в состоянии усвоить этот урок, я, возможно, и не впал бы в депрессию; ведь именно эта экстраординарная смерть вызвала у меня первый приступ. Я не знаю, насколько я был к ней предрасположен, не знаю, был бы у меня срыв или

Пер. Б. Пастернака.

нет, если бы не было этого опустошительного опыта. Привязанность моя к матери была так сильна, наше чувство семьи так нерушимо, что в меня, возможно, была встроена неспособность переносить утрату.

Самоубийство при посторонней помощи — правомерное средство умереть; в своих лучших проявлениях оно полно достоинства, но все равно, это самоубийство, а самоубийство вообще — самая печальная вещь на свете. В той мере в какой ты ему помогаешь осуществиться, это все равно нечто вроде убийства, а жить с убийством нелегко. Оно непременно вылезет на свет, и не всегда самым приятным образом. Из всего прочитанного мною об эвтазании и написанного ее участниками нет ничего, что не было бы на каком-то глубоком уровне оправданием: писать или говорить о своей замешанности в эвтаназии — неизбежно взывать о прощении. После смерти матери убирать родительскую квартиру выпало мне — значит, разобрать мамину одежду, личные бумаги и так далее. В ванной было не протолкнуться от отходов смертельной болезни, в том числе приспособлений для ухода за париками, мазей и лосьонов от аллергических реакций и склянок, склянок, склянок с лекарствами. В углу аптечки, спрятанный за витаминами, анальгетиками, лекарствами для успокоения желудка и другими восстанавливающими баланс неких гормонов многообразными комбинациями снотворных, которые она принимала, когда болезнь и страх сговаривались не давать ей уснуть, — спрятанный за всем этим, я нашел, как последний дар из ящика Пандоры, остаток секонала. Я неустанно выбрасывал одну склянку за другой, но, когда дошел до этой, остановился. И тогда, страшась как болезни, так и отчаяния, я прикарманил склянку и спрятал в дальнем углу своей аптечки. Я помнил слова матери, сказанные тогда, в октябре: "У меня есть пилюли. Когда настанет время, я смогу это сделать".

Через десять дней после уборки в ванной позвонил в бешенстве отец.

— Что ты сделал с остатком секонала? — спросил он, и я ответил, что выбросил, как все прочие лекарства, выписанные на мамино имя. Я добавил, что он был похож на депрессивного, и мне было беспокойно, что у него есть доступ к такому препарату.

— Этот препарат... ты не имел права его выбрасывать, — сказал он прерывающимся голосом. И после долгой паузы: — Я хранил его для себя, на случай, если когда-нибудь тоже заболею. Чтобы мне не приходилось их с таким трудом доставать.

Мне кажется, для каждого из нас мать словно продолжала жить в этих красных таблетках, и тот из помогавших ей умереть, в чьем владении окажется яд, имел бы также и некий странный доступ к ее жизни. Замышляя заполучить остальные таблетки, мы словно заново прикасались к ней, будто могли воссоединиться с нею, решив умереть той же смертью, что и она. Тогда я понял, что такое эпидемия самоубийств. Наше главное утешение перед фактом утраты заключалось в возможности повторить мамин уход.

И только несколько лет спустя мы смогли изменить формулировки, написав для себя лучший сценарий. Мой выход из депрессии был торжеством любви, разума и воли моего отца: он попытался и не смог спасти одного члена семьи, но сумел спасти другого. Мы участвовали в одном самоубийстве и отвели другое. Я не бываю отчетливо суицидален, если мне или окружающим меня людям представляется, что в моей ситуации, психологической и любой другой, есть возможность улучшения. Но условия моего собственного самоубийства, случись делам пойти совсем плохо, мне совершенно ясны. Я спокоен и даже горд, что сумел не поддаться искушению покончить с жизнью, когда был в депрессии. Я намерен выстоять перед трудностями *снова*, если понадобится. Если я решу покончить с собой, психологически мне не надо будет далеко ходить, потому что умом и сердцем я более готов к этому, чем к незапланированным повседневному пертурбациям, отмечающим собою каждое утро и каждый полдень. Тем временем я забрал обратно свой пистолет и проверил наши источники для добычи секонала. Став свидетелем того утешения, которое мама обрела в своей последней юдоли, я могу теперь понять, как логика эвтаназии, когда страдание велико, а избавление невозможно, становится бесспорной. Некорректно, говоря политически, приравнивать самоубийство на почве психической болезни к самоубийству на почве болезни телесной, но, по-моему, в них на удивление много общего. Было бы ужасно, если бы на следующий день после маминой смерти газеты объявили

о революционном открытии, которое могло бы исцелять рак яичников. Если твой единственный недуг — суицидальность или депрессия, то самоубийство до того, как испробуешь все средства, было бы трагичным. Но когда приходишь до точки психического слома и знаешь об этом и договорился с другими, что твоя жизнь слишком ужасна, — тогда самоубийство становится твоим правом. Тогда (и это самый тонкий и трудный момент) те, кто продолжает жить, должны признать волю тех, кто не хочет и уже не захочет жить.

Вопрос о самоубийстве как о результате самоконтроля изучен недостаточно. Стремление быть у руля своей жизни подвигнуло мою мать на смерть, и эта мотивация прослеживается у многих людей, кончающих с собой в самых разных обстоятельствах. Альварес пишет: "Самоубийство в конечном итоге — результат выбора. Каким бы спонтанным ни был поступок и какими запутанными ни казались мотивы, в тот момент, когда человек наконец решает покончить с жизнью, он временно достигает определенной ясности. Самоубийство может быть объявлением о банкротстве, выносящим суждение о данной жизни как о сплошной истории неудач. Но само это решение в силу его финальное™ нельзя назвать удачей. Существует, на мой взгляд, целый класс самоубийц, которые сводят счеты с жизнью не для того, чтобы умереть, а чтобы избежать путаницы, прочистить мозги. Они продуманно используют самоубийство, чтобы создать для себя ничем не обремененную реальность или прорваться сквозь закономерности одержимости и необходимости, которыми они, само того не желая, облекли свою жизнь".

Надежда Мандельштам, жена великого русского поэта Осипа Мандельштама, когда-то писала: "На войне, в лагерях и в периоды террора люди гораздо меньше думают о смерти, а тем более о самоубийстве, чем в нормальной жизни. Когда на земле образуются сгустки смертельного страха и груды абсолютно неразрешимых проблем, общие вопросы бытия отступают на задний план. Стоило ли нам бояться сил природы и вечных законов естества, если страх принимал у нас вполне осязаемую форму?.. Полнота и насыщенность жизни, пожалуй, более конкретное понятие, чем пресловутое счастье. Может, в том, как мы цеплялись за жизнь, было нечто более глубокое,

чем в том, к чему обычно стремятся люди..." Когда я рассказал об этом своему другу, прошедшему советскую пенитенциарную систему и выжившему, он оказался того же мнения. "Мы противостояли тем, кто хотел испакостить нам жизнь, — сказал он. — Наложить на себя руки означало поражение, а почти никто из нас не собирался давать нашим палачам эту радость. Выживали сильнейшие, а нашей жизнью была оппозиция, она нас питала. Те, кто хотел отнять у нас жизнь, были врагами, и наша ненависть и сопротивление позволяли нам жить. Перед лицом страданий у нас лишь усиливалась жажда жизни. Там мы не хотели умирать, даже если и предавались самым разным настроениям. Другое дело, когда мы выходили; совсем нередко прошедшие лагеря убивали себя, когда возвращались в общество, которое когда-то оставили. Тогда уже нечему было противостоять, и тогда основание нашей жизни должно было исходить из нашего внутреннего Я, но во многих случаях оказывалось, что это Я уже разрушено".

Примо Леви<sup>69</sup>, писавший не о советских, а о нацистских лагерях, заметил: "В большинстве случаев час освобождения не был ни счастливым, ни радостным. Для большинства он наступал на фоне уничтожения, массовых убийств, страдания. Как только они ощущали, что снова становятся людьми, то есть ответственными личностями, к ним возвращались людские скорби: скорбь о развеянной или утраченной семье; всеобщее страдание вокруг; их собственное изнеможение, казавшееся окончательным, неизлечимым; необходимость начинать жизнь сначала среди развалин, часто в одиночку". Как обезьянам и крысам, которые увечат себя, когда их подвергают неестественным разлукам, скученности и прочим неблагоприятным условиям, людям тоже свойственна некая органическая форма отчаяния и его выражения. С человеком можно проделывать такие вещи, от которых он становится суицидален, и именно это и происходило в концентрационных лагерях. Однажды перешедшему эту границу трудно сохранять присутствие духа, и среди выживших в концлагерях этот показатель

<sup>69</sup> *Примо Лей* (1919—1987) — итальянский химик, писатель, партизан-антифашист, автор книг "Выжившие в Освенциме" "Человек ли это?", "Передышка", "Периодическая система". — *Прим. ред.*

высок. Некоторые удивляются, как это возможно: выжить в лагере и потом покончить с собой. По-моему, удивляться тут нечему. Так, самоубийству Примо Леви давали множество объяснений. Многие говорят, что винить следует лекарства, потому что в последние годы жизни он подавал большие надежды и весь светился радостью. Я же полагаю, что самоубийство зрело в нем, поскольку восторг при освобождении все равно нельзя было сравнить с ужасом, который он познал в концлагере. Может быть, лекарство, или погода, или что-нибудь еще вободило в нем тот самый импульс, который заставляет крысу отгрызать себе хвост, но я считаю, что сущностная предрасположенность присутствовала в нем после ужасов концлагеря в течение всей жизни. Пережитая трагедия может с легкостью переиграть генетику и сотворить с человеком подобные вещи.

Убийство более часто среди непривилегированных классов, тогда как среди влиятельных выше показатели самоубийств. В противоположность бытующему мнению, самоубийство не служит крайним средством депрессивного сознания и не является последним моментом душевного распада. Опасность самоубийства даже выше среди людей, недавно вышедших из клиники, и не только потому, что для них исчезли неизбежные для больничной обстановки препятствия. Самоубийство — это бунт разума против самого себя, двойное разочарование такой степени сложности, какого до конца депрессивному уму не объять. Это преднамеренный акт, совершаемый для того, чтобы освободить себя от себя же. Подавленность депрессии вряд ли способна вообразить самоубийство; нужна ясность самосознания, потому что уничтожается сам предмет этого самосознания. Это — порыв, пусть ложно направленный, но все же порыв. В самоубийстве, которого не удалось избежать, нет никакого иного утешения, кроме мысли, что это был акт ложно примененного мужества и достойной сожаления силы, а не полного бессилия или трусости.

Во время своей борьбы против рака моя мать месяц принимала прозак, тогда еще совсем новое лекарство. Она говорила, что он вызывает слишком сильное онемение; кроме того, от него она делалась слишком взвинченной, и это, в комбинации с побочными эффектами химиотерапии, было для нее чересчур. "Сегодня иду по улице, — рассказывала она, — и думаю —

все, умираю. И тут же — подать к обеду черешни или груши? И такое ощущение, будто это очень похожие мысли". У нее было достаточно внешних оснований для депрессии, а доверяла она только вещам осязаемым. Как я уже говорил, она, по моему, годами страдала легкой формой депрессии; если у меня есть депрессивные гены, то они, подозреваю, перешли ко мне от нее. Мать была сторонницей порядка и организованности. Я не припомню случая — а в процессе психоанализа скрупулезно доискивался этих фактов, — чтобы она не сдержала обещания. Я не припомню случая, чтобы она опоздала к назначенному часу. Теперь я считаю, что мать придерживалась этой военной дисциплины не только из уважения к другим, но и потому, что она помогала справляться с постоянно присутствовавшей в ней тоскливостью. Моей самой большой радостью в детстве было доставить удовольствие маме. Я это хорошо умел, но делать это было нелегко. Сейчас, глядя назад, мне кажется, что ей всегда было нужно, чтобы ее отвлекали от тоски. Мать не любила оставаться одна: это потому, как она сказала мне однажды, что была единственным ребенком в семье. А я думаю, что в ней был скрыт омут одиночества, гораздо более глубокий, чем бывает у единственного ребенка. Во имя несравненной любви к своей семье мать держала все шлюзы закрытыми, и большое счастье для нее, что это ей удавалось. Но все же депрессия никуда не девалась, и я думаю, что именно поэтому она была так хорошо подготовлена к испытанию самоубийством.

Я бы сказал так, что самоубийство — не всегда трагедия для самого ушедшего, но оно всегда приходит слишком рано и слишком внезапно для остающихся. Те, кто оспаривает право на смерть, оказывают всем нам плохую услугу. Конечно, все мы хотим больше контроля над жизнью, чем имеем, и, диктуя условия другим людям, чувствуем себя спокойнее. Но это не дает нам основания лишать людей их изначальной свободы. С другой стороны, я считаю, что иные сторонники права на смерть, делая коренное отличие между одним самоубийством и другим, лгут из каких-то своих политических соображений: устанавливать пределы собственных мук — право каждого человека. К счастью, пределы, устанавливаемые большинством людей, высоки. Ницше сказал когда-то, что мысль о са-

моубийстве сохраняет многим жизнь в самые сумрачные часы ночи; я бы сказал, что чем полнее человек уживается с идеей рационального самоубийства, тем менее опасно для него иррациональное. Знание о том, что если я продержусь эту минуту, то всегда смогу убить себя в следующую, делает возможным продержаться сейчас и не быть окончательно уничтоженным. Суицидальность может быть симптомом депрессии; она же может быть и смягчающим фактором. Мысль о самоубийстве дает возможность продержаться в депрессии. Я предполагаю, что буду продолжать жить, пока смогу давать и получать нечто лучшее, чем страдание, но я не обещаю, что никогда себя не убью. Ничто не ужасает меня сильнее, чем мысль о том, что когда-нибудь я утрачу способность себя убить.



## ИСТОРИЯ

**И**стория депрессии на Западе тесно связана с историей западной мысли и может быть поделена на пять основных этапов. Взгляды на депрессию древних поразительно похожи на наши. Гиппократ утверждал, что депрессия по сути своей — болезнь мозга, которую надо лечить лекарственными средствами, а главным вопросом среди следовавших ему врачей, был вопрос о гуморальной<sup>70</sup> природе мозга и о правильном соотношении этих лекарственных веществ. В Средневековье депрессию рассматривали как проявление немилости Божьей, как знак того, что человеку отказано в благословенном знании божественного спасения. Именно тогда болезнь стала позором; доходили до крайностей, провозглашая депрессивных людей неверующими. Ренессанс романтизировал депрессию и подарил нам меланхолического героя, рожденного под знаком Сатурна, чье уныние было откровением, а хрупкость — расплатой за художественное видение и сложный строй души. XVII—XIX века были эпохой науки, когда средствами эксперимента пытались определить состав и функции мозга и выработать биологические и социальные способы обуздания вышедшего из-под контроля ума. Современная эпоха началась с Зигмунда Фрейда и Карла Абрахама, чьи сформулированные в начале XX века психоаналитические идеи о разуме и Я оставили нам лексикон, который до сих пор в ходу для описания депрессии и ее источников, а также с публикаций Эмиля Крепелина, создателя современной биологии душевной

*Humor* (греч.) — жидкость. — *Прим. пер.*

болезни как состояния, отличного от нормального состояния разума или накладываемого на него.

Отклонения, истари называемые "меланхолией", сейчас обозначают до странности верно отражающим причину словом *депрессия*<sup>1</sup>, впервые появившимся в английском языке для описания пониженного состояния духа в 1660 году, а в середине XIX века ставшим общеупотребительным. Здесь я использую слово *депрессия* для описания состояний, которые мы называем этим словом сегодня. Стало модным рассматривать депрессию как недуг современный, но это грубая ошибка. Как заметил когда-то Сэмюэл Беккет, "количество слез в мире всегда постоянно". Форму и проявления депрессии тысячу раз переворачивали с ног на голову, а методы лечения варьировались от смешного до великого, но повышенная сонливость, неадекватное питание, суицидальность, уход от общественных взаимодействий и беспощадное отчаяние — древни, как кочевники на холмах, если не как сами холмы. С тех давних времен, когда человек обрел способность соотноситься с собой, приходил и уходил стыд; способы лечения телесных недугов менялись и перекрещивались со способами лечения духовных недугов; взывание к внешним богам, как эхо, отражало взывание к внутренним бесам. Понять историю депрессии — значит понять "изобретение" самого человеческого существа, каким мы его знаем и каковым являемся. Наш постмодернизм — потребляющий прозаик, заикленный на когнитивности, полуотстраненный — всего лишь этап на пути к пониманию и управлению состоянием души и характером.

Греки, превозносившие идею здорового духа в здоровом теле, разделяли нашу современную мысль о том, что нездоровый дух отражает нездоровое тело, что всякая болезнь ума как-то связана с телесной дисфункцией. Медицинская практика греков базировалась на гуморальной теории, которая рассматривала характер человека как следствие сочетания четырех телесных жидкостей: слизи, желтой и черной желчи и крови. Эмпедокл приписывал меланхолию избытку черной желчи, а Гиппократ, в поразительном согласии с нами сегодняшними,

<sup>1</sup> *Depression* — букв, угнетенное состояние, уныние, подавленность. — *Прим. пер.*

придумывал физические методы лечения еще в конце V века до н.э., когда сама идея болезни и врача только зарождалась. Гиппократ назвал мозг "гнездом" эмоции, мысли и душевной болезни: "Именно мозг делает нас безумными или иступленными, внушает нам страх и ужас, будь то днем или ночью, служит причиной бессонницы, ошибочных действий, бесцельной тревоги, рассеянности и поступков, противоречащих обычаю. Все эти вещи, которым мы подвержены, исходят из мозга, когда он не здоров, а становится излишне горяч, холоден, влажен или сух". Гиппократ считал, что меланхолия сочетает внутренние и внешние факторы, что "долгий труд души может произвести меланхолию"; он различал болезнь, возникшую на волне ужасных событий, и болезнь без видимой причины. Он описывал ту и другую как варианты одного и того же недуга, возникающего, когда избыток черной желчи — холодной и сухой — нарушает идеальное равновесие с тремя другими жидкостями. Такой дисбаланс, говорил он, может иметь врожденную причину — можно родиться с тенденцией к нему — или вызываться травмой. Греческие слова для обозначения черной желчи звучали как *мелайна холе*, и симптомы ее болезненного накопления, которое Гиппократ связывал с осенним периодом, включали "печаль, тревогу, моральную подавленность, склонность к самоубийству", а также "отвращение к пище, уныние, бессонницу, раздражительность и тревогу", сопровождаемые "долгим страхом". Для восстановления баланса жидкостей Гиппократ предписывал диету, а также прием внутрь мандрагоры и морозника — растений со слабительным и рвотным воздействием, которые считали способными выводить избыток желтой и черной желчи. Он верил также в целительную силу совета и поступков; он исцелил от меланхолии царя Пердикку II, проанализировав его характер и уговорив жениться на любимой женщине.

Теории, касающиеся температуры, местонахождения и других характеристик черной желчи, на протяжении последующих полутора тысяч лет постоянно усложнялись, и это любопытно, ибо черной желчи на самом деле не существует. Желтая желчь, которую вырабатывает желчный пузырь, может сильно коричневеть, но черной не становится никогда, и представляется маловероятным, чтобы изменившая цвет желтая желчь и была тем, что называли *мелайна холе*. Черная желчь, гипотетическая

или какая-либо еще, была мерзостью; считалось, что она вызывает не только депрессию, но и эпилепсию, геморрой, боли в животе, дизентерию и сыпь. Некоторые ученые полагают, что слово *холе*, означающее желчь, часто применяли в связи со словом *холос* — гнев и что само понятие черной желчи могло быть порождено верой в "черноту" гнева. Другие предполагают, что ассоциация темноты с негативностью или болью есть врожденный в человека механизм, что депрессию во многих культурах представляли как нечто темное и что понятие мрачного настроения хорошо дано у Гомера, который говорит о "черной туче беды", окутавшей депрессивного Беллерофонта: "Став напоследок и сам небожителем всем ненавистен, / Он по Алкейскому полю скитался кругом, одинокий, / Сердце тоскою круша, убегая следов человека"<sup>72</sup>.

Различие между медицинскими и религиозно-философскими воззрениями на депрессию соблюдалось в Древних Афинах строго. Гиппократ заклеивал практиковавших "сакральную медицину" — призывавших для исцеления богов — "мошенниками и шарлатанами"; он же заявил, что "все, написанное философами в области естественных наук, относится к медицине не более чем к живописи". Сократ и Платон были противниками Гиппократовых органических теорий и утверждали, что пусть легкие недомогания и могут быть вылечены врачами, но глубокие расстройства принадлежат к области философов. Они сформулировали понятие *эго*, оказывающее мощное влияние на современную нам психиатрию. Платон составил модель человеческого развития, согласно которой детство человека может определять качества его характера во взрослом возрасте; он говорит о власти семьи в течение всей жизни определять, к добру или ко злу тяготеют политические и социальные позиции человека. Его трехсоставная модель взрослой психики, объединяющая разум, либидо и дух, поразительно напоминает фрейдовскую. Можно сказать, что Гиппократ — "дедушка" прозака, а Платон — психодинамической терапии. За два с половиной тысячелетия, отделяющих их от нас, были испробованы все вариации на эти две темы, причем регистры гения и глупости использовались, попопеременно.

Из "Илиады" Гомера, строки 200—202; пер. Гнедича.

Врачи начали прописывать лекарственные средства от меланхолии довольно давно. Так, в древнем постгиппократовом мире Филотим, заметив, что многие депрессивные люди жалуются на то, что у них "слишком легкая голова и как будто ничего не существует", стал надевать на голову своим пациентам свинцовый шлем, чтобы они в полной мере почувствовали, что голова у них есть. Хрисипп Книдский полагал, что при депрессии следует потреблять больше цветной капусты, а вот базилик необходимо исключать, потому, дескать, что он может вызывать безумие. Филистий и Плистоник, противники Хрисиппа, утверждали, что базилик — лучшее лекарство для утративших ощущение радости жизни. Филагрий считал, что многие симптомы меланхолии происходят от потери спермы при поллюциях, и прописывал против них микстуру из имбиря, перца и меда. Антифилагрианцы же этого периода считали, что депрессия — органический результат сексуального воздержания, и отсылали своих пациентов домой в спальню.

Семьдесят лет спустя после смерти Гиппократа мощное влияние на наши мысли о мышлении стала распространять школа Аристотеля. Аристотель не принимал ни Гиппократова умаления важности души и ее философов, ни платоновского сведения врача на уровень простого ремесленника. Взамен он предложил теорию единого эго, в котором "телесное расстройство поражает и душу; болезни души исходят от тела, кроме тех, что рождены в самой душе. Страсть изменяет душу". Его мудрость по части природы человека не подкрепляется никаким особым знанием анатомии. Утверждая, что "мозг есть рудимент, не обладающий сенситивными свойствами", Аристотель предположил, что регулирующим механизмом баланса четырех жидкостей служит сердце, и что этот баланс может быть нарушен и холодом, и жаром. Взгляды Аристотеля на депрессию, в отличие от Гиппократовых, не были полностью негативными. Он позаимствовал у Платона понятие о божественном безумии и, увязав его с меланхолией, ввел в медицину. Хотя Аристотель искал путей понимания и излечения этого недуга, ему в то же время представлялось, что известное количество холодной черной желчи гению необходимо: "Все, достигшие высот в философии, поэзии, искусстве и политике, даже Сократ и Платон, имели меланхолический склад души; более того, некото-

рые даже страдали меланхолией как болезнью". Аристотель писал: "Мы часто бываем в таком состоянии, когда ощущаем скорбь, не будучи способны приписать ее какой-либо причине; такие чувства появляются в некоторой степени у каждого, но те, кто ими совершенно одержим, обретают их как неотъемлемую часть своей природы. Обладающие меланхолическим темпераментом в легкой степени — вполне обыкновенные люди, но те, у кого его избыток, весьма отличны от большинства. Ибо если это состояние поглощает их целиком, они становятся депрессивны, но если обладают смешанным темпераментом — это гении". Самым знаменитым гением античности, страдавшим болезнями черной желчи, был Геракл; им же был подвержен и Аякс (о свирепом горящем взгляде и придавленной к земле душе Аякса повествует "Разрушение Трои"). Это понятие вдохновенной меланхолии пронес далее Сенека, сказавший, что "не бывает большого таланта без привкуса безумия"; оно снова вынырнуло в эпоху Возрождения и с тех пор регулярно подымает голову.

В IV—I веках до н.э. медицинская наука и философия развивались близкими путями, описывая психиатрию все более сходящимися способами. Меланхолию в этот период рассматривали в той или иной форме как всеобщую участь; поэт IV века до н.э. Менандр писал: "Я человек, и по одному этому уже несчастен". Философы-скептики считали, что важно изучать мир видимый, и потому высматривали симптомы, не теоретизируя об их происхождении и глубинном смысле. Равнодушные к серьезным, трудным вопросам о природе физического и умственного Я, занимавшим Гиппократу и Аристотелю, они старались классифицировать симптомы, чтобы лишь очертить болезнь.

В III веке до н.э. Эрасистрат Юлийский пришел к различению мозга и мозжечка и определил, что разум располагается в мозге, а двигательная способность базируется в мозжечке; Герофил Халкидонский затем определил, что от мозга "двигательная сила поступает к нервам", тем самым породив идею управляющего органа, надзирающего за нервной системой. Менодот Никомедийский, живший в I веке н.э., синтезировал все предыдущие знания, объединив мысли ориентированных на симптомы эмпириков с идеями великих философов и древ-

них врачей. От депрессии он рекомендовал тот же морозник, который открыл Гиппократ, и тот же самоанализ, который исходит от Аристотеля; кроме того, впервые стал применять в помощь депрессивным пациентам гимнастику, путешествия, массаж и минеральную воду. Именно к такого рода синтетической программе стремимся мы и сегодня.

Руфий Эфесский, современник Менодота, отделил меланхолический бред от остального разума как специфическое искажение, поражающее во всех прочих отношениях крепкий разум. Он систематизировал бредовые состояния у нескольких депрессивных пациентов — в разные периоды он лечил людей, один из которых считал себя глиняным горшком, другой полагал, что его кожа полопалась и облезает, а третий думал, что у него нет головы. Руфий выделил физические симптомы того, что мы ныне распознаем как гипотериоз — гармональный дисбаланс, симптомы которого близки к симптомам депрессии. Главными причинами меланхолии он полагал тяжелую пищу, малоподвижность, избыток красного вина и непомерный умственный труд; он отмечал, что гений может быть особо подвержен меланхолии. Одни меланхолики "таковы по природе, в силу врожденного темперамента", другие "такowymi становятся". Он говорил также о степенях и родах меланхолии: когда черная желчь заражает всю кровь, или только голову, или подреберную область. Руфий обнаружил, что у его пациентов-меланхоликов происходило, кроме всего прочего, накопление невысвобождаемых половых жидкостей, которые, разлагаясь, заражали мозг.

Руфий был сторонник снятия депрессивного заболевания до того, как оно укоренится. Он предлагал кровопускание и "очищение с помощью повилики тимьянной и алоэ, потому что эти две субстанции, принимаемые в малых дозах ежедневно, способствуют умеренному и успокоительному раскрытию кишечника". Можно добавить к этому чемерицу. Предлагалось регулярно ходить пешком, путешествовать, омываться перед едой. Руфий также составил "сакральное снадобье", тогдашний прозак, остававшееся популярным как минимум все Возрождение и временами применявшееся позже. Это была жидкость, составленная из колоцинта, желтой дубницы, дубровника, кассии, пластинчатых грибов, асафетиды, дикой пет-

рушки, кирказона, белого перца, корицы, нарда, шафрана и мирриса, смешанных с медом; принимать ее следовало по четыре драхмы с гидромелью и соленой водой. Другие врачи того времени предлагали самое разное: от наказания и заковывания в цепи до укладывания меланхолика вблизи трубы с капающей водой, которая бы его убаюкивала; от помещения его в гамак до кормления светлой влагосодержащей пищей — рыбой, птицей, разбавленным вином и женским молоком.

Позднеримский период был временем значительного роста знаний в этих областях. Аретей Каппадокийский во II веке н. э. исследовал манию и депрессию и как связанные, и как отдельные болезни. Он верил в существование физической души, движущейся по организму и рвущейся наружу в виде жара у гневных (отчего их лица краснеют), у пугливых же прячущейся вглубь (отчего они бледнеют). Он предположил, что уровень черной желчи у меланхоликов "может повышаться вследствие смятения и неумеренного гнева", а жидкости находятся в прямой зависимости от эмоций: охлаждение жизненной энергии души может вести к тяжелой депрессии, а депрессия способствует охлаждению желчи. Аретей первым дал убедительное изображение того, что мы сейчас называем ажитированной депрессией — недуг, в котором нынешняя популярная философия необоснованно склонна винить постиндустриальную жизнь. Эта болезнь так же органична и вечна, как сама печаль. Аретей писал: "Меланхолик самоизолируется; он боится, что его будут преследовать и посадят в тюрьму; он истязает себя суеверными идеями; он подвластен страху; он принимает свои фантазии за правду; он жалуется на воображаемые болезни; он проклинает жизнь и жаждет смерти. Он просыпается внезапно, в тисках страшной усталости. В иных случаях депрессия выглядит как некая полумания: пациенты постоянно одержимы одной и той же идеей, они могут быть подавлены и энергичны одновременно". Аретей подчеркивал, что тяжелая депрессия часто случается с людьми, заранее предрасположенными к печали, особенно со стариками, тучными, хилыми и одинокими; он утверждал, что во врачевании этого недуга самый мощный целитель — "доктор Любовь". Его излюбленным средством лечения было регулярное употребление ежевики и лука-порея; он также поощрял психодинамическую практи-

ку словесной формулировки симптомов и утверждал, что может помочь людям избавиться от страхов простым их рассмотрением.

Клавдий Гален, живший во II веке н. э., личный врач Марка Аврелия, самый, может быть, значительный доктор после Гиппократы, сделал попытку осуществить неврологический и психологический синтез исследований всех своих предшественников. Он описывал меланхолический бред — один из его пациентов верил, что Атлант скоро устанет и уронит Землю, а другой считал себя улиткой в хрупкой раковине — и усматривал за ним смесь страха и уныния. Он видел "трепетание сердца у здоровых молодых людей и подростков, слабых и исхудавших от тревоги и подавленности". У пациентов Галена бывал "сон недостаточный, беспокойный и прерывистый, сильное сердцебиение, головокружение... тоска, тревога, неуверенность в себе и вера в то, что их преследуют, что они одержимы бесами, ненавидимы богами". Гален соглашался с Руфием в отношении катастрофических последствий подавленной сексуальности. Одну из своих пациенток, чей мозг, по его убеждению, отравляли ядовитые пары ее разлагающейся невыделяемой половой жидкости, он лечил "мануальной стимуляцией влагалища и клитора, от чего пациентка получила огромное удовольствие, из нее вытекло много жидкости, и она исцелилась". У Галена тоже были собственные патентованные рецепты, многие из которых включали в себя Руфиевы ингредиенты, но был и антидот против наложенной на депрессию тревоги, составленный из подорожника, мандрагоры, липового цвета, опиума и аругулы. Интересно, что, пока Гален составлял свою микстуру, ацтеки на другом континенте начали использовать сильное галлюциногенное средство для предотвращения депрессии у пленников, которая считалась у них дурным предзнаменованием. Предназначенным к жертвоприношению пленным давали особое питье, чтобы те не впадали в отчаяние и не оскорбляли тем самым богов.

Гален верил в физическое существование души, расположенной в мозге и подчиняющейся правлению эго, которое так же владычествует над телом, как Бог над миром. Смешав вместе идею четырех жидкостей и понятия о температуре и влажности, Гален сформулировал идею девяти темпераментов, каж-

дый из которых есть тип души. В одном из них преобладает меланхолия — не как патологическое состояние, но как часть эго: "...есть люди от природы беспокойные, подавленные, страдающие, вечно печальные; таким врач полезен мало". Гален отмечал, что меланхолия может быть следствием поражения мозга, но также и внешних элементов, изменивших функционирование мозга неповрежденного. В случае гуморального дисбаланса черная желчь может поступать в мозг и высушивать его, что повреждает эго. "Эта жидкость, как темнота, вторгается в обиталище души, туда, где расположен разум. Как дети страшатся темноты, так начинают бояться и взрослые, становясь жертвами черной желчи, которая поддерживает страхи; в мозгу у них нескончаемая ночь, и они постоянно пребывают в страхе. Вот почему меланхолики и боятся смерти, и в то же время желают ее. Они бегут от света и любят тьму". Итак, душа может быть затемнена. "Черная желчь обволакивает разум, как хрусталик глаза, который, когда прозрачен, позволяет видеть ясно, а когда нездоров и замутнен, не позволяет. Так же и жизненный дух может стать тяжелым и непрозрачным". Гален, предпочитавший психобиологию философии, относился с резким неодобрением к тем, кто приписывал меланхолию эмоциональным, абстрактным факторам; однако он полагал, что такие факторы могут усугублять симптоматику души, уже поврежденной гуморальным дисбалансом.

Следующая стадия истории медицины уходит корнями в философию стоиков. Их убеждение, что душевная болезнь вызывается внешним воздействием, преобладало в раннем Средневековье, наступившем после падения Рима. Победа христианства оказалась чрезвычайно неполезна для депрессии. Хотя Гален оставался главным медицинским авторитетом Средних веков, его понятия о психофармацевтическом подходе противоречили парадигме Церкви. Его методы попали в категорию философских ссылок и использовались все реже и реже.

Блаженный Августин провозгласил, что человека отличает от животных дар разума; итак, потеря разума низводит человека к животному. С этих позиций легко заключить, что потеря разума есть знак Божьего неблаговоления, Божьей кары грешащей душе. Меланхолия считалась особо пагубным недугом, ибо отчаяние меланхолика предполагает, что он не проникнут

радостью известного знания Божьей любви и милости. С этой точки зрения меланхолия являлась отказом от всего святого. Более того, глубокую депрессию часто воспринимали как свидетельство одержимости; несчастный юродивый содержал в себе дьявола, и если этого дьявола изгнать из него не удавалось, то оставалось только изгнать его самого. Скоро клирики нашли поддержку таким воззрениям в самой Библии. Иуда покончил с собой, следовательно, согласно их логике, он непременно был меланхоликом; итак, все меланхолики душевно грубы, как Иуда. Описанием Навуходоносора в Книге Даниила (4:33) пользовались в доказательство того, что Бог насыляет безумие в наказание грешникам. В V веке Кассиан пишет о "шестой битве" с "утомлением и горестью сердца", говоря, что "это и есть тот самый "бес полуденный", о котором говорит 90-й псалом", производящий в человеке "неприязнь к месту, где находишься, раздражение, недовольство, презрение к людям, расслабленность". Речь идет о тексте, который в дословном переводе с вульгаты выглядит так: "Истина Его оградит тебя щитом. /Не убоишься ужасов в ночи, стрелы, летящей днем,/ всяких дел, ходящих во тьме: вторжения и демона полуденного" — *ab incrusus, et daemonio mendiano*. Кассиан счел, что "ужасы в ночи" относятся к злу; "стрела, летящая днем" — к нападению врагов; "дела, ходящие во тьме" — к злым духам, приходящим во сне; "вторжение" — к одержимости; "бес полуденный" — к меланхолии, нечто ясно видимое даже в самое освещенное время дня, но приходящее тем не менее, чтобы отвоевать твою душу у Бога.

Другие грехи могут убивать ночь, но этот, дерзкий, отнимает у тебя и день, и ночь. Что же можно сказать в защиту человека, если он не защищен щитом истины Божьей? Для разрешения таких безнадежных случаев действительно наказание: Кассиан настаивал, что меланхолика следует принуждать к физическому труду, а все братья должны отвернуться от него. Евагрий использовал эти же выражения и говорил, что меланхолическое уныние есть "бес полуденный", который осаждаёт и искушает затворника; он причислил его к числу восьми главных искушений, которым мы должны противостоять на этой земле. Я вынес это выражение в заглавие книги, потому что оно очень точно выражает то, что человек испытывает в деп-

рессии. Этот образ вызывает в воображении страшное чувство вторжения, которое сопутствует состоянию депрессии. В депрессии есть нечто наглое. Большинство бесов — или форм страдания — действуют под покровом ночи; увидеть их ясно — значит одолеть их. Депрессия же выступает при ясном свете дня, и узнавание ничем ей не грозит: можно знать все "почему" и "для чего" и при этом мучиться так же, как и в полном неведении. Пожалуй, нет другого душевного состояния, о котором можно было бы сказать то же самое.

Во времена инквизиции, в XIII веке, депрессивных за этот их грех иногда штрафовали и бросали в тюрьмы. Именно тогда Фома Аквинат, чья теория тела и души помещает душу над телом в иерархической структуре, заключил, что душа не подвластна телесным немощам. Поскольку, однако же, душа ниже Божественного, то она подвержена вмешательству — Бога или Сатаны. В этом контексте болезнь должна была являться немощью либо тела, либо души, и меланхолию отнесли к душе. Средневековая Церковь определяла девять смертных грехов (впоследствии их число сократили до семи). Среди них была *acedia*, переведенная в XIII веке как "праздность". Слово это, похоже, трактовали столь же широко, как в наши времена слово "депрессия"; им описывали симптомы, знакомые всякому, кто видел или испытывал депрессию, — симптомы, которые раньше не считались пороком. Пастор у Чосера говорит о ней как о том, что "мешает человеку искать Добро. *Acedia* есть враг человека, ибо она враждебна всяческой деятельности, кроме того, она — ярый враг жизнеобеспечения телесного, ибо не заботится о мирских нуждах, а даже и расточает, портит и губит все земные блага своим небрежением. Она делает живых людей похожими на тех, кто уже мучается терзаниями ада. Она делает человека брюзгливым и неуживчивым". Речь пастора тянется и тянется, становясь с каждой фразой все сварливой и осудительней. *Acedia* — составной грех, и пастор перечисляет его компоненты: "Она настолько нежна и хрупка, по выражению Соломона, что не потерпит никаких невзгод, никакого послушания. От "ничегонеделания" человек начинает бояться даже приступить к какому-нибудь доброму делу. Отчаяние, утрата надежды на милость Божью, порождается необоснованными угрызениями совести, а порой и непомерным страхом,

от которого грешник воображает, будто нагрешил столько, что уже ему и раскаиваться бесполезно. Если она пребывает с человеком до его последнего мига, то причисляется к грехам против Святого Духа. Потом наступает ленивая сонливость, от которой человек становится вял и празден телом и душой. Последним приходит грех утомленности миром, называемый тоскою и вызывающий смерть души, равно как и тела. От этого человеку наскучивает собственная жизнь. Так жизнь человека часто оканчивается силою самой природы ранее, чем по-настоящему придет его время".

Особенно высока вероятность развития *acedia* у монахов; у них она проявляется в утомлении, апатии, печали или унынии, беспокойстве, отвращении к келье и аскезе, тоске по семье и прежней жизни. *Acedia* — не то же самое, что печаль (*tristitia*), которая возвращает человека к Богу и раскаянию. Из средневековых источников не ясно, какую роль во всем этом играет воля. Грех ли это допустить у себя *acedia*? Или она — наказание, посланное тем, кто совершил иной грех? Самые страстные ее противники приравнивают ее к первородному греху; красноречивая монахиня Хильдегард фон Бинген писала: "Именно в тот самый миг, когда Адам не подчинился божественному закону, меланхолия стгустилась в его крови".

Порядок в Средние века был не слишком устойчив, и потому расстройство ума особенно настораживало средневековую чувствительность. Как только повреждается разум, весь человеческий механизм разваливается; а тогда распадется и весь социальный порядок. Глупость считалась грехом; болезнь разума — гораздо более серьезным грехом. Разум необходим для того, чтобы человек мог выбирать добродетель. Без разума он не владеет собой настолько, чтобы делать этот выбор. Душурсуче античных мыслителей нельзя было отделить от тела; душа средневековых христиан едва-едва пересекалась с телом.

Именно из этого понимания выросло позорное клеймо, и по сей день пятнающее депрессию. Душа, будучи Божественным даром, должна быть совершенной; мы должны оберегать ее совершенство; ее несовершенства — главный источник позора в современном обществе. Бесчестность, жестокость, алчность, эгоизм, прегрешения против здравого смысла — все это недостатки души, и мы автоматически стараемся их подавить.

Пока депрессия свалена в одну кучу с этими "немощами души", она вызывает в нас отвращение. Существует много рассказов о том, как депрессия, по ассоциации, представляется в самом худшем свете. Так, живописец XV века Гуго ван дер Гез поступил в 1480 году в монастырь, но по зову своего огромного таланта продолжал отношения с внешним миром. Возвращаясь как-то вечером из одной поездки, Гуго, согласно летописи, был "поражен странным расстройством воображения. Он непрестанно выкрикивал, что обречен и предан на вечное проклятие. Он даже наносил себе увечья, ибо его недужный разум затемняли фантазмагии". Согласно описаниям братии, пытавшейся лечить его музыкальной терапией, "состояние его не улучшилось; он продолжал неразумные речи и считал, что он — дитя погибели". Монахи пытались понять, что это — творческое безумие или одержимость злым духом, и решили, что и то, и другое вместе, усугубленное, вероятно, употреблением красного вина. Гуго ужасался количеству работы, которую он на себя взял, и не мог себе представить, как сможет исполнить все заказы. Со временем и с помощью великих обрядов религиозного покаяния самообладание временно к нему вернулось, но потом произошел рецидив, и Гуго скончался в крайне жалком состоянии.

Тогда как Средневековье морально осудило депрессию, Ренессанс придал ей привлекательность. Вторя античным философам (более, чем античным врачам), мыслители Возрождения постулировали, что депрессия указывает на некую глубину. Философия гуманизма бросала все более резкие вызовы христианскому учению (хотя в других случаях она укрепляла христианские верования и догматы). Иррациональное страдание, которое в Средние века называли грехом и проклятием, теперь стало болезнью (все чаще называемой меланхолией) и определяющим свойством характера (все чаще называемым печалью). Среди всех, писавших о депрессии в эпоху Ренессанса — а имя им легион, — величайшим ее философом был Марсилио Фичино<sup>73</sup>. Он считал, что печаль, присущая каждому человеку,

<sup>73</sup> *Фичино Марсилио* (1433—1499) — итальянский философ-неоплатоник, глава флорентийской платоновской Академии. Перевел на латынь сочинения Платона, Плотина, Ямвлиха, Михаила Пселла, часть "Ареопагитик", сделав их достоянием европейской философии XV—XVI вв. — *Прим. ред.*

есть проявление нашей тоски по великому и вечному. Он писал о тех, для кого меланхолия — нормальное состояние: "Поразительно, как мы, когда только выпадает досуг, впадаем в скорбь, словно изгнанники, хотя и не знаем причины этой скорби, и не задумываемся о ней... посреди забав мы вздыхаем порою, а когда забавы кончаются, уходим еще печальней, чем прежде". Описанная здесь печаль — то, что проступает под занятостью повседневной жизни, это неизбежное свойство души. Фичино ссылается на Аристотелеву идею божественно безумной тоски и продолжает, говоря, что философ, глубоко мыслящий человек или художник по необходимости соприкасается со своей печалью острее, чем обыкновенный человек, что сама глубина испытываемой им печали отражает успешность его попыток приподнять свой ум над суетой обыденности. Согласно Фичино, терзаемая душа есть более достойная душа, ибо она взмывает ввысь к печальному осознанию неадекватности своего знания Бога. Его объяснение природы божественной печали звучит как священное кредо: "Пока мы суть представители Бога на земле, мы непрестанно обуреваемы тоской по небесному отечеству". Знание порождает неудовлетворенность, а последствие неудовлетворенности есть печаль. Печаль разводит душу с миром и тем самым двигает ее к чистоте. Душа "растет в совершенстве по мере своего удаления от тела, так что она станет наиболее совершенной, когда совсем от него отлетит". Описанная Фичино божественность печали заставляет видеть в этом состоянии несомненную близость с состоянием смерти.

Впоследствии Фичино предположил, что творчество зависит от некой музыки, которая нисходит при временном безумии: меланхолия — предварительное условие вдохновения. Впрочем, Фичино признавал депрессию тяжким недугом и рекомендовал средства против нее, включая гимнастику, перемену питания и музыку. Фичино сам страдал депрессией и, будучи в упадке духа, не был способен применить к себе свои привлекательные доводы в пользу депрессии; приходившим навесить его друзьям часто приходилось приводить ему его собственные аргументы. Философия Фичино, как и многое другое в послеренессансной мысли в отношении меланхолии, автобиографична: он говорит о прокладывании курса между неме-

ланхолической флегмой, с одной стороны, и отчаянной меланхолической болезнью — с другой, назвав шестую главу своей первой книги "Как черная желчь делает людей умными".

Ренессанс пытался примирить свое понимание античной мысли с некоторыми признанными "знаниями", пришедшими из средневековья. Соединяя античную идею темпераментов со Средневековой очарованностью астрологией, Фичино назвал Сатурн тяжелой, изолированной, неоднозначной планетой, которая управляет меланхолией. Сатурн и сам "автор мистических раздумий", согласно алхимику и каббалисту Агриппе, "не уступающий людским деяниям, высшая из планет; он сначала призывает душу от внешних занятий к ее сердцевине, а потом заставляет вздыматься от низменных материй, ведя к наивысшим и даря познание". Эти воззрения продолжает Джордж Вазари в своих жизнеописаниях великих художников того времени.

Английский Ренессанс более придерживался средневековых взглядов на меланхолию, чем итальянский, но в конце XV века влияния с Юга распространились и сюда. Так, англичане по-прежнему считали, что меланхолия наступает от "вмешательства ангелов зла или сношений с ними", но признавали, что подверженные такому вмешательству в нем не виновны. В сознании английского Ренессанса чувство греховности, испытываемое меланхоликом, — это, скорее, беда человека, чем знак отсутствия Божьей любви, и его не следует путать с чувством греховности, какое испытывает настоящий грешник. Разумеется, отличить бред от реальности было не всегда легко. Так, один студент "меланхолического склада и обезумевший от скорби", заявлял, что реально чувствовал, как "злой дух входил через его ступни с ветром и полз вверх по телу, пока не овладевал головой". Его в конце концов освободили от бесовского присутствия, но не всем так везло. Джордж Гиффорд<sup>74</sup> вопрошал: "Какого рода личности более других годятся дьяволу в орудия ведьмовства и колдовства?" — и отвечал, что дьявол ищет для этого "безбожных людей, которые слепы, полны неверности, объаты тьмой невежества и утоплены в ней.

<sup>74</sup> *Джордж Гиффорд* (?—1620) — английский священник, автор книги о колдовстве. — *Прим. пер.*

А случись сверх того и меланхолический склад тела, тогда еще глубже запечатлеваются в уме его влияния".

Северная идея о взаимосвязи между ведьмами и меланхолией очень порадела южной идее о взаимосвязи между гением и меланхолией. Голландский судебный врач Ян Виер (чья *De praestigiis daemonum* вошла в составленный Фрейдом список десяти лучших книг всех времен) был большим защитником ведьм как жертв собственной меланхолии; его утверждения о том, что эти горемычные дамы были слабы головой, спасли некоторых из них от казни. Он отстаивал свою позицию, показывая, что жертвы были, как правило, не в своем уме: очень многие из нападавших на ведьм мужчин в Северной Европе обвиняли их в краже своего детородного органа. Виер настаивал, что украденный орган обыкновенно обнаруживается физически присутствующим точно там, где он всегда и находился, и высказывал предположение, что мужчины редко оказываются действительно покинуты своим "шпилем". Если мужчины, ставшие "жертвами" ведьм, страдают галлюцинациями, то уж те, кто считает себя ведьмами, и тем паче. Эту мысль подхватил англичанин Реджинальд Скотт, который в своей книге 1584 года о колдовстве высказал предположение, что ведьмы — это просто депрессивные и неразумные старухи, ужаленные злом, как комаром, по глупости бравшие на себя вину за все окружавшие их проблемы. В их "замороженных головах дьявол находит себе уютное место; и вот, какое бы ни случилось злодеяние, несчастный случай, бедствие или убийство, они с легкостью поддаются убеждению, что все это сделано ими". Эта точка зрения — что считавшееся неукоснительной истиной было просто иллюзией и сводилось к меланхолической душевной болезни — имела сильных противников, продолжавших отстаивать средневековые позиции. В то время как в елизаветинской Англии книгу Скотта читали повсеместно, король Иаков приказал сжечь все ее экземпляры, будто сама книга была ведьмой.

Постепенно болезнь брала верх над одержимостью. В одном французском судебном деле этого периода врачи обнаружили у некой ведьмы "урчание под короткими ребрами с левой стороны, характерное для подверженных сплину", что привело к постановлению синода 1853 года, требующего, чтобы священники "старательно выяснили обстоятельства жизни

одержимого" прежде совершения экзорцизма, "ибо часто меланхолики, душевнобольные и околдованные с помощью магических искусств... более нуждаются в лечении врачом, чем в служении экзорциста". Ренессансный рационализм восторжествовал над средневековым суеверием.

Французы первыми научились устранять симптомы, которые могли отражать как реальную болезнь, так и воспаленное воображение. Монтень, сам немного меланхолик, глубоко верил в философию как средство врачевания и создал антимеланхолический театр иллюзий. Он рассказывает, например, о женщине, пребывавшей в дикой панике от того, что она считала, будто проглотила иголку; Монтень вызвал у нее рвоту и подобрал туда иглу, — и она исцелилась.

В 1599 году в Англии вышла книга Андреаса Дю Лоуренса "Трактат о меланхолических болезнях" (*Discourse of Melancholike Diseases*). Лоуренс утверждал, что меланхолия — это "отклонение состояния мозга в сторону холода и сухости", которое может происходить "не от телесного строя" пациентов, а от "образа жизни и от тех занятий, к коим они более всего пристрастны". Лоуренс разделял сознание на три сферы: разум, воображение и память. Заклучив, что меланхолия есть недуг воображения, он оставил в распоряжении меланхолика ничем не затронутый разум, и это означало, что в глазах церкви меланхолик не лишался человечности ("бессмертной разумной души") и потому не был проклят Богом. Лоуренс взял на вооружение идею, что меланхолия бывает разных степеней тяжести, и различал "меланхолический склад, содержащийся в пределах и границах здоровья", от склада, за эти границы выходящего. Как и у большинства писавших на эту тему, у него в книге приводится много характерных описаний конкретных людей, например "одного джентльмена, который решил для себя, что не будет мочиться, а скорее умрет, ибо вообразил, что, как только пописает, сразу затопит весь город". Очевидно, этот человек был парализован депрессивной тревогой и чувством своей разрушительности, отчего и травмировал собственный мочевого пузырь; кончилось тем, что врач развел по соседству костер, убедил этого человека, что город сгорает в пожаре и только он один может его спасти, если облегчится, и тем вывел пациента из приступа болезненной тревоги.

Пожалуй, наибольшую известность Лоуренсу принесла его сложная идея о том, что люди смотрят назад: их глаза закатываются внутрь и смотрят на мозг. Он не проясняет, какое радужное зрелище может увидеть, глядя на свой мозг, человек жизнерадостный, но рассуждает о том, что, поскольку мозг меланхолика пропитан черной желчью, то его глаза, закатившись внутрь, видят везде тьму. "Духи и черные испарения непрерывно циркулируют по его жилам, венам и артериям, проходят из мозга в глаз, заставляя его видеть всевозможные тени и ложные призраки в воздухе, после чего эти образы из глаза передаются в воображение". Когда эти неприятные вещи набирают силу, черные видения продолжают высвечиваться в глазу даже и тогда, когда он повернут к внешнему миру, и меланхолик, видя "всякие летающие тела, как муравьи, мухи или длинные волосы, видит также и такое, от чего вызывается рвота".

В это время уже становилось общепринятым, что можно отделить нормальную печаль от меланхолии, если выяснить здоровое соотношение между утратой и скорбью и затем измерять, насколько данный человек отклоняется от этой нормы — принцип, который Фрейд разработает три столетия спустя и который донныне используется при диагностике депрессии. Некий врач начала XVII века писал, что один его пациент зашел так далеко, что в результате утраты "не был рад вообще ничему", а другая была "охвачена меланхолией — как жить после смерти матери, случившейся за четверть года до того. Все плачет и рыдает, и бродит бесцельно, и не может ничем заняться". Другой доктор писал, что обыкновенное недовольство или печаль "открывает больше возможностей для злейшего врага природы, именно же меланхолии". Итак, меланхолия становится перешедшим пределы нормальным явлением — и также аномальным явлением; это двойственное определение быстро стало общепризнанным.

К концу XVI века "ординарная" меланхолия стала и на протяжении всего XVII века оставалась распространенным недугом, который настолько же способен доставлять удовольствие, насколько сам неприятен. Доводы Фичино и его английских единомышленников эхом отозвались по всему континенту. Левинус Лемниус в Голландии, Хуарте и Луис Меркадо в Испании, Иоаннес Баптиста Сильватикус в Милане и Андреас Дю

Лоренс во Франции писали о меланхолии, которая делает человека лучше, вдохновеннее, чем его немеланхолические собратья. Аристотелевские романтические представления о меланхолии захватили Европу; меланхолия вошла в моду. В Италии, где Фичино определенно отождествил меланхолию с гением, всякий почитавший себя гением ожидал обнаружить у себя и меланхолию. Да, блестящие люди могут страдать, потому те, кто надеялся сойти за блестящего человека, изображали страдание. Вокруг Фичино собрался во Флоренции интернациональный кружок интеллектуалов-сатурнистов. Англичане, посещавшие Италию и наблюдавшие такие настроения, отправлялись домой с новообретенной умудренностью, которая выражалась в их меланхолических свойствах, проявлявшихся по возвращении; а поскольку путешествия были по карману только богатым, то скоро меланхолия стала в глазах англичан болезнью аристократии. Недовольный аристократ — с затуманенным взором, печальный, неразговорчивый, лохматый, раздражительный, мрачный, суровый — становится в конце XVI века социальным типом, описанным и осмеянным в литературе того времени, великолепнее всего в образе "меланхолического Жака" из "Как вам это понравится".

Виртуозное владение Шекспиром темой меланхолии, которая наиболее очевидно проглядывает в образе Гамлета, навсегда изменило понимание этого вопроса. Никто другой не подходил к делу с таким сочувствием и не описывал меланхолию столь комплексно, вплетая ее и в веселье, и в грусть, показав, что она жизненно необходима мудрости и немало способствует глупости, придав ей свойства как ловкачества, так и саморазрушения. До Шекспира меланхолия данного человека была самостоятельной сущностью; после Шекспира отделить меланхолию от остального Я стало не легче, чем выделить индиго из остальной части спектра белого света. То, что призма может явить на миг, не изменит повседневной реальности солнца.

Ко времени постановки "Гамлета" меланхолия стала почти столь же привилегией, сколь и болезнью. Угрюмый цирюльник в пьесе середины XVII века жалуется на меланхолию и наталкивается на строгий выговор: "Меланхолия? Хорошенькое дельце, что это за слово из уст цирюльника? Тебе следует гово-

рить, что ты ощущаешь тяжесть, тупость и придурковатость; меланхолия — это герб на доспехах царедворца!" Согласно запискам одного врача того времени, 40% его пациентов-меланхоликов были титулованными особами — и это при том, что немалую часть своей практики он уделял уходу за фермерами и их женами. Две трети приходивших к нему аристократов жаловались на меланхолическое настроение; при этом они — и мужчины, и женщины — были вполне сведущи: они не говорили о каких-нибудь "наплывах тоски", а жаловались совершенно конкретно, на основании научных знаний и веяний того времени. Один такой пациент "желал что-нибудь против паров, поднимавшихся от селезенки". Зелья на базе морозника были по-прежнему в фаворе; доктор, лечивший этого пациента, прописал *hiera logadii*, лазурит, морозник, гвоздику-пряность, лакричный порошок, *diambra* и *pulvis sancti* — все растворенное в белом вине, а также бурачник. Сверялись с астрологическими диаграммами (для получения независимой информации и исчисления расписания лечения); не исключали возможности кровопускания. И конечно же, весьма эффективным считалось религиозное консультирование.

Как после появления прозака все, кому не лень, и их семьи выглядели депрессивными и сражающимися с депрессией или толкующими о борьбе с ней, так и в начале XVII века немеланхолический человек начинал "зацикливаться" на идее меланхолии. И в 1630-х, и в 1990-х смысл обозначающих болезнь слов — "меланхолия" и "депрессия" — становился запутан. Когда *acedia* была грехом, признавались в своей немощи только те, кто был настолько болен, что не мог функционировать, или те, кто доходил в своем беспокойстве до бредового состояния. Теперь, когда слово "меланхолия" стало означать также большую глубину, душевное богатство, усложненность природы и даже гениальность, люди стали вести себя как депрессивные без реальных медицинских оснований; скоро выяснилось, что, хотя реальная депрессия может быть весьма мучительна, депрессивное поведение способно доставлять немалое удовольствие. Появилась манера часами лежать на диване, глядя на луну, задавая экзистенциальные вопросы, выказывая страх перед любой трудностью, не отвечая на задаваемые им вопросы и вообще делая все то, что хотели предотвратить запретом на *acedia*. Однако здесь

присутствовала та же самая базовая структура недуга, как и та, которую мы зовем депрессией. Эта меланхолия была достоянием немощью, которую человек постоянно анализировал. Те, кто был по-настоящему болен тяжелой меланхолией, пользовались симпатией и уважением, что, наряду с разнообразными медицинскими достижениями, позволяло им проводить время лучше, чем когда-либо со времен галеновского Рима. Это столь воспетое состояние души было тем, что можно назвать "белой меланхолией", чем-то скорее блистающим, чем затененным. Великолепно описывает эту идею XVII века мильтоновская // *Penseroso*:

Славься, мудрости святыня,  
Меланхолия-богиня!  
Столь ярок твой священный лик —  
Непостижим для глаз людских...

и так далее, пока в своем прославлении монашеского уединения, и сумерек, и старости Милтон не достигает величественного тона:

И келью мшистую найдем,  
И власяницу с клобуком,  
Пока, на жизнь взглянув назад,  
Пророческим не станет взгляд.  
Дай радость эту, Меланхолия,  
И буду вечно жить с тобою я.

XVII век породил величайшего в истории борца за дело меланхолии. Роберт Бертон смешал тысячелетнюю мысль с доброй толикой разрозненных личных интуитивных откровений в книге "Анатомия меланхолии" (*The Anatomy of Melancholy*), которой он посвятил всю свою жизнь. Эта книга, цитируемая более всех книг на данную тему (до фрейдовской *Mourning and Melancholia*), представляет собой пронизательный, противоречивый, плохо организованный, колоссально мудрый том, который синтезирует и пытается примирить философии Аристотеля и Фичино, шекспировское ощущение характера, медицинские откровения Гиппократ и Галена, религиозные

порывы средневековой и ренессансной церкви и личный опыт болезни и самоанализа. Способность Бертона обнаруживать реальные связи между философией и медициной и между наукой и метафизикой открыла нам путь к объединяющей теории разума и материи. И все же Бертону следует воздавать должное не столько за примирение конфликтующих точек зрения, сколько за терпимость к этим противоречиям; он вполне способен дать одному явлению шесть непересекающихся объяснений, ни разу не высказав предположения, что явление это обусловлено слишком многими факторами. Современному читателю это может порой казаться странным; впрочем, проанализировав недавно изданные Национальным институтом психического здоровья тексты, читатель обнаружит, что сложность депрессивных заболеваний именно в этом: как правило, они обусловлены слишком многими факторами. Депрессия — это общий пункт назначения, к которому ведет много дорог, а конкретный набор симптомов у любого конкретного человека может быть результатом скрещения нескольких из них.

Бертон выдвигает физическое объяснение меланхолии: "Наше тело подобно часам; если одно колесико сбивается, приходят в беспорядок и все остальные и страдает весь механизм". Он признает, что "как философы различают восемь степеней тепла и холода, так мы можем различить 88 степеней меланхолии, ибо люди захватываются ею по-разному и бывают погружены в адскую пучину в большей или меньшей степени". Позже он писал: "Сам [меняющий облик морской бог] Протей не так многообразен; скорее различишь у Луны новое платье, чем истинный характер меланхолика; скорее встретишь море разливанное в воздухе, чем познаешь сердце меланхолика". Бертон делает различие между "головной меланхолией", имеющей начало в мозге, "меланхолией всего организма" и того, что исходит от "кишок, печени, селезенки или мембраны" — это он называет "меланхолией газов". Затем он делит и подразделяет симптомы, создавая карту недуга.

Бертон отличает меланхолию от просто "отупения, грусти, мрачности, апатии, дурного настроения, чувства одиночества, недовольства". Такие состояния, говорит он, свойственны всем живым и сами по себе не должны рассматриваться как свидетельства недуга. "Человек, рожденный женою, — говорит

он, цитируя Книгу Иова, — краткодневен и пресыщен печалью". Это не значит, что все мы меланхолики. Нет, говорит Бертон: "Эти невзгоды окружают нас всю жизнь, и было бы крайне нелепо и смешно, когда бы смертный человек стал искать в своей жизни сплошной радости и счастья. Нет ничего бессмысленнее, и тот, кто этого не знает и не готов с этим мириться, непригоден для жизни в мире сем. Ступай прочь, коли тебе это не по силам, нет средства этого избежать, кроме как вооружиться терпением и с достоинством противостоять невзгодам, и страдать, и постоянно выстаивать".

Невозможно жить на свете, если не можешь терпимо относиться к невзгодам, а невзгоды посещают всех нас; но невзгоды могут легко выйти из-под контроля. Тогда как простой кашель вполне терпим, "непрекращающийся и застарелый вызывает туберкулез легких; и то же с нашими признаками меланхолии". И тут Бертон обозначает весьма современный нам принцип, что у каждого свой уровень терпимости к травме и что определяет болезнь взаимоотношение силы травмы и уровня терпимости. "Ибо то, что для одного лишь блошинный укус, для другого — нестерпимая пытка; что один, благодаря чрезвычайной выдержке и мужественной собранности, может легко преодолеть, другой ни на йоту не способен вынести и при всяком незначительном случае даже искаженно понятого издевательства, обиды, огорчения, унижения, утраты, обмана, клеветы и прочего настолько поддается своей страсти, что у него изменяется цвет лица, нарушается пищеварение, пропадает сон, затмевается дух, делается тяжело на сердце... и сам он впадает в *меланхолию*. И как бывает с человеком, посаженным в долговую яму, что, как только он попадает в тюрьму, все кредиторы разом взыскивают с него да так там, вероятнее всего, и продержат, так и с пациентом: только одно недовольство захватит его, вмиг все другие пертурбации так и навалятся; и вот, как хромяя собака или гусь с перебитым крылом, он падает духом и чахнет, и в итоге приходит к меланхолии — уже как к болезни". Бертон резюмирует и опыт состояния тревоги, справедливо включая его в свое описание депрессии: "И в дневное время они по-прежнему боятся каких-то ужасных предметов, их разрывает подозрительность, страх, тоска, недовольство, заботы, стыд, душевные терзания и так далее, и они, как некие

дикие лошади, ни часу не могут пребыть в покое, ни минуты кряду".

В разных местах Бертон описывает меланхоликов как людей "недоверчивых, завистливых, злонамеренных", "алчных", "ропщущих, недовольных" и "склонных к мстительности". И тот же самый Бертон пишет, что "меланхолические мужи из всех самые умные, и [меланхолический склад души] часто вводит их в божественный восторг и некий *enthusiasmus*... благодаря чему они отличные философы, поэты, пророки и проч.". Он отдает дань цензорам своего времени, с особым тактом обращаясь к окружающим болезнью религиозным вопросам, но также утверждает: чрезмерный религиозный пыл может быть признаком меланхолии и способен порождать безумное отчаяние; он утверждает также, что тоскующие люди, получающие от Бога устрашающие повеления, подчиниться которым считают себя не способными, вероятно, испытывают меланхолический бред. Наконец, он говорит, что меланхолия — на самом деле болезнь и тела, и души, и, подобно Лоуренсу, избегает предположений о какой-либо потере разума (что делало бы объекты его наблюдения не человеческими существами, и, следовательно, животными), а говорит, что эта болезнь есть "дефект воображения", а не самого разума.

Бертон классифицирует принятые тогда средства от депрессии. Существовали средства незаконные — исходящие "от дьявола, колдунов, ведьм и проч. с использованием талисманов, заговоров, заклинаний, идолов и т. д.", и законные — исходящие "непосредственно от Бога, опосредованные через природу, кои включают в себя и работают через 1) врача, 2) пациента и 3) медицину". Перечисляя средства в десятках категорий, он в итоге говорит, что "наиглавнейшее" состоит в попытках прямо обратиться к "страстям и смятению души" и очень советует "открыться" друзьям и искать "развлечений, музыки и веселой компании". Он рекомендует средства из собственного каталога: календулу, одуванчик, ясень, иву, тамарисковый цвет, фиалку, сладкие яблоки, вино, табак, маковую патоку, ромашку, зверобой — но только "собранный в пятницу в час Юпитера", — и ношение перстня, сделанного из переднего правого копыта осла.

Бертон не проходит и мимо трудной проблемы самоубийства. Тогда как меланхолия в конце XVI века была в некотором

роде модной болезнью, самоубийство было запрещено законом и Церковью, и запрет подкреплялся экономическими санкциями. Если человек в Англии того времени совершал самоубийство, его семья должна была сдать все его движимое имущество, включая плуги, грабли, товар и прочие материалы, необходимые для любого рода хозяйственной деятельности. Некий мельник из одного английского городка убивался на смертном одре после нанесения себе смертельной раны: "Я лишился своего имущества в пользу короля и пустил по миру жену и детей". Рассуждая о религиозных аспектах самоубийства, Бертон опять осторожничает с цензорами своего времени; признавая, насколько невыносимым может быть острое состояние тревоги, он вопрошает, "законно ли для человека в таком состоянии меланхолии применять насилие к самому себе". Дальше он пишет: "В чередѣ этих жалких, безобразных, таких утомительных дней они, не находя ни утешения, ни исцеления в этой своей отвратительной жизни, ищут, наконец, избавления от всего этого в смерти... хотят быть собственными палачами, казнить себя". Это знаменательно, ибо до Бертона вопрос депрессии стоял совершенно отдельно от этого преступления против Бога — самоуничтожения; собственно говоря, даже слово "суицид" придумали вскоре после того, как вышел в свет труд всей жизни Бертона. В книгу вошли рассказы о тех, кто покончил с жизнью по политическим или нравственным соображениям, кто сделал свой выбор по доведенному до отчаяния рассудку, а не по болезни. Затем автор переходит к самоубийству, лишенному рациональности, и так сводит вместе эти две проблемы, до него подвергавшиеся одним лишь проклятиям, в единую тему для обсуждения.

Бертон приводит занимательные случаи меланхолического бреда: один человек считал, что он моллюск; несколько других полагали, "что сделаны из стекла и потому не потерпят, чтобы кто-либо к ним приближался; что они сделаны из коры пробкового дерева; легкие, как пух, или тяжелые, как свинец; иные боятся, что голова упадет у них с плеч, что в животе находятся лягушки и т.д. Некто боится переходить по мосту, приближаться к пруду, скале, крутому холму, находиться в комнате с пересекающимися балками — из страха перед искушением повеситься, утопиться или броситься вниз". Такие фобии были

типичны для меланхолии того времени, и их описаниями изобилует медицинская и другая литература. Голландский писатель Каспар Барлеус в разные периоды своей жизни считал себя сделанным то из стекла, то из соломы, которая может в любой момент загореться. У Сервантеса есть новелла "Стеклянный лицензиат" — о человеке, считавшем себя сделанным из стекла. Действительно, это было настолько распространенной иллюзией, что иные врачи того времени называли ее беззатей — "стеклянным бредом". Этот феномен появляется в популярной литературе всех стран Запада того периода. Несколько голландцев были убеждены, что у них стеклянные ягоды и из-за всех сил избегали садиться, боясь их разбить; один настаивал, что может путешествовать только упакованным в ящик с соломой. Людовик Казанова оставил пространное описание пекаря, считавшего, что он сделан из масла, и боявшегося растаять, который желал постоянно пребывать голым и покрытым листьями, чтобы ему было прохладно.

Эти бредовые идеи генерировали целые системы меланхолического поведения — они заставляли людей страшиться обычных обстоятельств, жить в постоянном страхе, сопротивляться любым человеческим привязанностям. Страдавшие таким бредом неизменно страдали и другими, обычными симптомами — необоснованной тоской, постоянным переутомлением, отсутствием аппетита и так далее — всем тем, что мы сегодня связываем с депрессией. Эта тенденция к бредовым состояниям существовала и в более ранний период (папа Пий II сообщает, что король Франции Карл VI, прозванный "Безумным", еще в VI веке считал себя стеклянным и велел вшивать в свою одежду железные ребра, чтобы не разбиться при падении; древние мании подобного рода описаны Руфием); она достигла пика в VII веке и знакома в наши дни. Существуют недавние записи о некоей депрессивной голландке, считавшей, что у нее стеклянные руки, и из страха их разбить не одевавшейся; пациенты с шизоаффективными расстройствами часто слышат голоса и имеют видения; люди с неврозом навязчивости подвержены столь же иррациональным страхам, например ужасу перед неопрятностью. Однако чем ближе к нашим временам, тем менее конкретной в целом становилась природа такого бреда. Все эти маньяки XVII века на самом деле

демонстрируют признаки паранойи и мании преследования, чувства, что повседневные требования, предъявляемые жизнью, выше их сил — все это абсолютно типично для современной депрессии.

Я и сам помню, как в депрессии был не способен к самым простым действиям. "Я не могу сидеть в кинотеатре", — говорил я, когда кто-то пытался развеселить меня, пригласив в кино. "Я не могу выйти из дома", — утверждал я позже. У этих ощущений не было конкретного разумного обоснования — не то, чтобы я боялся растаять в кино или окаменеть на улице от ветра; я знал в принципе, что для невозможности выйти из дома у меня нет никаких оснований, но был настолько уверен в невозможности сделать это, как не сомневался в том, что не смогу одним махом перепрыгнуть через высокое здание. Я мог винить (и винил) в этом свой уровень серотонина. Я не думаю, чтобы существовало какое-нибудь убедительное объяснение тому, что депрессивный бред принимал в XVII веке данные формы; мне представляется, что, пока не начали появляться научные объяснения и средства против депрессии, люди придумывали для своих страхов некие объяснительные каркасы. Ведь только в более зрелых обществах человек может бояться прикасаться к чему-либо, стоять или сидеть без конкретизации этого страха, будто он обусловлен стеклянным скелетом; только среди развитого окружения человек может испытывать иррациональный страх жары, не объясняя его страхом растаять. Эти бредовые идеи, которые вполне могут озадачить современного клинициста, легче понять, если увязать с соответствующим контекстом.

Великим преобразователем медицины XVII века, по меньшей мере, с философской точки зрения, был Рене Декарт. Хотя его механистическая модель сознания не далеко ушла от августинской традиции разделения души и тела, она оказала специфическое воздействие на медицину, и особенно на лечение душевных болезней. Декарт немало подчеркивал влияние разума на тело и наоборот и описал в "Страстях души", как состояние ума может непосредственно отражаться на организме, но его последователи были склонны исходить из полного разделения разума и тела. По сути дела, в мышлении того времени стала преобладать картезианская биология, и эта биология была во

многом неверна. Картезианская биология направила судьбу депрессии вспять. Бесконечная казуистика — что есть тело и что есть душа, "химический" ли "дисбаланс" депрессия или "человеческая слабость" — наследие Декарта. И лишь в недавние времена мы начали разбираться с этой путаницей. Но как вышло, что картезианская биология обрела такую власть? Как выразился один психолог из Лондонского университета: "Я считаю, что, если нет тела, нет и души, следовательно, нет и проблемы".

Томас Уиллис, разрабатывавший доказательства восприимчивости тела влиянию разума, опубликовал в середине века "Два трактата о душе у животных", и это была первая логически последовательная химическая теория меланхолии, не зависящая от древних гуморальных теорий черной желчи, селезенки или печени. Уиллис считал, что в крови пылает "неугасимый огонь", поддерживаемый "сернистым топливом" и "азотистым воздухом", а мозг с нервами направляют продукты этого горения для управления ощущениями и движениями. По Уиллису, душа есть физический феномен, "темная колдунья" зримого тела, которая "зависит от темперамента кровяной массы". Уиллис полагал, что под действием разнообразных обстоятельств кровь делается соленой и тем самым приглашает свое пламя, что уменьшает освещенность мозга и порождает в нем тьму — меланхолию. Уиллис считал, что это "засоливание" крови может вызываться всевозможными внешними обстоятельствами, в том числе погодой, избытком умственной и недостатком физической активности. Мозг меланхолика фиксируется на своих темных видениях и вписывает их в характер человека. "Потому-то и неудивительно, что когда это жизненное пламя настолько слабо и неустойчиво, что колеблется и дрожит при любом движении, меланхолик, у которого ум, так сказать, тонет и наполовину уже подавлен, всегда печален и боязлив". Результатом такого рода проблемы, если она никуда не исчезнет, могут стать органические изменения в мозге. Меланхолическая кровь может "протачивать себе новые каверны в окружающих органах"; "кислотные осадки продуктов горения" и "вредные меланхолические выделения" изменяют "строение самого мозга". И тогда продукты горения "перестают следовать старыми путями, но завоевывают для себя новые и непривычные про-

странства". Пусть начала этого принципа поняты неверно, но реальность показывает, что сам он подтверждается современной наукой: устойчивая депрессия действительно изменяет мозг, создавая в нем "непривычные пространства".

Конец XVII — начало XVIII века — время гигантских шагов в науке. Описания меланхолии претерпели существенные изменения вследствие новых теорий о человеческом организме, которые повлекли за собой целый ряд теорий, касающихся биологии мышления и его дисфункций. Николас Робинсон предложил фиброзную модель строения организма и в 1729 году сказал, что депрессия вызывается потерей эластичности волокон. В то, что мы сейчас называем психотерапией, Робинсон не верил. "С таким же успехом можно пытаться отговорить человека от жестокой лихорадки, — писал он, — как и затевать какие-либо перемены в его свойствах силою убеждения звуком, сколь бы красноречивым он ни являлся". Это было начало; скоро на меланхолике как человеке, чью способность объяснить себя можно пытаться использовать в терапии, был поставлен крест.

В 1742 году Герман Бургав, идя по тому же пути, придумал так называемую ятромеханическую модель, согласно которой все функции организма можно объяснить средствами теории гидравлики; он рассматривал организм как "живую и одушевленную машину". Бургав постулировал, что мозг — это железа, а нервные соки из этой железы разносятся по телу кровью. Подобно Уиллису, Бургав набрел на истину: недостаточное кровоснабжение определенных отделов мозга может приводить к депрессии или бреду; наступление депрессии у глубоких стариков часто обусловлено нарушением циркуляции крови в мозге, определенные отделы которого загустели (как бы коагулировали) и не могут абсорбировать доставляемые кровью питательные вещества.

Эта теория служила "обесчеловечиванию" человеческого. А Жюльен Оффруа де ля Меттри, один из верных поборников Бургава, бросил тень на Божественное, когда в 1747 году опубликовал *L'Homme Machine*; он был отставлен от французского двора и выслан, отправился в Лейден, чтобы быть изгнанным и оттуда и умереть сорока двух лет от роду в далеком Берлине. Он предположил, что человек — не более чем конгломерат хи-

мических веществ, задействованных в механических операциях, — теория из сферы чистой естественной науки, как она дошла до нас. Де Ля Меттри утверждал, что живое вещество по природе раздражительно и что из этих раздражений происходят все действия. "Раздражительность есть источник всех наших чувств, всех наших удовольствий, всех наших страстей, всех наших мыслей". Эта точка зрения зиждилась на концепции о том, что главное свойство человеческой природы — ее упорядоченность; расстройства, подобные депрессии, рассматривались как сбои чудесной машины, отход от ее правильного функционирования, а не ее элемент.

Отсюда было уже недалеко до восприятия меланхолии как одного из аспектов общей проблемы душевной болезни. Фридрих Гоффман первым предложил в последовательной и убедительной форме то, что впоследствии станет генетической теорией. "Безумие есть наследственная болезнь, — писал он, — часто продолжающаяся всю жизнь; у нее бывают долгие перемены, в течение которых пациент выглядит совершенно в своем уме; но она регулярно возвращается". Гоффман предложил несколько довольно традиционных средств от меланхолии и затем очень мило добавил, что "самое эффективное лекарство для обезумевших от любви молодых женщин — замужество".

На протяжении XVIII века научные объяснения тела и души развивались ускоренными темпами. В сей Век Разума люди, лишенные разума, находились в чрезвычайно неблагоприятном положении, и, тогда как наука делала огромные скачки вперед, общественное положение людей, подверженных депрессии, делало огромные скачки назад. В конце XVII века Спиноза, предвосхищая Торжество Разума, сказал: "...эмоция тем более подчиняется нашему контролю, а разум тем менее пассивен в ее отношении, чем больше мы знаем", что "у всякого есть власть ясно и отчетливо понимать себя и свои эмоции и добиваться того, чтобы быть им менее подвластным". Теперь меланхолик становится фигурой не демонической, а потакающей себе, отказывающейся от вполне доступной самодисциплины душевного здоровья. Если не считать времен инквизиции, XVIII век был, пожалуй, наихудшим временем в истории для страдающих тяжелыми душевными болезнями. Пока Бургав и де Ля Меттри теоретизировали, с тяжелыми душевнобольны-

ми, как только родственники признавали их таковыми, обращались так, будто они были в половине случаев подопытными образцами, а в половине — дикими животными, только что из джунглей и нуждающимися в укрощении. Одержимый хорошими манерами и приличиями, враждебный ко всему, что им не соответствовало, проявляющий возбужденное любопытство к представителям чуждых народов, привезенным из колоний, XVIII век подвергал суровому наказанию всех, чье нестандартное поведение грозило подорвать устои, независимо от классовой и национальной принадлежности. Их, изолированных от общества, помещали в населенный одними безумцами мир Бедлама (в Англии) или в "госпиталь ужасов" Бисетр (во Франции) — места, которые и самого непримиримого рационалиста доведут до безумия. Хотя подобные заведения существовали уже давно — Бедлам был основан в 1247 году и к 1547-у стал жилищем умалишенных бедняков, — развернулись в полную силу они только в XVIII веке. Концепция "разума" подразумевает естественное согласие среди человеческих существ; это, в сущности, конформистское понятие: "разум" определяется по всеобщему соглашению. Идея включать в общественный порядок крайности в корне ему противоречит. По меркам Века Разума, экстремальные психические состояния — это не крайние точки логического континуума, а точки, лежащие вне области определения системы. Душевнобольные в XVIII веке были аутсайдерами без прав и положения. Подверженные бреду и депрессивные люди были настолько общественно притесняемы, что Уильям Блейк сетовал: "Духи у нас вне закона".

У пребывающих в депрессии было перед прочими душевнобольными то преимущество, что они более послушны, и потому над ними издевались чуть менее зверски, чем над маньяками или шизофрениками. На протяжении всего Века Разума и эпохи Регентства уделом меланхоликов были грязь, убожество, пытки и нищета. Общество и слышать не хотело о том, что страдающие тяжелым душевным заболеванием могут выздороветь; как только ты проявлял себя спятившим, то отправлялся в психиатрическую больницу, да там и оставался, ибо подняться к человеческому разуму у тебя шансов не больше, чем у носорога в зверинце. Главный врач Бедлама д-р Джон Монро сказал, что меланхолия необратима и что "лечение это-

го расстройства зависит от обращения с больным не меньше, чем от лекарств". Страдавшие самыми тяжелыми формами меланхолии часто подвергались ужасающему обращению. Сам Бургав предлагал причинять пациентам сильную физическую боль, чтобы отвлекать их от боли душевной. Не было ничего необычного в том, что депрессивных практически "глушили"; строили механизмы босховской изошренности, причинявшие пациентам то болезненный экстаз, то рвоту.

Страдавшие менее выраженной, но все же тяжелой формой депрессии, часто оказывались благодаря недугу чуть ли не в изоляции. Джеймс Босуэлл<sup>75</sup> пространно писал другу о своих переживаниях в связи с депрессией; позже это же делал поэт Уильям Каупер<sup>76</sup>. Их рассказы передают ощущение тяжелых страданий, сопровождавших депрессию на протяжении того исторического периода. Босуэлл писал в 1763 году: "Не ждите найти в этом письме ничего, кроме страданий вашего бедного друга. Я пребывал в жесточайшей и мучительнейшей меланхолии. Я был совершенно подавлен. Ум мой исполнен чернейших мыслей, все способности разума оставили меня. Поверите ли? Я в неистовстве бегал взад и вперед по улицам, кричал, плакал и стонал из глубины души. Боже правый! что я пережил! О друг мой, я был достоин жалости! И что я мог поделаться? У меня не было никаких желаний. Все казалось бесполезным, ненужным, безотрадным". Позже в том же году он писал к другому приятелю: "Глубокая меланхолия охватила меня. Я чувствовал себя старым, несчастным, заброшенным. Все самые кошмарные идеи, какие только можно себе представить, посещали меня. Я стал смотреть на вещи чисто субъективно; все казалось напитанным тьмой и печалью". Босуэлл принялся писать самому себе по десять строчек в день, и вскоре выяснилось: описывая то, через что он проходит, он оказался в состоянии сохранять некоторое здравомыслие, хотя и заполнял свои строчки многоточиями. Мы находим у него, например, такие записи: "Ты был в ужасной меланхолии и думал самые последние и устрашающие думы. Ты пришел домой и молился", а несколькими днями позже: "Вчера ты был очень нехорош пос-

<sup>75</sup> Джеймс Босуэлл — английский писатель (1740—1795). — Прим. ред.

<sup>76</sup> Каупер Уильям (1731 — 1800), английский поэт-сентименталист. — Прим. ред.

ле ужина, весь трясся от ужасных идей. Ты был ни в чем не уверен, в полном замешательстве, все твердил, что отправляешься спать, и едва мог прочесть строчку по-гречески..."

Сэмюэль Джонсон<sup>77</sup>, чье жизнеописание составил Босуэлл, тоже был подвержен тяжелой депрессии; собственно говоря, общий опыт депрессии какое-то время связывал этих двух мужей. Джонсон утверждал, что "Анатомия меланхолии" Бертона — единственная книга, которая заставляла его подниматься "на два часа раньше, чем хотелось". Джонсон всегда осознавал, что смертен, и страшился расточать время зря (хотя в тяжелейших из своих депрессий подолгу пролеживал без дела). "Этому черному псу, — писал Джонсон, — я надеюсь сопротивляться постоянно и быть готовым к делам в любое время, хотя я оставлен почти всеми, кто когда-то помогал мне. Я встаю, завтракаю в одиночестве, а черный пес ждет, чтобы досталось и ему, и все лает с завтрака до ужина". А Босуэлл как-то раз сказал ему, обыгрывая строку из Драйдена: "Меланхолия, как и "большой ум", может быть весьма сродни безумию; но между ними, на мой взгляд, есть отчетливое разделение".

Уильям Каупер поэтизировал свои печали, хотя на самом деле они были еще отчаяннее, чем у Босуэлла. В 1772 году Каупер писал родственнику: "Постараюсь не расплачиваться с тобою нотами скорби и уныния, хотя все мои жизнерадостные струны, похоже, оборваны". На следующий год у него был глубокий срыв, на какое-то время совершенно выведший его из строя. В это время он написал ряд страшных стихотворений; одно из них кончается так: "Пресыщен карами, в могиле плотской/ Я похоронен над землей". Писательство не приносило Кауперу спасения; десять строк в день вряд ли сумели бы развеять его тоску. Более того, даже осознавая себя большим поэтом, он ощущал, что литературный талант на фоне его депрессивных переживаний просто неактуален. В 1780 году он писал Джону Ньюману: "Мне доверено некое ужасное внутреннее Я, но не дано применить его к какой-либо пользе. Я влачу гнет, непосильный никаким плечам, разве только укрепленным, как мои, чрезвычайно, сверхъестественно отвер-

<sup>77</sup> Сэмюэль Джонсон (1709—1784) — знаменитый английский писатель. Книга Д. Босуэлла называется "Жизнь Сэмюэля Джонсона". — *Прим. ред.*

делым сердцем". Эдвард-Янг, писавший примерно в то же время, говорит о "незнакомце внутри тебя" и так описывает бесцветность мира: "Вот карта меланхолии земли! Но только много/Грустной! Сия земля — вот истинная карта человека!" АТобиас Смолетт писал: "Эти четырнадцать лет внутри меня находится лазарет, и я с самым болезненным вниманием изучаю собственный клинический случай".

Женская доля была особенно тяжела. Маркиза дю Деффан<sup>78</sup> писала другу в Англию: "Вы и представить себе не можете, как ково это — мыслить и не иметь никаких занятий. Добавьте к этому вкус, коему нелегко угодить, и великую любовь к истине, и вы согласитесь со мною, что лучше было бы и не родиться". В другом письме она писала с чувством отвращения к самой себе: "Объясните мне, почему, ненавидя жизнь, я все равно боюсь смерти?"

Протестантские аскеты конца XVIII века объясняли депрессию общественным упадком и указывали на широкую распространенность этой болезни среди предающихся ностальгии по прошлому аристократов. Что когда-то было знаком аристократической утонченности, теперь стало признаком морального разложения и слабости, а в качестве решения предлагался отказ от самодовольной удовлетворенности. Сэмюэль Джонсон говорил, что тяготы предотвращают сплин, и отмечал, что "в Шотландии, жители которой, как правило, не знают ни большого богатства, ни роскоши, умопомешательство, насколько мне известно, встречается весьма редко". Джон Браун утверждал, что "наша изнеженная, немужская жизнь, наряду с нашим островным климатом, породили заметный, как это ни печально, рост *подавленности* и *нервных заболеваний*". Эдмунд Берке<sup>79</sup> заявлял, что "меланхолия, уныние, отчаяние и часто самоубийство суть следствия того мрачного взгляда на жизнь, коего мы придерживаемся в нашем расслабленном состоянии тела. Лучшее средство от всех этих недугов — упражнения или *труд*". Вольтеровский Кандид борется, даже когда все его не-

*Мари де Виши-Шанрон, маркиза дю Деффан (1697—1780)* — хозяйка литературного салона, где собирались политики, поэты, ученые и философы. — *Прим. ред.*

<sup>79</sup> *Эдмунд Берке (1729—1797)* — английский мыслитель, писатель и политик. — *Прим. ред.*

взгоды позади; наконец его депрессивная подруга спрашивает: "Хотела бы я знать, что хуже: чтобы тебя тысячу раз ограбили чернокожие пираты, чтобы тебе отрезали одну ягодицу, прогнали сквозь строй полка болгар, бичевали и повесили на аутодафе, разрезали на куски, сослали на галеры — собственно говоря, испытать все несчастья, через которые мы уже прошли, или просто сидеть здесь, не зная, чем заняться?" Проблема решается, когда они с Кандидом принимаются за разведение огорода; работа на земле оказывает в высшей степени благоприятное воздействие на состояние души. Впрочем, имело хождение и противоположное воззрение: что высокий уровень жизни возвышает и настроение, а труд подавляет его. Хорас Уолпол прописал другу рецепт для снятия груза болезни, которую не в состоянии вылечить ни одно деревенское снадобье: "CCCLXV дней в Лондоне".

К концу XVIII века стал пробуждаться дух романтизма; разочарование сухостью чистого разума, засевшее в умах, сменилось обращением к возвышенному — великолепному и одновременно душераздирающему. Депрессию снова впустили в дом, еще более гостеприимно, чем это было со времен Фичино. Томас Грей уловил дух времени — депрессию опять рассматривали как источник знания, а не как глупость, от него удаленную. Его "Элегия, написанная на деревенском погосте" стала хрестоматийным текстом о мудрости, достигаемой в печали, которая близка истине, через которую узнаешь, что "путь славы — лишь к могиле путь". Глядя на спортивные площадки Итона, он видел:

Скорбь каждому своя. Все человеки  
Осуждены стонать,  
Чужою болью мучиться вовеки,  
Своей не ощущать.

Довольно; где невежество — блаженство,  
Знать много — блажь.

СТ. Кольридж в 1794 году писал, что воля его парализована "радостью печали! Некое таинственное желание нависает сумрачным крылом над беспокойным умом". Иммануил Кант

считал, что "меланхолический уход от суеты мира в силу правомерной усталости благороден" и "истинная добродетель, основанная на принципах, содержит в себе нечто такое, что представляется наиболее всего согласующимся с меланхолическим складом души". С таким настроением встречал депрессию XIX век.

Прежде чем оставить XVIII век, стоит взглянуть на то, что происходило в североамериканских колониях, где моральные силы протестантства были еще могущественнее, чем в Европе. Проблема меланхолии весьма досаждала переселенцам, и американское направление мысли об этом предмете возникло вскоре после их прибытия в Массачусетс. Конечно, переселенцы склонялись к большему консерватизму, чем их европейские собратья, и поскольку они часто придерживались крайних религиозных взглядов того или иного рода, то и депрессии они предпочитали давать религиозные объяснения. В то же время иметь дело с депрессией им приходилось часто. Их жизнь была невероятно трудна; общество строго следило за исполнением формальных норм; уровень смертности был чрезвычайно высок, а чувство оторванности от мира весьма остро. Следовать предписаниям Хораса Уолпола было практически невозможно; никакого особого очарования или радостей, способных взбодрить меланхолический дух, вокруг не наблюдалось. Сосредоточенность на спасении и его таинствах тоже доводила людей до умопомрачения, ибо единственная точка сосредоточения всей их жизни была чем-то не вполне поддающимся определению.

В обществах такого типа меланхоликов почти всегда считали объектами дьявольского вмешательства, жертвами собственной слабости и невнимания к искупляющему Господу. Первым, кто подробно рассмотрел эту проблему, был Коттон Мэзер. На ранних стадиях жизни он был склонен к крайним моральным суждениям, но его позиция несколько изменилась и смягчилась после того, как у его жены Лидии развилась депрессия, "мало отличающаяся от самой настоящей сатанинской одержимости". В последующие годы Мэзер уделял много времени и внимания проблеме меланхолии, вынашивая теорию, в которой в сложной синхронности работало Божественное и биологическое, естественное и сверхъестественное.

В 1724 году Мэзер издал "Ангел Вифезды" — первую написанную в Америке книгу, обращающуюся к депрессии. Он сосредоточивался больше на лечении, чем на сатанинских причинах недуга. "Друзья сих бедных *меланхоликов* пусть не *отчаиваются* раньше времени от всего того *утомительного*, что им теперь надобно *сносить с терпением*, их *бессмыслицы* и *глупости* надобно *сносить с терпением*. Мы, сильные, должны *сносить немощи слабых* и с терпеливым, благоразумным, мужественным великодушием жалеть их и улаживать, как *детей*, и дарить им одни только *добрые взгляды* и *добрые слова*. А если они станут говорить речи весьма для нас *прискорбные* (как *кинжалы* жальщие), мы не должны негодовать на них как на произнесенные этими лицами, ибо это не *они* говорят, но *их хандра!* Они *совершенно те же, что были прежде*". Предлагаемые Мэзером средства являют собою странную смесь экзорцизма, биологически активных веществ ("отвар пурпурного очного цвета и также верхушки зверобоя, то, что применяется при помешательстве") и чего-то уже совершенно сомнительного ("живых ласточек, разрезанных пополам, еще теплых, прикладывать к обритой голове" или "сироп из стали, четыре унции, по ложке два раза в день из любой удобной посуды").

В своей работе, изданной в Филадельфии в 1794 году, Генри Роуз приписывает страстям способность "увеличивать или уменьшать действие жизненных и естественных функций". Он утверждал, что, когда "они нарушают свойственный им порядок и превосходят границы, страсти становятся беспутством, коего следует избегать не потому лишь, что они нарушают душевный покой, но и поскольку вмещиваются в строй организма". В лучших традициях пуританства он рекомендует бесстрастие — умерщвление сильных чувств и эроса — как наилучшее средство охранить себя от падения. Этим пуританским понятиям предстояло владеть воображением американской публики еще долго после того, как их почти нигде уже не осталось. Еще в середине XIX века в Америке цвели религиозные течения, тесно ассоциирующиеся с болезнью. Соединенные Штаты были очагом "евангелической анорексии": люди, считавшие себя недостойными Бога, отказывались от пищи (и часто от сна), доводя себя до болезни и даже смерти; таких страдальцев современники называли "голодающими перфекционистами".

Если Век Разума был особенно тяжелым для депрессии, то период романтизма, продолжавшийся с конца XVIII века до расцвета викторианства, был особенно благоприятным. Теперь меланхолию рассматривали не как состояние, способствующее глубинному видению, но как само глубинное видение. Мировые истины не сулили счастья; Бог был явлен в природе, но Его точный статус ставился под некоторое сомнение; пробуждение промышленности питало первые ростки модернистской отстраненности, удаляя человека от результатов его труда. Кант утверждал, что возвышенное всегда "сопровождается неким ужасом или меланхолией". В сущности, это было время, когда безусловный позитивизм осуждался как наивный, а не превозносился как священный. Ясно осознавалось, что в прошлом, причем довольно отдаленном, человек был ближе к природе и утрата этих непосредственных отношений с нею была равносильна утрате некой невозвратимой радости. Люди этого периода недвусмысленно оплакивали течение времени — не просто старение, не просто утрату юношеской энергии, но то, что время нельзя остановить. Это эпоха Фауста Гете, сказавшего мгновению: "Остановись! Ты прекрасно!" — и ради этого предавшего душу свою на вечное проклятие. Детство воплощало собою невинность и радость; его уход вел к "послегрехопаденческой" взрослой жизни — жизни теней и страдания. Как сказал Вордсворт: "Поэтам в юности дается радость, в конце ж одно безумие и гадость".

Джон Ките написал: "Я был почти влюблен в покоящую смерть", ибо само проживание жизни было для него невыносимо болезненно. В своей классической "Оде к меланхолии" и также в "Оде к греческой вазе" он говорит о невыносимой печали и о бренности всего сущего, и потому даже самое дорогое сердцу все равно печально, и в конечном итоге нет разделения между радостью и скорбью. О самой меланхолии он пишет:

Она в Красе, удел которой — прах,  
И в Радости с перстами на губах,  
И с нежным и прощальным взглядом,  
И в Сладости, у пчелки на устах  
Готовой обернуться ядом.  
Так! Даже Наслажденья храм, как встарь,  
Скрывает меланхолии алтарь.

И у Шелли в душе встают образы изменчивости бытия и быстротечности времени, чувство, что за передышкой от скорби следует еще горшая скорбь:

Поет цветок сейчас —  
Увянет в ночь.  
Что мило, соблазняет нас  
И мчится прочь.

Веди покойным счет часам,  
Предайся мирным снам —  
Очнись к слезам.

Джакомо Леопарди отозвался из Италии похожим настроением: "Судьба не завещала роду сему/ никакого дара, кроме дара умирать". Это куда как далеко от сентиментальности Томаса Грея, задумчиво созерцающего красоту природы на сельском погосте; это самый ранний нигилизм, видение полной тщетности всего, скорее Экклезиаст ("Суета сует, всяческая суета"), чем "Потерянный рай". В Германии это чувство обретет название посильнее, чем просто "меланхолия": *Weltschmerz*, мировая скорбь. Оно станет линзой, через которую должны будут восприниматься все прочие чувства. Гете, величайший выразитель *Weltschmerz*, пошел, наверное, дальше всех других писателей в изображении бурной, трагической природы бытия. В "Страданиях юного Вертера" он говорит о невозможности войти в истинно возвышенное: "В те дни я в счастливом неведении рвался прочь в тот незнакомый мир, где надеялся найти столько полезного, столько радостного сердцу, что наполнил бы и насытил метущуюся, томящуюся грудь. И вот я возвращаюсь из этого широкого мира — о друг мой, со сколькими разбитыми надеждами, со сколькими разрушенными замыслами!.. Не испытывает ли человек недостатка сил именно тогда, когда они ему нужнее всего? А когда он взмывает в высоты радости или погружается в бездны страдания, не одергивают ли его и в том, и в другом, не возвращают ли обратно в тупую, холодную сферу знакомого как раз тогда, когда он стремился затеряться в полноте бесконечного?" В данном случае депрессия — это истина. Шарль Бодлер привнес во французский романтизм слово

"сплин" и сопутствующую ему эмоцию. Его пробирающий до костей мир жалкого зла мог не более преуспеть в преодолении пределов меланхолии, чем порывы Гете к возвышенному:

Когда свинцовый свод давящим гнетом склепа  
На землю нагнетет, и тягу нам невмочь  
Тянуть постылую, — а день сочится слепо  
Сквозь тьму сплошных завес, мрачней, чем злая ночь;

И дрог без пения влачится вереница  
В душе, — вотще тогда Надежда слезы льет,  
Как знамя черное свое Готска-царица  
Над никнувшим челом победно разовьет<sup>80</sup>.

Параллельно с этой поэтической мыслью идет мысль философская, которая простирается вспять, за романтический рационализм Канта, оптимизм Вольтера и относительное бесстрастие Декарта к устрашающему бессилию и беспомощности, коренящимся в образе Гамлета, или даже к *De Contempli Mundi*. Гегель в начале XIX века поведал нам: "История — не та почва, на которой произрастает счастье. Периоды счастья в ней — чистые страницы истории. В мировой истории есть известные моменты удовлетворения, но это удовлетворение нельзя приравнивать к счастью". Этот отказ от мысли о счастье как о естественном состоянии, к которому цивилизации могут так или иначе стремиться, дает начало современному цинизму. Для наших ушей это звучит почти очевидностью, а в свое время было еретической позицией уныния: истина в том, что в страданиях мы рождены, в страданиях же и будем влачиться, а те, кто понимает страдание и сживается с ним, и есть те, кто лучше других знает историю, прошлую и будущую. Тем не менее угрюмый Кант в другом месте утверждает, что поддаться унынию — значит стать навсегда потерянным.

В среде философов пропагандистом депрессии выступает Серен Кьеркегор. Никак не связанный гегелевским обязательством противостоять унынию, Кьеркегор сводил каждую истину к абсурду, изо всех сил сторонясь компромисса. Его стра-

дания доставляли ему какое-то дивное утешение, потому что он верил в их честность и реальность. "Моя скорбь — моя крепость, — писал он. — В своей великой меланхолии я любил жизнь, ибо любил меланхолию". Выглядит так, будто Кьеркегор считал, что счастье лишит его сил. Неспособный любить окружающих, он обратился к вере как к чему-то очень удаленному, даже за пределы отчаяния. "Я здесь стою, — писал он, — как лучник, чей лук натянут до последних пределов, а стрелять ему велят на пять шагов. Этого я сделать не могу, говорит лучник, но отнесите цель на двести, триста шагов, тогда вы увидите!" Тогда как более ранние философы и поэты говорили о меланхолике-человеке, Кьеркегор считал меланхоликом все человечество. "Не то редко, — писал он, — что кто-то пребывает в отчаянии; нет, редко то, чрезвычайно редко, чтобы настоящему не быть в отчаянии".

Артур Шопенгауэр был еще большим пессимистом, чем Кьеркегор, потому что не верил, что страдание хоть как-нибудь облагораживает; но он же был и насмешником, и автором эпитаграмм, для которого ход жизни и истории был более абсурден, чем трагичен. "Жизнь — это бизнес, доходы которого далеко не покрывают издержек, — писал он. — Да просто посмотреть на нее, на этот мир постоянно нуждающихся существ, держащихся какое-то время обыкновенным пожиранием друг друга, отбывающих свое существование в страхе и нужде, часто терпящих ужасающие бедствия, пока не упадут наконец в объятия смерти". Депрессивное человечество, по мнению Шопенгауэра, живет просто потому, что жить — один из его основных инстинктов, причем "первый и безусловный, посылка всех посылок". На стародавнее высказывание Аристотеля о том, что гениальные люди меланхоличны, он ответил, что человек, обладающий хоть каким-нибудь реальным интеллектом, осознает, "насколько жалко его положение". Подобно Свифту и Вольтеру, Шопенгауэр верил в труд, не столько потому, что труд рождает бодрость, сколько потому, что он отвлекает человека от его сущностной депрессии. "Если бы мир был райским садом беззаботности и наслаждений, — писал он, — люди умирали бы от скуки либо кончали с собой". Даже телесные наслаждения, которые должны бы спасать человека от отчаяния, суть всего лишь необходимые средства отвлечь вни-

мание, которые природа породила для сохранения жизни людей. "Если бы детей производили на свет одним только актом чистого разума, продолжал бы существовать человеческий род? Не имел ли бы человек, напротив, столько сочувствия к будущему поколению, что избавил бы его от бремени существования?"

Тем же, кто реально попытался привести эти воззрения назад к конкретному вопросу о болезни и внутреннем видении, был Фридрих Ницше. "Я давно задаюсь вопросом, а нельзя ли сравнить высшие ценности всей предшествующей философии, морали и религии с ценностями расслабленных, умственно больных и неврастеников — ибо в более легкой форме они представляют те же болезни. Здоровье и болезнь не различаются по существу, как то полагали древние врачи и даже иные из современных. На самом деле, различие между этими двумя родами существования лишь количественное: преувеличение, диспропорция, разбалансированность нормальных явлений составляют собою патологическое состояние".

Люди с умственными расстройствами и душевнобольные в XIX веке снова превратились в людей. Проведя предшествующие сто лет как животные, они стали теперь имитаторами благопристойности среднего класса — вольно или невольно. Среди первых реформаторов лечения душевнобольных был [французский врач] Филипп Пинель, опубликовавший в 1806 году свой "Трактат". Он ввел понятие "моральное лечение помешательства", которое, принимая во внимание, что "анатомия и патология мозга пока еще погружены в полный мрак", представлялось ему единственным путем вперед. Пинель обустроил свою лечебницу в соответствии с высокими нравственными нормами. Он убедил начальника по кадрам обращаться со всеми вверенными его попечению "с отеческой добротой и бдительным вниманием. Он никогда не упускал из виду принципов самой искренней филантропии. Он уделял особое внимание питанию, не оставляя поводов для ропота и недовольства со стороны даже самых привередливых. Он насаждал строгую дисциплину в поведении прислуги, сурово наказывая за любой случай дурного обращения и каждое проявление жестокости, допущенные ими в отношении тех, кому они были обязаны просто служить".

Главным достижением XIX века было учреждение системы приютов для стационарного лечения душевнобольных. Сэмюэль Тюк, человек, управлявший одним из таких сумасшедших домов, сказал: "Что касается меланхоликов, то выявлено, что разговаривать с ними об их душевной подавленности крайне неразумно. Мы придерживаемся совершенно противоположного метода. Используется любое средство для того, чтобы отвратить ум от его излюбленных, но безрадостных размышлений — телесными ли упражнениями, прогулками, беседами, чтением и прочими невинными забавами". Следствием такого рода программы (в противоположность грубым оковам и изошренным способам "укрошения", бытовавшим в предыдущем веке) было, согласно хозяину еще одного такого заведения, то, что "меланхолия, не углублявшаяся из-за недостатка всех обычных утешений, теряет тот преувеличенный характер, который в ней видели раньше".

Сумасшедшие дома множились, как грибы после дождя. В 1807 году на каждые десять тысяч общего населения Англии помешанными (в эту категорию входили и глубоко депрессивные) были признаны 2,26 человека; в 1844 году эта цифра составляла 12,66, а к 1980 году — 29,63. То, что в конце викторианского периода в стране было в тринадцать раз больше сумасшедших, чем на заре века, лишь в небольшой степени объясняется фактическим ростом числа душевных заболеваний; на самом деле, за 16 лет, прошедших между двумя парламентскими актами о душевнобольных (1845 и 1862 гг.), число выявленных умственно больных бедняков удвоилось. Это случилось отчасти оттого, что люди стали с большей готовностью причислять своих родственников к разряду сумасшедших, отчасти из-за более строгих определений "нормальности", а отчасти вследствие опустошительного наступления викторианского индустриализма. Того самого депрессивного пациента, недостаточно больного для Бедлама, который раньше потихоньку забивался в какой-нибудь тихий уголок в кухне, теперь удаляли из милого семейного круга диккенсовской Англии и помещали куда-нибудь подальше, откуда он не мог вмешиваться в социальное взаимодействие. Приют предоставлял ему общество, в котором он мог действовать, но и отрезал его от тех, у кого были хоть какие-то естественные причины его лю-

бить. Развитие приютов для душевнобольных было также тесно связано с ростом процента "излечимости": если состояние некоторых больных действительно удавалось улучшить благодаря проведенному в приюте времени, то поместить человека, находящегося на грани перехода к пожизненным мучениям, куда-то, где его можно спасти, становилось очень похожим на гражданский долг каждого.

Формулировке принципов деятельности приютов предстояло пройти через долгую череду уточнений. Уже в 1807 году это было предметом дебатов специальных парламентских комиссий. Первый Акт об умалишенных, принятый Парламентом, требовал, чтобы в каждом графстве был создан приют для бедняков-душевнобольных, в том числе и глубоко депрессивных, а Акт 1862 года о поправке к закону, относящемуся к умалишенным, открыл возможность добровольной госпитализации, и люди, испытывающие соответствующие симптомы, могли с утверждением медицинских органов сами помещать себя в приюты. Этот пункт очень отчетливо демонстрирует, как далеко продвинулось дело приютов: для того, чтобы попасть в больницу для душевнобольных в XVIII веке, надо было быть более чем сумасшедшим. Ко времени принятия Акта приюты в графствах содержались на деньги налогоплательщиков, частные приюты открывались ради прибыли, а официально зарегистрированные больницы для больных с более острыми формами (такие как Бедлам, где в 1850 году находилось около четырехсот пациентов) финансировались и из государственных фондов, и из частных пожертвований.

XIX век был временем классификации. Все обсуждали природу болезни и ее симптомы, все переопределяли то, что раньше просто называли меланхолией, и относили к разрядам и подразрядам. Крупные теоретики классификации и лечения стремительно сменяли один другого, и каждый был убежден, что некоторая незначительная коррекция теории его предшественника продвинет исцеление семимильными шагами. Уже в первой половине века Томас Бэддоуз<sup>81</sup> вопрошал, "надо ли относить безумие к одному виду или же разделить почти на столько же разрядов, сколько существует случаев".

<sup>81</sup> *Томас Ловелас Бэддоуз* (1803—1849) — английский врач, физиолог, поэт и драматург. — *Прим. ред.*

В Америке Бенджамин Раш считал, что любое помешательство — это ставшая хронической нервная лихорадка. Впрочем, эта болезнь находится под влиянием внешних обстоятельств. "Одни роды деятельности предрасполагают к сумасшествию больше других. Более всего склонны к нему поэты, художники, скульпторы и музыканты. Их деятельность развивает воображение и потворствует страстям". Сопровождающаяся бредом депрессия была весьма распространена среди пациентов Раши. Например, некий капитан дальнего плавания был абсолютно убежден, что у него в печени сидит волк. Другой считал себя растением. Этот настаивал, что его непременно надо поливать, и его приятель, эдакий озорник, взял да и помочился ему на голову, чем вызвал в больном такую ярость, что тот выздоровел. Хотя Раш, как и многие другие, не поднялся до пинелевского уровня сочувствия пациентам, он, в отличие от своих предшественников, считал верным их слушать. "Сколь бы ошибочным ни было мнение пациента о своем случае, болезнь его реальна. Потому для врача необходимым будет выслушать со вниманием утомительные и неинтересные подробности его симптомов и причин".

В. Гризингер, работавший в Германии, вернулся к Гиппократу и провозгласил раз и навсегда, что "душевные болезни суть болезни мозга". Хотя ему не удалось выявить источник этих болезней мозга, он твердо настаивал на том, что таковой существует и что сбой в мозге необходимо локализовывать и затем подвергать соответствующему воздействию, либо превентивному, либо лечебному. Он признавал переход одной душевной болезни в другую — то, что мы можем назвать "двойным диагнозом" — как часть *Einheitspsychose*, концепции, утверждающей, что все душевные болезни есть единый недуг, и если уж в мозге появилась порча, с ним может произойти все, что угодно. Эта концепция привела к признанию маниакально-депрессивного расстройства, к пониманию того, что пациенты, мечущиеся между крайними состояниями, могут страдать одной болезнью, а не двумя в их роковом чередовании. На основании этой работы вскрытие мозга при патологоанатомическом исследовании, особенно самоубийц, стало общепринятым.

Гризингер первым высказал мысль о том, что некоторые душевные болезни можно только лечить, тогда как другие —

вылечивать, и на основании его работы большинство приютов для душевнобольных стали разделять своих пациентов, отделяя тех, у кого есть шанс восстановиться и вернуться к деятельной жизни, от безнадежных случаев. Хотя существование реально сумасшедших было по-прежнему ужасно, жизнь других пациентов стала больше походить на нормальную. С депрессивными снова стали обращаться как с людьми, и это предотвращало их погружение в полную несамостоятельность. Тем временем исследования в русле Гринингера начали обретать статус культа; перемены в социальных нормах, начавшиеся в поздневикторианский период, можно смело связывать с появлением медицинской модели мозга.

В руках Гринингера депрессия окончательно перешла в область медицины. В самой влиятельной истории душевных болезней из всех написанных в XX веке Мишель Фуко высказывал мысль о том, что это было частью грандиозного замысла социального контроля, относящегося к колониализму и к посягательствам правящего богатства на права подавленной бедноты. Относя тех, кто находил жизнь слишком трудной, к разряду "больных" и удаляя их из общества, правящий класс мог бесчеловечно угнетать бедняков, которые, если их не сдерживать, могли бы и бунтовать. При необходимости эффективно угнетать пролетариат эпохи промышленной революции из его среды непременно надо было удалять тех, кто действительно находился на грани самоуничтожения, чтобы они не служили предупреждением для окружающих и революционной закваской.

Фуко интересно читать, но влияние, оказанное им, безумнее, чем люди, служившие ему темой. Депрессивные люди не могут руководить революцией, потому что они едва ли могут вылезти из постели и обуться. У меня во времена депрессии было не больше шансов присоединиться к революционному движению, чем короноваться на испанский престол. Приюты не делали истинно депрессивных невидимыми: в сущности, они всегда и были невидимы, ибо сама болезнь заставляет их рвать человеческие связи и привязанности. Самая распространенная реакция пролетариев (как, впрочем, и представителей любого класса) на глубоко депрессивных людей — отвращение и неловкость. Тем, кто сам не поражен болезнью, неприятно

на нее смотреть, потому что ее вид наполняет чувством неуверенности в будущем и провоцирует страхи и беспокойство. Говорить, что серьезно больных "забирали" из их естественного окружения, — значит отрицать реальность, а реальность такова, что их естественное окружение отвергало их. Парламентарии-консерваторы не выходили на улицы городов, чтобы набирать пациентов для приютов; приюты переполняли люди, которых сдавали туда их собственные родственники. Попытки обнаружить социальных заговорщиков продолжаются, как нескончаемый детектив Агаты Кристи, в котором на самом деле все умерли от естественных причин.

Перегруженные сумасшедшие дома стали отчасти следствием общего отчуждения времен позднего викторианства, которые в той или иной форме описывали все — от столпов социального порядка (Альфред Теннисон или, например, Томас Карлейль<sup>82</sup>) до страстных реформаторов (Чарлз Диккенс или Виктор Гюго) и тех, кто располагался на декадентских обочинах общества (Оскар Уайльд или Жорис-Карл Гюисманс). Сартор Ресартус, герой Карлейля, летописует отчуждение от переполненного толпами мира, нечто вроде всемирной депрессии, предвосхищая Брехта и Камю. "Вселенная виделась мне голосом всей Жизни, Замысла, Воли, даже Враждебности: это был один гигантский, мертвый, неизмеримый паровоз, надвигавшийся в своем мертвом безразличии, чтобы размолоть меня, член за членом". И далее: "Я жил в постоянном, нескончаемом, иссушающем страхе, дрожащий, малодушный, опасющийся неведомо чего; казалось, будто все сущее в Небесах над головой и на Земле под ними — против меня; как если бы Небо и Земля были беспредельными челюстями всепожирающего чудовища, в которых я с трепетом ожидал своей очереди".

Как выносить жизнь, и без того тягостную, в эти скорбные времена? Американский философ Уильям Джеймс самым непосредственным образом обратился к этим проблемам и верно разглядел несомненный источник раннемодернистского отчуждения в отходе от безусловной веры во всевышнего Бога, благорасположенного к своему творению. Хотя сам Джеймс

<sup>82</sup> *Томас Карлейль* (1795—1881) — выдающийся английский мыслитель, историк, философ и публицист. — *Прим. ред.*

был страстным сторонником личного вероисповедания, он так же остро отслеживал процесс неверия. "Мы, люди XIX века, — писал он, — со своими теориями эволюции и философиями механицизма, уже достаточно беспристрастно и достаточно хорошо изучили природу, чтобы безраздельно поклоняться тому богу, чей характер она может адекватно выражать. Такой блуднице мы никакой верностью не обязаны". Выступая перед группой гарвардских студентов, он сказал: "Многие из вас изучают философию и уже на себе почувствовали скептицизм и нереальность порождаемого излишним цеплянием за абстрактные корни сущего". А о торжестве науки он писал: "Физический строй природы, взятый просто в том виде, как его знает наука, не может считаться проявляющим хоть один гармонический духовный замысел. Он не более чем погода". Вот сущность викторианской меланхолии. Периоды большей и меньшей веры сменяли друг друга на протяжении всей человеческой истории, но это отбрасывание Бога и смысла открыло дорогу таким страстям, что живы и поныне, куда более громким, чем стенания тех, кто считал, что всемогущий Бог их оставил. Считать себя предметом острой ненависти мучительно, но оказаться предметом безразличия со стороны великого Ничто — значит быть одиноким в таком смысле, который был недоступен воображению предыдущих эпох. Мэтью Арнольд<sup>83</sup> озвучил это отчаяние:

В сем мире, что подобен снам,  
 Как бы страной мечты являющемся нам,  
 Столь разным, столь прекрасном, юном,  
 На деле нет ни счастья, ни любви,  
 Ни света, ни отрады, ни покоя;  
 И мы во тьме, где, как на поле боя,  
 Бессмысленные армии в крови  
 В ночи нас глушат грохотом и воем.

Такую форму принимает современная депрессия: кризис утраты Бога гораздо более распространен, чем кризис Его проклятия.

<sup>83</sup> *Мэтью Арнольд* (1822—1888) — английский поэт, доктор богословия, критик. — *Прим. ред.*

Если Уильям Джеймс определил философский разрыв между тем, что до тех пор считалось истиной, и тем, что явила философия, то знаменитый врач Генри Модели<sup>84</sup> определил последующий медицинский пробел. Именно Модели первым описал меланхолию, которая признает себя, но разрешить себя не может. "Нет ничего неестественного в плаче, — отмечал Модели, — но нет ничего естественного в том, чтобы разразиться слезами оттого, что тебе на лоб села муха, как я наблюдал у одного меланхолика. [Это] как если бы между ним и [вещами] опущена вуаль. И правда, не придумать гуще вуали, которую можно поместить между ним и ими, чем вуаль парализованного интереса. Его состояние озадачивает его самого и для него же необъяснимо. Обетования религии и утешения философии, столь вдохновляющие, когда в них нет нужды, и столь бессильные помочь, когда помощь нужней всего, для него не более чем бессмысленные слова. Настоящего психического расстройства у него нет, а есть только глубокое страдание психики, парализующее ее функции. И однако же, таких людей преследуют более страшные муки, чем настоящих сумасшедших, ибо при состоянии ума, достаточно здоровом, чтобы почувствовать и осознать свое жалкое положение, они с большей вероятностью приходят к самоубийству".

Джордж Сэвидж, писавший об умопомешательстве и неврозах, говорил о необходимости решительно навести наконец мост над пропастью между философией и медициной. "Может быть, это и удобно, — писал он, — но лечить тело в отрыве от души и физические симптомы отдельно от психических нефилософично. Меланхолия есть состояние психической подавленности, при котором страдание либо несоразмерно своей видимой причине, либо нелепо по принимаемой им странной форме, причем психическое страдание зависит от физических и телесных изменений, а от окружения непосредственно не за-

<sup>84</sup> *Модели Генри* (1835—1918) — английский психиатр и философ. Основоположник эволюционного направления в психиатрии; последователь Ч. Дарвина. Заложил основы детской психиатрии в Великобритании, внес существенный вклад в развитие судебной психиатрии. В философских взглядах был представителем позитивизма, стоял на позициях психофизиологического параллелизма и переносил биологические законы эволюции в область общественно-исторического развития человека. — *Прим. ред.*

висит. Насыщенный раствор скорби, — писал он, — заставляет обман чувств кристаллизоваться и принимать определенные формы".

XX век стал свидетелем двух крупных движений в лечении и понимании депрессии. Одно, психоаналитическое, в недавние годы наплодило множество всевозможных социологических теорий психики. Другое, психобиологическое, стало основой более абсолютистской категоризации. У каждого в свое время были основания претендовать на знание истины, и каждое в свое время выглядело положительно смехотворным. Каждое взяло некоторую часть глубинного видения и довело его до абсурда, и каждое занималось чуть ли не околорелигиозной самомистификацией, какую, появившись она в антропологии, или в кардиологии, или в палеонтологии, засмеяли бы до смерти. Действительность, несомненно, включает в себя элементы обоих учений, хотя их комбинация вряд ли в сумме составляет всю истину; но вот тот соревновательный задор, с которым каждая школа относилась к другой, послужил основой далеко идущих высказываний, во многих случаях еще менее близких к истине, чем "Анатомия" Роберта Бертона из XVII века.

Период современной мысли в отношении депрессии по настоящему начался в 1895 году с опубликования Фрейдом "Выдержек из писем к Флиссу"<sup>85</sup>. Бессознательное, как его сформулировал Фрейд, заменило собой общеупотребительное понятие души и стало новым очагом и новой причиной депрессии. В это же время Эмиль Крепелин опубликовал свою классификацию психических заболеваний, в которой категория депрессии определялась так, как мы понимаем ее сейчас. Представив психологическое и биохимическое объяснения болезни, эти двое создали раскол, который мы сейчас пытаемся преодолеть. И хотя разрыв между этими двумя версиями давно уже вредит современному мышлению в области депрессии, сами идеи этих независимых друг от друга школ весьма значительны и без их параллельного развития мы не могли бы начать поиски синтетического знания.

<sup>85</sup> Речь идет о письмах З. Фрейда к его близкому другу — врачу Вильгельму Флиссу (1858-1928). — *Прим. ред.*

Образная основа для психоанализа существовала уже давно, хотя и в искаженном виде. Психоанализ во многом схож с кровопусканием, которое было в ходу за некоторое время до него. В обоих случаях исходят из предположения, что внутри есть нечто мешающее нормальной работе психики. Кровопускание имело целью удалить вредные "соки" — физически вывести их из организма; психодинамическая терапия стремится лишить власти забытые или подавленные травмы — вывести их из бессознательного. Фрейд утверждал, что меланхолия есть вид оплакивания, а происходит она от чувства утраты либидо, от желания пищи или секса. "Тогда как сильные личности легко впадают в невроз страха, — писал Фрейд, — маломощные склонны к меланхолии". Он назвал депрессию "результатом выпитывания пограничного возбуждения", которое создает "внутреннее кровоизлияние", "рану".

Первое последовательное психоаналитическое описание меланхолии принадлежит не Фрейдю, а Карлу Абрахаму, чей очерк 1911 года по-прежнему авторитетен. Абрахам начал с категорического утверждения, что состояние тревоги и депрессия соотносятся так же, как страх и скорбь. "Мы страшимся грядущего зла; мы скорбим о зле былом". Итак, тревога — это страдание о том, что произойдет, а меланхолия — о том, что уже произошло. По Абрахаму, одно состояние вызывает другое; локализовать невротическое расстройство исключительно в прошлом или в будущем невозможно. Абрахам говорил, что состояние тревоги возникает тогда, когда хочешь чего-то, тебе не положенного, и потому даже не пытаешься достигнуть этого; депрессия же возникает тогда, когда хочешь и пытаешься, но не получаешь. Депрессия, говорит Абрахам, возникает, когда в способность человека любить вмешивается ненависть. Люди, чью любовь отвергли, в порыве подозрительности воспринимают мир так, будто он повернулся против них, и они его ненавидят. От нежелания признаться в этой ненависти самим себе у них развивается "несовершенно подавленный садизм".

"Там, где в больших количествах присутствует подавленный садизм, там, — согласно Абрахаму, — появляется соответственная тяжесть депрессивного аффекта". В результате этих садистских устремлений пациент, часто сам того не осознавая,

получает от своей депрессии известное удовольствие. Абрахам провел курс психоанализа с рядом депрессивных пациентов и отметил у них значительные улучшения, хотя осталось не ясным, помогло ли им реальное прозрение или утешила сама идея знания. Абрахам признал, что травма такого рода, ведущая к депрессии, может порождать и другие симптомы, и "у нас нет ни малейшего представления, почему на этом этапе одна группа пациентов идет по одному пути, а другая — по иному". Это, по его словам, "тупик терапевтического нигилизма".

Шесть лет спустя Фрейд написал свой краткий, но судьбоносный очерк "Печаль и меланхолия", возымевший, пожалуй, больше воздействия на современное понимание депрессии, чем любой другой опубликованный материал. Фрейд поставил под сомнение целостность того, что называют меланхолией; определение депрессии "варьируется даже в описательной психологии". А что, спрашивает Фрейд, нам делать с тем обстоятельством, что многие симптомы меланхолии, которые мы так рьяно стремимся устранить, проявляются также и в скорби? "Нам никогда не приходит в голову считать ее патологическим состоянием и отправлять скорбящего на лечение... Любое вмешательство в это состояние души мы рассматриваем как нежелательное и даже опасное... На самом деле, оно не представляется нам патологическим лишь потому, что мы хорошо знаем, чем оно объясняется". (Это не обязательно так и в наши времена; в *The New England Journal of Medicine* недавно опубликована статья, в которой утверждается: "...поскольку нормальное чувство утраты может приводить к тяжелой депрессии, то скорбящим пациентам, которые проявляют симптомы депрессии, длящиеся более двух месяцев, следует прописывать антидепрессивную терапию"). Впрочем, в депрессии люди теряют самооценку. "В печали, — писал Фрейд, — беден и пуст становится мир; в меланхолии — само эго". Скорбящий подавлен реальной смертью, меланхолик — неоднозначным переживанием несовершенной любви.

Никто добровольно не откажется от объекта своего желания. Потеря самооценки должна происходить от недобровольной утраты, и Фрейд полагает это также бессознательным: страдание от осознанной утраты обычно сглаживает время. Фрейд предположил, что обвинения, которые меланхолик

выдвигает против самого себя, на самом деле суть его жалобы на весь мир, и в этом случае Я делится надвое: обвиняющее Я, которое угрожает, и обвиняемое, которое ступшевуется. Фрейд разглядел этот конфликт в симптомах меланхолии: обвиняемое эго хочет, например, спать, но угрожающее эго наказывает его бессонницей. Здесь депрессия — разрыв целостного человеческого существа, или эго. В гневе на неоднозначность объекта своей любви, меланхолик принимается мстить. Он обращает гнев внутрь, чтобы не наказывать предмет своей любви. "Этот-то садизм, — писал Фрейд, — и только он, объясняет загадку". Даже суицидальность — это садистический порыв против другого, переориентированный на себя. Раздвоение эго служит средством интернализации предмета любви. Если ты ругаешь сам себя, при этом всегда присутствует объект твоих чувств; если есть потребность отругать другого, который может умереть или уйти, у тебя не остается объекта для чувств. "Убегая в свое эго, — писал Фрейд, — любовь избегает уничтожения". Самобичующий нарциссизм — результат невыносимого чувства утраты и предательства; он вызывает симптомы депрессии.

Абрахам, отвечая на "Печаль и меланхолию", предположил, что у депрессии две фазы: утрата объекта любви и реанимация его посредством интернализации. Он описывает расстройство как суммарный результат наследственного фактора, фиксации либидо на утраченной материнской груди, ранней травмы, нанесенной любви к себе вследствие реального или воображаемого отторжения матерью, и образом повторения этого первичного разочарования. "Приступ меланхолической депрессии предвосхищается разочарованием в любви", — писал он; и меланхолик становится "ненасытным" на внимание.

Довольно легко приложить откровения Фрейда и Абрахама, пусть и на несколько редуцированных началах, к собственной жизни. Во время моего первого депрессивного эпизода я был раздавлен смертью матери, и в своих снах, видениях и сочинениях, конечно же, впитывал ее в себя. Страдание от утраты приводило меня в ярость. Я также сожалел обо всех неприятностях, которые когда-либо причинил ей, о сложных смешанных чувствах, все еще живших во мне; окончательному завершению этих взаимоотношений помешала ее смерть. Я по-

лагаю, что внутренние системы конфликта и самобичевания сыграли большую роль в моем распаде, и все это сосредоточилось на публикации моего романа. Мне не хотелось раскрывать свое частное пространство, которое я выпестовал благодаря тому, что мать высоко ставила скрытность. Но я все равно решил печатать роман, и это принесло мне некое чувство освобождения от своих бесов. Но это дало также и ощущение того, что я действую вопреки воле матери, и я чувствовал себя виноватым. Когда пришло время читать написанное в книге вслух, оповещать публику о своих делах и поступках, угрызения совести стали совсем меня заедать, и, чем больше я старался в этой ситуации не думать о матери, тем выпуклее она являлась мне как "интернализированный объект любви". Вторичной причиной моего первого срыва было разочарование в любви; третий срыв спровоцировал крах неких взаимоотношений, в которые я вложил всю свою веру и надежду. На сей раз усложняющих факторов было не так много. В то время как друзья говорили мне, что я, должно быть, в ярости, то, что я чувствовал на самом деле, было отчаянием и неверием в себя. Я беспрерывно обвинял себя — это было средство обвинять других. Мое внимание было фиксировано на человеке, чье внимание я истинно желал, который отсутствовал и все же был жив во мне. Мое беспокойство, казалось, следовало по пятам образов моего детства и истории о смерти матери. Да уж, недостаток в интернализированном садизме тут не было и в помине!

Эти идеи нашли дальнейшее развитие в трудах последователей психоанализа. Мелани Клайн высказала мысль, что через печальный опыт утраты кормящей груди должен пройти каждый ребенок. Несомненное, как звук военной трубы, младенческое желание молока и тотальное удовлетворение от его получения, первичны, как сад Эдема. Всякий, кто слышал крик младенца, взыскующего пищи, знает, что отсутствие этого молока, когда его так хочется, может привести к катастрофическому неистовству. Наблюдая первый месяц жизни своего племянника, рожденного пока писалась эта книга, я видел (или предвидел) усилия и разочарования, очень похожие на мои собственные состояния души, и осознавал приближение депрессии, охватывавшей его в те самые секунды, которые нужны были его матери, чтобы поднести его к своей груди. Да

и сейчас, когда я приближаюсь к окончанию книги, малыш не выглядит очень уж довольным утратой груди в процессе отлучения. "На мой взгляд, — пишет Клайн, — младенческая депрессивная установка — центральная позиция в развитии младенца. Нормальное развитие ребенка и его способность любить во многом зиждутся на том, как его эго проходит через нее".

Французские аналитики делают следующий шаг. По Жаку Гассуну, который привнес понятие депрессии в проделанную Жаком Лаканом загадочную деконструкцию человеческого существа, депрессия — это третья страсть, столь же могущественная и неотвратимая, как любовь или ненависть, способные ее вызывать. Для Гассуна не существует автономии без состояния беспокойства. В депрессии, говорит Гассун, мы не отделены должным образом от другого и воспринимаем себя в одном ряду с миром. В природе либидо желать другого; но поскольку в депрессии мы не можем воспринять совершенно отдельного другого, то и не имеем основания для желаний. Мы депрессивны не потому, что удалены от того, чего желаем, а потому, что слиты с ним.

Зигмунд Фрейд — отец психоанализа; Эмиль Крепелин — отец психобиологии. Крепелин отделил приобретенные психические болезни от наследственных. Он считал, что все психические заболевания имеют внутренний биохимический базис. Он говорил, что есть болезни хронические и дегенеративные. Крепелин навел порядок в хаотическом мире психического нездоровья, утверждая, что существуют конкретные, легко определяемые, дискретные заболевания, что каждое из них имеет отличительные характеристики и, самое главное, предсказуемый исход, который можно понять в соотносительности со временем. Это основополагающее утверждение, может быть, и неверно, но оно было крайне полезно, потому что давало психиатрам некоторую основу для подхода к заболеваниям по мере их проявления.

Он выделил три формы депрессии, признавая между ними взаимосвязь. В самой легкой, писал он, "постепенно появляется нечто вроде душевной вялости; мысли затрудняются, пациентам становится трудно принимать решения и выражать то, что они хотят сказать. Им тяжело следить за мыслью при чтении или в обыкновенном разговоре. Они теряют привычный

интерес к окружающему. Мышление у них в высшей степени замедлено; им нечего говорить; у них дефицит идей и нищета мыслей. Они выглядят тупыми и заторможенными и объясняют это тем, что на самом деле чувствуют усталость и изнеможение. Пациент видит в жизни одну только темную сторону..." — и так далее, и тому подобное. "Эта форма депрессии, — заключает Крепелин, — протекает довольно однообразно, с небольшим числом вариаций. Улучшение приходит постепенно. Продолжительность — от нескольких месяцев до года и более". Вторая форма включает в себя плохое пищеварение, тусклость кожи, интеллектуальное торможение, беспокойные сны и так далее. "Течение этой формы проявляет вариации с частичной ремиссией и очень медленным улучшением. Продолжительность изменяется от шести до восемнадцати месяцев". В третью форму входят "бессвязные, похожие на сновидения галлюцинации и бред". Такое состояние часто бывает необратимым.

В общем и целом, полагал Крепелин, "прогноз неутешителен, принимая во внимание, что лишь треть пациентов выздоравливают, а остальные две трети испытывают дальнейшее разрушение психики". Он прописывал "исцеление покоем", "применение опиума или морфия в повышающихся дозировках" и разнообразные ограничения в питании. Крепелин систематизировал причины депрессии: "дефектная наследственность — самая главная, проявляющаяся в 70—80% случаев", — писал он, и заключал, что "из внешних причин, кроме беременности, самой заметной выступает, пожалуй, алкогольное излишество; среди других — психический шок, утрата и острые заболевания". Тут нет места таким заумным принципам, как раздвоенное эго или оральная фиксация на груди. Крепелин внес в диагностику предельную ясность, что, по выражению одного из его современников, было "логической и эстетической необходимостью". Но при всем своем удобстве эта ясность часто вела к ошибкам, и уже к 1920 году сам Крепелин вынужден был признать, что его послышки можно применять лишь на определенных условиях. Он начал допускать справедливость набиравшей силу идеи о том, что болезнь всегда комплексна. Канадский врач сэр Уильям Ослер резюмировал обновленный образ мыслей, когда писал: "Не говори мне, что за

болезнь у пациента; скажи лучше, что за пациент, у которого болезнь!"

Адольф Майер, швейцарский иммигрант в США, находившийся под сильным влиянием таких американских философов, как Уильям Джеймс и Джон Дьюи, подошел к делу прагматически и, негодуя и на Крепелина, и на Фрейда, примирил ставшие противоположными воззрения на мышление и мозг. Его принципы, будучи высказаны, были до того рациональны, что казались чуть ли не общим местом. О Крепелине Майер в итоге скажет: "Пытаться объяснить истерический припадок или галлюцинации гипотетическими клеточными изменениями, которых мы не можем ни постичь, ни доказать, на нынешней стадии развития гистофизиологии является представлением в пользу бедных". Он охарактеризовал ложную точность подобной науки как "неврологизирующую тавтологию". С другой стороны, он чувствовал, что и культовые тенденции психоанализа — бессмысленная трата времени и глупость; "любая попытка изобрести слишком много новых названий наказуема, — сказал он и добавил: — Мой здравый смысл не позволяет мне безоговорочно принять целые системы теорий того, каким должно быть человеческое существо и как именно и что в нем должно работать". Отметив, что решение "держаться подальше от бесполезных головоломок высвобождает массу новой энергии", он, наконец, спросил: "Почему мы должны настаивать на "физической болезни", если это всего лишь формула неких расплывчатых помех, тогда как функциональные трудности дают простой и управляемый набор фактов, с которыми можно работать?" Это и стало началом психодинамической терапии. Майер верил, что адаптивные возможности человека безграничны и воплощены в пластичности мышления. Он не считал, что испытанное каждым новым пациентом приведет к абсолютным определениям и грандиозным откровениям; он считал, что лечение должно базироваться на понимании данного конкретного пациента и говорил своим ученикам, что каждый пациент — это "эксперимент в области природы". У пациентов вполне может быть наследственная предрасположенность, но, если что-то унаследовано, это не значит, что оно непреложно. Майер стал профессором психиатрии в Университете Джонса Хопкинса, лучшей медицинской школе США

того времени, и воспитал целое поколение американских психиатров; его жена, Мери Брукс-Майер, стала первым в мире социальным работником в сфере психиатрии.

Майер работал с фрейдовской идеей о том, что опыт младенчества и есть судьба, и с крепелиновской идеей о том, что судьба — это генетика, и придумал идею поведенческого контроля, идею специфически американскую. Главная заслуга Майера в том, что он верил: люди способны изменяться — не только получать освобождение от ложных представлений, не только избавляться с помощью лекарств от биологической предропределенности, но и научиться жить так, чтобы быть менее уязвимыми для психической болезни. Он очень интересовался социальным окружением. Эта новая страна, Америка, куда люди приезжали и заново изобретали себя, возбуждала его до дрожи, и он внес в профессию воодушевление "самопреобразованием", которое было наполовину статуей Свободы и наполовину новым рубежом. Он называл хирурга "рукодельником", врача — "пользователем телесного", а психиатра — "пользователем биографии". В конце жизни он сказал: "Цель медицины — необычная цель сделать себя ненужной: так воздействовать на жизнь, чтобы то, что сегодня — медицина, завтра стало здоровым смыслом". Именно этим и занимался Майер. Читая его многочисленные эссе, находишь в них описание опыта человеческого существования, которое является медицинской реализацией того идеала, политическими проводниками которого были Томас Джефферсон и Авраам Линкольн, а в числе художественных поборников — Натаниэль Хоторн и Уолт Уитмен. Это идеал равенства и простоты, когда внешние прикрасы сорваны и обнажена сущностная человечность каждого индивида.

Откровения психоанализа и биохимическая правда о депрессии, смешавшись с теорией эволюции, оставили человечеству новую изоляцию и отчужденность. Работа Майера с американскими пациентами была высокопродуктивной, но в Европе его идеи принимали не с такой готовностью. Нет, старый континент плодил новые, базирующиеся на отстраненности теории середины века, особенно в русле экзистенциалистской мысли Камю, Сартра и Беккета. Тогда как Камю изображает абсурд, в котором нет ни причины продолжать жизнь, ни причины ее

прервать, Сартр погружается в царство еще большего отчаяния. В своей первой книге о наступлении экзистенциального отчаяния он описывает многие из симптомов, типичных для современной депрессии. "Что-то случилось со мною, — говорит герой "Тошноты". — Я не могу более сомневаться в этом. Оно пришло, как приходит болезнь, но не как обычная, нет, не как нечто явное. Оно пришло лукаво, потихоньку, шаг за шагом; я почувствовал себя немного странно, немного не в себе, только и всего. Раз угнездившись, оно уже не двигалось, сидело тихо, и я сумел убедить себя, что со мной ничего не происходит, что это была ложная тревога. А теперь оно расцвело". Чуть позже он продолжает: "Теперь я знал: все сущее есть то, каким видится, — а за ним нет ничего. Я существую, мир существует — и я знаю, что мир существует. Вот и все. И мне совершенно все равно. Это так странно, что все вокруг так мало меня занимает — это меня пугает". И наконец: "Бледное отражение меня самого колыхается в моем сознании... и вдруг Я бледнеет, бледнеет и исчезает". Это конец всякой значимости, тому, что ты значишь что-то еще. Можно ли лучше объяснить истончение себя, чем сказав, что # исчезает? Но картина, изображенная в "Тошноте", просто радует сердце по сравнению с основополагающими текстами Сэмюэля Беккета, в которых ни работа, ни что иное не дают хотя бы временного облегчения. Для Беккета чувствовать — это проклятие. В одном из своих романов он пишет: "Но какая разница, родился я или нет, жил или нет, умер или еще пока умираю. Я так и буду делать то, что делал всегда, не зная, ни что я делаю, ни кто я есть, ни где я есть, ни есть ли я..." В другом месте он описывает, как "слезы текут у меня по щекам из немигающих глаз. Что заставляет меня так плакать время от времени? Не происходит ничего печального. Может, разжижение мозгов? Былая радость, уж во всяком случае, начисто смыта у меня из памяти — если считать, что она там когда-нибудь была. Если я и отправляю другие естественные функции, то неосознанно". Куда еще мрачнее?

В срединные десятилетия XX века нейронауки занимали два вопроса в отношении депрессии. Первый — проходят ли состояния духа через мозг в виде электрических или химических импульсов? Исходным было предположение, что если в мозге проходят химические реакции, то лишь вспомогатель-

ные по отношению к электрическим, но подтверждений этому не находилось. Второй вопрос — есть ли разница между эндогенной невротической депрессией, являющейся изнутри, и экзогенной реактивной, приходящей извне? У всех эндогенных депрессий, казалось, есть разжигающие их внешние факторы; за реактивными же депрессиями обычно следует остающаяся на всю жизнь неадекватная реакция на внешние обстоятельства, что предполагает наличие внутренней предрасположенности. Разнообразные эксперименты "показывали", что одни виды депрессии поддаются одному виду лечения, другие — иному. Идея о том, что во всякой депрессии происходит взаимодействие генов и среды, даже не обсуждалась вплоть до последней четверти века. Отчасти это происходило из-за раздвоенной природы современной мысли по данному предмету, но еще и в силу гораздо более старой проблемы. Пациентам, страдающим депрессией, не хочется думать, что они сломались перед лицом неприятностей, в которых другие выстаивают. В утверждении, что депрессия вызывается внутренними химическими процессами, почему-то неподвластными подверженному ей человеку, есть определенные социальные интересы. Как жившие во времена Средневековья прятали свой недуг за стеной стыда, так же прятали его и жившие во второй половине XX века: разве что они могли заявлять, что у них депрессия — эндогенная, напавшая на них без всякой внешней причины, просто осуществление некоего генетического плана, на ход которого никакой режим или курс, состоящий из идей, ни малейшего влияния оказать не может. Именно в этом контексте стали такими популярными антидепрессанты. Поскольку их действие скрыто и не совсем понятно, то они, скорее всего, воздействуют на какие-то механизмы, управлять которыми с помощью сознания человеку решительно невозможно. Они — атрибуты богатства и роскоши, вроде личного шофера: ты сидишь себе развалившись на заднем сиденье, и пусть кто-то другой или что-то другое имеет дело с указателями, светофорами, полицейскими, плохой погодой, правилами дорожного движения и объездными путями.

Антидепрессанты были открыты в начале 1950-х годов. Согласно самой очаровательной версии, несколько изолированных туберкулезных больных, лечившихся ипрониазидом, но-

вым препаратом, призванным помочь их легким, пришли в необычное радостное возбуждение. Вскоре это вещество уже использовали на нетуберкулезных больных (против туберкулеза оно помогло мало), так что открытию вещества предшествовало открытие способа его воздействия. На самом же деле, явилось ли великое откровение Натану Клайну (который в США открыл ипрониазид, ингибитор моноаминоксидазы), или Лурье и Солзеру (показавшим, тоже в США, ранние положительные результаты изониазида, не зная его механизма), или Роланду Куну (который, работая в Германии, открыл трициклик имипрамин), — это предмет горячих националистических и честолюбивых дебатов. Поскольку ипрониазид вызывал желтуху, производители его отозвали вскоре после выхода в продажу. Изониазид так и не получил широкого распространения. Имипрамин же на сегодняшний день является официальным антидепрессантом Всемирной организации здравоохранения, а до прозака был мировым лидером среди антидепрессантов. Кун интересовался этими лекарствами из соображений систематики: он думал, что их можно будет использовать в классификации, которой немецкие исследователи в области психиатрии были одержимы со времен Крепелина. Клайн же начал с психоанализа; он открыл свой препарат в попытках доказать теорию о месте расположения энергии эго. Лурье и Солзер были прагматиками. Хотя препарат Куна оказался самым успешным, его замысел провалился: никакой явной логики, управляющей отзывчивостью пациентов на лекарство, не нашлось, так что никаких категорий депрессии оно не определило. Клайн же, который старался помочь пациентам справляться со старыми травмами, к своему удивлению обнаружил, что некоторых из них эти старые травмы перестали волновать. Лурье и Солзер, просто хотевшие сделать депрессивных пациентов менее депрессивными, сильно приблизились к своей цели.

Открытие антидепрессантов было, несомненно, выдающимся событием, но выяснение того, как и почему они работают, — совсем другая история. Теория нейромедиаторов появилась в 1905 году; ацетилхолин был выделен в 1914-м, а его функция продемонстрирована в 1921-м. В 1933 году выделили серотонин, а в 1954-м ученые предположили, что серотонин мозга может быть связан с эмоциональными функциями. Ста-

тъя, опубликованная в *Science* в 1955 году, утверждала, что поведение в некоторых случаях является непосредственным результатом биологии. Препараты, видимо *понижавшие* содержание уровня серотонина в мозге, приводили подопытных животных к подавленному состоянию или к судорогам. В том же году другой ученый обнаружил, что этот препарат приводит к понижению содержания и другого нейромедиатора — норэпинефрина. Попытки поднять уровень содержания норэпинефрина приводили в норму поведение животных, но не оказывали эффекта на сам синтез норэпинефрина — его уровень оставался сниженным. Оказалось, что форсирующий препарат воздействовал на дофамин, еще один нейромедиатор. Норэпинефрин, эпинефрин, дофамин и серотонин — все это моноамины (названные так потому, что в их химическом строении содержится единственное аминное кольцо), а новые препараты, начинавшие входить в употребление, были ингибиторы моноаминоксидазы (МАОI), которые, по сути, повышают содержание моноаминов в кровеносной системе (окисление разрушает моноамины, а МАОI не допускают окисления).

Трициклики, эффективность которых была уже продемонстрирована, должны были выполнять ту же функцию; однако тесты показали, что они снижают уровень норэпинефрина в кровотоке. Дальнейшие эксперименты продемонстрировали, что норэпинефрин, хотя уже и не перемещается свободно по кровеносной системе, по-прежнему присутствует в организме, и в итоге Джулиус Аксельрод, американский ученый, работавший в только что сформированном Национальном институте психического здоровья, выдвинул идею обратного захвата. Норэпинефрин высвобождается; он что-то делает в каких-то неведомых краях, которые называют "синаптической щелью"<sup>86</sup> (часть его даже выпадает из нее и включается в обмен веществ); потом его снова абсорбируют те же рецепторы, из которых он выделился. Аксельрод, удостоенный Нобелевской премии 1970 года, позже говорил, что, если бы знал больше, никогда бы на додумался до такой притянутой за уши гипотезы. А ведь сработало! Скоро было доказано, что трициклики блокируют

*Синоптическая щель* — узкое пространство между мембранами контактирующих нервных клеток. — *Прим. ред.*

механизм обратного захвата, повышая содержание норэпинефрина в синаптической щели, но не увеличивая его общего уровня в организме и кровеносной системе.

На протяжении последующих двадцати лет ученые спорили, какие из нейромедиаторов действительно важны. Первоначальную мысль о важности серотонина сменили новые прозрения, показавшие, что настроение сильно зависит от норэпинефрина. В 1965 году Джозеф Шильдкараут в своей статье в *The American Journal of Psychiatry* собрал всю эту информацию вместе и предложил связную теорию о том, что эмоция регулируется норэпинефрином, эpineфрином и дофамином (общее название группы — катехоламины); что ингибиторы MAO предотвращают распад этих веществ и тем самым увеличивают их количество в мозге и, следовательно, в синаптической щели, и что трициклики, ингибируя обратный захват, тоже повышают содержание катехоламинов в синаптической щели.

Публикация этой теории отметила собой решительный раскол между психоаналитиками и нейробиологами. Хотя теории синаптической щели на самом деле и не вполне несовместимы с теориями сублимации эго, они настолько разные, что большинству людей, близких к каждой из них, казалось, что обе они истинными быть не могут. Новейшая наука убедительно ставит под сомнение большинство наших посылок о действии антидепрессантов и обращает взгляд на пробелы во влиятельной аргументации Шильдкараута. Многие из новейших доводов весьма изощренны, но суть их заключается в следующем: хотя определенные химические соединения действительно влияют на уровень содержания катехоламинов и служат действенными антидепрессантами, не ясно, как эти два факта связаны между собой; более обширное исследование показывает, что многие вещества, влияющие на уровень катехоламинов в мозге, как антидепрессанты не действуют.

Прямой производной мысли Шильдкараута является теория уровня серотонина — во многом та же самая, только имеющая отношение к другому нейромедиатору. Теории обратного захвата, касающиеся количества нейромедиаторов в синаптической щели, породили теории рецепторов, говорящие о пунктах назначения нейромедиаторов, а не о самих нейромедиаторах. Согласно этим теориям, если рецептор функционирует непра-

вильно, мозг может действовать так, будто у него истощены нейромедиаторы, даже когда их запас велик. С тех пор выяснилось, что высокое содержание нейромедиаторов может вызывать снижение чувствительности рецепторов. Теории рецепторов, впервые высказанные группой шотландских ученых в 1972 году, содержат почти столько же слабых мест, как и теории обратного захвата: некоторые вещества, которые связывают рецепторы, не обладают качествами антидепрессантов, а некоторые препараты, являющиеся высокоэффективными антидепрессантами (например, миансерин), не связывают рецепторы и не влияют на содержание нейромедиаторов. Более того, рецепторы — это не некие стабильные образования, не порты, в которые снова и снова возвращаются суда. Они постоянно меняются, и их число в мозге можно легко варьировать. Принимая лекарство в течение тридцати минут, можно изменить и количество нейромедиаторов в синаптической щели, и число и месторасположение рецепторов.

Одна теория, опубликованная в 1976 году, утверждала, что замедленная реакция на ранние антидепрессанты объясняется тем, что одна группа рецепторов — бета-адренергические рецепторы — теряет под воздействием большинства антидепрессантов свою чувствительность через несколько недель. Это еще одна теория, которую ни доказали, ни опровергли; собственно говоря, ее по большому счету просто проигнорировали благодаря появлению SSRI и попыткам переопределить депрессию как проблему, связанную с серотониновой системой. Еще в 1969 году Арвид Карлссон выдвинул предположение, что эффективность существующих антидепрессантов может обуславливаться их косвенным воздействием на серотонин, а не прямым на норэпинефрин, эпинефрин и дофамин. Он пришел с этой идеей в компанию Geigy, одну из лидирующих производителей антидепрессантов, но там ему сказали, что идеей антидепрессанта, который направлен на серотониновую систему, не интересуются. Тем временем группа ученых в Швеции начала экспериментировать с изменением строения существующих антидепрессантов и в 1971 году разработала первый серотониновый препарат. Через восемь лет тестирования, в 1980 году, он был выпущен на европейский рынок. К сожалению, подобно нескольким многообещающим препаратам до

него, он имел серьезные побочные эффекты и, несмотря на клинический успех, был вскоре снят с продажи.

Карлссон работал с датскими исследователями, и в 1986 году они выпустили циталопрам (целексу) — первый приемлемый серотониновый препарат, по-прежнему самый популярный в Европе. Пока приходили и уходили новые теории о способе действия этих препаратов, американский ученый Дэвид Уонг, работавший в компании Eli Lilly, разработал в 1972 году еще один серотониновый препарат, названный флюоксетином. Сначала в Lilly хотели использовать его как гипотензивное средство, но большого эффекта он не дал, и в начале 1980 года стали рассматривать его возможности в качестве антидепрессанта. В 1987 году препарат выпустили под названием прозак. За ним быстро последовали другие SSRI. Флювоксамин (лювокс/феварин) уже был на рынке в Европе и скоро стал доступен в США. В течение десяти лет появились сертралин (золофт/люстрал), пароксетин (паксил/сероксат) и венлафаксин (эффексор/эфексор). Все эти соединения блокируют обратный захват серотонина, все они различны по составу и все многофункциональны.

Новейшая наука о депрессии вторит предположению Гиппократа о том, что депрессия — заболевание мозга, которое можно лечить лекарствами; ученые XXI века н. э. умеют создавать лечебные средства лучше ученых V века до н. э., но базовые представления прошли, по существу, полный круг. Социальные теории тем временем следуют аристотелианскому образу мыслей, хотя конкретные виды психотерапии у нас разработаны лучше, чем у наших далеких предков. Огорчает же более всего то, что эти два видения по-прежнему оспариваются, будто истина лежит где-то еще, а не посередине.

## ГЛАВА IX

# БЕДНОСТЬ

**Д**ля депрессии нет классовых границ; для средств против нее — есть. Это значит, что большинство из тех, кто беден и пребывает в депрессии, такими и останутся; собственно говоря, чем дольше они остаются в этом состоянии, тем беднее и депрессивнее становятся. Бедность толкает в депрессию, а депрессия — в бедность, ведя, по своему обыкновению, к саморазрушению и изоляции. Смирение бедности — пассивное отношение к судьбе; подобное состояние у людей, наделенных более очевидной жизненной силой, потребовало бы немедленного лечения. Депрессивные бедняки воспринимают себя в высшей степени беспомощными, настолько беспомощными, что не станут искать помощи и не примут ее. Мир отказывается от депрессивных бедняков; и сами они отделяют себя от мира, теряя главное из человеческих качеств — свободу воли.

Когда депрессия настигает человека, принадлежащего к среднему классу, ее сравнительно легко распознать. Ты живешь своей вполне нормальной жизнью и вдруг тебе становится плохо. Ты не можешь эффективно функционировать; у тебя не хватает силы воли приняться за работу; ты не чувствуешь себя хозяином своей жизни; тебе кажется, что ты никогда ничего не добьешься, что сам опыт и переживания жизни бессмысленны. По мере того как ты все больше замыкаешься в себе, по мере приближения состояния ступора, ты начинаешь привлекать внимание друзей, коллег и родных, которые не могут понять, почему ты отказываешься от столь многого из того, что всегда доставляло тебе удовольствие. Депрессия несовмес-

тима с твоей частной реальностью и необъяснима для реальности общественной.

Но если ты находишься на самом низу социальной лестницы, на такие симптомы долго не обращают внимания. Для жалких и угнетенных бедняков жизнь всегда отвратительна, они и раньше не испытывали к ней никаких особенных чувств; они никогда не могли получить и удержать приличную работу; они никогда не собирались совершать ничего выдающегося; им никогда в голову не приходила идея, будто они могут управлять тем, что с ними происходит. Нормальное состояние таких людей имеет много общего с депрессией, и здесь возникают специальные проблемы с определением симптомов. Что считать симптомами? Что рационально, а не симптоматично? Вести трудную жизнь или пребывать в расстройстве душевного состояния — разница огромная, и, хотя принято считать, что депрессия — естественное следствие такой жизни, в действительности часто бывает наоборот. Пораженный выводящей из строя депрессией, ты уже ничего не делаешь из своей жизни и остаешься на мели в самом крайнем эшелоне, подавленный самой мыслью о том, чтобы помочь себе. Лечение депрессии у неимущих часто позволяет им открыть в себе и честолюбие, и способности, и радость.

Депрессия — это обширная область с множеством подразделов, некоторые из которых подробно изучались: депрессия среди женщин; депрессия среди художников; депрессия среди спортсменов; депрессия среди алкоголиков. Список можно продолжать и продолжать. Но — и это характерно — в отношении депрессии среди бедноты сделано мало. Это не совсем понятно: ведь у людей, живущих ниже уровня нищеты, депрессия распространена шире, чем в целом среди населения; так, процент депрессии среди получающих пособие по бедности велфэр (*welfare*<sup>87</sup>), примерно втрое выше, чем у населения в целом. Давно уже стало модно говорить о депрессии в отрыве от жизненных событий. На деле же большинство депрессивных бедняков подпадают под несколько биографических категорий, характеризующих начальное наступление депрессии.

<sup>87</sup> *Welfare* (англ. "благоденствие") — программа социальной помощи неимущим. — *Прим. пер.*

Экономические невзгоды — только начало их проблем. Часто у них плохие отношения с родителями, детьми, друзьями и подругами, мужьями или женами. У них нет хорошего образования. Им нечем отвлечься от своих печалей или страданий, как отвлекаются приносящей удовлетворение работой или интересной поездкой. У них полностью отсутствует ожидание положительных ощущений. В своей страсти излечить депрессию, мы склонны полагать, что "реальная" депрессия наступает независимо от внешних обстоятельств. Но это не так. Многие бедняки в Америке страдают депрессией — не просто чувством забитости и унижения от жизни на дне, а клиническим заболеванием, симптомы которого включают в себя социальное безразличие, неспособность встать с постели, нарушение аппетита, чрезмерные страхи или беспокойство, повышенную раздражительность, непоследовательную агрессивность, неспособность заботиться о себе и о других. Практически все американские обездоленные — по вполне понятным причинам — недовольны своим положением; но многие из них, кроме того, им парализованы, физиологически не способны придумать или предпринять шаги, чтобы улучшить свою жизнь. В нынешнюю эпоху реформ системы социального обеспечения мы предлагаем бедным самостоятельно вытаскивать себя за шкуру; но у неимущих, страдающих тяжелой депрессией, и шкурки-то уже нет, и вытащить себя они не могут. Как только у них появились симптомы депрессии, им не помогут ни программы профессионального переориентирования, ни патристически-гражданские инициативы. Им требуется психиатрическая помощь — лекарства и психотерапия. Несколько проведенных по всей стране независимых исследований показали, что такое вмешательство сравнительно недорого и высокоэффективно и что большинство депрессивных неимущих, освободившись от болезни, страстно стремятся улучшить свою жизнь.

Нужда — мощный пусковой механизм депрессии; освобождение от нужды — мощный пусковой механизм выздоровления. Либеральная политика сосредоточена на облегчении внешних ужасов тяжелой жизни в предположении, что это сделает людей счастливее. Эту цель никогда нельзя отбрасывать. Однако порой бывает практически более осуществимо облегчить

депрессию, чем устранить нужду. Принято считать, что сначала надо решить проблему безработицы, а уж потом переходить к такому хитрому делу, как психическое здоровье безработных. Довод слабоват; решение проблемы психического здоровья вполне может быть эффективным средством вернуть людей на работу. Тем временем некоторые защитники непривилегированных классов опасаются, что в водопроводную воду станут добавлять прозак, чтобы помочь несчастным терпеть нестерпимое. К сожалению, прозак не делает несчастных счастливыми, поэтому сценарий по-отечески нежного тоталитаризма, набросанный социальными паникерами, не имеет оснований в реальности. Исцеление последствий социальных проблем никогда не заменит собой их решения. Однако же неимущие, получив соответствующий уход, должны работать вместе с либеральными политиками над улучшением своей жизни, а эти изменения могут вызвать сдвиги в обществе в целом.

Гуманистические доводы в пользу лечения депрессии среди неимущих убедительны, экономические — не менее убедительны. Депрессивные люди — огромная обуза для общества: от 85% до 95% людей с серьезными психическими заболеваниями в США — безработные. И хотя многие из них стараются вести социально приемлемый образ жизни, большинство предаются злоупотреблениям и саморазрушительному поведению. Иногда они склонны к насилию. Они передают эти проблемы своим детям, и у тех появляется предрасположенность к умственной неполноценности и эмоциональным нарушениям. Когда неимущую мать не лечат от депрессии, ее детям чаще всего предстоит прямая дорога либо в систему социального обеспечения, либо в пенитенциарную систему. Сыновья женщин, которых не лечили от депрессии, имеют гораздо больше шансов стать малолетними преступниками, чем другие дети. Дочери депрессивных матерей проходят период полового созревания раньше других девушек, а это почти всегда связано с распущенностью, ранней беременностью и эмоциональной нестабильностью. Денежные затраты на лечение депрессии в этом слое общества скромны по сравнению с уроном, который приносит игнорирование проблемы.

Найти бедняков, которые бы проходили длительный курс лечения от депрессии, чрезвычайно трудно, потому что в США

нет четких программ выявления и лечения депрессии в этих слоях населения. Те, кому положена бесплатная медицинская помощь, имеют право на продолжительный уход, но должны подавать заявку, а находящиеся в депрессии редко пользуются своими правами и претендуют на то, что им положено, даже если им хватает рассудительности распознать свое состояние. Здесь морально оправданы активные программы помощи — такие, которые искали бы людей, нуждающихся в лечении, и предоставляли бы его им, даже если сами эти люди не склонны обращаться за помощью. Подобные программы оправданы потому, что те, кого склоняют к лечению, почти всегда рады такому вниманию; здесь, как нигде, сопротивление оказывается симптомом болезни. Многие штаты предлагают более или менее адекватные программы лечения для тех депрессивных бедняков, которые способны прийти в соответствующее учреждение, заполнить необходимые бланки, выстоять в нужных очередях, предоставить три удостоверяющих личность документа с фотографиями, изучить программы, выбрать из них и прочее. Мало кто из неимущих пациентов на это способен. Социальный статус и серьезные проблемы депрессивных неимущих делают для них функционирование на этом уровне практически невозможным. Этот слой населения можно лечить только путем обращения к болезни прежде обращения к пассивности, с которой они склонны переживать свою болезнь. Говоря о программах психиатрического вмешательства, Стивен Хайман, директор NIMH, говорит: "Это вовсе не КГБ, которое приезжает к тебе в хлебовозке и забирает тебя. Но ведь этих людей надо убедить. Это можно делать в рамках программ социальной помощи, стимулирующих устройство на работу (*workfare*<sup>88</sup>). Если хочешь добиться эффективного перехода от пособия по безработице к работе, начинать следует именно отсюда. Это может быть беспрецедентным опытом в жизни этих людей: они видят, что кто-то ими интересуется". Поначалу большинству людей этот беспрецедентный опыт не особенно

*Workfare* — реформа системы социального обеспечения, особенно затрагивающая семьи с детьми, ставящая целью предоставить получателям пособий возможность повысить уровень образования и квалификации с тем, чтобы они могли отказаться от государственного вспомоществования и получить доходное занятие. — *Прим. ред.*

по душе. Отчаявшиеся люди, не желающие, чтобы им помогали, обычно не способны поверить, что помощь освободит их. Их можно спасти только путем насильственного проявления миссионерского усердия.

Сделать конкретную оценку расходов, связанных с обслуживанием этого слоя населения, трудно, но 13,7% американцев живут за чертой бедности, и, согласно недавнему исследованию, около 42% глав семейств, получающих пособие семьям с находящимися на иждивении детьми (Aid to Families with Dependent Children, AFDC), отвечают критериям клинической депрессии — более чем вдвое выше, чем в среднем по стране. Из состоящих на "велфэре" беременных матерей этому критерию отвечают умопомрачительные 53%. С другой стороны, вероятность "сесть на велфэр" у людей с психическими отклонениями на 38% выше, чем у людей без отклонений. То, что мы не выявляем и не лечим этих обездоленных, не только жестоко, но и дорого. Mathematica Policy Research, Inc., организация, занимающаяся статистикой по социальным вопросам, подтверждает, что "значительная доля населения существующая на пособие... имеет недиагностированные и/или нелеченные психические отклонения" и что предоставление этим людям медицинских услуг "повысило бы их пригодность к трудоустройству". Федеральное правительство и правительства штатов ежегодно передают около 20 миллиардов долларов наличными бедным непрестарелым взрослым и их детям. Примерно столько же мы платим за талоны на питание для таких семей. Если принять скромную оценку — что 25% людей, получающих "велфэр", страдают депрессией, что половину из них можно эффективно лечить и что из этой половины две трети могут вернуться к продуктивной работе, пусть даже не на полный день, даже учтя затраты на лечение, это все равно могло бы снизить затраты на "велфэр" на 8% и сэкономить примерно 3,5 миллиарда долларов в год. Поскольку правительство США предоставляет таким семьям еще и медицинскую помощь и другие услуги, реальная экономия может быть значительно выше. В настоящее время работники социального обеспечения не проводят систематической проверки на наличие депрессии; этими программами руководят, как правило, администраторы, ведущие мало социальной работы. То, что отчеты

работников социального обеспечения склонны называть явно намеренным невыполнением правил со стороны своих подопечных, во многих случаях мотивируется причинами психиатрического характера. Тогда как политики-либералы склонны подчеркивать, что несчастная жизнь неимущего класса есть неизбежное следствие политики невмешательства государства в экономику (и потому не поддается исправлению посредством психиатрического вмешательства), правые склонны считать, что это — проблема лени (и потому тоже не поддается исправлению посредством психиатрического вмешательства). На самом же деле для многих бедняков проблема состоит не в отсутствии перспектив трудоустройства или мотивации к нему, а, скорее, в тяжелом психическом дефекте, делающем трудоустройство невозможным.

Сейчас ведется несколько пилотных проектов по исследованию депрессии среди неимущих. Врачи, работающие в государственной системе здравоохранения и привыкшие иметь дело с этим слоем населения, показали, что с проблемами неимущих людей, пребывающих в депрессии, справляться можно. Джин Миранда, психолог из Джорджтаунского университета, двадцать лет добивается пристойного психиатрического лечения для жителей городских трущоб. Недавно она закончила исследование лечения женщин в округе Принца Джорджа штата Мериленд, бедном районе близ Вашингтона. Поскольку услуги клиник по планированию семьи составляют всю медицинскую помощь, доступную неимущему населению Мериленда, то Миранда выбрала одну из них для выборочной проверки на депрессию. Затем она принимала тех, кого сочла депрессивными пациентами, на программу лечения, учитывавшую их психиатрические проблемы. Эмили Хоенстайн из Университета штата Вирджиния недавно провела медицинское исследование среди сельских женщин. Она начала свою работу с неблагополучных детей, а затем перешла к лечению их матерей. Ее исследовательская база располагалась в округе Бэкингам сельской части Вирджинии, где рабочие места сосредоточены в основном в тюрьмах и на нескольких фабриках, где немалая часть населения неграмотны, четверть жителей не имеет доступа к телефону, многие живут в убогих жилищах без отопления, без внутренних туалетов, часто даже без водопро-

вода. И Миранда, и Хоенстайн исключали из своих занятий алкоголиков и наркоманов, отсылая их на реабилитационные программы. Гленн Трейсман из клиники Университета Джонса Хопкинса десятилетиями изучает и лечит депрессию у неимущих ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в Балтиморе; большинство из них, кроме того, злоупотребляют наркотическими веществами. Он стал не только лечащим врачом, но и горячим защитником этого слоя населения. Все эти врачи использовали методы "навязчивого" ухода, и во всех программах расходы на человека в год далеко не доходили до 1000 долларов.

Результаты этих исследований на удивление хорошо согласуются между собой. Мне предоставили доступ к любым пациентам, и, к моему удивлению, все, с кем я встречался, считали, что их жизнь во время лечения хоть немного, но улучшилась. Все, кто избавился от тяжелой депрессии, какими бы ужасающими ни были их жизненные обстоятельства, начали медленно карабкаться по направлению к содержательной деятельности. Их *ощущение* жизни улучшилось, и сама жизнь тоже. Их ввели в деятельность, и они начали действовать; даже когда эти люди встречали почти неодолимые препятствия, они быстро прогрессировали. Их страшные повести настолько превзошли мои ожидания, что я сверялся у лечащих врачей, спрашивая, правдивы ли эти истории. Невероятными были и рассказы об их выздоровлении, столь же прелестные, как сказка о Золушке, с каретой из тыквы и хрустальным башмачком. Снова и снова, встречаясь с бедняками, которых лечили от депрессии, я слышал нотки изумления и восхищенного вопрошания: как, после того как все шло под откос, эта поддержка смогла изменить всю их жизнь? "Я просила Господа послать мне ангела, — сказала одна женщина, — и Он услышал мои молитвы".

Когда Лолли Вашингтон, одной из участниц исследования Джин Миранды, было шесть лет, некий инвалид, приятель ее бабушки-алкоголички, изнасиловал девочку. В седьмом классе она "не видела никакого резона продолжать учиться. Я ходила в школу и делала все, что надо, но никакой радости не было вообще". Лолли начала замыкаться в себе. "Я просто оставалась сама с собой. Все какое-то время думали, что я не умею разговаривать, потому что несколько лет в школе я нико-

му ничего не говорила". Как многие жертвы издевательств, Лолли считала себя безобразной и ни на что не годной. Первый ее сожитель был груб и жесток словом и делом, и после рождения ребенка (когда Лолли было 17 лет), девушке удалось "сбежать от него, сама не знаю как". Несколько месяцев спустя она была в гостях с сестрой, с еще одной родственницей и ее ребенком и со старым другом семьи, "который всегда был просто другом, настоящим хорошим другом. Мы все были у него дома, и я знала, что его мама держала у себя на комодке красивые букеты. Я пошла на них посмотреть, потому что люблю цветы. И вдруг как-то оказалось, что в доме никого нет, все ушли, а я и не заметила. Он меня изнасиловал, грубо, а я кричала и звала на помощь, и никто не ответил. Потом мы спустились вниз и сели в машину с сестрой. Я не могла говорить, было так страшно, и кровь текла".

Лолли забеременела и родила ребенка от насильника. Вскоре после этого она познакомилась с еще одним мужчиной и под нажимом семьи вышла за него замуж, хотя и он над ней издевался. "В день свадьбы все было не так, весь день, — рассказала она мне. — Было похоже на похороны. Но из всех вариантов, какие у меня были, этот был наилучшим". В следующие два с половиной года она родила от мужа еще троих детей. "Над детьми он тоже издевался, хотя именно он их хотел, а не я, ругался и кричал без конца... и эти порки, я не могла выносить, за любой пустяк, а я их и защитить не могла".

У Лолли началась тяжелая депрессия. "До этого у меня была работа, но пришлось уйти, потому что я не могла справиться. Мне не хотелось вставать с постели, я не видела смысла вообще что-нибудь делать. Я и так маленькая, а тут все худела и худела. Не могла встать, чтобы поесть или что-нибудь сделать по дому. Было просто все равно. Бывало, сижу и просто плачу, плачу и плачу. Ни о чем. Просто плачу. Просто хотела быть одна. Мама помогала с детьми, даже когда ей ампутировали ногу, после того как ее друг случайно в нее стрелял. Собственным детям мне нечего было сказать. Они уходили из дома, а я лежала в постели за закрытыми дверями. Я боялась момента, когда они придут домой, в три часа, и это наступало так быстро... Муж повторял мне, что я дура, что я тупая, что я безобразная. У сестры были проблемы с кокаином, а у нее — шестеро

детей, и мне приходилось возиться с двумя маленькими, а один из них родился больным из-за наркотиков. Я устала. Я страшно устала". Лолли начала принимать таблетки, главным образом, обезболивающие. "Это мог быть тайленол или что-нибудь еще против боли, но только помногу, или все, что я могла достать, чтобы заснуть".

Наконец однажды, в необычном приливе энергии, она отправилась в клинику по планированию семьи, чтобы сделать лигатуру труб. В свои 28 лет она несла ответственность за одиннадцать детей, и сама мысль об этом приводила ее в оцепенение. Случилось так, что как раз в это время Джин Миранда отбирала пациентов для своего исследования. "Эта женщина, несомненно, находилась в такой глубокой депрессии, какую я редко встречала в жизни, — вспоминает Миранда. Она тут же направила Лолли на групповую терапию. "Мне сказали, что у меня депрессия, и это было большим облегчением — узнать, что что-то конкретно не так, — говорит Лолли. — Они пригласили меня на встречу, и это было так трудно! Я совсем не могла говорить, когда пришла туда, а только все время плакала". Психиатры знают, что помочь можно только тем, кто хочет помощи и аккуратно ходит на прием, но это вопиющая неправда в отношении низших слоев населения. "Потом они все звонили, велели мне приходиться, надоедали и настаивали, и не собирались сдаваться. Один раз даже пришли ко мне и забрали прямо из дома. Первые встречи мне не нравились. Но я слушала других женщин и понимала, что у них такие же проблемы, как у меня, и начала им кое-что рассказывать; раньше я этого никому не рассказывала. Врач все задавала разные вопросы, чтобы изменить наши мысли. И я вдруг почувствовала, что изменяюсь, и начала становиться сильнее. И все стали замечать, что я прихожу уже с другим отношением".

Два месяца спустя Лолли сказала мужу, что уходит. Она попыталась заставить сестру пойти на реабилитационную программу и, когда та отказалась, порвала отношения с нею. "Я должна была избавиться от этих двоих, что тянули меня вниз. Никаких споров не было, потому что я не отвечала на их крики. Муж постарался забрать меня из группы: ему не нравилось, как я меняюсь. Я просто ему сказала: "Я ушла". Я была такая сильная, такая счастливая! Я вышла пройтись, в первый

раз за много лет, просто чтобы побыть счастливой". Еще два месяца ушли на поиски работы, и она устроилась в детский сад военно-морского флота США. На свою новую зарплату Лолли обустроила квартиру для себя и детей, за которых она в ответе — им от двух до пятнадцати лет. "Моим ребятишкам сейчас гораздо лучше. Им все время хочется что-нибудь делать. Мы каждый день часами разговариваем, и они мои лучшие друзья. Я только вхожу в дверь, сниму куртку, положу сумку, и мы достаем книги и читаем, и уроки делаем вместе. И веселимся, и шутим. Мы разговариваем об их карьере, а раньше они даже и не думали ни о чем таком. Старший мечтает об авиации. Один хочет быть пожарным, другой — пастором, а одна из девочек собирается стать юристом! Я им рассказываю про наркотики, а они сами видели мою сестру, и держатся от них подальше. Они не плачут, как раньше, и больше не ссорятся и не дерутся. Я им объясняю, что они могут говорить со мной совершенно обо всем. Я взяла к себе детей сестры, и тот, у которого проблемы из-за наркотиков, уже потихоньку выправляется. Доктор говорит, не ожидал, что этот мальчик так быстро заговорит и станет проситься на горшок, он все делает раньше, чем они ожидали.

У меня на новом месте есть одна комната для мальчиков, одна для девочек и одна для меня, но они все просто обожают залезать на мою кровать, и мы просиживаем там вечера напролет. Это все, что мне сейчас надо, — мои детишки. Никогда бы не подумала, что дойду до этого. Это так хорошо — быть счастливой! Не знаю, надолго ли это, но уж точно надеюсь, что навсегда. Все постоянно меняется. Как я одеваюсь. Как выгляжу. Как себя веду. Как чувствую себя. Я больше не боюсь. Я могу выйти за дверь и ничего не бояться. Я не думаю, чтобы те ужасные ощущения вернулись". Лолли улыбается и в изумлении качает головой: "А ведь если бы ни доктор Миранда и ее лечение, я так и валялась бы сейчас дома на кровати, если бы вообще была жива".

Лечение, которое проходила Лолли, не включало в себя психофармацевтического вмешательства и не основывалось на когнитивных моделях. Что же сделало такую метаморфозу возможной? Отчасти это было просто тепло заботливого внимания со стороны врачей. Как заметила Фали Нуон из Камбоджи,

любовь и доверие могут быть великими врачевателями: знания, что кому-то действительно есть дело до тебя, уже достаточно для глубоких перемен. Меня поразило замечание Лолли о том, что само название ее состояния — *депрессия* — уже принесло ей облегчение. Миранда говорила, что Лолли "явно" находится в депрессии, но для самой Лолли это было отнюдь не явно, даже когда ее мучили самые тяжелые симптомы. Что можно назвать и описать, то можно и сдерживать: слово "депрессия" отделило болезнь Лолли от ее личности. Если можно отнести все, что ей в себе не нравилось, к различным аспектам недуга, то все ее остальные, хорошие качества — это "реальная" Лолли, и эту настоящую Лолли ей было гораздо легче любить и направлять в борьбе против осаждавших ее проблем. Получить в дар знание о депрессии — значит овладеть социально мощным лингвистическим инструментом, который выделяет и заряжает энергией лучшее *Я*, к которому стремятся страдающие люди. Хотя проблема словесного выражения универсальна, для неимущих она стоит особенно остро: они задыхаются без подобного лексикона и для них базовые инструменты, подобные групповой терапии, могут быть в корне преобразующими.

Поскольку бедняки имеют ограниченный словарный запас и не могут сформулировать свои жалобы, связанные с психикой, то в интеллектуальных переживаниях их депрессия обычно не проявляется. Они не склонны испытывать глубокого чувства вины и формулировать для себя ощущение личной неудачи, которое играет такую большую роль в депрессии у среднего класса. Их недомогание часто становится очевидным в физических симптомах — бессоннице и истощении, тошноте, страхе, неспособности общаться с другими. Эти симптомы, в свою очередь, делают их уязвимыми к физическим заболеваниям, а болезнь часто бывает той последней каплей, что переполняет чашу и сталкивает человека, испытывающего легкую депрессию, в пропасть. Депрессивные неимущие люди обращаются в клинику, насколько они вообще склонны туда обращаться, преимущественно по поводу физических недомоганий, многие из которых являются симптомами душевных болезней. "Если бедная латиноамериканка выглядит депрессивной, — говорит Хуан Лопес из Мичиганского университета, много работавший на ниве психиатрии среди бедного ис-

паноязычного населения, — я пробую антидепрессанты. Мы говорим о них как о тонизирующем средстве против ее жалоб общего характера, и, когда они срабатывают, она становится счастлива. Сама она не ощущает своего состояния как психологически обусловленного". Так и Лолли испытывала свои симптомы вне сферы того, что она бы восприняла как помешательство, а помешательство (острый галлюцинаторный психоз) был ее единственным представлением о душевной болезни. Идея изнурительного психического заболевания, которое не лишает разума, находилась вне ее понимания.

Рут-Энн Джейнсон родилась в трейлере, в сельском районе штата Вирджиния и росла толстой девочкой в очках. В семнадцать лет она забеременела от почти неграмотного парня, который учился с ней в школе, но бросил ее; Рут-Энн тоже прервала образование, чтобы выйти за него замуж. Брак был катастрофой; какое-то время она работала, стараясь содержать семью, но после рождения второго ребенка ушла от мужа. Через несколько лет она вышла за рабочего, машиниста подъемного крана. Ей удалось получить права на вождение грузовика, но не прошло и полугода, как муж сказал ей, что ее место дома, а единственное дело — забота о семье и о нем. У них родилось двое детей. Рут-Энн старалась сводить концы с концами, "а это тяжело с семьей из шести человек на двести долларов в неделю, пусть даже и с талонами на питание".

Скоро она начала "тонуть", и к третьему году второго брака уже теряла последние признаки жизнеспособности. "Я тогда решила — ну что, вот я существую, и все. Я была замужем, у меня были дети, но жизни не было, и, в общем-то, мне все время было плохо". Когда у Рут-Энн умер отец, ей стало совсем тяжело. "Это было дно, — говорит она. — Отец нас никогда не бил, дело не в этом... это было что-то душевное. Даже когда ты делал что-нибудь хорошее, тебя никогда не похвалят, а только всегда ругают. Наверно, я так понимала, что если не смогу ему угодить, то и вообще ничего не смогу в жизни. А угодить ему по-настоящему, я чувствовала, мне никогда не удастся, а теперь уже и возможности такой не представится". Пересказывая мне этот период своей жизни, Рут-Энн заплакала, и к концу своей повести извела целую пачку бумажных носовых платков.

Она слегла и почти перестала вставать. "Я понимала, что что-то не так, но с медициной это не связывала. У меня совершенно не было сил. Я начала толстеть. Кое-как передвигалась внутри нашего трейлера, но никогда не выходила и совершенно оборвала всякое общение. Потом я заметила, что забросила собственных детей. Надо было что-то делать". У Рут-Энн оказалась болезнь Крона<sup>89</sup>, и, хотя она так почти ничего и не делала, у нее стали появляться симптомы, характерные для стресса. Ее врач, знавший об исследовании Эмили Хоенстайн, посоветовал обратиться туда. Рут-Энн начала принимать паксил и посещать психотерапевта Мариан Кайнер, которая работала с женщинами в рамках программы Эмили Хоенстайн. "Если бы не Мариан, я так, наверное, и торчала бы в этой дыре, пока просто не перестала бы существовать. Если бы не она, меня бы сегодня здесь не было", — говорила мне Рут-Энн, снова заливаясь слезами. "Мариан заставила меня залезть в себя, она хотела, чтобы я проникла в самую глубину, до кончиков пальцев. Я выяснила, кто я такая, и не понравилась себе".

Рут-Энн взяла себя в руки и успокоилась. "И тогда начались изменения, — продолжала она. — Мне сказали, что у меня большое сердце. Я-то считала, что у меня вообще нет сердца, а теперь знаю, что оно есть, и со временем найду его окончательно". Рут-Энн снова начала работать, временно и на неполный день, в агентстве по трудоустройству At Work Personnel Service. Скоро она стала руководителем конторы и постепенно прекратила прием антидепрессантов. В январе 1998 года она вместе с подругой выкупила бизнес — франчайзинг по лицензии крупной национальной компании. Рут-Энн пошла на вечерние бухгалтерские курсы, чтобы научиться правильно вести книги, а вскоре записала собственную рекламу на кабельном телевидении. "Мы работаем с бюро по безработице, — рассказывает она, — ищем места в частном секторе для людей, потерявших работу. Мы обучаем их в нашей собственной конторе, они нам помогают, и потом мы посылаем их на работу уже квалифицированными. У нас сейчас охвачено семнадцать округов". В самом своем тучном состоянии Рут-Энн весила 95 кг. Теперь она

*Болезнь Крона* — воспаление пищеварительного тракта. — *Прим. ред.*

регулярно ходит в тренажерный зал, сидит на строгой диете и сбросила вес до 61 кг.

Она ушла от мужа, который хотел, чтобы она сидела на кухне и ждала его, но дает ему время приспособиться к ее новому Я; когда я виделся с нею последний раз, она все надеялась на примирение. Рут-Энн сияла. "Иногда меня охватывает какое-то новое чувство, — сказала она, — и мне становится страшно. Мне нужно несколько дней, чтобы разобраться, что это такое. Но я хотя бы знаю, что у меня есть чувства, что они вообще существуют". У Рут-Энн появились глубокие новые отношения с детьми. "Вечерами я помогаю им в школьных делах, а мой старший сын решил, что знать компьютер — это замечательно, и теперь учит меня на нем работать. Это пошло на пользу его вере в себя. Мы взяли его к себе в фирму на лето, и он прекрасно справился. А ведь еще совсем недавно он жаловался на утомление, часто пропускал школу, а единственным его занятием было валяться на диване да смотреть телевизор". В течение дня она оставляет младших детей с матерью — та инвалид, но для ухода за детьми достаточно мобильна. Скоро Рут-Энн взяла ипотеку на новый дом. "Теперь у меня есть свой бизнес и недвижимость", — улыбается она. Наша беседа подходила к концу, и Рут-Энн достала что-то из кармана. "Боже правый, — выдохнула она, нажимая кнопки на пейджере. — Шестнадцать звонков, а я тут сижу". Я пожелал ей удачи, и она рванулась через двор к машине. "А ведь у нас получилось, слышите, — крикнула она, забираясь внутрь. — До самых кончиков пальцев и обратно!" Мотор взревел, и она исчезла.

Депрессия и сама по себе страшный гнет, но для людей с физическими заболеваниями она еще более травматична. Большинство неимущих депрессивных людей страдают соматическими недугами с признаками истощения иммунной системы. Если трудно помочь человеку в депрессии поверить, что несчастная жизнь и депрессия разделяемы, еще труднее убедить человека со смертельной болезнью в том, что его подавленность излечима. На самом деле, клубок, состоящий из страдания от боли, страдания от мрачных жизненных обстоятельств и страдания иррационального, можно распутать, и улучшение на одном фронте вызывает, в свою очередь, облегчение на других.

Когда Шейла Хернандес поступила в клинику Джонса Хопкинса, она была, по словам ее врача, "практически мертва". У нее были ВИЧ, эндокардит и пневмония. Постоянное употребление героина и кокаина настолько расстроили ее кровообращение, что у нее отнялись ноги. Врачи ввели ей катетер Хикмана, надеясь внутривенным питанием придать ей физических сил, чтобы она смогла выдержать лечение всех своих инфекционных заболеваний. "Я им велела вынуть из меня эту штуку, поскольку не собиралась там оставаться, — рассказывала она мне при нашей встрече. — Я говорю: "Ладно, если так надо, я оставляю в себе эту штуку, но буду через нее впрыскивать наркоту". Тут ее и навестил Гленн Трейсман. Она сказала, что не хочет с ним говорить, потому что скоро умрет, а из больницы выйдет еще скорее. "Ничего подобного вы не сделаете, — отвечал Трейсман. — Вы не уйдете отсюда, чтобы умереть на улице дурацкой, бессмысленной смертью. Это безумная идея. В жизни не слыхал такого бреда. Нет, вы останетесь здесь, слезете с наркотиков и переживете все эти ваши инфекции, а если единственный способ удержать вас здесь — это объявить опасно помешанной, то я именно так и поступлю".

Шейла осталась. "Я легла в больницу 15 апреля 1994 года, — рассказывает она, иронически покашливая. — Я себя тогда и за человека-то не считала. С самого детства я себя ощущала совершенно одинокой. Наркотики пошли в дело, когда я старалась избавиться от этой внутренней боли. Мне было три с половиной года, когда мать отдала меня чужим людям, мужчине с дамой, и этот мужик ко мне пристал лет в четырнадцать. Много всякого со мной случилось, и я просто хотела забыть весь этот ужас. Проснусь, бывало, утром и злюсь, что проснулась. У меня такое было ощущение, что помощи ждать нечего, потому что я зря землю топчу. Я жила, чтобы принимать наркотики, и принимала наркотики, чтобы жить, а поскольку наркотики меня угнетали еще больше, мне хотелось умереть".

Шейла Хернандес провела в больнице тридцать два дня, пройдя курс физической реабилитации и лечения от наркотической зависимости. Ей давали антидепрессанты. "Оказалось, все, что я чувствовала до больницы, — не то. Врачи мне говорили: ты можешь поделиться с людьми этим и этим, и уверяли, что я чего-то стою. Это было вроде как заново родиться, —

Шейла понизила голос. — Я человек не религиозный, никогда такой не была, но это — Воскресение, как то, что случилось с Иисусом Христом. Я ожила, впервые в жизни. В тот день, когда я выписывалась, я услышала, как поют птицы, — вы поверите, что я никогда раньше не слышала птиц? Я до того дня и не знала, что птицы поют. Первый раз я слышала запах травы и цветов, и даже небо было новое. Понимаете, я никогда не обращала внимания на облака".

Младшая дочь Шейлы, в шестнадцать лет уже родившая первого ребенка, за несколько лет до того бросила школу. "Я видела, что она идет по той же страшной дорожке, которую я сама прошла, — говорит Шейла. — Но теперь я ее спасла. Она получила GED<sup>90</sup>, сейчас учится на втором курсе, и еще у нее лицензия помощника медсестры, она работает в больнице имени Черчилля. Со старшей было труднее, ей уже было тогда двадцать, но и она теперь в колледже". Шейла Хернандес больше не притрагивалась к наркотикам. Не прошло и нескольких месяцев, как она вернулась в больницу — уже как больничной администратор. В программе клинических исследований туберкулеза она занималась пропагандой среди пациентов и искала для участников программы постоянное жилье. "Моя жизнь изменилась. Я делаю все это, чтобы помогать людям, и, поверьте, мне это *нравится*". Шейла в прекрасном физическом состоянии. Она по-прежнему ВИЧ-инфицирована, но уровень Т-лимфоцитов у нее удвоился, а вирусный фон отсутствует. У нее остаточная эмфизема, но после года на кислороде она может справляться самостоятельно. "Я не чувствую в себе ничего плохого, — радостно объявляет она. — Мне сорок шесть, и я собираюсь еще надолго тут задержаться. Жизнь есть жизнь, конечно, но я могу сказать, что, по крайней мере, большую часть времени мне хорошо, и я каждый день благодарю Бога и доктора Трейсмана, что жива".

После встречи с Шейлой Хернандес я поднялся с Гленном Трейсманом наверх, чтобы взглянуть на его записи при ее поступлении: "Множественные нарушения, травмирована, саморазрушительна, суицидальна, депрессия или биполярная бо-

*General Equivalency Diplom* — государственный эквивалент аттестата об общем образовании. — *Прим. пер.*

лезнь, физически — полная развалина. Вряд ли проживет долго; крайне укорененные проблемы могут блокировать реакцию на существующие методы лечения". Написанное им тогда никак не сочеталось с женщиной, с которой я только что встретился. "Тогда это выглядело совершенно безнадежным, — сказал он, — но я решил, что попробовать необходимо".

Несмотря на все дебаты последнего десятилетия о причинах депрессии, представляется достаточно ясным, что обычно это следствие генетической уязвимости, активизируемой давлением извне. Искать и лечить депрессию среди неимущих — то же, что искать и лечить эмфизему среди шахтеров. "Травмы в этой среде столь ужасны и столь часты, — объясняет Джин Миранда, — что даже самая незначительная из них дает высокую вероятность включения депрессии. Эти люди часто испытывают вмешательство в свою жизнь, встречаются с неожиданной, внезапной жестокостью, а возможности справиться с ней у них ограничены. Когда изучаешь жизнь, настолько исполненную факторов психологического риска, удивляться приходится тому, что по меньшей мере четверть этого слоя населения *не* депрессивны". *The New England Journal of Medicine* признал связь между "продолжительным экономическим неблагополучием" и депрессией; уровень депрессии среди неимущих выше, чем в любом другом классе США. Люди, у которых нет ресурсов, менее способны оправиться после тяжелых жизненных событий. "Депрессия родственна социальной оппозиции, — говорит Джордж Браун, занимающийся социальными факторами, которые определяют психическое состояние. — Лишения и нищета доконают кого угодно". Депрессия настолько распространена в неимущих слоях, что многие не замечают ее и даже не поднимают этого вопроса. "Если все твои друзья такие, — говорит Миранда, — то этому приписывается некая страшная нормальность, и ты относишь все свои страдания на счет чего-то внешнего. В уверенности, что это внешнее изменить нельзя, ты полагаешь, что внутреннее тоже неизменно". Как и у всех прочих людей, у бедняков по мере повторения депрессивных эпизодов развивается органическое расстройство, которое дальше действует по собственным законам и идет собственным путем. Лечение, при котором не учитывается реальная жизнь этих людей, имеет мало шансов на

успех; попытки вывести кого-то из биологического хаоса, возникшего в результате повторяющихся травм, принесут мало пользы, если этого человека так и будут всю жизнь заново травмировать. Тогда как люди, не находящиеся в депрессии, иногда способны мобилизовать скудные ресурсы и изменить свое положение, избежать некоторой части трудностей, характерных для их жизни, людям депрессивным трудно не то что улучшить, а даже удерживать свое положение в социуме. Именно поэтому к беднякам требуются новаторские подходы.

Травма среди американских обездоленных обычно напрямую не связана с отсутствием наличности. Голодающих среди американских бедняков сравнительно немного, а многие страдают приобретенной беспомощностью — состоянием, предшествующим депрессии. Приобретенная беспомощность, изученная в животном мире, возникает в том случае, если животное подвергается болевому раздражению в ситуации, когда невозможно ни бороться, ни бежать. Животное впадает в покорное безразличие, очень напоминающее депрессию у человека. То же случается у людей с ослабленной волей; в положении американской бедноты более всего тревожит именно пассивность. Джойс Чанг, в качестве директора службы стационарных больных клиники Университета Джорджтауна, тесно сотрудничала с Мирандой. Чанг уже тогда наблюдала жизнь бедняков. "Люди, с которыми я обычно имею дело, могут хотя бы записаться и явиться на прием. Они понимают, что им нужна помощь, и обращаются за ней. Но женщины, участвующие в нашем исследовании, никогда по своей воле не придут в мой кабинет". Мы с Чанг обсуждали этот феномен в лифте клиники округа Принца Джорджа, где проводится лечение. Спустившись вниз, мы обнаружили одну из пациенток Чанг, стоявшую между стеклянными дверями клиники в ожидании такси, которое вызвали для нее три часа тому назад. Ей не приходило в голову, что машина не придет; ей не приходило в голову позвонить в компанию такси; ей не приходило в голову злиться или расстраиваться. Мы с Чанг подвезли ее до дому. "Она живет с отцом, который ее неоднократно насиловал, — рассказывает Чанг, — ей приходится жить там, потому что нужно как-то сводить концы с концами. Когда имеешь дело с такими родственничками, рано или поздно теряешь волю бороться за ка-

кие-нибудь перемены. Мы ничего не можем сделать, чтобы найти ей другое жилье; мы вообще ничего не можем сделать в отношении обстоятельств ее жизни".

Самые простые практические детали представляют для немощных людей невероятные трудности. Эмили Хоенштайн рассказывала: "Одна женщина объяснила мне, что, когда ей надо приходиться в клинику в понедельник, она просит свою родственницу Сейди, а та — своего брата, чтобы тот захватил ее и отвез в клинику, а за детьми в это время смотрит сестра ее невестки, если только у нее на данной неделе нет работы, в противном же случае может помочь ее тетка, если она не в отъезде. Потом должен быть кто-то, кто ее заберет, потому что брат Сейди, как только привозит пациентку, сразу едет на работу. Если мы встречаемся в четверг, весь состав действующих лиц меняется. Тем не менее в 75% случаев они не могут помочь и ей приходится что-то придумывать в последнюю минуту". В городах тоже не лучше. Лолли Вашингтон пропустила прием в день, когда шел сильный дождь, потому что после того, как она пристроила одиннадцать детей, высвободила время в своем графике и организовала все остальное, выяснилось, что у нее нет зонта. Она прошла пять кварталов под проливным дождем, десять минут прождала автобуса, промокла насквозь, продрогла, повернулась и пошла домой. Миранда и ее психотерапевты иногда привозили пациенток на занятия группы на своих машинах, а Мариан Кайнер приезжала к женщинам домой, чтобы освободить их от трудной обязанности ехать к ней. "Иногда не знаешь, что это — сопротивление лечению, которое естественно предположить у пациентов из среднего класса, — говорит Кайнер, — или просто в их жизни слишком много всяких забот, и они не могут аккуратно приходиться на прием".

Одной пациентке, рассказывает Джойс Чанг, "становилось гораздо лучше, когда я ей звонила — я проводила с ней нечто вроде телефонной психотерапии. А когда я спросила, позвонит ли она сама, она ответила "нет". Дозвониться до нее, заставить перезвонить — очень трудно, и я не раз уже была готова махнуть рукой. У нее кончается лекарство, а она и ухом не поведет. Приходилось самой приносить ей новые запасы по рецептам. Я очень нескорю поняла, что ее поведение не означает,

будто она не хочет приходить. Такая пассивность вполне типична для человека, пережившего в детстве многократные издевательства".

Пациентка, о которой идет речь, Карлита Льюис, — совершенно израненный человек. По-видимому, в свои тридцать лет она уже не может кардинально изменить свою жизнь; лечение фактически улучшило только ее восприятие жизни, хотя это изменение чувств существенно влияет на окружающих ее людей. В детстве и подростковом возрасте у нее были страшные отношения с отцом, пока она не выросла настолько, чтобы сопротивляться. Забеременев, она бросила школу; ее дочь Жасмин родилась с тяжелым заболеванием — серповидноклеточной анемией. У Карлиты, вероятно, с детства было расстройство душевного состояния. "Самая незначительная мелочь меня страшно раздражала! И я срывалась, — рассказывала она мне. — Я ко всем задиралась. Иногда просто плакала, и плакала, и плакала, пока голова не начинала болеть, и потом она так дико болела, что хотелось себя убить". Ее настроения легко переходили в буйство; однажды за обедом она чуть не убила одного из братьев, пырнув его вилкой в голову. Несколько раз она принимала чрезмерные дозы лекарств. Как-то раз, много позже, лучшая подруга обнаружила ее после попытки самоубийства и сказала: "Ты знаешь, как тебя любит дочь. У Жасмин нет отца, а теперь в ее жизни не будет и матери. И каково, по-твоему, ей будет? Если ты себя убьешь, она станет такой, как ты".

Джин Миранда сочла проблемы Карлиты уже далеко не ситуационными и прописала ей паксил. С тех пор Карлита общалась с сестрой, что проделывал с ними отец: ни одна не знала, что и другая испытала то же. "Моя сестра с отцом вообще не имеет никакого дела, — рассказывает Карлита, и сама она никогда не позволяет дочери оставаться в доме наедине с дедом. — Я раньше избегала видеться с дочерью, иногда целыми днями, потому что боялась, что начну на нее свою злость изливать. Я не хотела, чтобы ей делали больно, а уж тем более — я сама, а тогда я в любой момент могла ее ударить".

Теперь, когда наступает тоска, Карлита может с нею справиться. "Жасмин спросит: "В чем дело, мам?" — а я говорю: "Ни в чем, просто устала". И она сначала старается из тебя это

вытянуть, а потом скажет: "Мам, все будет нормально, не бойся", — и обнимет, и поцелует, и по спине погладит. Между нами теперь все время такая любовь". Учитывая, что у Жасмин проглядывают естественные склонности, напоминающие материнские, эта способность питать привязанность без злобы сигнализирует о большом скачке вперед. "Жасмин говорит: "Я буду как моя мамочка", а я ей: "Надеюсь, не будешь", и думаю, что у нее все будет хорошо".

Механизмы, с помощью которых человек достигает позитивных изменений в жизни, на изумление элементарны, и большинство из нас усваивает их еще в младенчестве на материальных взаимодействиях, демонстрирующих связь между причиной и следствием. Я наблюдаю моих пятерых крестников — им от трех недель до девяти лет. Самый младший плачет, чтобы добиться внимания и пищи. Двухгодовалый нарушает правила, чтобы узнать, что он может делать, а чего не может. Пятилетней девочке сказали, что ей разрешат покрасить свою комнату в зеленый цвет, если она полгода будет содержать ее в порядке. Семилетний собирает автомобильные журналы и накопил энциклопедические знания о машинах. Девятилетний мальчик объявил, что не хочет уезжать в школу-интернат, как его отец, воззвал к родительским чувствам и разуму и теперь ходит в местную школу. У каждого из них есть воля, и все они вырастут с чувством собственной силы. Это раннее утверждение собственной силы будет иметь большее значение для их жизни, чем относительный недостаток и интеллект этих детей. Отсутствие человека, который может отозваться на такое самоутверждение, пусть даже отрицательно, катастрофично. Мариан Кайнер говорит: "Нам приходилось давать иным пациентам списки чувств и помогать им понять, что такое чувство, чтобы они знали, а не просто подавляли свою эмоциональную жизнь. Затем мы должны были убеждать их, что эти чувства можно изменить. Дальше мы переходили к постановке целей. Для некоторых из этих людей сама идея — понять, чего ты хочешь, и сформулировать это для себя — уже революционна". Я тогда подумал о Фал и Нуон, которая в Камбодже учила людей чувствовать после паралича при режиме красных кхмеров. Я подумал о том, как трудно иметь дело с нераспознанными чувствами. Я подумал об этой миссии — настраивать людей на волну собственной души.

"У меня иногда такое чувство, что мы занимаемся с популярными в 60-х годах группами пробуждения сознания, но только в новом тысячелетии", — говорит Миранда, которая и сама росла среди "работающих бедняков" в сельской местности штата Айдахо, хотя и не прошла через "долговременную деморализацию", какую она теперь ежедневно встречает у людей "без работы и без гордости".

Дэнкуил Стетсон — часть суровой криминальной культуры деревенского Юга. Она — афро-американка, помещенная в среду расовых предрассудков, и чувствует угрозу со всех сторон. Она носит пистолет. Она практически неграмотна. Жилище Дэнкуил, в котором мы беседуем, — старый, побитый трейлер, окна в котором заколочены, а каждый предмет мебели дышит распадом. Единственный источник света — это телевизор, во все время нашего разговора показывающий "Планету обезьян". Впрочем, помещение прибрано и не лишено приятности.

"Это как рана, — произносит она, как только я вхожу, без всяких предисловий. — Как будто у тебя сердце выковыривают из груди, и это никогда не кончается, как будто кто-то хватается за нож и пырлет тебя без конца". Дэнкуил в детстве подверглась сексуальному нападению со стороны собственного деда и рассказала родителям. "Им было фактически все равно, и они замяли дело", — говорит она, и издевательства продолжались еще годы.

Бывает трудно сказать, что в ее душе и уме есть работа Мариан Кайнер, что — действие паксила, а что — самого Господа. "По мне — это близость с Господом, — говорит она. — Он ввел меня в депрессию, и Он же из нее вывел. Я молилась Господу о помощи, и Он послал мне доктора Мариан, а она мне велела думать позитивно и принимать вот эти таблетки, и оказалось, что меня можно спасти". Сдерживание негативного мышления как способ осуществлять поведенческие изменения — сущность когнитивной терапии. "Я не знаю, почему мой муж всегда меня бил, — говорит Дэнкуил и при этом колотит себя по руке, — но после него я бегаю от мужчины к мужчине, все ищу любви, и все не там".

Ее детям сейчас двадцать четыре, девятнадцать и тринадцать. Самым большим откровением во время лечения для нее оказа-

лось нечто совершенно фундаментальное. "Я поняла: то, что делают родители, влияет на детей. Понимаете? А я и не знала, и многое делала неправильно. Я моему сыну устроила суший ад, моему ребеночку. Если б я побольше понимала, но я тогда знать не знала. Нутеперь я усадила всех моихдетишек и говорю: "Если кто-нибудь к вам придет и скажет, мол, ваша мама делала то и ваша мама делала се, так я вам прямо сейчас говорю, — это правда. Не делайте то, что делала я". И я им сказала: "Ничего нет такого плохого, чтобы вы не могли прийти и мне сказать". И это все потому, что если бы у меня кто-то был, чтобы меня слушал и подбадривал, что, мол, все будет о'кей, вот тогда бы у меня все пошло совсем по-другому, это я теперь вижу. Родители не знают, что много проблем идет от них, это *они* виноваты, когда ищешь любви, и все не там. Я знаю, один мой хороший друг, я за него внесла залог, когда он взялся стрелять в своего племянника, — так он видел мать с разными мужиками, они занимались любовью в машине прямо у него на глазах, и это повлияло на его жизнь. А его мама так до сего дня и не знает. Что в темноте делаешь, рано или поздно вылезет на свет".

Дэнкуил теперь стала чем-то вроде местного "общественного ресурса" — она обучает знакомых и незнакомых своим методам борьбы с депрессией. "Меня многие спрашивают: "Как ты так изменилась?" Раз я мыслю позитивно, то я все время смеюсь, все время улыбаюсь. А теперь Господь начал мне посылать людей за помощью. Я сказала: "Господи, можешь дать мне то, что им надо услышать, и помочь мне слушать?" Дэнкуил теперь слушает своих детей, слушает людей, которых она знает по церкви. Когда один из них сделался суицидальным, она сказала ему: "Ты не в себе. Я тоже была такая. Но у меня получилось. Ничего не бывает на свете такого, чтобы нельзя было пережить". Я сказала: "Начни думать позитивно, и я тебе точно говорю, эта девчонка, что сейчас от тебя уходит, она тебе позвонит". А вчера он мне говорит: "Если б не ты, я бы уже был труп". Дэнкуил заняла новое место в своей семье. "Я стараюсь ломать привычное. Мои племянницы приходят поговорить не к своим родителям, а ко мне, и привычка к тому, что тебя не слушают, ломается. Они мне говорят: "С тех пор как я с тобой разговариваю, мне жить хочется". И я говорю всем: у тебя проблема — иди за помощью. А для чего же еще

Бог сделал всех этих докторов — чтобы тебе помогали. Я говорю это вслух всем этим людям — они же прямо волки какие-то. А спасти любого можно. Вот эта, была одна, пила, курила, и с моим мужем была, и даже не извинилась сроду, а потом еще с моим новым дружкой, но когда она придет, я ей помогу, потому что хочу, чтобы ей стало лучше; надо, чтобы был кто-то, кто ей поможет".

Погрязшие в нишете депрессивные пациенты не представлены в статистике по депрессии, потому что исследования, которые собирают эту статистику, базируются в первую очередь на работе с людьми, имеющими тот или иной вид действующей медицинской страховки, а это средний класс или, во всяком случае, люди работающие. Сеять несбыточные надежды в среде обездоленных — дело непростое; внедрять в людские умы ложные цели еще и опасно. "Я никогда не перестану ходить к доктору Чанг", — доверительно сообщила мне одна женщина, хотя ей снова и снова объясняли, как будет проходить исследование. Больно подумать, что, случись у нее в жизни новое крушение, и она, скорее всего, не сможет получить такого рода помощь, которая вытащила ее из депрессии, хотя все психотерапевты, участвующие в этих исследованиях, считают своим моральным долгом и дальше предоставлять базовые услуги своим пациентам, независимо от их возможности платить. "Лишать лечения остро страдающих людей просто потому, что это посеет в них несбыточные надежды, — говорит Хоенстайн, — значит подменять важный нравственный вопрос ложными сентенциями. Мы стараемся дать людям определенный набор навыков, которыми они смогут воспользоваться в другой ситуации, чтобы помочь им держаться на плаву". Затраты на лекарства во время длительного лечения представляют огромную проблему. Частично ее решают отраслевые программы, распределяющие антидепрессанты среди бедных, но этого более чем недостаточно. Врач из Пенсильвании рассказала мне, что получила от торговых представителей фармацевтических компаний "целые самосвалы образцов" для неимущих пациентов. "Я им говорю, что буду использовать их продукцию как первоочередные лекарства для больных, которые способны платить и, скорее всего, будут и дальше возобновлять рецепты, — сказала она. — За это, говорю я им, мне понадобятся бо-

лее или менее неограниченные поставки препарата, чтобы я могла лечить им своих малоимущих пациентов бесплатно. Я выписываю очень много рецептов. Умные бытовики всегда соглашаются".

Шизофрения среди малоимущих слоев населения встречается вдвое чаще, чем в среднем классе. Поначалу ученые предполагали, что житейские трудности каким-то образом провоцируют шизофрению; более поздние исследования показали, что именно болезнь ведет к трудностям: психическая болезнь стоит дорого и вносит в жизнь хаос, а хроническая болезнь, которая снижает продуктивность и наступает в юности, отбрасывает всю семью больного на одну-две ступени вниз по социальной лестнице. Эта "гипотеза сползания" похожа на правду и в отношении депрессии. Гленн Трейсман говорит о ВИЧ-инфицированном неимущем населении: "У многих из этих людей ни разу в жизни не было успешной ситуации. Они не могут иметь любовные отношения, не могут долго посвящать себя одной работе". Люди считают депрессию следствием ВИЧ, а на самом деле она часто предшествует инфекции. "Если у вас расстройство душевного состояния, вы гораздо более небрежны в отношении сексуальных связей и игл для инъекций, — продолжает Трейсман. — Мало кто получает ВИЧ от порванного презерватива. Со многими это происходит, когда они не могут мобилизовать энергию для того, чтобы чем-либо интересоваться. Это люди, жизнь которых предельно деморализована, и они не видят в ней смысла. Если бы лечение депрессии стало у нас более доступно, я бы сказал, исходя из своего клинического опыта, что уровень ВИЧ-инфекции в нашей стране снизился бы минимум вдвое, а это дало бы гигантскую экономию государственной системе здравоохранения". Болезнь, помогающая распространению ВИЧ-инфекции, а потом мешающая людям достойно заботиться о себе (и о других), обходится системе государственного здравоохранения в поистине гигантские суммы. "ВИЧ отнимает все твои деньги и имущество, а часто и друзей, и родных. Общество тебя отвергает. Поэтому люди и опускаются на самое дно". Все знакомые мне исследователи подчеркивают необходимость лечения, но говорят также и о необходимости *хорошего* лечения. "В действительности существует совсем немного людей, которым бы я доверила заботу

об этих людях", — говорит Хоенштайн. Уровень психиатрической помощи для тех неимущих, которые достаточно серьезно больны, чтобы их лечить, — вне рамок упомянутых исследований, — ужасающе низок.

Из депрессивных неимущих мужчин я беседовал только с ВИЧ-инфицированными. Они из числа тех немногих, кого заставили противостоять реальности своей болезни: депрессия у неимущих мужчин проявляется в таких формах, которые ведут их скорее в тюрьму или в морг, чем на курс лечения от нее. Мужчины, когда у них замечают расстройства душевного состояния, безусловно, противятся терапии сильнее женщин. Я спрашивал женщин, с которыми беседовал, об их мужьях или сожителях — нет ли у них симптомов депрессии, и многие отвечали утвердительно и, кроме того, рассказывали о своих депрессивных сыновьях. Одна из женщин, проходившая обследование у Миранды сказала, что ее мужчина, украсивший ее несколькими "фонарями", признавался, что и хотел бы найти какую-нибудь группу, чтобы позаниматься, но решил, что "проходить через все это будет слишком неловко".

Меня поразил Фред Уилсон, пришедший однажды поговорить со мной в Хопкинсе. Он был высоким мужчиной, метр девяносто восемь росту, и носил золотые кольца, большой золотой медальон и темные очки; голова его была чуть ли не выбрита, мускулатура очень впечатляла, и он занимал, наверно, раз в пять больше места, чем я. Завидев человека такого типа на улице, я на всякий случай перехожу на другую сторону — и правильно делаю, как подтвердилось из нашего разговора. Раньше у него была глубокая наркотическая зависимость, и, подчиняясь ей, он нападал на людей, вламывался в магазины и квартиры, сбивал с ног старушек, отнимая сумочки. Долгое время он был бездомным; это был бандит. Заслуженно вызывая праведный гнев, этот страшный человек тем не менее имел вид крайнего отчаяния и одиночества.

Желание лечиться возникло у Фреда тогда, когда он понял, что у него расстройство душевного состояния, которое, возможно, и привело его к наркотикам, а не просто настроение, называемое "жизнь задолбала". Когда я с ним встречался, он подыскивал антидепрессант, который бы ему помог. У Фреда была своя харизма и ухмылка бывалого человека; он знал,

что значит быть на вершине мира. "У меня всегда была способность иметь все, что захочу. А когда у тебя есть такая способность, тебе не надо реально работать — ты просто идешь и берешь. Я никогда не знал, что такое терпение. Я не знал границ, — говорит он. — Я не знал осторожности, понимаешь? Просто взять, что хочу, и получить кайф. Кайф, понимаешь? Это мне давало вроде как признание. Стыди меня, вини — все мимо". Фред сдал анализ на ВИЧ после того, как его "забрали прямо с улицы", а вскоре узнал, что и его мать тоже инфицирована. С тех пор как она умерла от СПИДа, "я никогда не считал, что ничто не имеет никакого значения, потому что, мол, конечный итог жизни — всегда смерть. Я достигаю своих целей, и сам выбираю, чем заняться, понимаешь? Но все равно, я начинаю еще больше себя ненавидеть. Потом в один из тех разов, что меня арестовали, когда я жил на улице, я понял, что живу вот так, как живу, потому что сам выбираю. Я изменился, чтобы это признать, понимаешь, в чем дело? Потому что я вечно был один. А ведь никто тебе не даст лекарств, когда тебе надо, а только если тебе есть чем заплатить".

Фреду назначили курс терапии от ВИЧ, но некоторое время назад он перестал принимать лекарства, потому что они не приносили ему приятных ощущений. Побочные эффекты были у него слабые, и неудобства от приема препаратов тоже незначительные, но, как сказал он мне, "прежде чем уйти, я уж лучше порадуюсь жизни". Огорченные врачи, лечащие Фреда от ВИЧ, уговорили его продолжать принимать антидепрессанты; они надеются, что эти лекарства разбудят в нем волю к жизни, и он согласится принимать ингибиторы протеазы.

Сила воли часто служит лучшим оплотом против депрессии, а в этом слое населения воля продолжать жить и справляться с травмами часто бывает невероятной. Личность многих других неимущих депрессивных настолько пассивна, что они совершенно не имеют устремлений, и помочь таким людям труднее всего. Иные же сохраняют вкус к жизни даже во время депрессии.

Тереза Морган, одна из пациенток Эмили Хоестайн и Мариан Кайнер, — чудесная женщина, картина жизни которой испещрена сюрреалистическими мазками кошмаров. Она живет в домике размером с удвоенный по ширине трейлер в са-

мом центре округа Бэкингом штата Вирджиния, в пяти милях к югу от прихода "Путь веры" и в пяти милях к северу от баптистской церкви "Золотой прииск". Когда мы встретились, она рассказала мне свою историю с такой доскональностью, будто всю жизнь вела записи.

Ее мать забеременела в пятнадцать лет, родила дочь в шестнадцать, а когда ей было семнадцать, отец Терезы избил ее так, что она едва выползла из дома. Дед велел матери скрыться с глаз, пообещав, что если ее хоть раз увидят в этом округе или если она попытается увидеться с Терезой, он обеспечит ей тюрьму. "Моему папашке было тогда двадцать два, так что это он — главный хмырь, но мне постоянно твердили, что моя мать — шлюха и что я тоже буду шлюхой, как она. А папашка постоянно говорил, что я погубила его жизнь своим рождением", — рассказывала мне Тереза.

Довольно рано у Терезы нашли незлокачественную опухоль — гемангиому, выросшую между прямой кишкой и влагалищем. Каждую ночь близкие родственники ее насильовали — начиная с пятого дня рождения и до девяти лет, когда один из преступников женился и уехал из дома. Бабушка внушала ей, что мужчины в семье — главные, а ей надо держать рот на замке. Тереза ходила в церковь и в школу — этим и ограничивалась ее жизнь. Бабушка была сторонницей строгой дисциплины, что означало ежедневные пытки с помощью первых попавшихся под руку предметов домашнего обихода: порка удлинителем, избивание шваброй или сковородой. Дед работал дезинсектором, и начиная с семи лет Тереза проводила много времени под домами, лоя черных змей. В восьмом классе девушка приняла большую дозу бабушкиных сердечных лекарств. Врачи в клинике промыли ей желудок и посоветовали психотерапию, но дедушка сказал, что в его семье никто не нуждается в помощи.

В одиннадцатом классе Тереза отправилась на первое свидание с парнем по имени Лестер — "он вроде как тронул мою душу, потому что мы могли откровенно разговаривать". Лестер проводил ее домой, и в этот момент вернулся отец — и впал в неистовство. Росту в нем было всего метр пятьдесят четыре, но весил он больше ста пятидесяти килограммов; он уселся верхом на Терезу (в которой всего метр сорок пять, а весила она

тогда пятьдесят килограммов) и стал бить ее головой об землю, и бил долго, пока кровь не потекла у него между пальцев. У Терезы на лбу и скальпе до сих пор такие глубокие и частые шрамы, какие бывают от ожогов. В тот вечер он сломал ей два ребра, челюсть, правую руку и четыре пальца на ногах.

Пока Тереза рассказывала мне свою историю, ее девятилетняя дочь Лесли играла со своей таксой. Все эти подробности казались для нее такими же привычными, как страсти Христовы набожному христианину. Но она их отмечала: при упоминании настоящего кошмара она начинала задирается к собаке. Впрочем, она ни разу не заплакала и ни разу не перебила.

После этого избиения Лестер пригласил Терезу переехать к нему и жить с его семьей. "Три года все шло прекрасно. А потом он стал настаивать, чтобы я была, как его мать, не работала, даже не водила машину, а сидела бы дома да стирала его подштанники. А я не хотела". Тереза забеременела, и они поженились. Лестер доказывал свою независимость, "бегая налево", пока Тереза занималась ребенком. "Раньше я нравилась Лестеру, потому что у меня есть кое-что в голове, — рассказывала Тереза. — Ему нравилось, когда я ему что-нибудь рассказывала. Я научила его слушать хороший джаз вместо всей этой белиберды. Я ему говорила о живописи, о поэзии. И вот теперь он захотел, чтобы я сидела дома, причем с его матерью, потому что это ее дом".

Год спустя, когда родилась Лесли, у Лестера случился обширный инсульт, разрушивший большую часть левого полушария мозга. Ему было 22 года, он работал машинистом тяжелого дорожно-строительного оборудования — и вот парализован и не может говорить. За несколько последующих месяцев, пока врачи не обнаружили болезнь, ставшую причиной инсульта, — особый вид волчанки, вызывающий образование тромбов, — еще одна закупорка уничтожила его ногу, которую впоследствии ампутировали, затем тромбы повредили его легкие. "Я могла бы уйти", — сказала Тереза.

Лесли прервала игру и посмотрела на нее — пустой, любопытствующий взгляд.

"Но я любила Лестера, пусть даже у нас были плохие времена, и я не очень-то легко сдаюсь. Я навестила его в больнице, у него один глаз был открыт, другой закрыт. Лицо у него

начало распухать и перекошилось на сторону. Они удалили левую сторону его головы, потому что уж очень сильно распухла, просто взяли и отпилили полчерепа. Но ему было приятно меня видеть". Тереза осталась с ним в больнице, учила его пользоваться судном, помогала ему мочиться, начала учить жестам, с помощью которых они теперь объяснялись.

Тереза помолчала. Подошла Лесли, протянула мне фотографию.

— Это твой второй день рождения, да, дочка? — нежно спросила Тереза.

На фотографии огромный, красивый мужчина, весь забинтованный, как мумия, притягивал к себе крохотную девочку.

— Это было через пять месяцев после инсульта, — сказала Тереза, и Лесли с серьезным видом убрала фотографию.

Лестер вернулся домой почти через шесть месяцев. Тереза устроилась на полный день на фабрику, закройщицей детской одежды. Она должна была работать поблизости от дома, чтобы иметь возможность каждые несколько часов навещать Лестера. В тот день, когда она получила водительские права, она показала их Лестеру, и тот заплакал. "Теперь ты можешь меня бросить", — жестами сказал он. Тереза смеется, вспоминая это. "Но ему пришлось убедиться, что ошибался".

Личность Лестера разрушалась. Он не спал ночами, каждый час призывая Терезу, чтобы та помогла ему испражниться. "Я приду домой, приготовлю ужин, помою посуду, загрузу пару машин стирки, уберусь в доме — и засыпаю, иногда просто падаю без сил прямо на кухне. Тогда Лестер звонит своей маме, она слышит в трубке его дыхание, звонит обратно, и телефон будит меня. За ужином он ничего не ел, а теперь хочет, чтобы я сделала ему сэндвич. Я старалась все время выглядеть сияющей и бодрой, чтобы он не чувствовал себя виноватым". Лестер и Лесли много боролись за внимание Терезы, даже дрались, царапались, таскали друг друга за волосы. "У меня начала "ехать крыша", — говорит Тереза. — Лестер даже не пытался делать упражнения, и все терял и терял подвижность, и стал огромный, растолстел. Наверное, у меня был какой-то период эгоизма, потому что я не могла ему сочувствовать, как надо".

Под влиянием стресса, гемангиома, которую Тереза ухитрялась до сих пор игнорировать, начала расти, появились силь-

ные кровотечения из прямой кишки. Тереза уже была бригадиром, но все равно работа требовала ежедневных восьми-десяти часов на ногах. "Это, и кровотечения, и уход за Лестером и Лесли — что говорить, наверно, я должна уметь справляться с таким давлением, но я стала как сумасшедшая. У нас есть пистолет, двадцатидвухдюймовый "ремингтон" с девятидюймовым стволом. Я села на пол в спальне, крутанула барабан,插вила дуло в рот и щелкнула. Потом опять. Это было так хорошо — пистолет во рту. И тогда в дверь постучалась Лесли и сказала: "Мамочка, не уходи от меня, пожалуйста, не уходи". Я положила пистолет и пообещала, что никогда никуда без нее не уйду".

— Мне было четыре, — гордо сказала Лесли. — После этого я приходила и спала с тобой каждую ночь.

Тереза позвонила по горячей линии для самоубийц и четыре часа говорила по телефону. "Я просто ревела в голос. У Лестера была стафилококковая инфекция. Потом у меня появились камни в почке. Это была такая дикая боль, что я сказала врачу, что расцарапаю ему лицо, если он мне не поможет. Когда тело отказывает, душа тоже хочет взять тайм-аут. Я не могла есть; я, наверно, месяц не спала, я была как накачанная наркотиками, вся измученная, да еще эти кровотечения — плюс ко всему у меня была страшная анемия. Я была прямо ходячая ненависть". Ее врач привел ее к Мариан Кайнер. "Мариан спасла мне жизнь, тут и говорить нечего. Она снова научила меня думать".

Тереза начала с паксила и ксанакса. Кайнер сказала Терезе, что нет на свете силы, которая могла бы заставить ее делать то, что она делала, — значит, ей это было необходимо. Вскоре после этого, когда однажды вечером дела с Лестером пошли уже совсем из рук вон плохо, Тереза спокойно поставила сковородку.

— Давай, Лесли, — сказала она, — собери кое-что из одежды, мы уезжаем.

Тут Лестер вспомнил, что во власти Терезы его оставить; он повалился на пол, стал плакать, умолять. Тереза взяла Лесли, и они три часа просто ездили, "чтобы немного проучить папу". Когда они вернулись, Лестер был само раскаяние, и у них началась новая жизнь. Она нашла для него прозак. Она объяснила ему, как расплачивается за такую их жизнь. Врачи сказали

Терезе, что для предотвращения дальнейших кровотечений из гемангиомы ей нельзя сверх необходимости ходить, делать упражнения и вообще двигаться. "Но я по-прежнему вытаскиваю Лестера из машины, поднимаю его кресло-каталку. Я так же убираю в доме. Но и Лестеру пришлось быстренько научиться самостоятельности". К сожалению, из-за болезни Терезе пришлось уйти с работы.

Сейчас у Лестера есть работа — складывать фартуки в прачечной. Его возит туда специальный автобус для инвалидов, и он работает каждый день. Дома он моет посуду и иногда даже помогает с пылесосом. Вместе с пособием по инвалидности он приносит домой 250 долларов в неделю, и на это они живут.

"Я его не оставила, — говорит Тереза, и вдруг к ней возвращается гордость. — Мне говорили, что я сгорю, а мы сейчас такие сильные. Мы можем говорить о чем угодно. Раньше он был такой закоренелый консерватор, а теперь стал очень либеральным. Я разгребла часть предрассудков и ненависти, с которыми он рос". Лестер научился сам мочиться и умеет почти самостоятельно одеваться одной рукой. "Мы беседуем каждый день и каждый вечер, — говорит Тереза. — И знаете что? Он — настоящая любовь моей жизни, и пусть я сожалею о многом, что случилось, я бы не отказалась ни от чего, что есть у нас, у нашей семьи. Но если бы не Мариан, я бы истекла кровью, и на том бы все и закончилось".

При этом заявлении Лесли вскарабкалась к Терезе на колени. Та покачала ее взад-вперед. "А в этом году, — Тереза вдруг просияла, — я нашла свою маму. Я высмотрела ее фамилию в телефонной книге и после примерно пятидесяти звонков нашла одну родственницу и проделала кое-какую детективную работу, и когда мама ответила на мой звонок, она сказала, что все эти годы ждала и надеялась, что я позвоню. Теперь она моя лучшая подруга. Мы с ней все время видимся".

— Мы любим бабу, — объявила Лесли.

— Конечно, любим, — подтвердила Тереза. — Нам с ней одинаково досталось от моего папаши и его семейки, так что у нас много общего.

Тереза говорит, что у нее мало шансов вернуться на фабричную работу, где необходимо целый день проводить на ногах. "Когда-нибудь, когда Лесли сможет по вечерам ходить за Лес-

тером, и если мне позволят побольше двигаться и сумеют стабилизировать мою гемангиому, я окончу вечернюю школу. Я много узнала о живописи, поэзии и музыке у черной учительницы в старших классах, мисс Уилсон. Я вернусь в школу и узнаю больше про своих самых любимых писателей — это Ките, Байрон и Эдгар Аллан По. На той неделе я прочитала Лесли "Ворона" и "Аннабель Ли", правда, дочка? — мы взяли книгу в библиотеке". Я оглянулся на репродукции, висевшие на стенах. "Я люблю Ренуара, — сказала она. — Не подумайте, я не выпендриваюсь, я правда люблю все это, и еще лошадь, английского художника, забыла имя... И музыку люблю, люблю слушать Паваротти, когда его передают.

Я, знаете, чего хотела, когда была маленькой в этом кошмарном доме? Я хотела стать археологом и уехать в Египет и в Грецию. Разговоры с Мариан помогли мне перестать сходить с ума и начать снова *думать*. Я так давно не пользовалась мозгами, даже соскучилась. Мариан — такая умница, и после всех этих лет с одной только Лесли и с мужем, который девяти классов не окончил и не может говорить... — на миг ее унесло прочь. — Эх, сколько есть на свете прекрасного... И мы все это найдем, Лесли, правда? Как мы нашли эти стихи". Я начал декламировать "Аннабель Ли", Тереза подхватила. Лесли внимательно смотрела на мать, пока мы вместе с ней читали несколько первых строк. "Мы любили любовью, что больше любви..." — сказала Тереза, как бы описывая свой собственный путь.

Одна из трудностей с предоставлением более качественных медицинских услуг этим людям — блокада недоверия. У меня был написан более ранний вариант этой главы для публикации в крупном общественно-политическом журнале, и мне сказали, что я должен ее переписать по двум причинам. Во-первых, мои жизнеописания неправдоподобно ужасны. "Это доходит до смешного, — сказал один редактор. — Я имею в виду, что ни с кем не может происходить подобного, а если и может, то неудивительно, что они в депрессии". Другая проблема состояла в том, что выздоровление происходило слишком быстро и слишком драматично. "Все эти байки о суицидальных бездомных женщинах, становящихся чуть ли не менеджерами инвестиционных компаний... — несколько едко сказал редактор, — получается довольно смешно". Я пытался объяснить,

что на самом деле это — сильная сторона материала, что люди в подлинно отчаянных ситуациях изменяют свою жизнь до неузнаваемости, но ничего не добились. Истина, которую я открыл, была невыносимо странной, хуже фантазий.

Когда ученые впервые обнаружили над Антарктидой дыру в озоновом слое, они решили, что их наблюдательные приборы барахлят, потому что дыра была такой огромной, что в это невозможно было поверить. Оказалось, что она настоящая. "Дыра" депрессии среди неимущих в Соединенных Штатах тоже настоящая и огромная, но, в отличие от дыры в озоновом слое, эту можно закрыть. Я не могу вообразить себя на месте Лолли Вашингтон, Рут-Энн Джейнсон, Шейлы Харнандес, Кардиты Льюис, Дэнкуил Стетсон, Фреда Уилсона, Терезы Морган и десятков других людей из числа неимущих депрессивных, с которыми имел долгие беседы. Но я знаю одно: мы пытаемся решить проблему нищеты с помощью материальной помощи как минимум с библейских времен, и в последнее десятилетие устали от таких вложений, поняв, что деньги — антидот не достаточный. Теперь мы перестроили систему социального обеспечения ("велфэр") с благодушным замыслом: если мы не будем поддерживать бедных, они станут больше работать. Не стоит ли предоставить им еще и поддержку медицинскую и психиатрическую, которая позволила бы им функционировать и дала бы свободу прожить жизнь с пользой? Не так легко найти социальных работников, способных изменить жизнь этих людей; но без программ пробуждения сознания и направленного финансирования те, у кого есть талант и преданность, чтобы работать с такими людьми, сильно ограничены в средствах, и поэтому ужасные, губительные, навевающие тоску страдания продолжаются.



## ГЛАВА X

# ПОЛИТИКА

**П**олитика играет столь же значимую роль в современном определении депрессии, как и наука. Кто исследует депрессию; что в связи с нею делается; кого лечат; кого не лечат; кто виноват; кого обхаживают; за что платят; что игнорируют — все эти вопросы решаются в святилищах власти. Политика определяет и способы, применяемые влечениями: помещать ли людей в государственные лечебные заведения? Лечить ли их на местном уровне? Должен ли уход за депрессивными пациентами оставаться в руках врачей или его должны взять на себя работники сферы социальных проблем? Какого рода диагноз обеспечивает вмешательство, финансируемое правительством? Лексика депрессии, которая может быть невероятно действенной для маргинальных людей, не умеющих ни описывать, ни понимать свои переживания, бесконечно подвластна манипуляциям. Более привилегированные члены общества воспринимают свою болезнь через этот язык, который плетут, не сговариваясь между собой, конгресс, Американская медицинская ассоциация и фармацевтическая промышленность.

Определения депрессии сильно влияют на политические решения, которые, в свою очередь, отзываются на страдающих ею. Если депрессия — "обычная органическая болезнь", то с ней надо обходиться, как мы обходимся с прочими органическими болезнями: страховые компании должны обеспечивать страховое покрытие тяжелой депрессии, как они обеспечивают ущерб от рака. Если депрессия коренится в характере, то страдающие ею сами и виноваты, и защищать от нее следует не больше чем от врожденной глупости. Если она может пора-

зять каждого в любую минуту, то следует думать о профилактике; если это нечто такое, что поражает только бедняков, необразованных или недостаточно представленных политически, то в нашем обществе неравенства ударение на профилактике будет гораздо слабее. Если депрессивные люди опасны для окружающих, то их состояние необходимо контролировать ради блага общества; если они просто сидят дома или исчезают с глаз, эта невидимость позволяет легче их игнорировать.

Политика американского правительства в отношении депрессии в последнее десятилетие изменилась и продолжает меняться; существенные сдвиги происходят и во многих других странах. На восприятие депрессии — и как следствие на осуществление связанной с нею политики — на правительственном уровне влияют четыре основных фактора. Первый — отнесение ее к сфере медицины. Глубоко в американской психике сидит такое понятие, что мы не должны лечить болезни, которые человек навлек на себя сам или приобрел вследствие слабости характера, хотя цирроз печени и рак легких как минимум покрываются страховкой. В популярном сознании неколебимо убеждение, что посещение психиатра есть потакание собственным слабостям, что оно более сродни визиту к парикмахеру, нежели посещению онколога. Отношение к расстройствам душевного состояния как к болезни в медицинском смысле слова противостоит этой нелепице, снимает ответственность с человека, этой болезнью страдающего, и облегчает "обоснование" лечения. Второй фактор формирования восприятия — чрезмерное упрощение (на удивление несоразмерное с двумя с половиной тысячелетиями не слишком ясного понимания, что же такое депрессия). В частности, популярна гипотеза, что депрессия — результат пониженного уровня серотонина, как диабет — результат пониженного уровня инсулина; идея, которую существенно подкрепляют и фармацевтическая промышленность, и FDA (Food and Drug Administration, Управление по делам продовольствия и медикаментов). Третий фактор — компьютерная технология создания визуальных образов (имеджинг). Если поместить изображение мозга пациента, находящегося в депрессии (окрашенное в соответствии с интенсивностью обмена веществ) рядом с изображением мозга здорового человека, эффект будет поразительный: у первых мозг серый, а у вторых —

яркий и разноцветный. Различие душераздирающее и выглядит очень научно, и хотя оно совершенно искусственно (цвета отражают технику имеджинга, а не фактические краски и оттенки), такая картинка стоит десятков тысяч слов и обычно убеждает людей в необходимости немедленного лечения. Четвертый фактор — слабость лобби здравоохранения в области психиатрии. "Депрессивные люди не могут бодаться достаточно сильно", — говорит депутат палаты представителей Линн Риверс (демократка от штата Мичиган). Внимание к той или иной болезни обычно становится результатом совместных усилий лоббистских групп, направленных на повышение общественной осведомленности о данном недуге; колоссальный отклик на ВИЧ/СПИД был вызван к жизни активными действиями того слоя населения, который подвержен инфекции фактически или потенциально. К сожалению, депрессивных подавляет сама повседневная жизнь, и лоббисты из них никакие. Мало того; те, кто пережил депрессию, пусть даже теперь и чувствуют себя лучше, не хотят о ней говорить: депрессия — это нечто тайное и неприличное, а лоббировать интересы, обнаруживающие собственные неприличные секреты, трудно. "Нас заносит, когда люди приходят к своим депутатам, чтобы провозгласить степень тяжести той или иной болезни, — говорит депутат палаты представителей Джон Портер (республиканец от штата Иллинойс), который, как председатель Комитета по субсидированию труда, здравоохранения и гуманитарных служб доминирует в проводимых палатой дискуссиях по бюджету, выделяемому на психические болезни. — Мне приходится "зарубать" выносимые на обсуждение поправки, которые отражают чье-нибудь возмущение по поводу услышанной истории и предлагают выделить определенные суммы на конкретную болезнь. Члены конгресса часто стараются делать это, — но редко по поводу психической болезни". Впрочем, небольшое число лоббистских групп по здравоохранению в области психиатрии отстаивают сторону депрессивных больных; самые заметные из них — Национальный союз в защиту психических больных (National Alliance for the Mentally Ill, NAMI) и Национальная ассоциация людей с депрессивными и маниакально-депрессивными расстройствами психики (National Depressive and Manic Depressive Association, NMDA).

Самое, возможно, большое препятствие на пути прогресса — это, по-прежнему, социальное клеймо, прилепившееся к депрессии, как ни к какой другой болезни, которое Стивен Хайман, директор Национального института психического здоровья, назвал "катастрофой здравоохранения". Многие из тех, с кем я беседовал во время написания этой книги, просили меня не называть их имен и не раскрывать их личностей. Я спрашивал их, что, по их мнению, случится, если люди узнают, что они пережили депрессию. "Они узнают, что я слаб", — сказал один, чей послужной список, отражающий фантастическую карьеру вопреки страшной болезни, на мой взгляд, указывал на его потрясающую силу. Люди, которые "выходили из подполья" и открыто говорили, что они гомосексуалисты, или алкоголики, или жертвы венерической болезни (а в одном случае — даже и развратитель малолетних), — эти же люди чувствовали себя слишком неловко, чтобы говорить о своей депрессии. Мне стоило большого труда найти людей, чьи истории фигурируют в этой книге: не потому, что депрессия редко встречается, а потому, что те, кто соглашается быть откровенным с самим собой и с внешним миром, — редкое исключение. "Мне перестанут доверять составление планов на будущее", — сказал юрист, который в предшествующий год некоторое время не мог работать по причине депрессии. Он изобрел себе целую легенду, чтобы объяснить пропущенные месяцы, и потратил немало энергии (в том числе фабрикуя отпускные фотографии) на то, чтобы его сказкам поверили. Пока я ждал лифта в большом офисном здании, где проходила наша беседа, со мной заговорил некий юный сотрудник. Я придумал себе версию — будто бы мне нужно повидать юриста по поводу одного контракта; молодой человек спросил, чем я занимаюсь. Я отвечал, что работаю над этой книгой.

— Ух ты! — сказал он и назвал человека, с которым я только что беседовал. — Вот экземпляр прямо для вас, — юноша явно хотел помочь. — Прошел через настоящий, полный срыв: депрессия, психоз, что хотите. Одно время был полным психом. Собственно, он и сейчас не вполне в себе; сам просидел дома, а показывает всем эти дурацкие пляжные фотографии и придумывает о себе истории. Чокнутый маленько, понимаете меня? Сейчас он вернулся на работу и в профессиональном смысле

выбивает сто из ста. Вам бы, правда, с ним встретиться и расспросить, если сможете". Мой юрист, судя по всему, скорее пользовался уважением за свое умение побеждать болезнь, чем страдал от клейма позора самой болезни, а его маскировка была лишь неудачным обманом, сравнимым с плохо сделанной трансплантацией волос: зрелищем гораздо более нелепым, чем все, что могла бы произвести природа. Но таинственность царит повсюду. После опубликования моей статьи в *The New Yorker* я получал письма, подписанные "От того, кто знает", "Искренне Ваш, без имени" или "Учитель".

Никогда в жизни не занимался я предметом, который вызывал бы столько откровенностей, как этот; люди рассказывали мне удивительнейшие истории на званом ужине, в поезде и где угодно еще, стоило мне сообщить о теме моей книги, но почти все они прибавляли: "Но только никому не рассказывайте". Одна особа, с которой я беседовал, потом позвонила и сказала, что мать грозитя никогда с ней больше не разговаривать, если она допустит, чтобы ее имя фигурировало в книге. Естественное состояние души — закрытость, и глубокие чувства обычно держат в секрете. Мы знаем людей только по тому, что они нам говорят. Никто из нас не может пробить стену чьего-то бездонного молчания. "Я никогда не упоминаю об этом, — сказал мне некто о своих усилиях, — потому что не вижу в этом никакой пользы". Мы остаемся слепы к эпидемическому размаху депрессии, потому что реальность озвучивается редко; а это происходит отчасти потому, что мы не осознаем, насколько она распространена.

У меня был удивительный случай, когда меня пригласили, наряду с другими гостями, на уик-энд в один английский дом. Меня спросили, чем я занимаюсь, и я послушно ответил, что работаю над книгой о депрессии. После ужина красивая женщина со светлыми волосами, уложенными в тугое кольцо на затылке, подошла ко мне в саду. Мягко положив ладонь на мою руку, она спросила разрешения поговорить со мной минутку, и мы час бродили по саду, пока она рассказывала мне о своих страшных несчастьях и битвах с депрессией. Она принимала лекарства, и это ей помогало, но она все равно не справлялась со многими ситуациями и боялась, что это состояние в конце концов погубит ее брак.

— Пожалуйста, — сказала она, когда наш разговор завершился, — никому ни слова об этом. Особенно мужу. Он ни в коем случае не должен знать. Он не поймет и не потерпит.

Я дал слово. Это был славный уик-энд — сияло солнце, вечерами уютно пылал камин, и собравшиеся, включая мою confidentку, мило болтали и шутили. В воскресенье после обеда я ехал верхом с мужем этой женщины. На обратном пути к конюшням он вдруг повернулся ко мне и смущенно сказал:

— Я обычно столько не говорю, — и он остановил коня. Я думал, он собирается спросить о своей жене — он видел, как мы с ней разговаривали, и не раз. — Не думаю, чтобы многие люди это поняли. — Он кашлянул. Я подбадривающе улыбнулся. — Я о депрессии, — наконец сказал он. — Вы пишете о депрессии, а? — Я ответил утвердительно и ждал продолжения. — Что заставило человека вроде вас заняться такой темой? — Я отвечал, что у меня самого была депрессия — в общем, начал свои обычные объяснения, но он меня перебил. — У вас? У вас была депрессия и теперь вы о ней пишете? Видите ли, я не люблю об этом говорить, но это правда. Я переживаю ужасное время. Не представляю себе почему. Хорошая жизнь, хороший брак, хорошие дети, со всеми близкие отношения, но мне пришлось реально пойти к психиатру, и он посадил меня на эти чертовы пилюли. Так что я теперь немного лучше чувствую, что я — это я. Если вы понимаете, о чем я. Я бы нипочем не рассказал жене и детям, они не поймут, не примут, перестанут воспринимать меня как отца семейства и т.д. Я собираюсь скоро бросить лекарства, но знаете ли вы, кто я в этом мире?

В конце нашей краткой беседы он взял с меня клятву секретности.

Я не сказал этому человеку, что его жена принимает те же лекарства, что и он; и его жене я не сказал, что муж был бы в состоянии понять ее положение. Я не сказал ни ему, ни ей, что жить с секретами трудно, что стыд, может быть, усугубляет их депрессию. Я не сказал, что брак, в котором не доверяют друг другу, — слабый брак. Однако я сказал обоим, что депрессия часто бывает наследственной и что им нужно последить за детьми, превознеся открытость как наш долг перед будущим поколением.

Недавние откровенные высказывания широкого круга знаменитостей, несомненно, помогают стереть клеймо с депрессии. Если Типпер Гор<sup>91</sup>, и Майк Уоллас<sup>92</sup>, и Уильям Стайрон могут говорить, что пережили депрессию, то и менее заметные люди тоже могут. С изданием этой книги я отказываюсь от своего уютного уединенного частного пространства. Но должен сказать, что, когда я говорю о депрессии, мне становится легче переносить болезнь и легче предупреждать ее возвращение. Я бы рекомендовал открывать душу в отношении депрессии. Иметь секреты обременительно, это изматывает; надо точно вычислять, когда следует раскрывать информацию, которую держишь под замком, а это очень хлопотно.

Удивительно, но правда и то, что, независимо от того, что ты говоришь о своей депрессии, тебе не поверят, если ты не выглядишь депрессивным в тот самый миг, когда тебя видят и слышат. Я хорошо умею маскировать свои состояния; как сказал один психиатр, я "до боли свехобщителен". И все же меня поразило, когда один светский знакомый позвонил мне, чтобы сказать, что занимается в "Анонимных алкоголиках" и хотел бы чем-то возместить мне проявляемую им временами холодность, которая, сказал он, была следствием не снобизма, но глубокой зависти к моей "совершенной на вид" жизни. Я не стал углубляться в бесчисленные несовершенства моей жизни, однако спросил, как он может говорить, что завидует моей статье в *The New Yorker*, выказывать заинтересованность продвижением этой книги и при этом считать, что моя жизнь выглядит совершенной.

— Я знаю, что вы какое-то время были в депрессии, — сказал он, — но она, кажется, не оказала на вас никакого воздействия.

Я возразил: на самом деле она изменила и определила собой всю мою жизнь, но чувствовал, что мои слова до него не долетают. Он никогда не видел меня корчащимся в постели, и этот образ ему ничего не говорил. Мое частное пространство

<sup>91</sup> *Tipper Gore* — супруга бывшего вице-президента США Альберта Гора. — Прим. ред.

<sup>92</sup> *Майк Уоллас* — известный тележурналист, комментатор CBS News, ведущий популярной общественно-политической программы "60 минут". — Прим. ред.

было непроницаемо. Недавно один редактор из *The New Yorker* сказал мне, что я на самом деле никогда не был в депрессии. Я возразил — люди, которые не были в депрессии, не склонны притворяться, но его было не убедить.

— Да ладно, — сказал он. — Какого черта тебе быть депрессивным, отчего?

Меня поглотило мое выздоровление. Моя история и продолжающиеся периодические приступы не имели отношения к делу, а то, что я публично заявлял, что принимаю антидепрессанты, его ничуть не трогало. Это удивительная обратная сторона позорного клейма.

— Я не покупаюсь на все эти штуки насчет депрессии, — сказал он мне. Как если бы я и люди, о которых я писал, были в заговоре, чтобы завоевать себе больше сочувствия со стороны мира сего, чем нам положено. Я сталкиваюсь с этой паранойей снова и снова, и она не перестает меня изумлять. Никто никогда не сказал моей бабушке, что у нее на самом деле нет никакой болезни сердца. Никто не говорит, что учащение случаев рака кожи — это игра общественного воображения. Депрессия же настолько пугает, настолько неприятна, что многие готовы отрицать существование болезни и отвергать страдающих ею.

Однако существует тонкая грань между открытостью и назойливостью. Разговоры о депрессии угнетают, и нет ничего более занудного, чем человек, постоянно говорящий о своих страданиях. Находясь в депрессии, ты в каком-то смысле себя не контролируешь, к тому же все, что с тобой происходит, — это депрессия; но это не значит, что на всю оставшуюся жизнь эта болезнь должна стать первой темой твоих разговоров с людьми. Я часто слышал высказывания типа "Мне понадобились годы, пока я сумел рассказать своему психиатру, что..." — и думал, какое безумие повторять на коктейле то, что говоришь своему психиатру.

Предубеждение, коренящееся в неуверенности, по-прежнему существует. Недавно мы с несколькими знакомыми проезжали мимо одной знаменитой больницы.

— Эй, смотрите, — сказал один из них, — вот здесь Изабель сидела на электрическом стуле, — и он покрутил указательным пальцем у левого виска — чокнутая, мол. Все мое нутро акти-

виста взбунтовалось; я спросил, что именно случилось с Изабелью, и услышал, как и ожидал, что она проходила в этой больнице ЭШТ.

— Ей, видно, было нелегко, — сказал я, намереваясь защитить бедняжку, но не казаться чрезмерно серьезным. — Воображаю, как должен шокировать шок.

Он расхохотался.

— Я чуть на днях сам не устроил себе электрошок — чинил жене фен, — сказал он.

Я большой сторонник чувства юмора, и обижаться не стал, но попытался себе представить — и не смог, — как бы мы проезжали мимо больницы, где Изабель проходила химиотерапию, и вот так же шутили.

Закон об американцах, имеющих инвалидность (Americans with Disabilities Act, ADA), декрет конгресса, предусматривающий значительные услуги инвалидам, требует, чтобы работодатели не допускали унижения психических больных. Это поднимает ряд трудных вопросов, многие из которых обсуждаются общественностью со времени выхода книги "Слушая прозак". Позволять ли вашему боссу требовать, чтобы вы принимали антидепрессанты, если вы справляетесь с работой? Если вы замыкаетесь в себе, давать ли ему право уволить вас за то, что вы не делаете положенного в данной ситуации? Да, действительно, людям, чья болезнь под контролем, не следует мешать выполнять такую работу, какую они выполнять могут. С другой стороны, правда, пусть и безобразная, и то, что инвалид не может работать носильщиком, а полные девушки — быть топ-моделями. Если бы я взял на работу человека, который регулярно впадает в депрессию, я бы немало досадовал. Предубеждения и прагматизм взаимодействуют в ущерб страдающим депрессией — в одних сферах откровенно, в других менее явно. Федеральная авиационная ассоциация не позволяет людям, страдающим депрессией, водить самолеты; если пилот начинает принимать антидепрессанты, он должен подать в отставку. Результатом, вероятно, будет немалое число депрессивных пилотов, отказывающихся от лечения, и я бы предположил, что пассажиры окажутся в гораздо меньшей безопасности, чем если бы самолет вел пилот, принимающий прозак. Все это так, человек может выдержать самый острый кризис, лекарства

придают много сил; но есть пределы уступчивости. Я не стал бы голосовать за слишком хрупкого президента. Хорошо бы этого избежать. Хорошо бы, чтобы миром управлял кто-то, кто на собственном опыте знает, через что прошел я и другие подобные мне. Я не смог бы стать президентом, и если бы попробовал, это оказалось бы катастрофой для мира. Немногочисленные исключения из этого правила — например, Авраам Линкольн или Уинстон Черчилль, каждый из которых страдал депрессией, — используют свое беспокойство и озабоченность как основу своего лидерства, но это требует воистину неординарной личности и подразумевает особого рода депрессию — такую, которая не выводит из строя в критические моменты.

С другой стороны, депрессия не делает человека бесполезным. Когда я впервые соприкоснулся с Полом Бейли Мейсоном, большую часть своей предыдущей жизни он страдал депрессией; собственно, это было в пятидесятую годовщину его первого раунда ЭШТ. Жизнь его была полна травм; мать, когда у него появились подростковые "дисциплинарные проблемы", натравила на него нескольких доброжелательных "куклукс-клановцев". Позже его против воли поместили в психушку и там избивали до полусмерти; ему удалось наконец бежать во время бунта пациентов. Почти двадцать лет он получал полномасштабное социальное пособие по инвалидности. За это время он защитил две диссертации на степень магистра. Приближаясь к семидесяти, под двойным бременем — возраста и истории болезни — он обращался за помощью в поисках работы, и чиновники всех уровней отвечали, что для такого, как он, работы нет и ему не стоит даже стараться. Я знаю, каким продуктивным работником был Мейсон, потому что читал длинную вереницу писем, которые он слал в реабилитационную службу Южной Каролины, где живет, в офис губернатора и всем, кто, по его мнению, имеет к этому отношение, копии которых он передал мне. Принимая лекарства, он мог большую часть времени функционировать нормально. Богатство его словаря поражало. Мейсону сказали, что рабочие места, доступные людям в его положении, связаны лишь с ручным трудом, а если он хочет интеллектуальную работу, то это его трудности. Берясь за эпизодические преподавательские занятия, требовавшие в большинстве случаев невообразимо дальних

поездок, он ухитрился удерживать душу в теле и одновременно писать сотни и сотни страниц, отставив свои права, объясняясь, взывая о помощи, — что принесло ему в общей сложности горстку формальных отписок. Читая их, я сомневаюсь, доходили ли письма Пола хоть до кого-то, кто мог бы ему помочь. "Депрессия творит собственную тюрьму, — писал он мне. — Я сижу здесь, в этой квартире, которую едва могу терпеть, и борюсь за помощь в поисках работы. Когда мне становится невыносимо оставаться одному, как на прошлое Рождество, я иду и катаюсь по Атланте в подземке. Это самый близкий из доступных мне в моем нынешнем положении контакт с людьми". Его чувствам вторили многие другие, с кем я встречался. Одна женщина, чувствующая себя в социальной изоляции из-за профессиональных неудач, писала: "Я уже задыхаюсь под этой тяжестью — не иметь работы".

Ричард Барон был одно время членом совета Международной ассоциации психолого-реабилитационных служб (International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, IAPRSRS), организации для немедицинских психиатрических работников, в которой ныне состоит около двух тысяч членов. Сами депрессивные люди, говорит он, "начинают вслух высказывать глубокую озабоченность пустотой своей жизни без работы, которая предоставляла бы такие преимущества, как выстраивание своего Я, налаживание социальных связей и личный доход, и тем самым демонстрируют, как упрямо работа сохраняет свою роль существенной части процесса восстановления". Анализ существующих программ помощи выявляет серьезную проблему. Те депрессивные в Соединенных Штатах, которые могут добиться, чтобы их сочли инвалидами, имеют право на инвалидную страховку системы социального обеспечения (Social Security Disability Insurance, SSDI) и на вспомогательное социальное вспомоществование (Supplemental Security Income, SSI); они также, как правило, могут получать "медикейд"<sup>93</sup>, оплачивающий продолжительное лечение, которое имеет тенденцию быть дорогостоящим. Люди, которые получают SSDI и SSI, не устраиваются на работу из

*Medicaid и Medicare* — системы социального медицинского обеспечения. — Прим. пер.

страха их потерять; известно, что менее полупроцента получающих SSDI или SSI соглашаются отказаться от них ради возвращения в ряды трудящихся. "В субкультуре серьезного психического заболевания, — пишет Барон, — нет "народной мудрости" настолько нерушимой (и насквозь ошибочной), как понятие, что люди, которые возвращаются на работу, немедленно потеряют все свои льготы по SSI и никогда не смогут получить их снова. Система здравоохранения в области психиатрии признает важность трудоустройства, но так и пребывает в параличе в отношении его способности оплачивать реабилитационные услуги".

Хотя наиболее практические исследования в области психического здоровья производятся в фармацевтической промышленности, первичные механизмы деятельности мозга выявляет в США Национальный институт психического здоровья (National Institute of Mental Health, NIMH), расположенный на широко раскинувшемся, необъятном кампусе в городе Вифезда, штат Мериленд. В бюджете двадцати трех национальных институтов здравоохранения ему уделена отдельная строка; еще одна строка выделена для Управления по злоупотреблению наркотическими веществами и службам психического здоровья (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA), которое ведет некоторую работу, относящуюся к депрессии, но не входит в состав NIMH. И в NIMH, и в SAMHSA немедленная польза от прикладных исследований рассматривается как второстепенная по сравнению с добычей знаний о человеке с помощью фундаментальных исследований. "Если суметь раскрыть секреты болезни, — прагматически говорит депутат Джон Портер, — можно с очень большой вероятностью предотвращать ее. Вкладывать деньги в исследования — значит в конечном итоге сохранять жизни и уменьшать количество страдания. Люди начинают видеть, что выгоды чрезвычайно велики по сравнению с вложениями".

В начале 90-х годов конгресс США попросил шестерых видных Нобелевских лауреатов в области науки назвать два объекта для крупных исследований. Пятеро из шестерых выбрали мозг. Конгресс объявил 1990—2000 годы "Десятилетием мозга" и направил на его исследования огромные ресурсы. "Это будет помнит как один из самых наиважнейших эдик-

тов, какие только принимал конгресс для продвижения знаний человечества о самом себе", — говорит депутат Боб Уайз (демократ от Западной Вирджинии). В "Десятилетие мозга" финансирование психиатрии невероятно увеличилось и "люди стали понимать, что психическая болезнь — такая же болезнь, как другие болезни, — говорит Портер. — Раньше психическую болезнь рассматривали как бездонную пропасть, поглощающую все деньги, требующую непрерывного лечения, когда счетчик постоянно шелкает, а прогресс сомнителен. Новые препараты все это изменили. Однако теперь меня тревожит то, что мы начинаем отворачиваться от людей, которые не получают или не могут получить помощи от этих лекарств".

Самыми видными поборниками совершенствования законодательства о здравоохранении в области психиатрии в правительстве США выступают сенатор Пол Уэллстоун (демократ от Миннесоты) и сенатор Пит Доменичи (республиканец от Нью-Мексико). В настоящее время политическая борьба на главной сцене идет вокруг равноценного медицинского страхования. Даже те американцы, у которых есть всеобъемлющая страховка, часто имеют ограничения в сфере психического здоровья; известно, что 75% страховых планов в США предоставляют меньшее покрытие психических расстройств, чем других заболеваний. Максимально возможные страховые суммы на психические расстройства, как на протяжении всей жизни, так и годовые, бывают менее 5% от максимальных сумм на "обычные" заболевания. Начиная с 1998 года американские компании, насчитывающие более 50 работников и предоставляющие медицинскую страховку, по закону не имеют права понижать потолок выплат на психиатрию, хотя и вправе иметь более высокую доплату (то, что платит пациент, в отличие от того, что платит страховая компания) за психиатрическое лечение, чем за какое-либо другое; по сути дела, эти больные застрахованы хуже. "То, что большинство страховок не покрывает затрат на лечение моей дочери, у которой депрессия, так, как если бы у нее была эпилепсия, просто невероятно, — говорит Лори Флинн, глава Союза защиты психически больных (National Alliance for the Mentally Ill), крупнейшей в стране организации такого рода. — На лечение моего ревматического полиартрита положена вполне приличная доплата, потому что это "реаль-

ная" болезнь, а у моей дочери, выходит, "нереальная"? Психическое здоровье очень трудно определить — мало кто совершенно здоров психически. Наше общество не обязано и не может позволить себе предоставлять мне страховку моего личного счастья. Но с психической болезнью все гораздо проще. Мы пристраиваемся к веренице непривилегированных групп населения, которые поднимают голову и требуют той доли, что положена им по справедливости". Закон об американцах, имеющих инвалидность, (Americans with Disabilities Act, ADA) защищает людей "с психической и физической инвалидностью", но психическая болезнь по-прежнему стоит большим препятствием трудоустройству и запятнана предрассудками. "У людей по-прежнему такое чувство, что если ты действительно сильный человек, — говорит Флинн, — то с тобой это не случилось бы. Если бы ты был действительно порядочен, хорошо воспитан, правильно мотивирован, то этого бы не случилось".

Как и все политические движения, это тоже сильно полагается на упрощенчество. "Это всего лишь химический дисбаланс, как в почках или печени", — говорит Флинн. На самом деле, здесь очевидно желание получить и лечение, и защиту. "Мы разработали план пятилетней кампании за отмену дискриминации — сделать так, чтобы эти болезни понимали как расстройство мозга, и не более того". Дело хитрое, поскольку эти болезни — расстройство мозга и нечто более того. Роберт Бурстин страдает биполярным расстройством и состоит в числе наиболее заметных психически больных людей в стране. Он стал народным представителем по вопросам психических заболеваний. "В этом "движении" есть люди, — говорит он, — которые буквально слетают с катушек, когда слышат слово "помешанный" в неверном употреблении".

Организации охраны здоровья (Health maintenance organizations, НМО) не особенно радуют депрессивных. У Сильвии Симпсон, работающей в клинике Джонса Хопкинса, которой приходится по роду своей деятельности регулярно вступать в противоборство с НМО, в запасе только кошмарные истории. "Я провожу все больше и больше времени, беседуя по телефону с представителями контролирующего медицинское обслуживание организаций, стараясь убедить их в необходимости оставлять у нас пациентов. Если пациент все еще серьезно бо-

лен, но в этот день фактически не суицидален, мне велят его выписывать. Я объясняю, что ему надо остаться, а они просто говорят: "Отказываю". Я велю родным звонить юристам, бороться. Сам пациент для этого слишком болен. Мы считаем, что должны держать пациента у себя, пока не станет достаточно безопасно отправлять его куда-либо еще. В итоге семья получает счет; если они платить не в состоянии, мы просто его списываем. Мы не можем делать так постоянно, к тому же это играет на руку страховым компаниям. Кроме того, это еще больше повергает людей в депрессию. Все это просто ужасно". В менее богатых больницах с менее решительным руководством такое принятие на себя долгов пациента часто невозможно, а депрессивные пациенты отнюдь не в той форме, чтобы отставлять свои права у страховых компаний. "Нам известно немало случаев, — утверждает Флинн, — когда еще не готовых к выписке людей выписывали по указанию НМО, а вскоре они кончали с собой. От такой политики люди просто умирают". "Если ты приставил к виску пистолет, — говорит Джин Миранда, — страховая компания, возможно, заплатит за твое лечение. Опусти его — и ты снова сам по себе".

Депрессия — чертовски дорогостоящая болезнь. Мой первый срыв стоил мне и моей страховой компании пяти месяцев работы, 4 тысячи долларов на визиты к психофармакотерапевту, 10 тысяч — на психотерапию и 3,5 тысячи — на лекарства. Я, конечно, сэконобил на другом — я не говорил по телефону, не ходил в рестораны, не покупал и не носил одежду и, живя у отца, меньше платил за электричество. Но экономика тут не веселая. "Предположим, ваша страховка покрывает 50% стоимости двадцати визитов к психиатру в год, — говорит Роберт Бурстин. — Плюс, после первой тысячи долларов, — 80% лекарств. Это считается хорошей страховкой. Кому все это по карману? Когда меня во второй раз помещали в больницу, моя страховая компания заявила, что достигла потолка, и моему брату пришлось заплатить по карточке American Express 18 тысяч долларов, чтобы меня только *положили*". Впоследствии Бурстин подал в суд на страховую компанию и добился урегулирования, но у кого же есть средства на подобные иски! "Я сейчас трачу около 20 тысяч долларов в год на поддержание своего психического здоровья, причем без госпитализации.

Даже легкая депрессия обходится минимум в 2—2,5 тысячи долларов в год, а трехнедельная госпитализация начинается с 14 тысяч долларов".

Действительно, *The Journal of the American Medical Association* недавно оценил годовые затраты на депрессию в США в 48 миллиардов долларов: 12 миллиардов прямых затрат и 31 миллиард косвенных. Из этой суммы 8 миллиардов теряется из-за преждевременной смерти потенциально продуктивных представителей трудового населения и 23 миллиарда — из-за отсутствия на рабочих местах или пониженной производительности труда. Это означает, что средний работодатель теряет около 6 тысяч долларов в год на каждом депрессивном работнике. "Модель, использованная в этом исследовании, — пишет журнал, занижает истинную цену, которую платит общество, потому что не включает в себя усугубляющих эффектов физической боли, душевного страдания и других вопросов, касающихся образа и уровня жизни. Более того, эти оценки крайне осторожны, поскольку исследование не принимало в расчет других важных затрат: дополнительных расходов родных, дополнительной госпитализации по поводу непсихических расстройств, вызванных депрессией, и, кроме того, дополнительных диагностических анализов и тестов для постановки общеклинических диагнозов, когда депрессия является причиной других симптомов пациента".

С тех пор как в 1996 году сенатор Уэллстоун впервые внес законопроект о здравоохранении в области психиатрии, он ведет борьбу за то, чтобы объявить вне закона подобную дискриминацию психической болезни в сравнении с физическим заболеванием. Пока законодательство о паритете ждет своего часа, идея о том, что существует разделение между физическим и психическим заболеванием, рушится, и теперь политически целесообразно, даже необходимо, примыкать к биологическим воззрениям, чтобы "химия" снимала личную ответственность, делая психическую болезнь соразмерной с тяжелым физическим заболеванием. "Было бы интересно возбудить когда-нибудь иск против страховой компании, отказавшейся соблюдать паритет, и сказать, ссылаясь на равенство по закону, что психические расстройства *суть* физические расстройства, поэтому вы не можете исключать психическую болезнь, если претен-

дуете на то, что боитесь против всех физических заболеваний, определяемых и описываемых врачами", — говорит сенатор Доменичи. Недавно был принят первоначальный закон о паритете, но, по выражению депутата Марси Каптур (демократка от Огайо), "в нем множество лазеек, как в кастрюле с макаронами". Этот закон не распространяется на бизнес с малым числом сотрудников; допускает ограничение общей суммы выплат на медицинское обеспечение; позволяет страховым компаниям устанавливать жесткие ограничения на продолжительность госпитализации или амбулаторного лечения психически больных и разрешает им требовать более высокой доплаты и более высокой первоначальной (не оплачиваемой страховой компанией) суммы за психические, чем за физические заболевания. Хотя дух этого закона бодр, он мало что изменяет в нынешнем положении вещей. Уэллстоун и Доменичи надеются внести более жесткий законопроект.

Трудно найти кого-либо в конгрессе, кто в принципе противился бы лечению психически больных; "оппозиции нет, есть соревнование", — говорит депутат Джон Портер. В то время как декларации о трагической природе самоубийства и об опасностях психических недугов накапливаются на страницах "Записей конгресса", законодательство, относящееся к такой статистике, принимается нелегко. Когда объем страхового покрытия увеличивается, расходы растут; в нынешней американской системе это значит, что страховку получит меньшее число людей. На каждый процент повышения стоимости страховки 400 тысяч человек выпадают из страховых реестров: если паритет здравоохранения в области психиатрии приведет к повышению стоимости медицинского обслуживания на 2,5%, еще один миллион американцев останутся без страховки. Эксперименты с паритетом показывают, что он не обязательно повысит стоимость более чем на 1%. Люди, получающие адекватную психиатрическую помощь, гораздо более других способны следить за своим питанием, заниматься физическими упражнениями и вовремя ходить к врачам, что делает профилактическую медицину более эффективной; страхование психического здоровья во многом самокупаемо. Более того, при накапливающихся свидетельствах о том, что люди с серьезной депрессией гораздо более, чем в среднем по населению, под-

вержены самым разнообразным болезням (включая инфекции, рак и сердечно-сосудистые заболевания), здравоохранение в области психиатрии становится частью экономически и социально сбалансированной программы борьбы за телесное здоровье. В тех местах, где введен паритет, общие дополнительные затраты на семейную страховку в первый год составляют менее 1%. Страховочное лобби, однако же, как всегда, боится, что стоимость страховки взлетит за облака, где ее уже не поймать, а споры в зале заседаний сената показывают, что в сознании многих экономика здравоохранения в области психиатрии по-прежнему очень проблематична.

"Отсрочка вмешательства из-за страховых ограничений не ведет к экономии средств, — категорически утверждает член палаты представителей Мардж Рукима (республиканка от Нью-Джерси). — Фактически ты встраиваешь повышенные расходы". Палата сформировала Рабочую комиссию по психическому здоровью (после того как название "Рабочая комиссия по психическим болезням" было признано слишком зловещим) под председательством депутатов Рукимы и Каптура. В сенате идут обсуждения паритета как вопроса гражданских прав. "Сам-то я человек рынка, — говорит сенатор Доменичи, — но считаю, что мы нарушаем гражданские права, когда берем большую группу, как эта, и просто говорим: "Ну, валяйте, боритесь". Мы не можем обходиться с психическими больными, как с какими-то выродками". Сенатор Гарри Рид (демократ от штата Невада) говорит: "Если я вижу молодую женщину, у которой проблемы с менструацией, мы тут же отправляем ее к врачу; или юноша с астмой — о нем очень быстро позаботятся. Но если эта юная леди или этот юноша ни с кем не разговаривают, весят сто пятьдесят килограммов при росте метр шестьдесят — что с того? Я недавно сказал: "Господин председатель, мы должны провести слушания по самоубийству". Мы тратим и тратим деньги на то, чтобы люди водили машины безопасно. Мы много работаем, чтобы обеспечить безопасность самолетов. А что мы делаем по поводу 31 тысячи жизней в год, которые уносят самоубийства?"

Палата представителей сосредоточена на идее, что психически больные люди опасны. Притчей во языцех стали различные эпизоды насилия, связанные с душевным расстройством:

покушения Джона Хинкли на Рональда Рейгана; Унабомбер; расстрел двух полицейских на Капитолийском Холме Расселом Уэстоном-младшим; случай, когда больной с диагнозом "шизофрения" Эндрю Голдстин столкнул женщину под поезд в нью-йоркской подземке; стрельба в почтовых отделениях и, более всего, страшная стрельба в школах — в Литтлтоне и Атланте, в Кентукки, Миссисипи и Орегоне, в Денвере и Альберте. Согласно недавним пресс-релизам, более тысячи убийств в 1998 году было совершено людьми с психическими заболеваниями. Депрессия реже замешана в этом, чем маниакально-депрессивный психоз и шизофрения, но ажитированная депрессия реально приводит людей к насильственным действиям. Концентрация внимания на тех психически больных, что представляют опасность, делает ярче клеймо и усугубляет негативное отношение публики к людям, страдающим душевными расстройствами. Для сбора же средств она чрезвычайно эффективна; многие люди, которые никогда не дадут денег на помощь незнакомым, охотно заплатят за то, чтобы защитить себя, и использование довода "такие, как они, убивают таких, как мы" придает сил политическим акциям. Недавнее исследование, проведенное в Великобритании, показало, что, хотя лишь 3% душевнобольных считаются опасными для окружающих, статьи о психически больных в прессе почти на 50% сосредоточены на их опасности. "Большие интеллектуалы в конгрессе скорее будут зарывать голову в песок, чем постараются понять состояние, которое обуславливает эти ужасающие поступки, — говорит депутат Каптур, — и потому хотят строить заграждения из колючей проволоки и усиливать полицейский контроль, чтобы уходить от проблемы, которую надо решать, повышая финансирование психиатрии. Мы расходует миллиарды, обороняясь от этих людей, тогда как за гораздо меньшие деньги могли бы им помочь". Президент Клинтон, за которым стоит внушительный послужной список защиты прав психически больных и который поддержал инициированную Типпер Гор Конференцию Белого дома по психическим заболеваниям, сказал мне: "Теперь остается только надеяться, что после трагедии в Литтлтоне, после Атланты, после расстрела этих полицейских на Капитолийском холме люди слезут с печи и обратят внимание на неотложность проблемы. Нужны коренные

изменения законодательства в этой сфере — ведь она порождает трагедию за трагедией".

"Люди, сидящие здесь, принимают решения не потому, что они правильны в каком-то отвлеченном моральном смысле, — указывает депутат Линн Риверс. — Надо донести до широкой публики, что это в *ее* интересах". Линн Риверс — большой сторонник законопроекта, предложенного Рукимой и Каптур, и, подобно этим двум депутатам, оправдывает принятую в нем фразеологию. Там нет морального лексикона этической ответственности. Возникший на волне уэстоновской стрельбы на Капитолии, он говорит о самозащите. "*Конечно же*, мы хотим помогать не склонным к насилию душевнобольным людям так же, как мы хотим держать под контролем буйных, — сказала мне Рукима. — Но мы бежим по внутренней дорожке. Чтобы добиться сколько-нибудь существенной поддержки, мы должны показать обществу, что с этим необходимо что-то делать, поскольку это служит их *самым неотложным* личным интересам. Мы должны говорить о предотвращении зверских преступлений, которые в любой момент могут настичь их или их избирателей. Мы не можем говорить просто о лучшем, более преуспевающем и более гуманном государстве". Экономические доводы приводятся сравнительно редко, и идея перевода людей из системы социальной поддержки в капиталистическую систему все еще темна для конгресса, хотя недавнее исследование, проведенное Массачусетским технологическим институтом (MIT), показало, что, когда у людей тяжелая депрессия, их способность выполнять работу резко падает, но лечение антидепрессантами возвращает ее к базовому уровню. Два других исследования демонстрируют, что поддерживаемое трудоустройство психически больных — наиболее экономически выгодный способ обхождения с ними.

Исследования последнего времени, связывающие депрессию с другими заболеваниями, начинают приобретать вес среди законодателей и даже среди НМО. Если нелеченная депрессия реально делает нас более подверженными инфекции, раку и сердечно-сосудистым заболеваниям, то это такая болезнь, игнорировать которую обойдется дорого. Благодаря превратностям политики, чем дороже обойдется депрессия, которую не лечили, тем больше денег будет выделяться на лечение этой

болезни. Джон Уилсон, баллотировавшийся в мэры Вашингтона и покончивший жизнь самоубийством, однажды сказал: "Я полагаю, что от депрессии умирает больше людей, чем от СПИДа, сердечных заболеваний, повышенного артериального давления, чего угодно, просто потому, что считаю: все эти болезни приносит депрессия".

В то время как бушуют споры о страховом паритете, никто не обсуждает, что делать с депрессией среди незастрахованных. Medicare и Medicaid предоставляют разные уровни услуг в разных штатах, но не осуществляют программ охвата, а большинство неимущих депрессивных не в состоянии собраться с силами и обратиться за помощью. Доводы в пользу лечения неимущих депрессивных представляются мне неоспоримыми, и я отправился на Капитолийский холм, чтобы поделиться опытом, о котором говорил в предыдущей главе. Я пришел туда в странном качестве — журналиста, который время от времени принимает участие в активистских движениях. Я хотел узнать, что там делается, но, кроме того, надеялся убедить американское правительство ускорить реформы, которые будут служить интересам нации и тех людей, чьи истории меня так глубоко затронули. Я хотел поделиться знаниями человека, который смотрит на ситуацию изнутри. Сенатор Рид вполне владел ситуацией: "Несколько лет назад я переоделся в бомжа — бейсбольная фуражка, всякое старое барахло — и провел полдня и ночь в ночлежке в Лас-Вегасе, а на следующий день — в Рино. Можете писать сколько угодно статей о прозаке и обо всех современных чудодейственных лекарствах, которые останавливают депрессию. Этому классу людей прозак не поможет". Рид и сам рос в нищете, а его отец покончил с собой. "Теперь я знаю, что, если бы отцу было с кем поговорить и окажись у него хоть какое-нибудь лекарство, он, может быть, не покончил бы с собой. Но в настоящее время мы над этой проблемой не работаем".

Когда я встретился с сенатором Доменичи, одним из спонсоров Акта о паритете психических заболеваний, я выложил перед ним все собранные мною конкретные примеры и статистические данные и вызвался полностью задокументировать тенденции, которые со всей очевидностью вытекают для меня из этих историй. "Допустим, — сказал я, — мы сумеем свести

воедино эти неопровержимые данные и все вопросы пристрастности, неадекватной информированности и партийной односторонности смогут быть решены. Допустим, мы сможем сказать, что солидное психиатрическое обеспечение для глубоко депрессивных неимущих послужит на пользу американской экономике, Комитету по делам ветеранов, социальному благополучию — всем налогоплательщикам, которые платят сокрушительно высокую цену за последствия проигнорированной депрессии, — и получателям этих вложений, которые живут на грани отчаяния. Каким будет тогда путь к реформе?"

"Если вы спрашиваете, можно ли ожидать больших перемен просто потому, что они послужили бы к всеобщей пользе и в экономическом, и в гуманитарном отношении, — сказал Доменичи, — то я с сожалением вынужден ответить "нет". На пути разработки федеральных программ ухода за неимущими стоят четыре фактора. Первый и самый, пожалуй, трудно преодолимый, — структура национального бюджета. "Мы загнаны в программы и затраты на них, — сказал Доменичи. — Перед нами стоит вопрос: будет ли описываемая вами программа разрастаться и требовать новых затрат, а не о том, принесет ли она общую экономию министерству финансов США". Немедленно сокращать другие расходы нельзя: нельзя в один год изъять деньги из пенитенциарной системы и из "велфэра", чтобы оплатить ими новую систему охвата населения службами психического здоровья, потому что экономический эффект от работы этих служб накапливается медленно. "Наша оценка систем медицинского обеспечения не ориентирована на конечный результат", — подтвердил Доменичи. Второй фактор: республиканцы, лидирующие в конгрессе США, которые не любят давать указания индустрии здравоохранения. "Это было бы командным методом, — сказал Доменичи. — Есть люди, которые и хотели бы поддержать такого рода законодательство на всех уровнях, но которые идеологически против командных методов в отношении штатов, страховых компаний, кого угодно". Федеральный закон, а именно Акт Маккарена—Фергюсона, отдает управление медицинским страхованием в ведомство штатов. Третий фактор: трудно заставить людей, избранных на ограниченный срок, сосредоточиваться на долгосрочном совершенствовании социальной инфраструктуры вместо быст-

рой демонстрации непосредственного видимого влияния на жизнь избирателей. И четвертый, по печальным и ироничным словам сенатора Уэллстоуна: "Мы живем в системе представительной демократии. Люди отстаивают дела, которыми озабочены их избиратели. Неимущие, депрессивные люди в день выборов лежат дома в кровати с натянутым на голову одеялом, и это значит, что здесь они не представлены. Неимущих депрессивных не назовешь мандатным слоем населения".

Когда от интенсивного общения с отверженными переходишь к столь же интенсивному общению с могущественными людьми, чувствуешь себя, по меньшей мере, странно. Разговоры с членами конгресса взбудоражили меня столь же сильно, как и разговоры с депрессивными бедняками. Тема паритета служб психического здоровья пересекает партийные границы; республиканцы и демократы, по словам Доменичи, "воюют, как на аукционе, — кто больше любит NIMH". Конгресс последовательно голосует за предоставление NIMH больших сумм, чем предусмотрены бюджетом; в 1999 году президент Клинтон выделил 810 миллионов долларов, а конгресс, ведомый депутатом палаты представителей Джоном Портером — крайне эффективным председателем подкомиссии по ассигнованиям, состоящим в конгрессе одиннадцатый срок подряд и большим поклонником фундаментальных научных исследований, — поднял эту цифру до 861 миллиона. Целевую федеральную субсидию штатам на местные здравоохранительные службы на 2000-й календарный год конгресс повысил на 24%, доведя до 359 миллионов долларов. Президент попросил свою кадровую службу идти навстречу ищущим работу людям с психическими заболеваниями. "Если мы собираемся быть сострадательными консерваторами, — сказала Рукима, — почему бы не начать отсюда". Каждый значительный законопроект по охране психического здоровья находит спонсоров среди демократов и республиканцев.

У большинства людей, сражающихся в конгрессе за психически больных, есть собственные истории, приведшие их на арену этой борьбы. У сенатора Рида отец покончил с собой; у сенатора Доменичи дочь больна шизофренией; у сенатора Уэллстоуна брат — шизофреник; депутат Риверс сама страдает тяжелым биполярным расстройством; депутат Рукима вот уже

почти пятьдесят лет замужем за психиатром; депутата Боба Уайза подвигнуло заняться общественным служением одно лето во время обучения в колледже, которое он провел, работая в психиатрическом отделении, где у него завязались взаимоотношения с психически больными пациентами. "Так не должно быть, — сказал Уэллстоун. — Хорошо бы, чтобы я пришел к пониманию этих вещей исключительно с помощью исследований и этических запросов. Но для многих людей проблемы душевного здоровья по-прежнему в высшей степени абстрактны, а их актуальность становится очевидной только вследствие глубокого недобровольного в них погружения. Нам нужны образовательные инициативы, которые мостили бы дорогу законодательным". Когда в 1996 году в зале заседаний сената слушался законопроект о паритете, Уэллстоун, который говорит о душевнобольных с таким состраданием, будто они все ему родня, встал перед конгрессом и в поразительно выразительной речи описал собственные переживания. Доменичи, человек отнюдь не сентиментальный, преподнес более краткую экспозицию собственного опыта, и затем несколько других сенаторов вышли на трибуну и рассказали истории о своих друзьях и родственниках. Тот день в сенате больше напоминал сеанс ЭШТ, чем политические дебаты. "Перед голосованием люди подходили ко мне, — вспоминал Уэллстоун, — и говорили: "Это очень-очень для вас важно, да?" — и я отвечал: "Да, важнее всего". Так мы и набрали голоса". С самого начала это был акт скорее символический, чем вводящий реальные перемены, потому что оставлял решение о том, увеличивать ли общие расходы на лечение, в руках страховых компаний. Качества ухода за пациентами он не повысил.

Муниципальным программам здравоохранения, в большинстве своем урезанным из-за бюджетных сокращений конца 90-х, систематически ставят в вину насильственные действия тех, кого им надлежит опекать; если бы они могли сделать так, чтобы все молчали, то по меркам большей части мира считалось бы, что они со своей работой справляются. Их неспособность эффективно защищать здоровых от больных дает повод прессе сдирать с них кожу. Вопрос о том, служат ли эти программы интересам здоровых людей, поднимают часто; помогают ли они тем, на кого нацелены, — об этом вспоминают редко. "На эти

программы направляются огромные федеральные деньги, — говорит депутат Рукима, — но имеются убедительные свидетельства о том, что эти доллары перечисляют на другие, не имеющие отношения к делу местные проекты". Депутат Уайз сказал, что клинтоновские дебаты 1993 года о здравоохранении "сами по себе уже вгоняют в депрессию", а Национальный институт здравоохранения не предоставляет конкретной информации, которая показывала бы местным торговым палатам, почему универсальный паритет был бы им на пользу. Муниципальные клиники по охране психического здоровья, там, где они есть, склонны концентрироваться на сравнительно несложных проблемах, таких как развод. "Их предназначение — давать лекарства, вести лечение и предоставлять беседы-консультации по всему спектру жалоб", — сказала депутат Каптур.

Помещение душевнобольных в специальные заведения — камень преткновения между сообществом юристов, защищающих гражданские свободы, и сообществом социальных работников и законодателей, видящих страдающих безумцев и считающих, что не вмешаться — преступно. "Защитники гражданских свобод, придерживающиеся в этих вопросах крайних взглядов, и некомпетентны, и непоследовательны, — говорит Рукима. — Под прикрытием гражданских свобод они навлекают на людей жестокое и необычное наказание, несмотря на то, что у общества есть наука, позволяющая все устроить много лучше. Это жестокость; если бы мы проделывали это с животными, Американское общество борьбы против жестокого обращения с животными уже бы нас преследовало. Если люди не принимают лекарств и не доводят до конца своего лечения, может быть, следует принудительно возвращать их в специальные заведения". У такого курса имеются прецеденты. Один из примеров такого рода — лечение туберкулеза. Если у человека туберкулез и он не достаточно дисциплинирован, чтобы вовремя принимать нужные лекарства, в некоторых штатах к нему будет послана медсестра, в обязанности которой входит ежедневно давать ему изониазид. Да, туберкулез заразен и, если его не держать под контролем, может мутировать и вызвать кризис общественного здоровья; но раз душевная болезнь опасна для общества, вмешательство можно обосновать по модели борьбы с туберкулезом.

Законы о принудительной госпитализации вызвали большой резонанс в 1970-е — годы расцвета психиатрических больниц. В наши дни многим людям, стремящимся лечиться, трудно попасть в больницу; крупные заведения закрываются; клиники кратковременного пребывания выписывают больных, еще не способных самостоятельно встретиться с миром. "В действительности, — писал в 1999 году *The New York Times Magazine*, — больницы не спешат как можно скорее избавляться от [пациентов]". Но при этом существуют люди, которых заточают против их воли. Гораздо лучше, когда это возможно, привлекать людей к лечению, чем толкать насильно. Далее, важно выработать всеобщие нормы, на основании которых можно будет применять силу. Самые страшные злоупотребления имеют место, когда не уполномоченные на это лица или прямые злоумышленники присваивают себе власть судить, кто болен, а кто нет, и заточать людей без соблюдения должной процедуры.

Можно, например, госпитализировать больных в учреждения с открытыми дверями. Большинство пациентов в больницах длительного пребывания могут свободно выходить на улицу; под круглосуточным надзором или в судебно-психиатрических отделениях содержится лишь ограниченное число людей. Контракт между лечебным учреждением и его обитателями подписывается добровольно. Ученые-правоведы склонны позволять людям самим управлять своей жизнью, даже если они ведут себя к уничтожению, тогда как психиатрические социальные работники и все прочие, кто реально вплотную сталкивается с психически больными, склонны к вмешательству. Кто должен решать, когда предоставлять кому-либо психическую свободу, а когда отказывать в ней? В самых общих чертах, взгляды правых таковы, что безумных следует запирают на замок, чтобы они не тянули общество назад — даже если от них не исходит активной угрозы. Левые считают, что на чьи бы то ни было гражданские свободы не может посягать никто, действующий вне первичных структур власти. Центристы убеждены, что одних людей следует лечить принудительно, а других нет. Поскольку отсутствие критического отношения к себе и неверие в исцеление числятся среди симптомов болезни, принудительная госпитализация остается необходимой частью лечения.

"Надо обходиться с этими людьми как с людьми, уважать их личность и соединять с остальным населением", — объясняет депутат Каптур. Американский союз за гражданские свободы (American Civil Liberties Union, ACLU) занимает умеренную позицию. Он опубликовал заявление о том, что "свобода шляться по улицам, будучи больным; сумасшедшим, распадающейся личностью, лечением которой никто не занимается, когда есть довольно реальная перспектива эффективного лечения, — это не свобода; это заброшенность". Проблема в том, что зачастую выбор стоит между полным лишением свободы и полной заброшенностью; существующая система зиждется на категориальной концепции психоза и начисто лишена средств промежуточного ухода, который требуется большинству депрессивных пациентов. Мы должны отлавливать людей, бесвязно лопочущих на наших улицах, оценивать амплитуду их суицидальное™, определять потенциальную опасность для других, а затем стараться понять, кто, невзирая на собственное сопротивление лечению, вылечившись, будет благодарен за то, что это лечение им навязали.

Никто не хочет быть больным, но есть люди, которые не хотят, чтобы их приводили в порядок, как этот *порядок* определяют другие. Какие варианты выбора должны быть у них? Позволять ли им уходить в свою болезнь? Платить ли социальную цену за такой уход? Каким законным способом следует решать такие вопросы? Перспективы бюрократизации здесь ужасающие, и деликатные переговоры о том, кто и в чем именно нуждается, никогда не разрешатся удовлетворительно. Если принять невозможность совершенного баланса, приходится признать, что есть две альтернативы: подвергать заключению некоторых из тех, кто должен быть на свободе, или отпускать некоторых из тех, кто уничтожит себя. Вопрос на самом деле не в том, *следует ли* навязывать людям лечение, а скорее, *когда* оно должно быть навязано и кем. Рассуждая об этой проблеме, я не могу отвлечься от мысли о Шейле Хернандес, бедной ВИЧ-инфицированной женщине, которая боролась против своего заключения в клинику Джонса Хопкинса и хотела, чтобы ей предоставили свободу умереть: теперь она счастлива, что жива, и ее мобильник звонит каждую минуту. Но мне вспоминается и корейский парнишка с церебральным параличом, па-

циент с множеством тяжелых заболеваний, в том числе и с физическими увечьями, не позволяющими ему совершить самоубийство; его насильственно удерживают в такой жизни, в которой никогда не будет радости и уйти из которой ему не позволено. Как бы я ни рассуждал, что бы ни брал в соображение, правильного ответа на этот вопрос я найти не могу.

Проблема агрессивности порождает оборонительные законы; хотя мало кто из страдающих депрессией буен, все они попадают в зону действия законодательства о шизофрении. Психически больные — это неоднородная масса, и единый подход к законам о психической болезни служит причиной глубоких страданий. После 1972 года, когда был возбужден исторический иск против Уиллоубрука, медицинского учреждения для умственно отсталых, которое, помимо прочих дел, проводило эксперименты над ничего не подозревавшими пациентами, общепризнанной стала политика предоставления "как можно менее ограничительной госпитализации". Тогда как психически больных могут лишать прав за их агрессивное поведение, они также ущемляются в правах тем, что государство берет на себя власть отеческой заботы — *parens patriae*, занимая в отношении этих людей ограничивающую позицию, как в отношении несовершеннолетних. ACLU не считает, что следует употреблять *parens patriae*, и уж, во всяком случае, *parens patriae* было предметом злоупотреблений в таких местах, как Советский Союз; это выражение уж слишком ассоциируется с полицейской властью. Но сколько страданий можно оправдывать в защиту подобного юридического принципа?

Центр пропаганды лечения (Treatment Advocacy Center, TAG), расположенный в Вашингтоне, — самая консервативная организация такого рода, и ее позиция такова, что людей следует изолировать от общества, даже если они не представляют отчетливой сиюминутной опасности. Джонатан Стэнли, заместитель директора центра, жалуется, что лечение предоставляют только преступному элементу. "Люди обращают гораздо больше внимания на одну двухмиллионную вероятность того, что их столкнут под поезд подземки, чем на стопроцентную вероятность в любой день наткнуться на два десятка психически больных в центральном парке Нью-Йорка". Стэнли считает, что отказ от госпитализации — печальный результат того,

что поборники гражданских свобод в своей защите "не тех, кого надо", просто рехнулись по поводу сокращения расходов. Отказ от госпитализации должен был, по замыслу, обернуться многообразными формами ухода в муниципальном масштабе, но ничего подобного не произошло. Последствием отказа от госпитализации стало исчезновение многоярусной системы ухода, с помощью которой людей мягко и постепенно встраивали обратно в их привычное окружение: теперь слишком, слишком часто пациентов либо подвергают полному заточению, либо оставляют на произвол судьбы. Идея обеспечения полновесного штата социальных работников, которые выводили бы людей из тисков отчаяния на высокий уровень функционирования, в правительственных кругах еще не привилась. TAG — активный сторонник законодательных инициатив типа закона Кендры — принятого в штате Нью-Йорк акта, который позволяет возбуждать иски против психически больных, не принимающих прописанные им лекарства, тем самым криминализируя больных. Депрессивных тащат в суд, штрафуют и отпускают обратно на улицу, чтобы они сами о себе заботились, ибо ни места, ни денег на более обширное лечение нет. Если они причиняют слишком много неприятностей, их арестовывают, как преступников: итогом отказа от госпитализации часто становится перемещение людей из больниц в тюрьмы. А в тюрьмах, где им предоставляют отнюдь не адекватное и не подходящее обхождение, они причиняют ужасающее количество неприятностей. "Никто другой, — утверждает Стэнли, — так сильно не желает хорошей системы охраны психического здоровья, как тюремщик".

Находящийся на другом конце спектра Bazelon Center в Вашингтоне считает, что госпитализация должна быть только добровольной, и определяет душевную болезнь как проблему интерпретации. "То, что считается отсутствием у человека мыслительных способностей, — говорят в Bazelon Center, — часто оказывается не чем иным, как несогласием с лечащим специалистом". Иногда это и так, но не всегда.

Управление по делам ветеранов, по-прежнему убежденное, что здоровякам военным не пристало жаловаться на психические отклонения, тратит на психиатрию менее 12% своего исследовательского бюджета. На самом же деле психические от-

клонения могут быть самой распространенной проблемой у ветеранов, среди которых наблюдается высокий процент больных с посттравматическим стрессовым расстройством, бездомных, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Учитывая, что немало денег налогоплательщиков уже ушло на профессиональную подготовку этих мужчин и женщин, такое пренебрежение ими особенно беспокоит и еще больше демонстрирует политическую наивность существующего подхода к здравоохранению в области психиатрии. Депрессивные ветераны, в частности воевавшие во Вьетнаме, составляют большую часть американского бездомного населения. Эти люди пережили две травмы подряд. Первая травма — сама война, ужас убийств, разрушений, долгого пребывания в страшной опасности. Вторая — принудительная близость и изменение окружения; многие ветераны приобрели чуть ли не наркотическое пристрастие к армейской структуре и совершенно теряются, когда их выбрасывает обратно к их собственным ресурсам и необходимости самим обустроить свои дела. По оценке Комитета ветеранов около 25% входящих в госпиталь участников войн имеют первичным диагнозом психическое расстройство. Учитывая, что более половины врачей в Соединенных Штатах проходят ту или иную форму подготовки в госпиталях для ветеранов, предубеждения, гнездящиеся в этих заведениях, распространяются, заражая собою гражданские больницы и пункты "Скорой помощи".

Депутат Каптур рассказывает, как она посетила госпиталь Управления по делам ветеранов близ Чикаго. Она была на пункте "Скорой помощи", когда полиция привела туда человека в очень плохом виде, и дежурный социальный работник сказала: "А, это один из моих завсегдатаев". Каптур спросила, что она имеет в виду, и та объяснила, что этого человека принимают по поводу психических проблем уже в семнадцатый раз. "Мы его принимаем, отмываем, даем положенные лекарства и отпускаем; через несколько месяцев он снова тут". Что можно сказать о системе здравоохранения, в которой происходит подобное? "Семнадцать госпитализаций через "Скорую помощь", — говорит Каптур. — Сколько денег можно было бы направить на помощь другим людям, если бы вместо семнадцати госпитализаций мы предоставили ему хороший уход на

муниципальном уровне! Затраты на плохое лечение гораздо выше, чем на хорошее”.

Похоже, замыкая круг, мы приходим к принудительной госпитализации. Мы прошли путь от монолитной и суровой системы здравоохранения в области психиатрии к раздробленной и ограниченной. "Дела идут лучше, чем при старой системе, при которой людей гноили в запертых камерах, — говорит Бесс Харулес из нью-йоркского Союза гражданских свобод, — но, учитывая, сколько мы теперь знаем о происхождении и лечении душевных болезней, наша государственная система отстает еще больше, чем двадцать лет назад". Реальность такова, что некоторые люди не в состоянии принимать самостоятельных решений и потому требуют принудительной госпитализации, а другие, хотя и больны, не требуют. Лучше всего было бы устроить систему постепенного ухода, способную предоставлять широкий спектр услуг на разных уровнях и включающую в себя активную программу охвата тех амбулаторных больных, которые, вероятнее всего, будут нарушать прописанный им режим лечения. Необходимо выработать директивы надлежащей правовой процедуры и проводить всех, кому требуется госпитализация, через одно и то же тестирование, в которое должен быть встроен принцип *ограничения и равновесия*. Эта правовая процедура должна принимать в расчет и угрозу, которую больной может представлять для общества, и страдания, которые он испытывает без необходимости. Необходимо установить стандарты, по которым людей будут направлять в тюрьму, на принудительную психиатрическую госпитализацию, на принудительное или добровольное психиатрическое лечение. Надо оставить место для тех, кто при полной информированности и без значительной обузы для окружающих захочет воздержаться от лечения. Должна быть создана эффективная и объективная система надзора над этими процессами

Линн Риверс — единственная из членов конгресса США, кто вынес на люди историю собственной борьбы с душевной болезнью. Она забеременела в восемнадцать лет, вышла замуж и была вынуждена содержать семью продажей приготовленной ею дешевой еды. Вскоре после рождения первой дочери у нее начали развиваться симптомы депрессии. Болезнь прогрессировала, и она пошла к врачу. У ее мужа, автопромышленного

рабочего, была семейная страховка от Blue Cross/Blue Shield<sup>94</sup>. "По-моему, она распространялась на шесть посещений психиатра", — саркастически рассказывала она мне. На протяжении последующих десяти лет половина приносимых ею и мужем домой денег уходила на оплату счетов от психиатра. К двадцати одному году ей стало трудно работать и страшно отвечать на телефонные звонки. "Это было ужасно. Долго. Депрессивные состояния длились месяцами, и я не вставала с постели. Спала по двадцать два часа в сутки. Здесь многие воспринимают депрессию как состояние грусти: что бы я ни говорила коллегам-законодателям, они не слышат. Они не понимают, какая это опустошенность, какое бездонное ничто".

Чтобы справиться с расходами на лечение, муж Риверс работал в двух местах, а часто и еще на полставки: сохраняя за собой место на автозаводе, работая в университете и вечерами разнося пиццу. У него была своя территория разносчика газет, и одно время он работал на фабрике игрушек. "Не знаю, откуда у него брались силы, — говорит Риверс. — Не знаю, как можно это было выдержать. Не могу себе представить, как можно пройти через тяжелую душевную болезнь без поддержки со стороны семьи. Все равно, это было ужасно, и если бы мои родные, если бы злоба... — она замолчала. — Не знаю, как можно было выдержать. Он еще и ухаживал за мной. У нас было двое маленьких детей. Я могла немного бывать с ними, но недолго. Каким-то образом мы смогли приподняться над реальностью, и это нас спасло". Риверс все еще ощущает вину перед детьми, "хотя, если бы у меня был перелом позвоночника после автомобильной аварии, я была бы не большим инвалидом, чем тогда, но зато имела бы все оправдания для столь же длительного лечения. А так всякий раз, когда у детей случались неприятности в школе или какие-нибудь проблемы, я думала: вот, это из-за меня, потому что меня там не было, потому что я не сделала то и не сделала се. Чувство вины сопровождало меня постоянно — вины за то, что было не в моей власти".

В начале 90-х Риверс нашла наконец "идеальный набор" лекарств; теперь она принимает литий (дозировка доходила до 2200 мг в день, хотя сейчас она стабилизировалась на 900 мг),

<sup>94</sup> *Blue Cross/Blue Shield* — крупнейшая медицинская страховая компания. — *Прим. пер.*

дезипрамин и буспар. Как только достаточно поправилась, она начала делать политическую карьеру. "Я — ходячая и говорящая реклама в пользу психиатрических исследований. Я это доказываю. Если вы готовы вложить в меня деньги, я вам отплачу. Так происходит с большинством людей, страдающих этим расстройством: им просто нужна возможность быть продуктивными". Риверс училась в колледже и вела хозяйство; окончила учебу с отличием; поступила на юридический факультет и окончила его. Ближе к тридцати годам, держа болезнь более или менее под контролем, она добилась избрания в отдел народного образования в Энн-Харборе<sup>95</sup>. Два года спустя ей, по не относящимся к психиатрии причинам, удалили матку, и вследствие развившейся анемии она шесть месяцев не работала. Когда решила баллотироваться в конгресс, "мои соперники узнали, что у меня была душевная болезнь и пытались доказать, что я не работала из-за нервного срыва". Риверс давала интервью на радио в телефонно-интерактивном режиме; подставной радиослушатель позвонил и спросил в эфире, правда ли, что у нее были проблемы с депрессией. Риверс, не колеблясь, призналась, что да, были и что ей понадобилось десять лет, чтобы стабилизироваться. После интервью она отправилась на совещание местной организации демократической партии. Как только она вошла, местный партийный деятель спросил:

— Линн, я слышал тебя по радио. Ты что делаешь, спятила? Она спокойно отвечала:

— Конечно, об этом и шла речь на радио.

Ее невозмутимый, сдержанный подход сделал свое дело — вопрос потерял актуальность. Она победила на выборах.

Несколько других депутатов палаты поведали Риверс о своих депрессивных расстройствах, но сообщать об этом своим избирателям они боятся. "Один коллега сказал, что хотел бы рассказать людям, но чувствует, что не может. Я не знаю его электората. Возможно, и не может. В большинстве случаев люди с депрессией не могут точно оценивать ситуацию, потому что замучены чувством вины. Эта болезнь делает человека очень одиноким. Точно также, как мои друзья-геи говорят, что вылезти из подполья для них означает сбросить огромный гнет,

*Энн-Харбор* — университетский город близ Детройта. — *Прим. пер.*

так освободилась и я: вопрос о моей депрессии больше для меня не стоит". Депутат Боб Уайз называет душевную болезнь "семейным секретом, который есть у всех".

"Приходится делать все самому, — говорит Линн Риверс. — Надо самому отыскивать психиатрические службы по месту жительства. Можете записать в протокол, что я усмехнулась, когда вы упомянули "местные службы по охране психического здоровья". Если вы ожидаете, что заводской рабочий пойдет по цеху, найдет своего профсоюзного представителя и скажет: "У моего сына шизофрения, у жены — маниакально-депрессивный психоз, а у дочери — психопатические приступы", — не ждите, этого не случится... Наша страна, — утверждает она, — продвинулась вперед не настолько, чтобы мы могли рассчитывать на заботу такого рода, которая нам нужна. Да что там, рецепты часто выписывают недостаточно знающие врачи; НМО же в своих усилиях экономить деньги спускают им формуляры, ограничивающие число лекарств, которые они могут прописывать. Если отклик вашего уникального организма на лекарства из этого списка недостаточен — для вас все конечно... Даже если болезнь стабилизирована, вам придется перестраивать механизмы отношений с миром: то, что помогало справляться в контексте болезни, не годится в контексте здоровья". Риверс ужасает урезание финансирования долгосрочной психодинамической поддержки, которое, по ее убеждению, только увеличит общие социальные затраты. "Это сплошной кавардак", — говорит она.

Джо Роджерс, исполнительный директор Ассоциации служб психического здоровья юго-восточной Пенсильвании (Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania), — большой добродушный человек с непринужденными манерами, чудаковатым обликом слегка взъерошенного начальника и быстрой, располагающей к себе речью. Он может быть болтливым и философствовать, а может быть пронизательным и прагматичным, ни на миг не сводящим глаз со своей цели. Когда мы впервые встретились за ланчем в пенсильванской гостинице, на нем был синий костюм с полосатым галстуком, и из недр его дипломата так, казалось, и исходил начальственный дух. Пока я смотрел меню, он сообщил, что одно время жил в Нью-Йорке.

— А, и где вы жили? — спросил я.

— Вашингтон-сквер, — ответил он, взяв из стоявшей на столе хлебной корзинки круглую булочку.

— Я тоже живу вблизи от Вашингтон-сквер, — заметил я, захлопывая меню. — Прекрасный район. Где именно?

Он едва заметно улыбнулся и сказал:

— Вашингтон-сквер. Прямо там. На скамейке. Девять месяцев. Был в моей жизни такой период — я оказался бомжом.

Джо Роджерс, как и Линн Риверс, прошел от "потребительского" конца сети здравоохранения в области психиатрии до "поставщикического" конца. Один из четырех детей в семье, он рос с матерью-алкоголичкой и отцом, постоянно державшим в кармане пистолет; обычно он отсутствовал, а когда появлялся, бывал суицидален. Хотя его родители происходили из сравнительно зажиточной среды, их дисфункциональность привела семью в состояние реальной нужды. "Мы жили в разваливавшемся доме, тараканы так и шныряли повсюду, — вспоминает Роджерс. — Случалось, отложенные на еду деньги исчезали куда-то, а позже я узнал, что у отца было настоящее пристрастие к игре, так что мы не видели даже тех денег, что он зарабатывал. Мы не голодали, но по сравнению со средой, откуда происходили мои родители, мы жили в настоящей нищете". Тринадцати лет Роджерс бросил школу. Время от времени отец буднично доставал свой "люгер" и объяснял сыну, что готов убить себя, и Роджерс научился искусно справляться с такой ситуацией. "Когда мне было двенадцать, я научился прятать от него пистолет". Тем временем материнский алкоголизм прогрессировал, ее часто клали в больницу; у нее тоже бывали суицидальные попытки, хотя их Роджерс называет "полусерьезными". Отец умер, когда Роджерсу не исполнилось еще и шестнадцати, мать — когда ему было двадцать.

"Оглядываясь назад, я думаю, что отец отозвался бы на лечение, — говорит Роджерс. — Насчет матери не знаю". Сам Роджерс был во многом пассивен в возрасте 13—18 лет, но затем стал заниматься, стремясь получить государственный эквивалент аттестата об общем образовании; встретил женщину, которая ему понравилась; пытался выстроить свою жизнь. На собрании квакеров он познакомился с психологом, и тот пытался предоставить ему некоторую помощь. Наконец грянул

кризис, и однажды он очнулся в своей машине перед светофором, не зная, ехать ли ему вперед, назад, вправо или влево. "Я просто сидел в машине, чувствуя себя абсолютно потерянным". Вскоре он стал остросуицидален. Его приятель-квакер устроил его в больницу, где ему поставили диагноз и прописали литий. Шел 1971 год, деваться ему было некуда. Женщина его бросила, родители умерли, он жил на государственное пособие по нищете.

Роджерс прошел несколько госпитализаций. Лечение депрессии было в то время примитивным, и он жил на транквилизаторах, от которых "чувствовал себя мертвецом". Он ненавидел больницу. "Я начал вести себя лучше, потому что хотел оттуда смыться". Роджерс до сих пор не может говорить о государственных больницах без содрогания. "В одной я провел шесть месяцев и — один запах чего стоит! Они тратят 125 тысяч долларов на пациента в год, могли бы хоть прилично оборудовать здание. А то палаты на троих, на четверых. Ты заперт сними в маленьком помещении. По части персонала ничего особенного — и без особой подготовки, и никогда не слушают, что ты говоришь. Часто грубят. Они очень властны, а мне с моей бунтарской натурой это очень не по душе. Тюрьма, да и только. Пока финансирование продолжается, никто и не думает тебя выписывать, у них и должности такой нет, чтобы распутывать бюрократическую волокиту, в которой они погрязли. Пробыть в таком месте долго — личность распадается". В больницах ему прописывали сильные успокоительные, и это делало его "управляемым", хотя часто не действовало на него сколько-нибудь существенно; задавленные лекарствами тревога и раздражительность без лечения антидепрессантами — это просто погружение в туман страдания. Роджерс не считает правильным принудительное лечение людей на том основании, что они будут потом этому рады. "Если вы пойдете в бар, схватите упившегося посетителя и упрячете в вытрезвитель, посоветовавшись с его женой, он, может, и будет потом рад, что вы так поступили, но это будет некое нарушение наших социальных норм и его гражданских свобод", — говорит он.

Для меня самого посещение государственных психиатрических больниц — шок. Когда ты безумен в сравнительно здоровом мире, это неприятно и сбивает с толку, но быть замурован-

ным в месте, где безумие есть норма, — совершенно убийственно. Я собрал множество всевозможных историй о злоупотреблениях в государственной системе. Журналист Кевин Хелдман, проводя блестящее и мужественное тайное расследование, лег в Вудхолл-госпиталь в Бруклине, притворившись потенциальным самоубийцей. "Общая обстановка была тюремной, а не лечебной", — пишет он и затем цитирует Дарби Пенни, специального ассистента комиссара Отдела здравоохранения в области психиатрии штата Нью-Йорк, сказавшего: "Знаю по собственному опыту, что, будь я в эмоционально смятенном состоянии, меньше всего на свете я хотел бы оказаться в психиатрическом отделении государственной больницы". Ни одно из существенных официальных правил, установленных штатом в отношении психиатрического лечения, в Вудхолле не соблюдалось. Пациентам не давали возможности говорить или взаимодействовать с психиатрами; их время никак не организовывалось, и они просто смотрели телевизор по десять часов подряд; палаты были грязными; они не могли узнать, какими лекарствам их лечат; им без малейшей необходимости принудительно давали успокоительные средства и стесняли в передвижениях. Единственная сестра, с которой Хелдман хоть немного пообщался, сообщила ему, что помочь в его депрессии может рождение ребенка. И за такой сервис штат Нью-Йорк платил больнице 1400 долларов в день!

Изучая подобные заведения, я интересовался скорее качеством хорошей больницы, чем убожеством плохой. Моей целью было не столько выискивание злоупотреблений, сколько выяснение, а не порочна ли сама модель государственного лечебного учреждения. Вопрос о помещении душевнобольных в больницы очень сложен, и я не нашел на него ответа. Больницы кратковременного пребывания могут быть хорошими или плохими; я провел довольно значительное время в корпусах таких учреждений и не колеблясь, лег бы, скажем, в клинику Джонса Хопкинса, будь у меня нужда в таком уходе. Но государственные учреждения для хронических больных, куда люди поступают на годы или навсегда, — это нечто абсолютно другое, ужасающе другое. Я несколько раз подолгу посещал Норристаунский госпиталь близ Филадельфии, заведение, которым управляют люди, преданные делу помощи своим пациентам. На

меня произвели благоприятное впечатление врачи, с которыми я знакомился, социальные работники, ежедневно общающиеся с больными, надзиратель заведения. Мне понравились и несколько пациентов. Несмотря на все это, в Норристауне у меня сводило челюсти и била дрожь, и его посещение было одной из самых гнетущих и трудных задач в моих исследованиях. Нет, уж лучше, *много* лучше иметь дело с самыми дикими формами своего личного отчаяния, чем провести продолжительное время в Норристауне. Госпитализация — лучше этого у нас, может быть, ничего и нет, а проблемы, выдвигаемые Норристауном, могут не быть вполне разрешимыми, но их существование необходимо признать, если мы хотим создать недостающее звено в законе о психиатрическом вмешательстве.

Норристаунский госпиталь имеет кампус, напоминающий на первый взгляд территорию какого-нибудь колледжа второго эшелона на Восточном побережье. Он раскинулся на вершине зеленого холма, с которого открывается панорамный обзор. Большие, полнокронные деревья бросают тень на ухоженные газоны; здания красного кирпича, выстроенные в неофедеральном стиле, увиты плющом; входные ворота весь день открыты. С эстетической точки зрения пациентам по большей части лучше в госпитале, чем вне его стен. Реальность же этого места адски напоминает телесериал "Заключенный" или безрадостный вариант Алисиной Страны Чудес, где явление непостижимой логики создает ложное представление о полном распаде всякой логики. У этого места свой специальный лексикон, который я постепенно изучил. "О, она не очень-то в порядке, — скажет, бывало, одна пациентка о другой эдаким конфиденциальным тоном. — Если она не прекратит, ей не миновать пятидесятого корпуса". Спрашивать кого-то, что происходит в "пятидесятом корпусе", бесполезно: в глазах пациентов этот корпус — неотложная помощь — страшное проклятие. Когда я наконец попал туда, там оказалось совсем не так страшно, как страшна была угроза в это место попасть; с другой стороны, тридцатый корпус оказался воистину кошмарным. Большинство его постояльцев находились в ограничивающих движения устройствах и под постоянным надзором, чтобы не дать им себя изувечить. Некоторые были опутаны сетями, удерживающими их от активных попыток самоубийства.

Я не заметил, чтобы применяли неподобающее лечение; людям, которых так лечили, по большей части именно такое лечение и требовалось, но смотреть на них было тем не менее страшно, особенно на всех вместе, согнанных в кучу, как восковые фигуры преступников в подвале мадам Тюссо. Иерархия корпусов и номеров, и страх, и эмбарго на свободу на приглушенных устах всего кампуса не могли не усугублять состояние человека, уже страдающего депрессией.

Мне было отвратительно там находиться. Слишком точный удар. Если бы я был беден и одинок, если бы мою болезнь не лечили, неужели я кончил бы таким вот местом? От одной мысли о такой возможности мне захотелось с воплем бежать вон из красивых ворот в уют моей постели. У этих людей не оставалось во внешнем мире ничего, что можно было бы назвать домом. Даже когда там присутствовал весь состав врачей и социальных работников, душевнобольные превосходили их всех числом, и у меня появилось отвратительное чувство "они и мы". Поскольку расстройства аффективной сферы числятся вторым по частоте диагнозом в государственных психбольницах, я не мог сообразить: сам-то я отношусь больше к "нам" или к "ним"? Мы живем по нормам консенсуса и придерживаемся разумного, потому что оно снова и снова подтверждается. Если вы отправитесь в такое место, где все наполнено гелием, вы перестанете верить в гравитацию, ибо мало что будет о ней свидетельствовать. В Норристауне я чувствовал, как рвется моя связь с реальностью. В подобном месте не остается никакой уверенности ни в чем, и здравый смысл становится в той обстановке столь же чужероден, как безумие во внешнем мире. Каждый раз, отправляясь в Норристаун, я чувствовал, как моя психика теряет устойчивость и начинает рушиться.

Мой первый визит, обговоренный с администрацией, выпал на прелестный весенний день. Я уселся рядом с одной депрессивной женщиной, которая вызвалась поговорить со мною. Мы сидели в беседке на вершине живописного холма и пили дрянной кофе из пластиковых стаканчиков, которые отчасти растворялись в чуть теплом пойле. Женщина, которую я интервьюировал, говорила связно и была "презентабельна", но мне было не по себе, и не только от кофе с привкусом пластика. Как только мы начали разговор, люди, совершенно несве-

душие в социальных условиях, стали подходить к нам, влезать между нами, перебивать, спрашивать, кто я такой и что делаю, а один даже потрепал меня по загривку, будто я бедлингтонский терьер. Какая-то женщина, которую я прежде в глаза не видел, постояла какое-то время метрах в трех, уставившись на нас, и вдруг разрыдалась, и все плакала, плакала, несмотря на мои попытки ее успокоить. "А, да это просто плакса", — утешил меня кто-то. Люди, поступившие сюда не безумными, должны были стать такими по выходе. Население Норристауна сильно сократилось по сравнению со временами расцвета психиатрических богаделен, и потому половина корпусов на кампусе стояли заброшенными. Эти пустые сооружения, многие из которых строились в 60-х годах в утилитарном, модернистском стиле школ городских трущоб, источают какую-то могильную угрозу; запертые на амбарные замки, пустующие годами, они вызывают в воображении зеленое буйство жизни, гноящейся между их балками и в их праздном безмолвии.

Больные шизофренией стоят по всей территории Норристаунского госпиталя и разговаривают с марсианами, которых мы, все прочие, не видим. Гневный юноша колотит кулаками в стену; другие, на грани ступора, уставились на него слепыми, остекленевшими лицами, неподвижные, депрессивные или подавленные лекарствами. Мебель, при изготовлении которой пользовались лишь одним критерием — чтобы об нее было невозможно ушибиться, — потрепана и изношена; она такая же усталая, как пользующиеся ею люди. Холл обрамляют выцветшие картонные украшения, сделанные к какому-то давнему празднику, наверно, когда пациенты еще ходили в детский сад. Но никто так и не подумал наделить этих людей взрослостью. Я ездил в Норристаун раз двенадцать, и каждый раз кто-нибудь, настаивающий, что я его мать, заваливал меня вопросами, на которые у меня никак не могло быть ответов, а некто по виду весьма беспокойный и раздражительный велел мне уходить, немедленно сматываться, пока не начались неприятности. Мужчина с сильно изуродованным лицом назначил себя моим другом и говорил мне, чтобы я не обращал внимания и оставался на месте; за месяц все ко мне привыкнут. "Ты ничего, не такой уж урод, оставайся, привыкнешь", — он говорил абстрактно, произнося некий монотонный монолог,

к которому я был едва ли причастен. Неприлично толстая женщина требовала у меня денег и для убедительности все хватала за плечи. И ни разу я не сумел отвлечься от *basso continue* — бессловесного гама, постоянно звучащего в Норристауне за всеми словесными разглагольствованиями: кто-то чем-то бренчит, кто-то вопит, кто-то храпит в голос, кто-то лопочет без умолку, кто-то плачет, кто-то издает странные звуки, словно его душат, или бесстыдно выпускает газы, и, кроме того, этот мучительный кашель мужчин и женщин, чье единственное в жизни удовольствие — курение. В этих местах не затерялась никакая любовь; только споры, споры, споры сочатся из стен и полов. В Норристауне не хватает помещений, несмотря на закрытые здания и акры травы. Его пациенты обречены на свое жалкое состояние. 40% больных в подобных заведениях находятся там по поводу депрессии; они пришли лечиться от нее в одно из самых гнетущих мест на свете.

При этом Норристаун был лучшим казенным заведением для долгосрочного пребывания из всех, которые я посещал, а люди, работающие там, произвели на меня впечатление не только своей преданностью, но и интеллектом и добротой. Большинство пациентов были в наилучшем состоянии, какого они только могут достичь. Это место вряд ли назовешь Бедламом; все накормлены, все принимают правильно назначенные лекарства, а опытный персонал держит на каждом доброжелательный отеческий глаз. Обижают людей в Норристауне редко. Все чисто и аккуратно одеты. Обычно люди могут назвать свою болезнь и сказать, почему они здесь. Персонал героически изливает на своих подопечных неожиданно много любви, и, хотя чувствуешь себя там безумцем, ощущаешь также, что ты в безопасности. Пациенты защищены и от внешнего мира, и от своего пугающего внутреннего Я. Недостатки же там те, что свойственны всем лечебным учреждениям долгосрочного ухода.

После нескольких лет госпиталя Джо Роджерса перевели в реабилитационный центр во Флориде, где ему предоставили лучшее лечение и более приличные лекарства. "К этому моменту я начал воспринимать себя как психиатрического пациента. Мне сказали, что я неизлечим и идти учиться бессмысленно. Мне было около двадцати пяти лет. Мне сообщили, что

необходимо садиться на пособие и жить только так. Кончилось тем, что я совершенно свихнулся и потерял всякое ощущение себя". Роджерс выписался и стал жить на улице, прожив так большую часть года. "Чем сильнее я старался все собрать, тем больше все разваливалось. Я попробовал "географическую" терапию. Настало время уйти прочь от моих привычек и связей. Я решил, что в Нью-Йорке все пойдет прекрасно. Но я и представления не имел, что там делать. Кончилось тем, что я нашел скамейку в парке, что оказалось не так уж и плохо; тогда в Нью-Йорке не было столько бомжей, а я был симпатичный белый парнишка. Я был лохмат, но не грязен, и люди проявляли ко мне интерес".

Роджерс охотно рассказывал свою историю незнакомцам, подававшим ему пятаки, но никогда не открывал ничего, что могло бы привести его обратно в больницу. "Я знал: если попаду туда, уже не выберусь. Я боялся, что меня собираются упрячать, оставил всякую надежду, но слишком боялся боли и потому не мог покончить с собой". Шел 1973 год. "Помню, вдруг этот шум, все радуются; спрашиваю, в чем дело, — окончилась война во Вьетнаме. Я говорю: "О, это здорово!" Но я не понимал, что это такое, что происходит, хотя, помню, раз ходил на антивоенную демонстрацию". Стало холодать, а у Роджерса не было пальто. Он спал на пирсе на Гудзоне. "К этому времени я свыкся с мыслью, что настолько отдалился от человечества, что если приближусь к кому-нибудь, то испугаю. Я уже давно не мылся и не менял одежды. Наверно, я был вполне отвратителен... И тогда пришли эти люди из церкви. Я знал, что они наблюдали, как я там шастал, и они сказали, что отведут меня в YMCA<sup>96</sup> в Ист-Ориндже. Если бы они сказали, что отправят меня в больницу, я мчался бы сто миль, только бы убежать, и они бы никогда больше меня не увидели. Но они ничего подобного не сказали; они следили за мной и ждали, когда я буду готов, и тогда предложили то, на что я мог согласиться. Терять мне было нечего".

Так Роджерс впервые столкнулся с программой, которой предстояло стать краеугольным камнем его социальной поли-

<sup>96</sup> *Христианская ассоциация молодых людей* (Young Men's Christian Association), организованная в 1844 г. англичанином Джорджем Вильямсом. — *Прим. ред.*

тики. "Людам изолированным и потерянными обычно до смерти нужна хоть маленькая человеческая связь, — говорит Роджерс. — Программа охвата может работать. Надо быть готовым выходить на улицу и заговаривать с ними, и привлекать внимание, пока они не согласятся пойти с тобой". Джо Роджерс страдал от депрессии; но депрессия — это болезнь, которая подавляет индивидуальность, а скрытая индивидуальность Роджерса оказалась очень "настойчивой". "Самым, может быть, решающим фактором было чувство юмора, — говорит он теперь. — В своем самом безумном и самом депрессивном состоянии я всегда находил хороший повод для шутки". Несколько месяцев Роджерс прожил в YMCA в Ист-Ориндже; там он нашел работу на автомойке. Потом переехал в YMCA в Монклер, и там встретил свою жену. Женитьба стала серьезным "стабилизирующим фактором". Роджерс решил пойти в колледж. "Мы как бы сменяли друг друга. То она проходит через период депрессивного состояния, а я за ней ухаживаю, то мы меняемся ролями". Роджерс начал работать на добровольных началах в сфере психиатрии — "единственной сфере жизни, о которой я тогда хоть что-нибудь знал", — когда ему было двадцать шесть. Хотя он сильно не любил государственные больницы, но "для людей, серьезно нуждавшихся в помощи, нужно было что-то делать, и я решил, что мы сможем реформировать больницы, сделать их лучше. Я потратил на это годы, но понял, что реформировать эту систему невозможно".

Ассоциация служб психического здоровья юго-восточной Пенсильвании — благотворительная организация, которую основал Роджерс. Она направлена на придание сил психически больным людям. Роджерс способствовал превращению Пенсильвании в один из самых прогрессивных штатов в отношении психиатрии, лично добивался закрытия государственных больниц и выдвигал отличные инициативы по охране психического здоровья, которые воплотились в учреждениях, суммарный годовой бюджет которых близок к 1,4 миллиарда долларов. Если вы собираетесь развалиться на куски, лучше всего делать это в Пенсильвании; и в самом деле, многие люди из соседних штатов перебираются в Пенсильванию, чтобы воспользоваться преимуществами местных программ. Бездомность — традиционная проблема Филадельфии, и, когда изби-

рался нынешний мэр, он был сторонником открытия закрывшихся психиатрических больниц и заполнения тех, что все еще функционировали. Роджерс убедил его закрывать учреждения в пользу новых систем ухода за больными.

Руководящий принцип ныне действующей системы в Пенсильвании состоит в том, что людей не следует погружать в больничную среду, где безумие есть данность, но давать им жить в расширенных сообществах и постоянно подвергаться благотворному воздействию психически здоровых. Пациенты с серьезными заболеваниями живут в Пенсильвании в обустроенных для долгосрочного проживания учреждениях. Это небольшие заведения, до пятнадцати коек, в которых предлагается интенсивная помощь и тщательный уход с постоянным акцентом на интеграцию. В них осуществляется интенсивный контроль за каждым случаем, что позволяет социальным работникам устанавливать личные отношения с пациентом. "Это такой человек, который вроде как ходит за тобой повсюду, следит, что с тобой происходит, немного встречается, — говорит Роджерс. — Это должна быть агрессивная программа. Один человек, с которым я работал в начале своей карьеры, грозил мне судебным запрещением. Я не принимал отказа и все равно добивался своего, а если бы понадобилось, вышиб бы ему дверь". Эти заведения также предоставляют программы психосоциальной реабилитации, нацеленные на помощь людям в практических деталях "нормальной" жизни. У около 80% пациентов, госпитализированных по поводу депрессии в Пенсильвании, в таком окружении улучшается состояние. Полномасштабное вмешательство — вплоть до принудительного лечения и помещения в приют — применяется, когда кто-либо представляет опасность для окружающих или для самого себя, например если человек живет на улице в сильный холод. Устойчиво сопротивляются лечению такого рода только душевнобольные наркоманы, особенно героинщики; такие пациенты должны сначала вылечиться от наркомании, и только потом государственная система здравоохранения в области психиатрии предложит им свои услуги.

Роджерс также создал сеть так называемых "открытых убежищ", расположенных на первом этаже, с выходящими на улицу дверями, укомплектованных обычно людьми, которые и са-

ми поправляются после душевной болезни. Это создает рабочие места для людей, которые только начинают справляться с "нормальным" окружением, а людям в плохой форме предлагает место, куда можно пойти, пообщаться, получить внятный совет. Однажды познакомившись с такими заведениями, бездомные, страшась более активного вмешательства, будут возвращаться снова и снова. Открытые убежища предоставляют людям промежуточную зону от психической изоляции к нормальному человеческому общению. В Пенсильвании сейчас создана мощная система служб, которая слегка отдаёт полицейским государством, но зато предохраняет людей от падения в пропасть и исчезновения. База данных включает в себя все формы лечения в государственной системе, в том числе каждое посещение отделения "Скорой помощи" каждым пациентом. "Я ввел свое имя, — говорит Роджерс, — и был потрясен тем, что она выдала". Если пациент в Пенсильвании уходит в самовольную отлучку, социальные работники найдут его и будут следить за ним постоянно. Уйти из-под такого контроля можно только путем выздоровления.

Слабое место этой программы в ее хрупкости. Говоря прагматическим языком, она нестабильна финансово: крупные психиатрические больницы — это гиганты с установившимся балансом затрат, тогда как программы ухода за пациентами вне лечебных учреждений во времена бюджетных кризисов легко урезать. Далее, внедрение психически больных людей в общество требует терпимости даже в непредвзятых, преуспевающих районах. "Все они либералы, все стоят за отказ от госпитализации, пока на их крыльце не появится первый бомж", — говорит депутат Боб Уайз. Самая же большая проблема заключается в том, что некоторым психически больным людям вся эта самостоятельность и погружение в общество оказываются просто не по силам. Многие из них не могут функционировать вне тотально изолированного окружения, подобного больничному. Таких людей систематически выталкивают в мир, пребывание в котором затруднительно, и это не полезно ни им, ни тем, кто с ними работает или помогает заботиться о них.

Роджерса все это не обескураживает. Он добивается закрытия больниц методом кнута и пряника, завоевывая доверие высокопоставленных правительственных чиновников и пода-

вая на иных из них коллективные иски со ссылкой на Закон об американцах, имеющих инвалидность. Моделью для деятельности Роджерса служит движение Ассоциации объединенных сельскохозяйственных рабочих (United Farm Workers) под руководством Цезаря Чавеса: он, по сути дела, попытался объединить душевнобольных по принципу профсоюзов, чтобы это крайне разбросанное сообщество обездоленных людей выступало с коллективным голосом. В 1950-х годах, во времена расцвета госпитализации, в учреждениях в районе Филадельфии было заперто около 15 тысяч пациентов. Роджерс закрыл два из них, а последнее оставшееся, Норристаун, исчисляет своих пациентов сотнями. Главная оппозиция коллективным искам Роджерса исходит от профсоюзов рабочих (в основном по техническому обслуживанию) больниц. Закрытие больниц достигается переводом людей, как только они достаточно укрепятся, в муниципальные учреждения долгосрочного пребывания. "Мы закрываем их постепенно, методом изнурения", — говорит Роджерс.

Если в крупных больницах совершаются чудовищные злоупотребления, то не исключено, что муниципальные программы приведут к еще большему злу. Применять к таким программам систему *ограничения и равновесия* трудно. Множество чиновников и работников служб психического здоровья царят в своих крохотных княжествах ухода за больными, в каждом из которых свои внутренние издержки. Как можно сделать деятельность таких центров полностью прозрачной для тех, кто должен над ними надзирать, — людей, которые обычно проявляют свое существование редкими и краткими визитами? Возможно ли поддерживать высокие стандарты контроля, когда сама власть вырождается?

Вопрос о том, что составляет психическую болезнь и кого следует лечить, во многом зависит от популярного восприятия психического здоровья. Есть психическая норма, и есть безумие, и разница между ними и качественная, и количественная — и по роду, и по степени. В конце концов, можно говорить о существовании некоей политики в отношении того, чего следует ждать от собственных мозгов и от мозгов окружающих. Ничего плохого в такой политике нет: она составляет существенную часть нашего самоопределения, краеугольный камень

общественного устройства. Зло заключается в высматривании стоящего за нею заговора; пока не веришь, что консенсус по сложному вопросу может быть достигнут без какого-либо "подкупа", приходится работать с этой любопытной смесью личных мнений и общественной истории, которая определяет все наши особенности как социальных животных. Проблема не столько в политике по отношению к депрессии, сколько в нашем неумении осознать, что подобная политика существует. От нее не свободен никто. У людей без денег свободы меньше, чем у тех, кто пользуется привилегиями финансового достатка; эта политика эхом вторит всей остальной жизни. Те, у кого легкая форма болезни, имеют больше свободы, чем тяжелобольные; видимо, так и должно быть. В конце 1970-х годов Томас Жаж, известный более всего своей защитой права на самоубийство, выдвинул доводы против использования медикаментов, утверждая, что нет такого естественного закона, по которому психиатр имеет право вмешиваться своими рецептами в личную жизнь пациента. Это интересно — узнать, что у тебя есть право пребывать в депрессии. Неплохо также знать, что в должных, рациональных обстоятельствах ты можешь принять решение отказаться от лекарств. Однако Жаж превысил свои полномочия и насадил среди своих пациентов веру в то, что они, отказываясь от медикаментов, мощно самореализуются. Политический ли это акт? Некоторые из пациентов Жажа считают именно так. Наши определения "ответственного поведения" со стороны психиатров тоже политические. Мы, как общество, возражаем против взглядов Жажа, и ему пришлось заплатить 650 тысяч долларов вдове одного своего пациента после того, как тот покончил с собой особенно зверским и мучительным способом.

Что важнее — защитить человека от смерти или предоставить гражданскую свободу избегать лечения? Проблема широко обсуждается. Особенно смущает недавняя статья в *New York Times*, написанная неким психиатром из консервативного Центра исследований деятельности мозга в Вашингтоне в ответ на отчет нового министра здравоохранения о психическом здоровье нации. В статье высказывается мнение, что помогать лег/собольным значило бы лишать помощи *тяжелобольных*, будто забота о психическом здоровье — это "месторождение полезных ископаемых определенной мощно-

сти. Автор статьи категорически утверждает, что заставить неподнадзорных людей принимать лекарства невозможно, и высказывает предположение, что тем душевнобольным ("с разрушительными формами болезни, такими как шизофрения и биполярное расстройство"), которые кончают тюрьмой, там, вероятно, и место. В то же время она предполагает, что те 20% американских граждан, что несут гнет той или иной душевной болезни (включая, по-видимому, всех тех, кто страдает тяжелой депрессией), во многих случаях не нуждаются в психотерапии и потому не должны ее получать. Ключевое слово здесь "нуждаются" — поскольку вопрос нужды — вопрос качества жизни, а не существования жизни вообще. Да, многие люди могут оставаться в живых, невзирая на тяжелую депрессию, также, как они могут жить, скажем, и без зубов. То, что некто может протянуть остаток дней на йогурте и бананах, еще не резон оставлять всех современных людей беззубыми. Человек может спокойно прожить и с косолапостью, но в наши дни нет ничего необычного в том, чтобы принять меры к исправлению стопы. Довод, в сущности, сводится к тому же, что снова и снова доносится из мира, внешнего по отношению к душевной болезни: подвергаться лечению *должны* только те люди, которые представляют непосредственную угрозу или вводят в расходы окружающих.

Врачи, особенно не связанные с клиниками при медицинских факультетах, часто узнают о прогрессе медицины от сбытовиков фармацевтической промышленности. С одной стороны, это хорошо, с другой — плохо. Это дает гарантию, что врачи все же получают дальнейшее образование и узнают о достоинствах новых продуктов по мере их поступления на рынок: но это вовсе не достаточная форма дальнейшего образования. Фармацевтика концентрируется на лекарствах больше, чем на других методах лечения. "Это помогает расположить нас к лекарствам, — говорит Эллиот Валенстайн, почетный профессор психологии и неврологии Мичиганского университета. — Компании производят замечательные препараты, и мы благодарны им за их изготовление, но как жаль, что образовательный процесс не сбалансирован лучше". Мало того; поскольку эта индустрия финансирует многие из самых крупных и всесторонних исследований, то патентоспособные вещества изу-

чаются лучше, чем непатентоспособные, такие, например, как зверобой; проводится больше исследований в поисках новых методов медикаментозной терапии, чем других новых методов, таких как десенсебилизация и терапия движением глаз (EMDR). У нас нет национальных программ, способных уравновесить работу, спонсируемую фармацевтическими компаниями. В недавней статье в "Ланцете", ведущем медицинском журнале, профессор Джонатан Риз предложил полностью пересмотреть процесс патентования, чтобы создать стимул прибыльности в тех методах терапии, которые сейчас непатентоспособны, в том числе тех, которые он называет "геномикой и информатикой". Но пока еще в этой области финансовых стимулов мало.

Работники фармацевтической промышленности знают, что в условиях свободного рынка самые лучшие средства лечения станут, вероятнее всего, и самыми успешными. Поиски хороших лекарств, разумеется, переплетены у них с поисками бабрыша; но я считаю, в отличие от некоторых играющих на публику политиков, что капитаны фармацевтики не столь безудержны в эксплуатации общества, как люди большинства других отраслей. Многие из открытий, отличающих современную медицину, стали возможны лишь благодаря крупнейшим программам исследований и разработок, проводимых фармацевтикой, которая тратит примерно в семь раз больше средств на разработку новых продуктов, чем на другие отрасли. Подоплека этих программ — прибыль; но, пожалуй, более благородно извлекать прибыль, изыскивая исцеление для больных, чем изобретая мощное вооружение или издавая своднические журналы. "Это должно было произойти в нашей отрасли", — сказал Дэвид Чау, один из трех ученых компании Eli Lilly, участвовавший в разработке прозака. Уильям Поттер, перешедший из NIMH в ту же Lilly, сказал: "Именно ученые нашей лаборатории продвигали разработку прозака. Важные исследования финансирует именно эта отрасль. Общество сделало такой выбор и доверило нам эту систему — систему большого прогресса". Страшно подумать, где я был бы сейчас, если бы эта отрасль не разработала лекарства, которые спасли мне жизнь.

Однако, несмотря на все добро, которое сделала фармацевтика, это все же *индустрия*, зараженная всеми особенностями

современного капитализма. Сколько раз бывал я на просветительных сессиях, проводимых компаниями, которые разрываются между исследованиями и материальными соблазнами! На одной из них, в Балтиморском аквариуме, предлагали выбор между лекцией "Нейробиология и лечение биполярного психоза" и "Кормлением ската с презентацией для специальных гостей и членов их семей". Случилось мне также присутствовать при запуске в продажу в США одного из знаменитых антидепрессантов, которому вскоре предстояло захватить значительную долю рынка. Хотя мероприятие проходило под надзором сурового органа власти — Управления по делам продовольствия и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), которое диктовало, что можно, а чего нельзя говорить о продукте, получилось нечто вроде цирка; эмоции регулировались с такой расчетливостью, какая и не снилась летающим цирковым гимнастам Валленда. Более того, это была безудержная, дикая фиеста, изобиловавшая танцами, барбекю и завязывавшимися романтическими знакомствами. Это было олицетворение корпоративной Америки, опьяненной своим изобилием. Именно так поощряют любого сбытовика продавать свой товар на высококонкурентном, агрессивном-рекламном американском рынке, и вся эта шумиха была, по-моему, совершенно безвредной; но было что-то аномальное в таком продвижении продукта, предназначенного для людей, страдающих тяжелым недугом.

Послушать программные речи распространители собрались в громадном конференц-центре. Наплыв участников — более двух тысяч — впечатлял. Когда все мы уселись, прямо из сцены поднялись, как коты в мюзикле "Коты", музыканты целого оркестра и заиграли "Забудь печали, давай будь счастлив" (*Forget Your Troubles, Cmon Get Happy*), и затем из альбома дуэта Tears for Fears "Всякий хочет править миром" (*Everybody Wants to Rule the World*). На этом фоне голос, как в "Волшебнике страны Оз", пригласил всех нас дать старт новому фантастическому продукту. На семиметровых экранах появились изображения Большого каньона и лесного ручья, зажглись прожекторы и высветили декорации, напоминающие строительную площадку. Оркестр заиграл выдержки из "Стены" Pink Floyd. В глубине сцены медленно выросла стена из гигантских кирпичей

чей, а на ней названия конкурирующих продуктов. Пока кордебалет в горняцких шлемах и с кирками в руках спортивно изголялся в канкане на электронно-управляемых подмостках, радуга лазерных лучей в форме логотипа нового лекарства устремилась из бутафорского космического корабля, стоявшего позади зала, и затмила собой другие антидепрессанты. В то время как танцовщицы задирали выше головы свои рабочие сапоги и исполняли непристойную ирландскую джигу, кирпичи, сделанные, как видно, из бутафорского гипса, рушились вниз и глухо шлепались в пыль. Глава всех сбытовиков, попирая ногами руины, издавал ликующие вопли на фоне появлявшихся на экране цифр; он ликовал о будущих прибылях так, будто только что победил в "Поле чудес".

Этот разгул меня сильно смутил. Всех же других он, похоже, лишь взбудоражил. Прыгающие девчонки в группах поддержки на перерыве бейсбольного матча не вызывают такого энтузиазма зрителей. К концу этого бурлеска толпа была вполне настроена плевать страданию в лицо. После церемоний открытия зазвучал серьезный призыв к гуманности распространителей. Свет в зале погас, на экране пошел короткометражный фильм, снятый специально для данного случая и демонстрирующий людей, принимавших продукт во время Третьей фазы исследований. Эти реальные люди избавились от ужасных страданий; некоторые обрели в новом лекарстве облегчение от упрямой депрессии, полжизни выведившей их из строя. Образы были все навазелиненные, вполне в строку с прочими деталями презентации, но люди-то были реальные, и я видел, что пережитые ими невыдуманные ужасы глубоко трогали торговых представителей. Чувство миссии, с которым люди покидали гигантскую аудиторию, было вполне искренним. Такой противоречивый тон царил на презентации еще несколько дней; агрессивность торговцев и сочувствие к страдающим поощрялись в равной мере. Впрочем, в конце всех просто забросали подарками: я принес домой футболку, тенниску, ветровку, блокнот, бейсбольную фуражку, сумку, двадцать ручек и кучу всяких других вещей с логотипом нового продукта, броским, как этикетка Гуччи.

Дэвид Хейли, бывший секретарь Британской психофармакологической ассоциации, ставит под сомнение процесс ут-

верждения методов лечения депрессии. По его мнению, используемый фармацевтикой термин "ингибиторы обратного захвата серотонина" (SSRI) — ложное упрощение функции препаратов. Хейли пишет: "Лекарства, блокирующие обратный захват серотонина, могут быть антидепрессантами, как и соединения, которые избирательно блокируют обратный захват катехоламина. Действительно, есть серьезные основания полагать, что в тяжелых случаях депрессии некоторые из прежних соединений, которые действуют на уровне нескольких систем, могут быть более эффективными, чем новые. ЭШТ почти наверняка наименее всего избирательна по отношению к какой-либо конкретной нейромедиаторной системе, а многие клиницисты считают ее самым быстрым и эффективным из всех существующих методов лечения. О чем это свидетельствует? О том, что депрессия не является дисфункцией одного типа нейромедиаторов или конкретных рецепторов, но при депрессивных расстройствах каким-то образом ставятся под угрозу, или отключаются, или десинхронизируются сразу несколько физиологических систем". Это наводит на мысль о том, что те самые свойства препаратов, которые многие фармацевтические компании так широко рекламируют, на деле могут оказаться не так уж и полезны потребителям этих лекарств. Базируясь на бактериальной модели заболевания, введенная в 1960-х годах федеральная система контроля исходит из того, что для каждой болезни имеется противоядие, и каждое противоядие действует на конкретную болезнь. Несомненно, фразеология, принятая в FDA, в конгрессе США, в фармацевтических компаниях и среди широкой публики, отражает укоренившееся понятие о том, что депрессия внедряется в человека, а соответствующее лечение может ее изгнать. Имеет ли смысл категория "антидепрессант", которая предполагает существование болезни под названием "депрессия"?

Если депрессия — болезнь, поражающая целых 25% населения в мире, может ли она действительно быть болезнью? Не есть ли это нечто заменяющее собою "реальную" индивидуальность страдающих ею людей? Мне удалось бы написать эту книгу вдвое быстрее, если бы я мог функционировать при четырех часах сна в сутки. Меня сильно выводит из строя необходимость спать. Я не мог бы стать государственным секретарем

рем: эта должность требует большего, чем то, что можно "впихнуть" в пятнадцатичасовой день. Одна из причин того, что я стал писателем, в том, что я могу сам управлять своим расписанием, и всякий, с кем я когда-либо работал, знает: по утрам я не участвую ни в каких встречах, разве что по принуждению. Время от времени я принимаю лекарство, отпускаемое без рецепта, — оно называется кофе, — позволяющее мне обойтись меньшим количеством сна, чем мне требуется без него. Это вовсе не идеальный препарат; он вполне эффективен для краткосрочного лечения моего расстройства, но если принимать его в качестве заменителя сна долго, он вызывает беспокойство, тошноту, головокружение и снижение производительности. Поэтому кофе недостаточно действенен, чтобы я мог с его помощью взяться за работу с таким расписанием, как у госсекретаря. Кажется весьма вероятным, что если бы Всемирная организация здравоохранения провела исследования и выяснила, сколько полезных человекочасов теряется ежегодно из-за людей, которым требуется более шести часов сна в сутки, то эти потери оказались бы, очень возможно, еще более тяжелыми, чем потери от депрессии.

Я знаю людей, которым требуется четырнадцать часов сна в сутки, и им, как и людям с тяжелой депрессией, трудно функционировать в социальном и профессиональном мире наших дней. Они находятся в крайне невыгодном положении. Где же границы болезни? И кого, если появится лучшее лекарство, чем кофеин, надо будет относить к разряду больных? Примем ли мы за идеал расписание сна госсекретаря и начнем ли рекомендовать лекарство каждому, кто спит больше четырех часов в сутки? Будет ли это дурно с нашей стороны? Что случится с людьми, которые откажутся лечиться лекарствами, а станут спать столько часов, сколько для них естественно? Они не смогут функционировать на одном уровне со всеми; быстрый темп современной жизни стал бы еще быстрее, если бы большинство людей имело доступ к этому гипотетическому снадобью.

"В течение 1970-х годов, — пишет Хейли, — тяжелые психические расстройства стали определять как нарушения в работе конкретных нейромедиаторных систем и их рецепторов. Свидетельств в поддержку этих предположений никогда не было, но эти формулировки мощно поддержали превращение

психиатрии из дисциплины, воспринимающей себя в размерных (количественных) терминах, в дисциплину, занимающуюся категориальными (качественными) моделями". Действительно, это, пожалуй, самое тревожное в нынешней премудрости в отношении депрессии: она отбрасывает идею непрерывности и утверждает, что пациент либо болен депрессией, либо не болен, либо депрессивен, либо нет, как будто бы быть "немного" депрессивным — то же самое, как быть "немного" беременной. Категориальные модели привлекательны. В эпоху, когда мы все более отчуждаемся от своих чувств, нас может утешить мысль о том, что доктор, сделав анализ крови или сканирование мозга, скажет, была ли у нас депрессия и какого именно вида. Но депрессия — это эмоция, которая существует у всех, и она то поддается, то не поддается контролю; депрессия как болезнь есть избыточность чего-то обычного, а не внесение чего-то чуждого. Она — разная у разных людей. Что делает людей депрессивными? С таким же успехом можно спросить, что делает людей довольными.

Врач может помочь подобрать дозировки, но когда-нибудь может оказаться столь же легко "подсесть" на какой-нибудь SSRI, как сегодня — постоянно принимать витамины-антиоксиданты: польза от них в долгосрочной перспективе очевидна, побочные эффекты минимальны, они совершенно не опасны для жизни и легко контролируемы. SSRI содействуют психическому здоровью, вещи хрупкой; они держат разум в форме. Неверные дозировки или непоследовательный прием помешает этим лекарствам действовать, как им положено, но, отмечает Хейли, "люди ведь принимают лекарства, для которых не нужен рецепт, достаточно осторожно". Обычно мы не допускаем передозировки. Сколько следует принимать, мы выясняем методом проб и ошибок (что, в общем-то, делают и врачи, прописывая SSRI). SSRI не смертельны и не опасны даже в крайних передозировках. Хейли считает, что статус продаваемых по рецепту придает лекарствам пикантность, что особенно странно в отношении антидепрессантов, которые имеют сравнительно мало побочных эффектов и используются для лечения болезни, которая пока еще существует только в описании пациента: ее невозможно проанализировать никакими медицинскими средствами, кроме как через собственное опи-

сание больного. Не существует способа определить, необходим ли пациенту антидепрессант, кроме как спросить у него самого, — а спрашивают чаще всего терапевты, у которых не более информации об этих таблетках, чем у начитанного непрофессионала.

Мой лекарственный режим сейчас тщательно и узконаправленно сбалансирован, и у меня не хватило бы знаний пройти через последний срыв без консультаций со знающим специалистом. Но многие из моих знакомых, принимающих прозак, просто отправлялись к врачу и просили рецепт. К тому времени они уже сами ставили себе диагноз, а у врача не было причин сомневаться в их понимании собственной психики. Прием прозака без необходимости не производит никакого видимого эффекта, и те, кому он ничего не дает, скорее всего, бросят его. Почему бы не позволить людям принимать такие решения самостоятельно?

Многие из тех, с кем я беседовал, принимают антидепрессанты от "легкой депрессии" и ведут благодаря этому лучшую, более счастливую жизнь. Я поступил бы так же. Вероятно, то, что они хотят изменить, это, на самом деле, их индивидуальность, как предположил Петер Краймер в "Слушая прозак". Весть о том, что депрессия лишь химическая или биологическая проблема, — рекламный трюк; мы могли бы, хотя бы теоретически, обнаружить химические процессы в мозге, объясняющие насилие, и при желании даже долго изучать их. Идея о том, что всякая депрессия — нападающая извне болезнь, зиждется либо на необъятном расширении понятия "болезнь", включающем в него всевозможные качества (от сонливости до хамства и тупости), либо на удобной современной фикции. Тем не менее тяжелая депрессия — это губительное состояние, теперь поддающееся лечению, и его надо лечить со всей возможной настойчивостью во имя справедливого общества, в котором люди живут богатой, здоровой жизнью. На нее должна распространяться страховка, страдающих ею должны защищать акты конгресса, на нее должны быть направлены усилия крупных исследователей, ибо это вопрос огромной важности. Тут есть видимый парадокс, указывающий на экзистенциальные вопросы о том, что составляет человеческую личность и что составляет ее бедствия. Наши права на жизнь

и свободу достаточно просты и естественны; наше право на стремление к счастью с каждым днем озадачивает все больше и больше.

Одна моя немолодая приятельница однажды сказала, что секс оказался уничтожен публичностью. "Во времена моей молодости, — сказала она, — меня саму и моих первых возлюбленных вели в поисках чего-то нового только самые простые инстинкты". У них не было никаких конкретных ожиданий друг от друга, никаких стандартов. "А теперь читаешь множество статей о том, кто и сколько должен иметь оргазмов, когда именно и как, — сказала она мне. — Тебе велят, что делать и в каких позициях и что при этом чувствовать. Тебе объясняют, как правильно и как неправильно — во всем. Какая же теперь остается возможность для открытий?"

Психическое расстройство тоже когда-то могло быть делом частным, несмотря на воспроизведенную в данном томе историю. К нему приходили безо всяких ожиданий, и то, каким образом все начинало идти вкривь и вкось, было в большой мере индивидуально. То, как вели себя в связи с этим окружающие, было тоже глубоко индивидуально. Теперь мы вступаем в психическое страдание, имея для него руководство. Мы питаемся искусственными категоризациями и упрощающими формулами. Когда депрессия вылезла из коллективного подполья, она стала заданной извне последовательностью. Вот тут-то политика и встречается с депрессией. Сама эта книга безнадежно увязла в политике болезни. Прочтя эти страницы внимательно, вы научитесь правильно вести себя во время депрессии: что чувствовать, о чем думать, что делать. Тем не менее каждый человек борется с депрессией по-своему. Депрессия, как секс, хранит неугасимый ореол тайны — она всякий раз новая.

## ЭВОЛЮЦИЯ

^TV' to", "что", "когда" и "где" — вот вопросы, которые в основном рассматривают многочисленные исследования, посвященные депрессии. Эволюционисты же направили свое внимание на "почему". Интерес к "почему" начинается с исторического экскурса: эволюционная биология объясняет, как все стало таким, каким стало. Почему такому мучительному и по сути своей непроизводительному состоянию необходимо было появиться у столь значительной части человечества? Кому оно могло бы пойти на пользу? Может ли оно быть просто неким дефектом человеческой природы? Почему его давным-давно не отсеяло в процессе естественного отбора? Почему определенные симптомы болезни имеют тенденцию группироваться? Как соотносятся между собой социальная и биологическая эволюции болезни? Ответить на все эти "почему" невозможно без обсуждения вопросов, предваряющих рассмотрение депрессии как таковой. Почему, рассуждая в контексте эволюции, у нас вообще существует душевное состояние? Почему, собственно говоря, у нас вообще есть эмоции? Что конкретно заставило природу благоволить отчаянию, фрустрации и раздражительности, выбирая, говоря относительно, столь малую радость? Чтобы рассматривать эволюционные вопросы депрессии, необходимо рассуждать о том, что значит быть человеческим существом.

Доказано, что расстройства душевного состояния нельзя назвать простыми, единичными, дискретными состояниями. Майкл Макгайр и Альфонсо Троици в своей книге "Дарвинианская психиатрия" (*Darwinian Psychiatry*) указывают: депрессия "может случиться при известных вызывающих ее обстоя-

тельстввах и без таковых; иногда она явление семейное, иногда нет; она может проявляться с разной степенью совпадения у однойцовых близнецов; в одних случаях — продолжаться всю жизнь, в других — самопроизвольно прекращаться". Далее, депрессия является очевидным общим следствием многих причин; "одни, страдающие депрессией, растут и живут в неблагоприятной социальной среде, другие — нет; одни происходят из семей, где депрессия распространена, другие — нет; отмечены существенные индивидуальные различия в становящихся причиной депрессии физиологических системах (например, норэпинефриновой или серотониновой). Некоторые реагируют на один тип антидепрессантов и не отзываются на прочие, другие — вовсе не реагируют на лекарства, а отзываются лишь на электрошоковую терапию, третьим не помогает ни одно из известных вмешательств".

Остается предполагать, что болезнь, называемая депрессией, представляет собой своеобразный набор состояний, для которых нет очевидных границ. Представьте себе болезнь, называемую кашлем и включающую в себя разные виды кашля: тот, который лечится антибиотиками (туберкулез); который реагирует на изменение влажности (эмфизема); который отзывается на психологические методы (невротические проявления); который требует химиотерапии (рак легких), и тот, который представляется неизлечимым. Один вид кашля, если его не лечить, смертельный, другой — хронический, третий — временный, четвертый — сезонный. Какой-то вообще проходит сам по себе, а какой-то имеет отношение к вирусной инфекции. Что такое кашель? Мы решили определить кашель как симптом различных болезней, а не как самостоятельную болезнь; хотя мы можем рассматривать и то, что называется последующими симптомами самого кашля: воспаленное горло, плохой сон, затрудненная речь, раздражающее щекочущее ощущение, тяжелое дыхание и т. д. Депрессия не является рациональной категорией болезни; как и кашель, она — "симптом с симптомами". Если бы мы не знали о целом спектре болезней, вызывающих кашель, у нас не было бы основы для понимания "упорного кашля", и мы придумывали бы всякого рода объяснения тому, что кашель не поддается лечению. В настоящее время у нас нет отчетливой системы для вычленения

разных типов депрессии и их разнообразных последствий. Маловероятно, чтобы такая болезнь имела единственное объяснение: если она происходит из целого каталога причин, то для ее изучения необходимо пользоваться многими системами. Есть какая-то нечистоплотность в нынешних способах объяснения, которые берут "щепотку" психоаналитического мышления, "кусочек" биологии, несколько внешних обстоятельств и бросают все это в некий сумасшедший салат. Необходимо распутать этот клубок — депрессию, скорбь, особенности личности, болезнь, — прежде чем мы сможем разобраться в депрессивных состояниях психики.

Одна из самых элементарных реакций живого организма — ощущение. Испытывать голод неприятно, а чувствовать сытость приятно всем живым существам; поэтому мы тратим усилия на то, чтобы накормить себя. Если бы голод не был неприятным ощущением, мы умирали бы с голода. У нас есть инстинкты, ведущие нас к пище, и, когда они не удовлетворяются — например, из-за ее отсутствия, — мы испытываем крайний голод, состояние, для устранения которого готовы почти на все. Ощущения включают эмоции: когда я несчастлив от того, что чувствую голод, это эмоциональная реакция на ощущение. Оказывается, у насекомых и многих беспозвоночных есть ощущения и реакция на них; трудно сказать, где в иерархии животного мира начинается эмоция. Эмоция характерна не для одних только высших млекопитающих; но это слово не подходит для описания поведения амебы. Мы подвержены печальному заблуждению — антропоморфии: мы склонны говорить, например, о растении, когда оно чахнет без воды, что оно "несчастно"; или даже о машине, когда она глохнет, что она "капризничает". Сделать различие между подобными проекциями и истинными эмоциями нелегко. Пчелиный рой — "сердит"? Семга, плывущая против течения — "упорна"? Известный биолог Чарлз Шеррингтон писал в конце 40-х годов, что, когда он смотрел в микроскоп на кусающую блоху, "этот акт, рефлекторный или нет, выглядел заряженным самой бурной эмоцией. При всем своем лилипутском масштабе эта сцена была сравнима с тем эпизодом из романа Флобера "Саламбо", где лев рыщет в поисках добычи. Это было зрелище, заставляющее думать о бескрайнем океане "аффектации", наполняю-

щем мир насекомых". То, что описывает Шеррингтон, демонстрирует, как действие в глазах человека отражает эмоцию.

Если эмоция — более тонкая материя, чем ощущения, то душевное состояние (настроение) — еще более утонченное понятие. Биолог-эволюционист К. Смит описывает эмоцию как погоду (идет ли дождь в настоящий момент), а душевное состояние — как климат (дождливая ли это местность). Настроение — растянутое во времени эмоциональное состояние, окрашивающее отклики на данные чувства. Оно происходит из эмоции, которая обрела самостоятельную жизнь совершенно вне непосредственно вызвавшей ее причины. Можно чувствовать себя несчастным от голода и войти в раздраженное состояние духа, которое не обязательно рассеется после ужина. Настроение пронизывает биологические виды; говоря в целом, чем более развит вид, тем мощнее проявляется настроение независимо от непосредственных внешних обстоятельств. Наиболее справедливо это в отношении человека. Даже у тех, кто не страдает депрессией, временами бывает грустное настроение, когда любая мелочь полна напоминаний о смертности, когда начинаешь вдруг глубоко скучать по ушедшим людям или прошедшим временам, когда простой факт, что мы существуем в преходящем мире, представляется парализующе печальным. Иногда люди печалются без всякой видимой причины. Даже тот, кто часто бывает в депрессии, порой испытывает полеты настроения, когда солнце ярче обычного, и все так вкусно, и мир взрывается возможностями, когда прошлое выглядит просто короткой увертюрой к великолепию настоящего и будущего. Почему это должно быть так — загадка и с биохимической, и с эволюционной точек зрения. Гораздо легче увидеть селективные преимущества эмоции, чем понимать ее как потребность вида в настроении.

Что представляет собой депрессия — сбой ли она работы организма, как, например, рак, или может оказаться защитным механизмом, как рвота? Эволюционисты утверждают, что для простой дисфункции она слишком широко распространена. Представляется правдоподобным, что способность к депрессии включает механизмы, которые на каком-то этапе служили репродуктивным преимуществом. Это допускает четыре возможности, каждая из которых хотя бы отчасти справедлива.

Первая: в дочеловеческие времена эволюции депрессия служила какой-то цели, которой более не служит. Вторая: стрессы современной жизни несовместимы с теми возможностями мозга, к которым мы пришли в процессе эволюции, и депрессия, возможно, есть следствие этого. Третья: депрессия выполняет в человеческом обществе некую полезную функцию, и иногда депрессивность является для людей благом. Последняя: гены и последующие биологические структуры, задействованные в депрессии, включены также и в другие, более позитивные поступки и чувства, и депрессия является вторичным результатом некоторого полезного варианта состояния физиологии мозга.

Идея о том, что депрессия когда-то была некой полезной функцией, которой больше не является, и что она, по сути, реликт, — находит подтверждение в наших многочисленных рудиментарных эмоциональных реакциях. Как указал физиолог Джек Кан, "люди не испытывают естественного страха перед реальной опасностью, например, перед автомобилями или электрическими проводами, но попусту тратят время и энергию, боясь безобидных пауков и змей" — животных, бояться которых в другое время и на другой стадии нашего видового развития было, несомненно, полезно. По этому же образцу депрессия часто формируется вокруг совершенно на первый взгляд незначительных материй. Энтони Стивене и Джон Прайс высказали предположение, что какая-то форма депрессии необходима для формирования примитивных иерархических обществ. Низкоорганизованные организмы и некоторые высшие млекопитающие, например орангутаны, живут в одиночку; наиболее развитые животные создают социальные группы, которые обеспечивают лучшую защиту от хищников, больший доступ к ресурсам, более благоприятные и доступные репродуктивные возможности и перспективы совместной охоты. Нет сомнения, что естественный отбор отдает предпочтение коллективизму, и влечение к нему крайне сильно у человеческих существ. Мы живем в обществах, и большинству из нас совершенно необходимо чувство принадлежности. Нравиться — одно из великих наслаждений жизни; быть исключенным, игнорируемым или как-то иначе непопулярным — одно из худших наших переживаний.

Всегда находится кто-нибудь, кто верховодит; общество без лидера хаотично и скоро разваливается. Обычно в группе позиции индивидов со временем подвергаются изменениям, и лидер должен постоянно защищать свою позицию от других претендентов, пока наконец не потерпит поражения. В таких обществах депрессия необходима для разрешения конфликта власти. Если низшее по положению в группе животное выступает против лидера, ему необходимо дать отпор, иначе оно будет продолжать свои выступления, в группе не будет мира, и она не сможет функционировать. Если же после поражения такое животное теряет самонадеянность и впадает в нечто вроде депрессивного состояния (такое, которое характеризуется скорее пассивностью, чем экзистенциальным кризисом), оно тем самым признает триумф победителя и поневоле принимает существующую структуру власти. Эта нижестоящая фигура, уступая авторитету власти, избавляет победителя от необходимости убивать ее или изгонять из группы. Так, благодаря вовремя случаемся депрессии, между всеми силами в иерархическом обществе может достигаться согласие. То, что пережившие депрессию часто впадают в нее снова, может быть индикатором того, что дравшимся и проигравшим лучше больше в драку не лезть, а поберечь себя, минимизируя опасность. Эволюционист Дж. Бергчнелл говорит, что мозговые центры постоянно отслеживают наш статус по отношению к окружающим и что все мы функционируем согласно интернализированным понятиям о ранге. Драка определяет, к какому рангу относят себя большинство животных; депрессия может быть полезна для предотвращения попыток повысить себя в ранге, когда реальных шансов на это нет. Люди, даже если и не занимаются повышением своего социального положения, часто страдают от критики и нападок окружающих. Депрессия заставляет их отступить с той территории, где они подвергаются подобной критике; они выходят из боя, чтобы не потерпеть полного разгрома. (По-моему, эта теория имеет в себе нечто от стрельбы из гранатомета по комарам.) Тревожный элемент депрессии затем привязывается к страху стать объектом слишком резких нападков, которые приведут к исключению из группы, что в животных сообществах и у людей во времена охотников и собирателей было бы равносильно смерти.

Приведенный довод в пользу такого эволюционного пути депрессии не особенно актуален для той депрессии, которую мы испытываем сейчас, — в обществах, строящихся под воздействием огромного числа внешних структурирующих начал. В обществах стадных животных групповая структура определяется физической силой, реализуемой в драках, посредством которых одна группа торжествует над другой, подавляя или побеждая ее. Рассел Гарднер, в течение многих лет возглавляющий Общество изучения межвидовой сравнительной психопатологии (Across-Species Comparisons and Psychopathology, ASCAP), рассматривает, как депрессия человека привязана к моделям поведения животных. Он полагает, что у людей успех менее зависит от подавления окружающих, чем от собственных конструктивных действий. Человеческий успех не базируется единственно лишь на том, чтобы мешать добиваться успеха другим; он приходит благодаря собственным достижениям. Это не значит, что ты совершенно свободен от конкуренции и причинения вреда другим, но конкуренция, характерная для большинства человеческих социальных систем, более созидательна, чем разрушительна. В животных сообществах сущность успеха заключается в принципе "я сильнее тебя", тогда как в человеческих обществах это, скорее, "я фантастически хорош".

Гарднер полагает, что, в то время как у животных общественный строй определяет фактическая сила, причем у слабых возникает состояние, подобное депрессии, у людей социальный порядок определяется общественным мнением. Павлиан может быть подавленным оттого, что любой другой павлиан может его побить (и так именно и поступает); человек может впасть в депрессию оттого, что о нем никто не думает хорошо. Впрочем, базовая иерархическая теория тоже подтверждается современным опытом: люди, теряющие высокое положение, действительно становятся депрессивными, и из-за этого им иногда легче смириться с более низким положением в обществе. Тем не менее следует заметить, что и тех, кто отказывается смириться с более низким положением, из современного общества обычно не изгоняют; более того, некоторые из них становятся уважаемыми революционерами.

Депрессия — родственница зимней спячки, только более беспокойная. Молчание и уединение, экономящие энергию,

замедление всех систем — кажется, это подтверждает идею о том, что депрессия относится к рудиментам. Депрессивные томятся по своей постели и не хотят покидать дом, что напоминает зимнюю спячку; животное тоже спит не посреди поля, а в относительной безопасности своей уютной берлоги. Согласно одной гипотезе, депрессия — это естественная форма ухода в себя, который должен произойти в безопасном окружении. "Может статься, что депрессия связана со сном, — предполагает Томас Вер, специалист по сну из NIMH, — поскольку она фактически связана с местом, где человек спит, с пребыванием дома". Депрессия может сопровождаться изменением уровня содержания пролактина — гормона, заставляющего птиц неделями сидеть на яйцах. Это тоже форма ухода и бездействия. О более легкой депрессии Вер говорит: "Те представители вида, которым тревога мешала смешиваться с толпой, не лазили на вершины, не заползали в подземные ходы, не высывались, сторонились незнакомцев, уходили, почуяв опасность, домой — они, наверно, жили долго и имели множество детей".

Важно помнить о мнимой целенаправленности эволюции. Естественный отбор не устраняет болезней и не движется к совершенству. Естественный отбор благоприятствует большей экспрессии одних генов, чем других. Наш мозг эволюционирует медленнее, чем наш образ жизни. Макгайр и Троици называют это "гипотезой запаздывания генома". Нет сомнений в том, что современная жизнь налагает на нас бремя, несовместимое с возможностями мозга, к которому мы пришли в процессе эволюции, и депрессия, возможно, есть следствие этого. "Я думаю, что виду, приспособленному для жизни в группах из пятидесяти-семидесяти особей, — говорит Рандольф Нессе, ведущий психолог-эволюционист, — жить в группе из нескольких миллиардов трудно. Но кто знает? Может быть, влияет питание, может быть, мера физической активности, изменение структуры семьи или брачных моделей, или доступность секса, или сон, или необходимость сталкиваться со смертью как с осознанной идеей, или, может быть, нечто совсем другое". Джеймс Бэлленгер из Медицинского университета Северной Каролины добавляет: "Возбудителей беспокойства тогда, в прошлом, просто не было. Человек оставался на безопасном

расстоянии от дома, а иметь дело с одним местом может научиться большинство людей. Современное общество провоцирует тревогу".

Эволюция изобрела парадигму, согласно которой конкретная реакция была полезной в конкретных обстоятельствах; современная жизнь провоцирует такую реакцию, такую совокупность симптомов при многих обстоятельствах, когда они вовсе не полезны. Распространенность депрессии в обществах охотников и собирателей или в чисто сельскохозяйственных обществах чаще всего невысока; в индустриальных обществах выше, а в обществах, проходящих через переходный период, выше всего. Это подтверждает гипотезу Макгайра и Троици. В современном обществе есть тысячи трудностей, с которыми более традиционным обществам сталкиваться не приходилось. Приспособиться к ним, если нет времени на изучение соответствующих методов, почти невозможно. Самая, вероятно, большая из этих трудностей — хронический стресс. В дикой природе у животных обычно случается мгновенная жесткая ситуация, которая тут же разрешается — животное либо выживает, либо гибнет. Если не считать устойчивого чувства голода, хронического стресса там нет. Дикие животные не поступают на работу, о которой потом жалеют, не заставляют себя год за годом спокойно общаться с теми, кто им противен, не ведут битв за то, с кем будут жить их дети.

Возможно, первичный источник крайне высокого уровня стресса в нашем обществе — не такого рода очевидные напасти, а предоставленная нам свобода в форме несметного числа не поддерживаемых знанием вариантов выбора. Датский психолог Й. Г. ван ден Берг, опубликовавший в 1961 году "Изменяющуюся природу человека" (*The Changing Nature of Man*), утверждает, что в разных обществах существуют разные системы мотивации, а каждая эпоха требует своего круга теорий, поэтому написанное Фрейдом вполне могло быть правдой о человечестве конца XIX — начала XX века в Вене и Лондоне, но не обязательно верно в отношении человеческих существ середины XX века и могло никогда не быть, строго говоря, истинным в отношении людей в Пекине. Ван ден Берг предполагает, что такой вещи, как информированный выбор в отношении образа жизни в современной культуре, вообще не существует. Он

говорит о "невидимости" профессий, продолжающаяся диверсификация которых привела к непостижимой для ума широте выбора. В доиндустриальных обществах ребенок, проходя по деревне, наблюдал взрослых за работой. В то время человек выбирал работу (если выбор вообще был практически осуществим) на основе глубокого понимания, что влечет за собой каждый из вариантов выбора — что значит быть кузнецом, мельником или пекарем. Возможно, были не совсем очевидны подробности жизни священника, но зато его образ жизни был совершенно нагляден. В постиндустриальном обществе все обстоит иначе. Мало кто с самого детства понимает, чем в точности занимается менеджер инвестиционного фонда, или администратор больницы, или адъюнкт-профессор и каково им приходится в жизни.

На личном фронте то же самое. Вплоть до XIX века возможности социального выбора были ограничены. За исключением немногих искателей приключений и ниспровергателей условностей, люди росли и умирали в одном и том же месте. Они были заключены в жесткую классовую структуру. У фермера-арендатора в Шропшире особого выбора невесты не было: он выбирал из женщин подходящего возраста и класса в своей округе. Допустим, та, которую он по-настоящему любил, была недоступна, и ему приходилось довольствоваться другой, но он, по крайней мере, просматривал варианты, знал, что мог бы сделать, и знал, что следует делать. Представители высших классов населяли мир, который был менее ограничен географически, но численно мал. Они тоже по большей части знали всех, с кем у них существует возможность вступить в брак, и были осведомлены обо всех своих вариантах. Это не значит, что не заключались браки между представителями разных классов или что люди не перемещались с одного места в другое, но такие поступки совершались нечасто и отражали сознательное нарушение принятых правил. Высокоструктурированные общества, которые не предоставляют неограниченных возможностей, могут порождать смирение перед своей жизненной долей, хотя, конечно, полное принятие собственной ситуации через самоанализ встречается редко в любом обществе во все времена. С развитием транспорта, ростом городов и появлением классовой мобильности спектр возможностей в выборе суп-

ругов вдруг невероятно вырос. Люди, которые в середине XVIII века могли сказать, что они рассмотрели всех доступных представителей противоположного пола и выбрали наилучшего, в более поздние времена были вынуждены довольствоваться менее утешительной уверенностью: они выбрали лучшего из тех, с кем им случилось до сих пор войти в соприкосновение. Большинство из нас за всю жизнь встретят тысячи людей. Поэтому потеря базовой уверенности — чувства, что ты знаешь, правильную ли выбрал профессию или супруга, — порождает в нас ощущение утраты. Мы не можем смириться с тем, что просто не знаем, что делать; мы держимся за мысль, что выбор необходимо совершать на основе знания.

В политическом отношении свобода нередко бывает обременительной, и потому переходные периоды после диктатуры часто порождают депрессию. В личном плане и рабство, и чрезмерная свобода — гнетущая реальность, и в то время как одни регионы мира парализованы отчаянием неизбывной нищеты, более развитые страны страдают от мобильности своего населения, кочевничества XXI века: люди то и дело обрубают корни и переезжают, потому что этого требует работа, или любовная связь, или даже просто прихоть. Один автор, обратившийся к этой теме, рассказывает историю о мальчишке, семья которого за короткое время переезжала пять раз; он повесился на дубе во дворе дома, оставив прищипленную к дереву записку: "Это в нашей семье единственное, что имеет корни". Чувство постоянной прерывистости жизни характерно и для "перелетного" бизнесмена, посещающего в среднем тридцать стран в год, и для горожанина среднего класса, чьи служебные инструкции без конца переписываются по мере того, как фирму, где он служит, покупают и перекупают (ему не известно, кто в будущем году будет подчиняться ему и кто станет его начальником), и для одинокого человека, который, идя за продуктами, встречает каждый раз новых кассиров. В 1957 году средний американский супермаркет имел в овощном отделе шестьдесят пять наименований; покупатели знали и уже перепробовали каждый фрукт и овощ. В 1997 году средний американский супермаркет имел в этом же отделе уже более трехсот наименований, а многие подбирались к тысяче. Даже выбирая продукты себе на обед, ты попадаешь в царство неопределен-

ности. Такой веер альтернатив уже не прибавляет комфортности, от этого кружится голова. Когда подобное количество вариантов существует во всех областях — где жить, что делать, что покупать, на ком жениться, — возникает коллективная встревоженность, которая, на мой взгляд, многое объясняет в распространенности депрессии в индустриальном мире.

Мы живем в эпоху головокружительных, ошеломляющих технологий, но при этом не имеем четкого представления о том, как работает большинство окружающих нас вещей. Как функционирует микроволновая печь? Что такое силиконовый чип? Как изменяется кукуруза с помощью генной инженерии? Как передается мой голос, когда я говорю по сотовому телефону в отличие от обычного? Настоящие ли это деньги, которые банкомат в Кувейте снимает с моего счета в Нью-Йорке? Можно поискать и найти ответ на любой из этих конкретных вопросов, но узнать ответы на все мелкие научные вопросы нашей жизни — задача непосильная. Даже для тех, кто понимает, как работает мотор автомобиля и откуда берется электричество, фактические механизмы повседневной жизни становятся все более туманными.

Существует множество конкретных стрессов, к которым мы плохо подготовлены. Один из них, безусловно, распад семьи, наступление одинокой жизни — другой. Кроме того, потеря контакта, а иногда и близости между работающими матерями и детьми. Трудовая жизнь, не требующая движений или физической нагрузки. Жизнь при искусственном освещении. Утрата утешения религией. Необходимость справляться с информационным взрывом нашей эпохи. Список можно продолжать до бесконечности. Как могли наши мозги быть подготовлены все это обрабатывать и выдерживать? Разве не тяжела им эта нагрузка?

Многие ученые соглашаются с идеей о том, что депрессия в своем сегодняшнем виде выполняет полезную функцию в нашем обществе. Эволюционист захотел бы увидеть, что наличие депрессии благоприятствует репродукции определенных генов. Но если взглянуть на темпы воспроизводства среди людей, склонных к депрессии, то окажется, что депрессия снижает репродуктивность. Одно полезное свойство депрессии очевидно: подобно физической боли, она призвана ограждать

нас от определенных опасных действий или моделей поведения, делая их крайне неприятными. Психиатры-эволюционисты Пол Дж. Уотсон и Пол Эндрюс высказали идею, что депрессия служит средством коммуникации, и построили модели эволюционных сценариев, согласно которым депрессия — социальная болезнь, то есть такая, которая существует для выполнения межличностной роли. Легкая форма депрессии, по их мнению, вызывает интенсивную интроспекцию и самоанализ, на основе которых становится возможным принимать продуманные решения о том, как осуществлять перемены в своей жизни, чтобы она лучше соответствовала твоему характеру. Такая депрессия может держаться, и держится, в секрете, и ее функция — частная. Тревога в преддверии события часто бывает составляющей депрессии и может оказаться полезной для предотвращения неприятностей. Легкая депрессия — плохое настроение, живущее самостоятельной жизнью независимо от вызвавшего его обстоятельства, — может побуждать к возврату к тому, что было по глупости отброшено и оценено только после утраты. Она может заставить пожалеть о реальных ошибках и избегать их впредь. Жизненные решения часто следуют старинному правилу вложения денег: когда риск велик, то и возврат может быть высоким, но и расплата, в потенциале, для большинства людей слишком тяжела. Ситуация, в которой человек не хочет отступить от реально безнадежной задачи, может быть разрешена с помощью депрессии, которая заставляет отступить от всего. Люди, преследующие свои цели с чрезмерной настойчивостью и неспособные отказаться от привязанностей, которые очевидно неблагоприятны, особенно подвержены депрессии. "Они стараются продолжать делать то, что не может принести успеха, и не могут сдаться, потому что слишком глубоко погружены в эти действия эмоционально", — говорит Рандольф Нессе. Иногда излишнюю настойчивость ограничивает лишь низкий душевный настрой.

Депрессия определенно способна удерживать нас от действий, имеющих негативные последствия. Повышенный уровень стресса, например, вызывает депрессию, а депрессия может заставить нас избегать его. Недостаток сна может привести к депрессии, а депрессия может заставить нас больше спать. Среди первичных функций депрессии — изменение непродук-

тивных моделей поведения. Она часто служит признаком того, что наши ресурсы инвестируются неудачно, что их необходимо перефокусировать. Современная жизнь изобилует практическими примерами. Я слышал о женщине, которая старалась, несмотря на отговоры преподавателей и коллег, стать профессиональной скрипачкой. Она страдала острой депрессией, которая лишь в минимальной степени поддавалась лекарствам и другим лечебным средствам. Когда она забросила музыку и переключила энергию на другую область, соответствовавшую ее способностям, депрессия полностью улетучилась. При свойственном депрессии ощущении паралича она может служить и стимулятором.

Более серьезная депрессия может привлечь внимание и заботу окружающих. Уотсон и Эндрюс указывают: когда притворяешься, что тебе нужна помощь, вовсе не обязательно получишь ее: окружающие достаточно сообразительны и показной нуждой их не обманешь. Депрессия же служит удобным механизмом, потому что демонстрирует убедительную реальность: если ты депрессивен, ты действительно беспомощен, а если ты действительно беспомощен, то сможешь суметь добиться содействия со стороны. Депрессия — дорогостоящая форма коммуникации, но она потому и действенна, что дорого обходится. Как говорят Уотсон и Эндрюс, именно ее непритворный ужас стимулирует окружающих; разрушение, вызванное приходом депрессии, может выполнять полезную функцию, служа "механизмом возбуждения альтруизма". Кроме того, депрессия может убедить тех, кто причиняет вам неприятности, оставить вас в покое.

Моя депрессия вызвала всевозможную помощь со стороны моих друзей и родных. Мне досталось гораздо больше внимания, чем я мог бы ожидать, и окружающие меня люди принимали меры, чтобы облегчить мне финансовое, эмоциональное и поведенческое бремя. Меня освободили от всяких обязательств в отношении друзей — просто потому, что я был слишком болен, чтобы их выполнять. Я перестал работать — тут у меня и выбора не было. Я даже использовал свою болезнь, чтобы получать разрешение отсрочить платежи по счетам, и кое-каким назойливым ребятам пришлось перестать меня доставать. Мало того, когда у меня был третий приступ депрессии,

я добился отсрочки с завершением этой самой книги, причем при всей хрупкости моего самочувствия я сумел категорически заявить: нет, я не могу продолжать работу, как хотите, а вам придется войти в мое положение.

Психолог-эволюционист Эдвард Хейген рассматривает депрессию как силовую игру: она включает в себя отказ от служения другим, пока те не примут во внимание твои потребности. Я с этим не согласен. Люди, пребывающие в депрессии, предъявляют много требований к окружающим, но ведь, не будь они депрессивны, у них не было бы такой необходимости. Шансы на то, что эти требования удовлетворят, сравнительно слабы. Депрессия может быть полезным средством шантажа, но обычно она слишком неприятна для самого шантажиста и слишком ненадежна по результатам, чтобы служить предпочтительным средством достижения конкретных целей. Хотя получать поддержку, когда тебе тяжело, может не только доставлять удовольствие, но даже способствовать глубокой любви, в иных обстоятельствах невообразимой, гораздо лучше не чувствовать себя настолько тяжело и не нуждаться в подобной поддержке. Нет; я согласен, что подавленное состояние духа выполняет функцию физической боли, заставляя человека сторониться определенных действий в силу их неприятных последствий, но модная идея о том, что депрессия — средство достижения социальных целей, с моей точки зрения, лишена смысла. Если тяжелая депрессия — используемая природой стратегия, чтобы заставить слишком самостоятельных существ искать помощи, то эта стратегия в лучшем случае рискованная. К сожалению, реальная жизнь такова, что депрессия, как правило, вызывает у большинства людей отвращение. Некоторые действительно отзываются на проявления депрессии повышенным сочувствием и альтруизмом, но большинство реагирует отвращением и недовольством. Нет ничего необычного в том, чтобы обнаружить во время депрессии, что люди, которых ты считал надежными, на самом деле вовсе не надежны — ценная информация, которую ты мог бы и не захотеть получить. Моя депрессия отделила зерна от плевел среди моих друзей, но слишком дорогой ценой. Стоит ли ради этого знания отказываться от тех взаимоотношений, которые приносили радость просто потому, что они оказались ненадежными

в трудные времена? Каким другом я сам окажусь для этих людей? И вообще, много ли в дружбе от надежности? Надежность человека в момент кризиса — какое это имеет отношение к тому, чтобы быть добрым, великодушным, хорошим человеком?

\* \* \*

Идея о том, что депрессия — это дефект механизмов, которые исполняют и полезные функции, пожалуй, самая убедительная из всех эволюционных теорий. Депрессия чаще всего вырастает из скорби и представляет ее искаженную форму. Понять меланхолию в отрыве от скорби невозможно: базовый образ депрессии существует в печали. Депрессия может быть полезным механизмом, который иногда заклинивает. Здоровое человеческое сердце имеет определенный диапазон частоты сердцебиения, который позволяет нам функционировать в разных обстоятельствах и климатических условиях. Настоящая депрессия, как сердце, недостаточно снабжающее кровью сосуды, — крайнее состояние, в котором практически нет собственных преимуществ.

Печаль имеет глубокое значение для человеческого существования. Я полагаю, что самая важная ее функция связана с формированием привязанности. Если бы утрата не была для нас мучительной настолько, чтобы ее бояться, мы не могли бы сильно любить. Переживание любви, при всей своей интенсивности, непременно включает в себя грусть. Желание не обижать любимых, более того, помогать им служит также к сохранению вида. Любовь поддерживает в нас жизнь, когда мы осознаем тяготы мира. Если бы у нас выработалось самосознание, но не возникла любовь, мы не смогли бы долго выносить камни и стрелы яростной судьбы. Я не встречал формальных исследований на эту тему, но полагаю, что люди, способные глубоко любить, более склонны держаться за жизнь, оставаться в живых, чем не имеющие этого дара; к тому же, они чаще вызывают любовь к себе, что тоже удерживает их в живых. "Многие люди желали бы увидеть рай местом бесконечной интенсивности и многообразия, — сказала Кей Джеймисон, — а не местом, где всего лишь отсутствуют неприятности. Хотелось бы, конечно,

избавиться от некоторых крайностей, но не от половины спектра эмоций. Заявить, что ты хочешь, чтобы люди страдали, и сказать, что не желаешь, чтобы их лишали эмоций, — совершенно разные высказывания, но грань между ними очень тонкая". Любить — значит быть уязвимым; отрицать или порицать уязвимость — значит отказаться от любви.

Особенно важно то, что любовь не позволяет нам слишком легко рвать наши привязанности. Мы созданы так, что должны страдать, когда расстаемся с теми, кого действительно любим. Возможно, предвкушение печали принципиально важно для формирования эмоциональных привязанностей. Мысль об утрате — вот что заставляет крепче держаться за то, что имеешь. Если бы отчаяния от потери близкого человека не было, мы тратили бы на него время и эмоциональную энергию лишь до тех пор, пока это приносит удовольствие, и ни минутой дольше. "Обычно думают, — говорит Нессе, — что эволюционная теория — это циничная практика. Биологи-эволюционисты трактуют всю сложность нравственного поведения, как если бы это была просто система эгоистического служения собственным генам. Конечно, многое в поведении человека служит именно этой цели. Но часто наши поступки лежат вне этих параметров". Область исследований Нессе — обязательства. "Животные не могут давать друг другу сложных, с выставлением условий, обещаний на будущее. Они не могут торговаться: если ты будешь делать для меня это, я буду делать для тебя то. Обязательство — это данное в настоящем обещание делать в будущем нечто, что, может быть, не будет уже отвечать твоим интересам. Большинство из нас живет по таким обязательствам. Гоббс<sup>97</sup> это видел. Он понимал, что наша способность принимать на себя подобные обязательства и есть то, что делает нас людьми".

Способность брать на себя обязательства дает индивиду эволюционные преимущества; это основа стабильной семейной ячейки, которая обеспечивает идеальное окружение молодым. Но как только мы приобрели эту способность, предоставляющую, как сказано, эволюционные преимущества, мы

<sup>97</sup> *Томас Гоббс* (1588—1679) — английский философ; основным мотивом его философии было утверждение, что человек эгоистичен по своей внутренней природе. — *Прим. пер.*

можем пользоваться ею по своему выбору; в этом выборе и кроется нравственный компас животного по имени "человек". "Упрощающие научные понятия заставляют нас рассматривать взаимоотношения как по большей части взаимное манипулирование и взаимную эксплуатацию, — говорит Нессе, — но на самом деле чувства любви и ненависти часто распространяются в область непрактичного. Они совершенно не вписываются в нашу рационалистическую систему. Способность любить может давать эволюционные преимущества, но то, как мы поступаем перед лицом любви, — наш собственный процесс: внутреннее вталкивает нас на действия, которые доставляют выгоду другим ценой нашего собственного удовольствия". Оно приглашает нас в мир нравственных альтернатив, в мир, который лишается смысла, если мы попробуем устранить скорбь и ее умеренную грустную сестру — печаль.

Некоторые насекомые появляются на свет из оставленных без присмотра яиц, где находится запас продовольствия, необходимый им для полного развития; особи этих видов нуждаются лишь в сексуальном импульсе, но не любви. Но уже в мире рептилий и птиц существуют предтечи привязанности. Инстинкт сидеть на яйцах и содержать их в тепле, очевидно повышает воспроизводительную функцию в противоположность поведению насекомых, которые откладывают яйца и бросают их на произвол судьбы. У большинства животных, более развитых, чем рептилии, где матери выкармливают детей, например у заботливых птиц, выживает больше молодняка, что приносит им успех в выведении птенцов, которые вырастут во взрослых птиц и станут размножаться. Первой эмоцией, причем такой, которой самым значительным образом благоприятствует естественный отбор, является некий вариант того, что мы называем любовью матери к своим детенышам. Представляется вероятным, что любовь возникла среди первых млекопитающих и что она стимулировала их заботиться о своем сравнительно беспомощном потомстве, появившемся на этот грозный свет без защитной скорлупы. У матери, которая накрепко привязана к своим детям, защищает их от врагов и по своей воле их холит и кормит, гораздо больше шансов передать потомству генетический материал, чем у матери, оставляющей своих детей на съедение хищникам. Потомство заботливых

матерей имеет гораздо больше шансов достичь зрелости, чем потомство равнодушных. Отбор благоприятствует любящей матери.

Другие разнообразные эмоции способствуют иным конкретным преимуществам. Самец, таящий в груди гнев и ненависть, будет эффективнее конкурировать с другими самцами; он постарается их уничтожить и тем самым добиться преимущества своих репродуктивных тенденций. Самец, заботящийся о своей подруге, тоже получит преимущество, а если он отгоняет от нее всех других самцов, то будет сохранять высокие шансы на передачу своих генов всякий раз, когда она понесет. Для животных, производящих малочисленное потомство, наилучший вариант продвигать свой генетический материал — комбинация любящей и внимательной матери и ревнивого и заботливого отца (или наоборот). Страстные животные имеют хорошие шансы размножаться с более высокой частотой. У животных, получающих энергию от своей ярости, выше вероятность побеждать в конкурентных обстоятельствах. Любовь — будь то эрос, агапе, дружба, сыновство, материнство или любая другая форма этой плохо поддающейся сдерживанию эмоции — работает по принципу награды и наказания. Мы выражаем любовь, потому что вознаграждение любви огромно; мы продолжаем выражать любовь и проявлять заботу, потому что утрата любви болезненна. Если бы мы не испытывали боли от утраты любимых, если бы получали от любви удовольствие, но не чувствовали бы ничего, когда предмет нашей любви уничтожен, мы были бы значительно менее заботливы, чем есть. Скорбь делает любовь самозащищающейся: мы станем заботиться о любимых, чтобы избежать невыносимого страдания.

Этот довод внушает мне наибольшее доверие: сама депрессия не выполняет никакой полезной функции, но эмоциональный спектр здесь важен настолько, что оправдывает все известные нам экстремальные состояния.

Социальная и биологическая эволюция депрессии взаимосвязаны, но это не одно и то же. Генетическое картирование *Homo Sapiens* на настоящий момент недостаточно подробно, чтобы знать точные функции всех генов, которые могут вести к депрессии, но похоже, что это состояние связано с эмоциональ-

ной восприимчивостью, а это черта полезная. Не исключено также, что сама структура сознания открывает путь к депрессии. Современные эволюционисты разрабатывают идею "триединого" (или трехуровневого) мозга. Самый нижний его уровень, "рептильный", похожий на мозг низших животных, — это центр инстинктов. Средний уровень, "лимбический", существующий у более развитых животных, — это центр эмоций. Верхний уровень, обнаруженный только у высших млекопитающих — приматов и человека, — "когнитивный", он проявляется в способности к рассуждению и в развитых формах мысли, а также в языке. Большинство действий человека включают все три уровня. Депрессия, по мнению знаменитого эволюциониста Пола Маклейна, свойственна только человеку. Это результат сбоя в процессах, происходящих на всех трех уровнях, неизбежное следствие необходимости постоянно включать инстинкт, эмоции и сознание одновременно. "Триединый" мозг иногда не может координировать свою реакцию на неблагоприятные социальные обстоятельства. Когда инстинкт зовет уйти в себя, в идеале должна бы чувствоваться эмоциональная негативность и происходить когнитивная подстройка. Если три уровня работают согласованно, можно испытать нормальное, недепрессивное отстранение от деятельности или обстоятельства, вызывающего дезактивацию области мозга, отвечающей за инстинкты. Но иногда более высокие уровни мозга противостоят инстинктивному. Можно, например, ощущать необходимость отстраниться на инстинктивном уровне, а эмоционально чувствовать себя возбужденным и агрессивным. Это вызывает ажитированную депрессию. Можно, например, чувствовать необходимость отстраниться на инстинктивном уровне, но принять сознательное решение продолжать бороться за желаемое, подвергая себя тяжелому стрессу. Этот вид конфликта известен по опыту каждому из нас и, судя по всему, действительно выливается в депрессию и другие нарушения. Теория Маклейна очень удачно вписывается в идею о том, что наш мозг делает больше, чем ему положено по развитию.

Тимоти Кроу из Оксфорда пошел дальше концепции "триединого" мозга. Его теории в высшей степени оригинальны; справедливы они или нет, но они, как ритмическая гимнастика, освежают усталый разум, измученный невероятными по-

рою заявлениями теоретиков-эволюционистов основного направления. Он выдвигает лингвистико-эволюционную модель, согласно которой речь есть источник самосознания, а самосознание — источник психической болезни. Кроу начинает с того, что отвергает современные системы классификации и помещает душевные болезни в непрерывный спектр. Он считает, что различия между обычным чувством "я несчастен", депрессией, биполярным психозом и шизофренией — на самом деле различия степени, а не рода — количественные, а не качественные. На его взгляд, все психические болезни проистекают от общих причин.

Пока физиологи спорят между собой, Кроу заявляет: мозг приматов симметричен, а человека человеком делает асимметричный мозг (возникший, утверждает ученый, на основе довольно сложных генетических данных в результате мутации X-хромосомы у самцов). Пока размер мозга относительно размеров тела увеличивался в процессе эволюции приматов, а потом и человека, мутация позволила полушариям мозга развиваться с некоторой степенью независимости. И вот, тогда как приматы не могут посмотреть, так сказать, из одного полушария на другое, человеческое существо может. Это открыло дорогу самосознанию, знанию своего собственного я как некоего Я. Некоторые эволюционисты предполагают, что это могло быть простой мутацией, относящейся к факторам, отвечающим за развитие каждого из полушарий, которая в процессе эволюции привела к значимой асимметрии.

Асимметрия мозга, в свою очередь, служит основой языка, который является продуктом обработки левым полушарием понятий и представлений правого. Эта точка зрения — что язык локализован в обоих полушариях мозга — подтверждается наблюдениями за пережившими инсульт. Пациенты с ограниченным инсультом в левом полушарии способны воспринимать идеи и объекты, но не могут ничего назвать, не имея доступа к языку и к языковой памяти. Дело здесь не просто в способности издавать звуки. Глухие после левополушарного инсульта могут применять эмоциональные телодвижения и жестикуляцию (как все люди и приматы), но не могут пользоваться языком жестов и не понимают глубинной грамматики, которую все мы используем, собирая слова в предложения

и предложения в абзацы. Пациенты же с правополушарным инсультом сохраняют интеллектуальные способности, но для них потеряно наполнение тех понятий и ощущений, которые эти способности обычно могут выражать. Они не могут обрабатывать сложные абстрактные понятия, и их эмоциональные возможности сильно занижены.

Каковы те анатомические структуры, что делают нас предрасположенными к расстройствам душевного состояния? Кроу высказывает предположение, что шизофренические и аффективные расстройства — цена, которую мы платим за асимметричный мозг, то есть за ту самую неврологическую особенность, которой он приписывает честь быть причиной человеческих интеллекта, когнитивности и языка. Далее он высказывает мысль, что любое душевное нездоровье есть следствие нарушения нормального взаимодействия между двумя полушариями мозга. "Между ними может быть слишком много или слишком мало взаимодействия; если то, что делают два полушария, не согласуется между собой, результатом станет психическая болезнь", — объясняет он. Кроу считает, что асимметрия обеспечивает "повышенную гибкость взаимодействия", "усиление способности учиться" и "рост способности общаться с представителями своего вида". Эти свойства, однако же, замедляют развитие мозга, которое у человека длится дольше, чем у других видов. Человеческие существа сохраняют, похоже, большую пластичность мозга во взрослом состоянии, чем большинство других видов — старого кенаря новым песням не обучишь, но старые люди могут усваивать целые системы новой двигательной активности, когда приходится преодолевать немощи возраста.

Наша гибкость позволяет нам достигать новых глубин видения и знания. Однако это значит также, что мы можем гнуться слишком сильно. По мнению Кроу, та же пластичность служит причиной того, что мы варьируемся слишком широко, за рамки личностной нормы — и в психоз. Перемены вполне могут запускаться в действие внешними событиями. Выбор эволюции, согласно этой модели, был бы в пользу не конкретных выражений пластичности, а самой пластичности.

Сейчас изучение асимметрии мозга — животрепещущая тема, и самую впечатляющую работу в этой области в США ве-

дет невролог Ричард Дж. Дэвидсон из Университета штата Висконсин в Мэдисоне. Эти исследования стали возможны благодаря все повышающемуся качеству оборудования для сканирования мозга. Сегодня ученые могут видеть в мозге то, чего не могли видеть пять лет назад, а еще через пять лет, похоже, смогут увидеть гораздо больше. Используя PET (позитронно-эмиссионную томографию) в сочетании с MRI (магнитно-резонансным имеджингом), специалисты по составлению визуальных проекций мозга могут получать трехмерный снимок всего мозга каждые две с половиной секунды с точностью изображения до трех с половиной миллиметра. У MRI лучшие временные параметры и высокое пространственное разрешение; PET лучше справляется с картированием нейрохимических реакций в мозге.

Дэвидсон начал с отображения нейронной и химической активности в мозге в ответ на обычный стимулятор: что происходит в определенных отделах мозга, когда испытуемый видит эротическую фотографию или слышит страшный звук. "Мы хотим посмотреть на параметры эмоциональной реактивности", — говорит он. Выяснив, где именно происходит реакция на конкретный образ, можно измерить, сколько времени мозг остается возбужденным; выясняется, что это варьируется от человека к человеку. При виде отвратительной фотографии у людей происходит нейрохимический всплеск, который у одних затухает быстро, а другим на это требуется более продолжительное время. В этом отношении каждый человек последователен: у одних из нас мозг более быстрый, у других менее. Дэвидсон считает, что люди с медленным восстановлением эмоционального состояния более уязвимы для душевной болезни, чем те, чей мозг восстанавливается быстро. Группа Дэвидсона продемонстрировала отчетливые изменения в скорости восстановления мозга у каждого конкретного пациента после шести недель лечения антидепрессантами.

Эти изменения появляются в префронтальном отделе коры, и они несимметричны: когда человек выходит из депрессии, скорость возбуждения и торможения повышается в левой области префронтальной коры. Известно, что антидепрессанты изменяют уровень нейромедиаторов. Возможно, нейромедиаторы управляют притоком крови к различным областям мозга.

Каким бы ни был механизм, объясняет Дэвидсон, "асимметрия возбудимости" — разница между левополушарной и правополушарной возбудимостью — "в префронтальной коре имеет отношение к характеру, настроению и симптомам беспокойства и депрессии. Люди с большей правосторонней возбудимостью более склонны страдать депрессией и беспокойством". Дэвидсон, как и Кроу, в конечном итоге ставит под сомнение такую категорию, как депрессия, в качестве болезненного состояния. "Одно из отличий человеческого поведения от поведения других видов в том, что у нас существует способность регулировать свои эмоции. Но у этой медали есть и обратная сторона: способность нарушать эмоциональное равновесие. Я думаю, что оба механизма окажутся очень тесно связанными с процессами в префронтальной коре". Иными словами, наши неприятности — следствие наших достоинств.

Подобного рода работы в дополнение к выявлению того, как могла развиваться генетика расстройств душевного состояния, имеют огромные практические последствия. Если исследователи сумеют найти в мозге депрессивного пациента точную область измененной активности, они смогут разработать аппаратуру для стимулирования или угнетения этой области. Работы недавнего времени позволяют считать, что у депрессивных пациентов аномалии серотонинового обмена имеют место в префронтальной коре. Асимметричная стимуляция мозга может происходить от этого, а может и от анатомической асимметрии — например, распределения капилляров и, соответственно, притока крови.

Одни формы мозговой активности стабилизируются в начале жизни, другие меняются. Мы уже выяснили, что клетки мозга могут восстанавливаться и восстанавливаются у взрослых людей. Когда-нибудь новые технологии позволят нам стимулировать рост или "обеднять" те или иные области мозга. Есть некоторые начальные наработки, которые показывают, что rTMS (множественная транскраниальная магнитная стимуляция), в которой используется жестко сфокусированное магнитное поле для повышения активности в конкретной области, будучи направлена на левую префронтальную кору, может привести к ослаблению симптомов депрессии. Вероятно, с помощью вмешательства извне или работы над собой можно

научиться активизировать левое полушарие. Самой способности восстанавливаться научиться можно, особенно в молодом возрасте. Может оказаться возможным просканировать мозг, заранее выявить пониженную активность левой лобной области коры и принять превентивные меры, "которые могут включать в себя, например, медитацию", говорит Дэвидсон, чтобы помочь людям вообще избежать падения в пропасть депрессии.

У одних людей более активна левая область префронтальной коры, у других — правая. (Это не имеет отношения к вопросу о преобладании того или другого полушария, определяющем, левша ли человек; это совсем другие отделы мозга.) У большинства людей более активна левая сторона мозга. Люди с большей активностью правого полушария чаще склонны испытывать негативные эмоции, чем люди с левосторонней активностью. Правополушарная активность также позволяет предсказать, насколько подавляема у человека иммунная система. Она же совпадает с высоким уровнем гидрокортизона, гормона стресса. Хотя окончательные закономерности активности стабилизируются только во взрослом возрасте, младенцы с высокой правосторонней активностью склонны отчаянно кричать, когда мама выходит из комнаты, а с левосторонней — разглядывать помещение без особого огорчения. Впрочем, у детей баланс подвержен изменениям. "Велика вероятность, — говорит Дэвидсон, — что в первые годы жизни пластичность организма высока, и у окружающей среды есть больше возможностей ваять эту систему".

Если совместить такой образ мышления с идеями Кроу о языке, можно прийти к потрясающе интересным мыслям. "Едва ли не первое, что замечаешь, когда ребенок начинает произносить отдельные слова, это то, что он показывает, — говорит Дэвидсон. — Высказывание — это метка предмета. И они почти неизменно поначалу показывают правой рукой. У ребенка положительное переживание, ему явно интересен предмет, он движется в его сторону. Начиная использовать язык, большинство младенцев испытывают большое удовольствие. Интуиция подсказывает мне, хотя это еще никак не исследовалось систематически, что левополушарная полярность языка может на самом деле быть побочным эффектом левополушарной полярности положительной эмоции".

Это интуитивное знание может служить, похоже, основой нейроанатомии катарсиса. Дар речи позитивен; он остается позитивным всегда. Речь — одно из величайших наслаждений жизни, и желание общаться чрезвычайно сильно у большинства из нас (включая тех, кто не может произносить связных звуков и потому объясняется с помощью жестов или письменно). В депрессии люди теряют интерес к разговору; в маниакальном состоянии — разговаривают безостановочно. Пересекая многие культурные границы, речь служит самым верным средством повышать настроение. "Заикливаться" на негативных событиях всегда мучительно, но разговор об испытываемых мучениях помогает избавиться от них. Когда меня спрашивают (а меня спрашивают об этом постоянно), как лучше всего обходиться с депрессией, я советую людям говорить о ней — не "заводить" себя собственными словами до истерического состояния, но просто выводить свои чувства в текст. Говорить об этом с родными, если те станут слушать. Говорить с друзьями. Говорить с психотерапевтом. Вполне возможно, что Дэвидсон и Кроу обнаружили механизмы, благодаря которым помогает речь: вероятно, определенного рода речь возбуждает те области в левом полушарии, малоэффективность которых связана с душевной болезнью. Идея о том, что вербализация ведет к освобождению, абсолютно фундаментальна для нашего общества. Гамлет плачет, что должен, как шлюха, отводить словами душу; но все же то, к чему привела нас эволюция, наряду со способностью к душевной болезни, — это способность отводить душу (или, как уж выпадет, левую область префронтальной коры) в словах.

Хотя существуют средства даже против тех болезней, к пониманию механизма которых мы еще и близко не подошли, знание того, как соотносятся компоненты болезни, помогает нам различать ее непосредственных возбудителей и обращаться к ним. Это помогает нам понять спектр симптомов и увидеть, каким образом одна система может влиять на другие. Большинство схем рассмотрения болезни — биохимических, психоаналитических, поведенческих и социокультурных — фрагментарны, и многого не объясняют, наводя на мысль, что и модные ныне комбинаторные подходы крайне не упорядочены и не систематичны. Почему определенные чувства и действия соотносятся в болезни, а не в здравии? "Самая неотлож-

ная потребность психиатрии, — пишут Макгайр и Троици, — принять эволюционную теорию и начать процесс систематизации ее важнейших данных и апробации новаторских объяснений расстройств психики. Попытки объяснить поведение, нормальное или какое угодно еще, без досконального знания изучаемого биологического вида влекут за собой неправильные толкования".

Я не убежден, что знание эволюции депрессии необходимо при ее лечении. Однако оно принципиально важно для принятия решений о методах лечения. Мы знаем, что миндалины мало чем полезны; мы знаем, какова их функция в организме; мы знаем, что бороться с возникшей в них инфекцией более хлопотно, чем их удалить, и что это почти не приносит организму вреда. Мы знаем, что и аппендикс легче удалить, чем лечить. С другой стороны, нам известно, что инфекцию в печени необходимо лечить, поскольку если ее удалить, больной умрет. Мы знаем, что удалять пораженные участки при раке кожи необходимо, а простые прыщи не вызывают общего воспаления. Мы понимаем механизмы работы нашего физического Я и в общем и целом знаем, какого рода и степени вмешательство полезно в случае их дисфункции. Совершенно очевидно, что у нас нет согласия в том, когда лечить депрессию, а когда нет. Следует ли "удалять" депрессию, как миндалины, лечить, как болезнь печени, или игнорировать, как простой прыщ? Имеет ли значение степень тяжести депрессии? Чтобы ответить на эти вопросы, необходимо знать, почему депрессия вообще существует в мире. Если депрессия выполняла полезную функцию в обществе охотников-собирателей, но неактуальна в современной жизни, то ее, вероятно, следует "удалять". Если депрессия — неправильное функционирование мозга и связана с действием иных структур, необходимых нам для других жизненно важных функций мозга, тогда ее надо лечить. Если некие сравнительно легкие формы депрессии составляют механизм саморегулирования, то ее надо игнорировать. Эволюционная теория может предложить нечто вроде единой теории поля, являя структурные взаимоотношения между другими направлениями мысли, занимающимися исследованием депрессии; это позволит нам решать, когда и как следует лечить этот недуг.



## ГЛАВА XII

### НАДЕЖДА

Энджел Старки пережила в жизни немало. Младшая из семи детей, она происходит из семьи, в которой ее редко обнимали, редко к ней прикасались; потом дворник в школе подвергал ее сексуальным издевательствам; в тринадцать лет ее изнасиловали. "Я была в депрессии лет, наверно, с трех", — говорит она. Ребенком она любила запирается в стенном шкафу под лестницей и рисовать на стенах надгробные камни. Ее отец умер от рака поджелудочной железы, когда ей было семь лет. В тридцать восемь она говорит: "Я все еще иногда слышу его крики. Лежу на кровати или просто сижу у себя в комнате — и снова слышу его, и страшно до безумия..." Ее ближайшей подругой в детстве была соседка, которая повесилась, как потом выяснилось, в тот момент, когда Энджел стучалась в ее дверь. Со времени окончания школы семнадцать лет назад Энджел более или менее постоянно лежит в больницах с краткими перемещениями в поднадзорное отделение. У нее шизоаффективный психоз: это означает, что в дополнение к глубокой депрессии она галлюцинирует и слышит голоса, которые велют ей уничтожить себя. Панический ужас не позволяет Энджел нормально взаимодействовать с миром. Никто не помнит, сколько раз она кончала с собой, но, поскольку большую часть своей взрослой жизни она провела в медицинских заведениях, ее снова и снова спасали, даже когда она бросилась под машину. Ее запястья покрыты шрамами от бесчисленных порезов; врач недавно сказал ей, что там больше нет эластичной кожи, и, если она и дальше будет вскрывать вены, раны невозможно будет зашить. Кожа у нее на животе вся в заплатах, потому что

она множество раз себя поджигала. Она пыталась себя задушить (пластиковыми мешками, шнурками от ботинок, манжетой от тономтра) — пока "голова не синела", — и отметины на ее шее это доказывают. Ее веки сморщены в тех местах, куда она прижимала горящие сигареты. Ее волосы редки, потому что она рвет их на себе, а зубы наполовину сгнили — побочный эффект лекарств, — и постоянно сухой рот может привести к воспалению десен. В настоящее время она получает следующее лечение: клозарил (Clozaril), 100 мг, пять раз в день; клозарил, 25 мг, пять раз в день; прилосек (Prilosec), 20 мг, раз в день; сероквел (Seroquel), 200 мг, дважды в день; дитропан (Ditropan), 5 мг, четыре раза в день; лескол (Lescol), 20 мг, раз в день; буспар, 10 мг, шесть раз; прозак, 20 мг, четыре раза в день; нейронтин, 300 мг, три раза в день; топамакс (Торатах), 25 мг, один раз в день и когентин (Cogentin), 2мг, два раза в день.

Я познакомился с Энджел в Норристаунском госпитале, государственной больнице в Пенсильвании, которую я посещал. Она там лежала. Меня потрясли ее шрамы, отечность от лекарств, сам этот физический факт — ее существование. Но для этой больницы, где глаза большинства пациентов пусты и прозрачны, как стекло, она выглядела вполне достойной вниманья. "Она совсем убогая, — сказала мне одна из сестер, — но у нее очень тихий нрав. Энджел — особенная". Конечно, всякий человек — особенный, но Энджел отличается трогательным качеством, необычным для больного с такой биографией — она надеется. За всеми ее страданиями и их последствиями кроется живой, одаренный воображением, великодушный человек, привлекательный настолько, что забываешь о ее внешности, изуродованной болезнью. Болезнь затмила, но не уничтожила личность Энджел.

Мне довелось близко узнать Энджел и закономерности ее членовредительства. Ее излюбленное орудие для вскрытия вен — вырезанное днище консервной банки. Однажды она искромсала себе руку так, что понадобилось четыреста швов. "Порезаться — это единственное, что еще доставляет мне какое-то удовольствие", — сказала она мне. Когда консервных банок нет, она ухитряется развернуть низ тюбика от зубной пасты и с ее помощью срезать ленты собственной плоти. Она проделывала это даже во время хирургического удаления омер-

твешей ткани с причиненных ею самой себе ожогов. В маленьком мирке Норристаунской государственной психиатрической больницы "я то и дело попадаю в пятидесятый корпус, в неотложку, — рассказывает она. — Меня туда отправляют, когда я порежусь. Раньше это был шестнадцатый корпус, а сейчас — пятидесятый. А я живу в первом корпусе, это обычный жилой. Иногда хожу для разнообразия в тридцать третий на караоке. Мне в этот раз пришлось сюда лечь, потому что у меня были постоянные приступы паники. И у меня ум не работал как надо, понимаете? Вроде как провалы в памяти; страшно было. И все время приходилось бегать в туалет — это так странно, что весь организм реагирует на тревогу. Вчера мы ходили в торговый центр, это было так страшно! Даже маленькие магазины. Пришлось выпить несколько таблеток ативана, и ничего не помогло. Я прямо как чокнутая, боюсь сорваться. Вчера быстро-быстро входила в магазины и выходила, а в туалет бегала раз десять. Даже глотать не могла. Когда отсюда туда ехали, я боялась уезжать, а когда пришло время возвращаться, то боялась ехать обратно в больницу".

Она никогда не могла обходиться без физической боли. "Я им говорю, чтобы не зашивали, пусть так, — говорит она. — Пусть похуже. Мне лучше, когда труднее. Если уж чувствовать боль, так пусть лучше физическую, чем душевную. Это меня словно успокаивает: когда я изматываюсь так, что и дышать не могу. Скобками лучше сшивать, чем нитками, — больнее, хотя не так долго. Когда я режусь, я хочу умереть: а кому охота со мной возиться, если я буду вся растерзана на куски и обожжена? Видите, я не очень хороший человек". Три года, в период особого обострения, Энджел состояла под индивидуальным надзором — ее даже в туалете не оставляли одну. Бывало, ее приходилось привязывать к кровати. Она побывала в изоляторах и испытала "смирительную рубашку" — ею спеленывают все тело, и буйный пациент полностью теряет подвижность. Это, по ее описанию, наводит безумный ужас. Она — пациент информированный, и узнала все о лекарствах, которые принимает. "Еще одна мысль о клозариле, — говорит она, — и меня начнет им рвать". Кроме того, она проходила интенсивные курсы ЭШТ.

Во время недавнего пребывания в Норристауне Энджел, по ее рассказам, каждый день звонила матери и пару раз в месяц

проводила выходные дома. "Мать я люблю больше всего на свете. Больше, чем себя, понимаете? Для нее это тяжело. Иногда я думаю — у нее семеро детей, может быть, ей будет лучше иметь шесть? Это ж не то, что я оставила бы ее одну. Довольно уж я ее помучила. А я со всеми моими проблемами... это ей ни к чему. Я ей только обуза, обуза и головная боль. Моя депрессия, ее депрессия, депрессия у сестер, у братьев, понимаете? Это никогда не кончится, я так думаю, пока мы все не умрем. Хорошо было бы найти работу и давать ей денег. Мне говорят, я слишком тревожусь за маму, но ей знаете, семьдесят три. Я к ней еду, мою там все, убираюсь. Еду домой и, как чокнутая, начинаю убираться. Убираюсь, убираюсь, убираюсь до одури. Я становлюсь как фанатичка. Мне нравится все мыть. И мама это ценит".

Когда мы познакомились, Энджел была очень напряженной, и проблемы с памятью, уже укоренившиеся вследствие длительной ЭШТ (она проходила курс тридцать раз), и высокие дозировки лекарств делали ее совсем ни на что не способной. Она отключалась прямо на середине фразы. Она говорила о маленьких удобствах своего мирка. "Не понимаю, почему люди хорошо ко мне относятся, — сказала она. — Я себя так ненавидела! Все ненавидела, что делала. Бог, наверно, что-то во мне видит: я два раза попадала под машину, и резалась, и истекала кровью, а все жива. Я безобразная, отупела совсем. Не могу больше — мозги совсем спутанные, даже думать ни о чем не могу. Больница — вот моя жизнь, и все. Симптомы эти, они просто так не пройдут. Депрессия и чувство одиночества".

Остро осознавая трудности в нашем общении, она через несколько недель прислала мне письмо "с пояснениями". Энджел писала: "Я так много всего сделала, чтобы убить и измучить себя. Все становится страшно утомительным. Думаю, у меня уже мозгов не осталось. Иногда, если я начинаю плакать, то боюсь, что никогда не закончу. А сколько я всего теряла и теряю без конца. Есть столько людей, которым, я была бы счастлива помочь, пусть даже просто обнять. Одно это уже счастье. Иногда я пишу стихи. Они рассказывают мне и другим, насколько я больна. Но в них есть и надежда. С любовью, Энджел".

На следующий год она перевелась из Норристауна сначала в жилой комплекс с интенсивным уходом, а потом в более свободный, в Поттстауне, штат Пенсильвания. Более четырнадца-

ти месяцев она не резалась. Лекарства как будто работали — страшные голоса больше не появлялись. Перед уходом из Норристауна она говорила мне: "Я больше всего боюсь, что не справлюсь со всем этим — ходить в магазин, и потом, лестницы — три пролета. И люди. Все вместе". Но она переключилась на удивление плавно. "Теперь, — сказала она мне примерно через месяц после переезда, — мне лучше, чем когда-либо". После этого ей мало-помалу становилось лучше; появлялась такая уверенность в себе, о какой она и подумать не могла. Она продолжала слышать голос, звавший ее по имени, но это был не тот демонический, мучительный голос, что она слышала раньше. "В основном у меня уже нет позывов себя увечить. Это была навязчивая идея. А теперь я об этом думаю, но уже не так, как раньше. Совсем не так, как раньше: я резалась, как люди чихают. А теперь я думаю, нет, я хочу жить, и это, надеюсь, навсегда!"

Меня поразило, что в отличие от многих пациентов, хотящих уничтожить себя, Энджел никогда не стремилась уничтожать других. За все годы в больнице она ни разу никого не ударила. Она описывала, как подохла свою пижаму, а потом запаниковала, что может вызвать пожар в здании. "Я подумала о людях, которых бы сожгла, и быстренько погасила себя". Она вступила в группу защиты прав пациентов Норристаунской больницы. Вместе со своими врачами, она, несмотря на весь испытываемый ею ужас, отправлялась в школы рассказывать о жизни в больнице. Когда я приехал навестить ее в поднадзорном комплексе, я заметил, что она обучает других: она с бесконечным терпением показывала им, как готовить бутерброды с арахисовым маслом и бананами. "Мне надо жизнь жить, — сказала она мне. — Мне ужасно хочется помогать людям. А со временем, может быть, я буду и себя чувствовать и начну что-нибудь делать и для себя. Вот женщина, с которой мы живем в одной палате, — у нее такое доброе сердце. Когда вы звоните, она берет трубку: правда, она звучит, как лапочка? У нее море проблем; она даже не готовит и не убирает. Она вообще почти ничего не делает. Но она милая, как на нее злиться? Я почти два месяца учила ее чистить какой-то дрянной огурец, — нет, не может".

Энджел пишет стихи и со всей возможной точностью старается озвучить свои переживания:

Хотела бы я уметь плакать  
легко, как небо. Но слезы не льются  
легко, как раньше. Они застыли  
в глубине моей души.

Пусто, и мне страшно.  
Ты чувствуешь пустоту? Наверно,  
это мой страх, страх изнутри. Мне надо  
быть сильной и гнать эти страхи,  
но война затянулась  
чертовски надолго. Я устала.

Дети растут, а слезы  
из глаз у меня текут. Пропустить их  
рост — как пропустить смену времен года,  
пропустить цветение роз  
весной и снегопад  
зимой. Сколько еще лет  
мне пропускать? Ведь годы  
не остановятся ни для меня, ни для них —  
да и зачем бы им? Они  
так и будут цвести и  
расцветать, а моя жизнь так и будет  
стоять недвижно, как безмолвный пруд.

Я поехал навестить Энджел перед ее переездом из поднадзорного жилого комплекса в тот, где режим менее строгий. Она приготовила мне подарок — маленький ярко-голубой скворечник с пришпиленной сзади запиской: "Пора платить за квартиру". Мы пообедали в китайском ресторанчике в торговом центре в Поттстауне. Мы поговорили о "Пиппине", спектакле, который она смотрела в свой единственный приезд в Нью-Йорк. Мы поговорили о ее заявлении о приеме на работу, на полдня, помогать с бутербродами в деликатесной забегаловке. Ей уже раньше отказывали, и она падала духом; теперь она была возбуждена мыслью о работе, хотя страшилась кассы и необходимости считать и давать людям сдачу: "У меня математика на уровне третьего класса, — призналась она, — это ужасно. И внимание неустойчивое, как у трехлетки. Это,

наверно, от лекарств". Мы поговорили о ее любимой книге — "Над пропастью во ржи". Мы поговорили о ее снах. "Мне все время снится океан, — сказала она. — Это как вот эта комната, и там стена. А за стеной океан. И я никак не могу попасть туда, на берег, к воде. Я пробираюсь к воде, пробираюсь, и не могу. А бывает, мне снится жара. Солнце начинает меня жечь, и у меня подпаливаются волосы. Я боюсь солнцепека. Знаете, и в реальной жизни тоже, на закате, когда солнце становится красным, я ухожу в такие комнаты, где нет окон. Красное солнце меня в ужас приводит". Мы немного поговорили о провалах в ее памяти. "Я крестная одной из моих племянниц, — сказала она, — но не помню, какой именно, а спросить неудобно".

После этого я шесть месяцев не появлялся, и, когда мы снова встретились, Энджел спросила, в чем дело. Я объяснил, что у меня случился небольшой рецидив. Это было вскоре после вывиха плеча и моего третьего срыва. Мы снова сидели в китайском ресторанчике. Энджел возила по тарелке тушеные листья китайского салата.

— Знаете, — сказала она через минуту, — я беспокоилась за вас, правда. Ну, я думала, может вы покончили с собой или что-нибудь такое.

Я постарался ее успокоить:

— Нет, это было не совсем то, Энджел. Это было ужасно, но, наверно, неопасно. По крайней мере, *оказалось* не так уж опасно. Понимаете, я взял зипрексу и поиграл с разными другими лекарствами, и все быстро вернулось на места. — Я улыбнулся и широко развел руки: — Видите, теперь я в порядке.

Энджел посмотрела на меня и тоже улыбнулась.

— Это хорошо. Я ужасно волновалась.

Мы пожевали. И тогда она добавила:

— Я никогда не буду в порядке.

Я сказал, что это делается постепенно, по шажку, и что она выглядит молодцом. Я сказал, что она выглядит в тысячу раз лучше, чем когда мы познакомились два года тому назад. Эй, сказал я, еще год назад вы и подумать не могли выписаться и жить в таком месте, где будете теперь.

— Да, — сказала она и на минутку робко загордилась. — Иногда я так ненавижу лекарства, но они помогают.

Мы съели по мороженому и отправились в долларовый магазинчик рядом с рестораном. Энджел купила кофе и еще что-то нужное. Мы пошли к машине, чтобы ехать туда, где она теперь жила.

— Я очень рада, что вы приехали, — сказала она. — Я думала, что вы сегодня сюда приедете. Надеюсь, вы не считаете, что это я вас сюда притащила?

Я отвечал, что меня до некоторой степени волнует происходящее с нею, и я тоже рад, что приехал.

— Знаете, — сказала она, — если я когда-нибудь поправлюсь настолько, чтобы что-то делать, я хотела бы попасть на какое-нибудь большое шоу, такое, как у Опри. Это моя мечта.

Я спросил, зачем ей на ток-шоу.

— А я хочу послать людям послание, — сказала она, когда мы сели в машину. — Я хочу сказать всем: не режьте себя, не калечьте себя, не ненавидьте себя. Понимаете? Это важно, правда. Если бы я только знала... давно надо было знать. Я хочу рассказать всем. — Какое-то время мы ехали молча. — Вы постараетесь рассказать людям, когда будете писать свою книгу? — спросила она. И засмеялась, немного нервно.

— Да, я постараюсь рассказать людям то, о чем вы сейчас говорили, — ответил я.

— Обещаете? Это очень важно!

— Обещаю.

Мы пошли в ее новое жилище, в этот умеренно поднадзорный комплекс, и походили вокруг, и посмотрели в окна, и я взобрался по пожарной лестнице, чтобы обзреть окрестности с площадки на задней стене здания. Это здание сильно отличалось от того слегка обшарпанного места, где она жила прежде. Недавно после ремонта, оно выглядело как отель: в каждой трехкомнатной квартире на двоих полы застелены ковролином, большой телевизор, кресло, диван, оборудованная кухня.

— Энджел, это отличное место, — сказал я, и она ответила:

— Да, правда. Здесь намного лучше.

Мы поехали обратно, туда, откуда ей скоро предстояло переехать. Мы оба вышли из машины, и я обнял Энджел. Я пожелал ей удачи. Она снова поблагодарила меня за визит и сказала, как много он для нее значит. Я поблагодарил ее за скворечник.

— Ну и холодина, Господи, — пробормотала она. Я сел в машину и смотрел, как она медленно бредет от стоянки к входной двери. Я начал выезжать.

— До свиданья, Энджел, — сказал я, и она оглянулась и помахала рукой.

— Помните, вы обещали, — крикнула она мне вслед.

Эта сцена выглядела, как счастливый хеппи-энд, и такой она и сохраняется в моей памяти, но спустя шесть месяцев Энджел порезала себе запястья и живот, была возвращена в больницу и помещена в психиатрическую реанимацию. Когда я снова приехал в Норристаун навестить ее, руки Энджел были покрыты похожими на вулканы, налитыми кровью волдырями — она лила горячий кофе на раны, чтобы унять подавляющую ее тревогу. Мы разговаривали, и она раскачивалась взад-вперед на стуле.

— Я просто не хочу жить, совсем не хочу, — снова и снова повторяла она. Я вспоминал все высказывания из этой книги, какие только могли ей помочь.

— Так будет не всегда, — говорил я ей, хотя подозреваю, что для нее чаще всего это будет именно так. Героизм и блеск в глазах — этого в войне с депрессией недостаточно.

Некая шизофреничка влезала в наш разговор, настаивая, что она убила божью коровку, а не настоящую корову, а родные ее наказали, потому что все перепутали и решили, что она убила корову. Она хотела, чтобы мы исправили ее досье. Мужчина с несуразно большими ступнями нашептывал мне на ухо теории заговора.

— Валите отсюда, — закричала им наконец Энджел. Потом она обхватила себя своими изуродованными руками. — Это невыносимо, — сказала она злобно, и жалко, и несчастно. — Я никогда не освобожусь из этого места. Мне хочется просто биться головой об стену, чтобы она раскололась и мозги вытекли, понимаете вы меня?

Когда я уходил, один из надзирателей спросил:

— Ну как, обнадеживает? — и я покачал головой. — Я тоже так думаю, — сказал он. — Одно время казалось — ничего, потому что она не ведет себя так безумно, как большинство. Я ошибался. Сейчас она вполне осознает реальность, но все равно очень плоха.

— Однажды они уже вытащили меня из самого худшего, — говорила мне Энджел, — может, вытащат опять.

Не прошло и шести месяцев, как эта буря рассеялась, и Энджел снова была на свободе, снова в уютной квартире. Она была полна бодрости. Наконец у нее была работа — укладывать покупки в супермаркете в пакеты, — и она была горда. В китайском ресторанчике нам обрадовались. Мы болтали, избегая таких слов, как "всегда" и "никогда".

Почему, спрашивают меня, почему вы пишете книгу о депрессии? Всем кажется непостижимым, для чего мне окунаться в эту неприятную тему, и, должен признаться, в начале моих исследований мне часто казалось, что я совершил глупость, делая такой выбор. Я придумал несколько ответов, казавшихся мне подходящими к случаю. Я говорил, что мне есть что добавить к уже сказанному о депрессии. Я утверждал, что писательство — это акт социальной ответственности и что я хочу помочь людям верно оценить депрессию и понять, как лучше заботиться о тех, кто страдает ею. Я признавался, что мне предложили щедрый аванс, и я решил, что тема может возбудить воображение публики, а я мечтал стать знаменитым и любимым. Но цель моя явилась мне окончательно лишь тогда, когда я уже написал около двух третей книги.

Я не ожидал от депрессивных людей такой глубокой, такой губительной ранимости. Не осознавал я и того, как сложно эта особая ранимость взаимодействует с личностью человека. Пока я работал над этой книгой, одна моя близкая приятельница помолвилась с человеком, который пользовался своей депрессией в оправдание своей безудержной эмоциональной распушенности. В сексуальном смысле он был неприступен и холоден; он требовал, чтобы она доставляла ему еду и деньги и устраивала его частную жизнь, потому что взять на себя ответственность ему было слишком тяжело; он часами тосковал, пока она нежно его утешала, но не мог припомнить ни единой подробности ее жизни, не мог поговорить с нею о ней самой. Я долго уговаривал ее потерпеть, полагая, что это пройдет вместе с болезнью, но не осознавал, что никакое лечение на свете не сможет сделать из него сильную личность. Позже другая приятельница рассказала, что муж напал на нее — физически, бил головой об пол. Он уже несколько недель вел себя стран-

но — на обычные телефонные звонки отвечал с бешенством, злился на своих собак. После этого злобного нападения она в ужасе вызвала полицию; его отправили в психбольницу. Да, у него было какое-то шизоаффективное расстройство, но он все равно несет ответственность за свои действия. Психическая болезнь часто обнажает в человеке страшные стороны, но она не определяет новую личность целиком. Иногда эта страшная сторона достойна жалости, жалка и голодна — это печально, но это трогает; иногда эта страшная сторона свирепа и жестока. Болезнь выносит на свет мучительную реальность, которую большинство людей окутывают полным мраком. Депрессия утрирует характер. В конце концов, думается мне, она делает хороших людей лучше, а плохих — еще худшими. Она может уничтожать в человеке чувство сообразности и внушать параноидные фантазии и ложное чувство беспомощности; но она тем не менее окно к правде.

В этой книге нет места жениху моей первой приятельницы и мужу второй. В процессе моих исследований и вне их я встречал множество депрессивных людей, к которым у меня возникали негативные чувства или не возникало никаких, и, по зрелом размышлении, я решил о таких людях не писать. Я решил писать о тех, кем я восхищаюсь. Люди в этой книге по большей части сильные, или сообразительные, или крутые, или чем-то вообще выделяющиеся. Я не верю, что существует понятие "средний человек" или что, преподнося типическое, можно явить всеобъемлющую истину. Поиски лишнего индивидуальности, обобщенного человеческого существа — бич популярных книг по психологии. Видя, как много в этих людях жизни, и силы, и изобретательности, можно по заслугам оценить не только ужасы депрессии, но и сложную природу человеческой выживаемости. Однажды я беседовал с одним глубоко депрессивным пожилым человеком, который сказал мне, что "у депрессивных нет никаких историй; нам нечего сказать". У всех людей есть истории, а у выживших в настоящей депрессии они поистине удивительны. В реальной жизни душевное состояние должно существовать посреди хаоса тостеров, атомных бомб и пшеничных полей. В этой книге заботливо собраны истории о замечательных людях и об их успехе. Я верю, что эти истории могут помочь другим, как помогли мне.

Есть люди, которых полностью выводит из строя даже легкая депрессия; другие страдают тяжелой формой болезни и тем не менее что-то делают со своей жизнью. "Некоторые люди могут функционировать в любом состоянии, — говорит Дэвид Макдауэлл, занимающийся в Колумбийском университете проблемами алкоголизма и наркомании. — Но это не значит, что они меньше страдают". Измерять абсолютные величины трудно. "К сожалению, — замечает детский психолог из Лондонского университетского колледжа Дебора Кристи, — в природе не существует "суицидометра", "болеметра" или "печалеметра". Мы не можем измерить в объективных показателях, насколько люди больны, или просчитать силу их симптомов. Мы можем только слушать, что они говорят и принимать на веру, то, что они чувствуют". Между болезнью и личностью человека есть взаимосвязь; одни люди могут терпеть симптомы, которые убьют других; иные едва могут вообще что-либо терпеть. Одни люди поддаются депрессии, другие сражаются с нею. Поскольку эта болезнь убивает любые побуждения, человеку, чтобы продержаться в депрессии и не поддаться ей, нужен некий посыл выживания. Чувство юмора — лучший показатель того, что ты выберешься; часто это лучший показатель и того, что тебя будут любить. Сохрани его — и у тебя есть надежда.

Конечно, бывает трудно сохранять чувство юмора, переживая нечто совсем не смешное. Но это крайне необходимо. Главное, о чем следует помнить во время депрессии: потерянное время не вернешь. Его никто не припрятал на черный день, чтобы компенсировать тебе годы катастрофы. Сколько бы времени ни съела депрессия, оно ушло навсегда. Минуты, которые тикают мимо тебя, пока ты корчишься в болезни, это минуты, которых ты никогда больше не познаешь. Как бы плохо ты себя ни чувствовал, ты должен делать все возможное, чтобы продолжать жить, даже если единственное, что ты в этот момент можешь, — просто дышать. Пережди, но займи время ожидания как можешь более полно. Вот мой совет депрессивным людям. Держитесь за время, не давайте жизни проходить мимо. Даже те минуты, в которые вы чувствуете, что вот-вот взорветесь, — это минуты вашей жизни, и вам никогда не получить их обратно.

Мы верим в существование "химии" депрессии с потрясающим фанатизмом. В попытках отделить депрессию от человека мы бросаемся в вековечные дебаты о границах между присущим ему и наработанным. В попытках отделить депрессию и лечение от человека мы превращаем человека в ничто. "Человеческая жизнь, — пишет Томас Нейджел в "Возможности альтруизма" (*The Possibility of Altruism*), — состоит в первую очередь не в пассивном принятии стимулов, приятных или неприятных, приносящих удовлетворение или недовольство; она в значительной степени состоит в деятельности и занятиях. Человек должен жить собственной жизнью; другим не дано прожить жизнь за него, и ему не дано жить их жизнью". Что естественно или подлинно? Лучше уж искать философский камень или источник молодости, чем истинные механизмы эмоций, нравственности, страдания, веры или праведности.

Проблема не нова. В поздней пьесе Шекспира "Зимняя сказка" Утрата и Поликсен спорят в саду о границах реального и искусственного — природного и созданного. Утрата сомневается в правомочности привития растений, потому что это соревнование с природой-создательницей. Поликсен отвечает:

И что же? Ведь природу улучшают  
 Тем, что самой природою дано.  
 Искусство также детище природы.  
 Когда мы к ветви дикой прививаем  
 Початок нежный, чтобы род улучшить,  
 Над естеством наш разум торжествует,  
 Но с помощью того же естества<sup>98</sup>.

Я очень рад, что мы придумали все эти способы накладывать искусство на природу: научились готовить еду, смешивая в одной тарелке ингредиенты с пяти материков; вывели современные породы собак и лошадей; выплавляем металл из руды; скрестили дикорастущие фрукты и получили персики и яблоки, какими знаем их сегодня. Я рад и тому, что мы научились делать центральное отопление и проводить воду в дома, строить огромные здания, корабли, самолеты. Меня восхищают

Перевод В. Левика.

средства быстрой коммуникации; я полностью завишу от телефона, факса и электронной почты. Я рад, что мы изобрели технологии, позволяющие беречь зубы от гниения, защищаться от множества болезней и добиваться долголетия для большей части населения нашей планеты. Я не отрицаю, что у всей этой искусственности были и есть вредные последствия, включая загрязнение и глобальное потепление, перенаселение, войны и оружие массового уничтожения. Тем не менее наше умение созидать ведет нас вперед, и мы, по мере привыкания к каждому новшеству, начинаем воспринимать его как общее место. Мы забыли, что всеми любимая многолепестковая роза когда-то была неприличным вызовом природе, которая подобного цветка в своих лесах не выращивала, пока не вмешались ученые садоводы. Природа это была или искусство, когда бобер впервые построил свою плотину, или когда обезьяна, отставив большие пальцы, почистила банан? Бог сотворил виноград, сок которого сбраживается в алкогольный напиток, — делает ли это обстоятельство естественным состояние опьянения? Или, будучи пьяными, мы уже не мы? Когда мы голодны? Когда объедемся? Тогда кто же мы?

Если черенкование олицетворяло насилие над природой в XVII веке, антидепрессанты и генная инженерия, которая становится все более вероятной, олицетворяют насилие над природой в XXI веке. Те же самые принципы, что были высказаны четыреста лет назад, применимы к нашим новейшим технологиям, которые подобным же образом изменяют, как кажется, естественный порядок вещей. Если человечество принадлежит природе, естественны и наши изобретения. Та самая первоначальная жизненная сила, что сотворила амебу, сотворила и человеческий мозг, который подвержен воздействию химических веществ, и человеческое существо, которое когда-нибудь придумает, какие вещества синтезировать и для чего. Улучшая природу, мы делаем это средствами, которые доступны нам через некую особую комбинацию идей из природного мира. Что же такое Я? Это человек, живущий в мире, в котором возможны разного рода манипуляции, и принявший те или иные из них. Это и есть я. Будучи болен, я не становлюсь менее подлинным; когда я лечусь — я не теряю своей аутентичности.

Чтобы быть хорошим человеком, приходится находиться в состоянии постоянной борьбы. Может быть, у жениха моей первой приятельницы не было другого выбора, кроме как быть подонком; может быть, нравственная ущербность встроена в его мозг? Может быть, муж другой моей подруги родился жестоким? Не думаю, что все так просто. Я думаю, что каждому из нас дана от природы некая сила, которая называется волей; я не приемлю такого понятия, как "химическая предопределенность", и отвергаю открываемую ею нравственную лазейку. Существует единство, включающее в себя и то, кто мы такие, и как стремимся быть хорошими людьми, и как разваливаемся на куски, и как собираем себя обратно. Оно включает в себя и прием лекарств, и прохождение ЭШТ, и влюбленности, и поклонение богам и наукам. Энджел Старки с ее стальным оптимизмом выходила в мир, чтобы публично рассказать о жизни в Норристаунской психиатрической больнице. С бесконечной болезненной нежностью она проводила несчетные часы в попытках научить свою соседку чистить огурец. Она уделила время тому, чтобы записать для меня свои мысли и помочь мне с этой книгой. Она выдраивает сверху донизу материнский дом. Депрессия поражает ее способность функционировать, но не ее характер.

Конечно, хотелось бы ясно обозначить границы собственного Я. В действительности такого сущностного Я, которое лежало бы чистым, как золотая жила, под хаосом переживаний и "химии", нет. Человеческая организация — это последовательность многих Я, которые подавляют или выбирают друг друга. Каждый из нас есть сумма определенных решений и определенных обстоятельств; #существует в узком пространстве, где мир и наш выбор сходятся вместе. Я думаю о своем отце или о друзьях, которые приезжали и жили со мной во время третьей моей депрессии. Возможно ли было бы отправиться к врачу, пройти определенный курс лечения и выйти способным на такое великодушие и любовь? Великодушие и любовь требуют больших затрат энергии, усилий, воли. Можно ли себе представить, что когда-нибудь такие качества станут доступны безвозмездно, что можно будет делать уколы, изменяющие характер, и превращать любого из нас в Ганди или в мать Терезу? Имеют ли замечательные люди право на свое величие или величие тоже всего лишь случайное химическое построение?

Я с надеждой прочитываю научные рубрики газет. Анти-депрессанты уступят дорогу другим "магическим снадобьям". Уже нет ничего фантастического в том, что мы составим схему химии мозга и сумеем оказать на человека некое воздействие, чтобы он без ума влюбился в назначенное лицо в назначенных обстоятельствах. Не так уж далеко до того времени, когда вы сможете выбирать между психотерапевтическим "лечением" вашего неудачного брака и обновлением вашей взаимной страсти при вмешательстве фармаколога. Каково это будет, если мы откроем тайны старения и загадки всех наших неудач и выведем породу богов: существ, которые живут вечно, избавленные всякой скорби, и гнева, и нужды, и зависти, исполненные нравственного пыла, страстно преданные идеалу вселенского мира? Все это, вполне вероятно, может произойти, но я уверен: никакая медицина на свете не может дать большего, чем возможность заново себя "изобретать". Медицина не может "изобрести" человека заново, и мы никогда не уйдем от выбора как такового. Наше *Я* кроется в выборе, в каждом случае выбора, совершаемого каждый день. *Я* — тот, кто делает выбор принимать лекарства два раза в день. *Я* — тот, кто делает выбор каким тоном разговаривать с отцом. *Я* — тот, кто делает выбор позвонить брату, завести собаку, встать (или не вставать) с постели, когда звонит будильник, и также тот, кто бывает жесток, иногда эгоцентричен и часто небрежен. За моим желанием написать именно эту книгу стоит некая "химия", и если бы я мог овладеть ею, возможно, захотел бы использовать ее для написания другой, но это тоже был бы мой выбор. Мышление представляется мне менее убедительным свидетельством существования, чем способность делать выбор. Не в "химии", не в обстоятельствах кроется наша принадлежность к человечеству, а в нашей воле работать с технологиями, доступными нам благодаря эпохе, в которую мы живем, нашему собственному характеру, обстоятельствам и возрасту.

Иногда мне хочется увидеть свой мозг. Хотелось бы знать, какие знаки на нем высечены. *Я* представляю его серым, влажным, хитроумно устроенным. *Я* воображаю, как он лежит там, у меня в голове, и иногда чувствую, будто есть я, живущий жизнь, и есть эта странная вещь, помещенная в мою голову, которая иногда работает, а иногда нет. Это очень странно. Вот я. Вот мой

мозг. Вот боль, которая живет в нем. Загляни внутрь, и увидишь, где боль точит его, где он узловатый и распухший, а где сияет.

Есть мнение, что у депрессивных людей более точный взгляд на окружающий их мир, чем у тех, кому депрессия неведома. Те, кто воспринимает себя не особенно внушающим приятель, скорее всего, ближе к истине, чем те, кто верит, будто пользуется всеобщей любовью. Депрессивный человек может иметь более верные суждения, чем здоровый. Исследования показывают, что депрессивные и недепрессивные люди могут одинаково хорошо отвечать на абстрактные вопросы. Но когда их спрашивают о контроле над событиями, не знающие депрессии люди неизменно считают, что управляют ими лучше, чем на самом деле, а депрессивные способны дать точную оценку. В одном исследовании, связанном с видеоиграми, депрессивные пациенты, поиграв полчаса, знали, сколько монстров они убили, а не склонные к депрессии оценивали число своих попаданий выше реального в четыре-шесть раз. Фрейд замечал, что у меланхоликов "более острый глаз на истину, чем у тех, кто меланхолии не подвержен". Идеально точное понимание мира и себя не было приоритетной задачей естественного отбора; оно не служило цели сохранения вида. Слишком оптимистичные воззрения приводят к неразумно рискованному поведению, но умеренный оптимизм — большое эволюционное преимущество. "Нормальная человеческая мысль, нормальное восприятие, — писала Шелли Тэйлор в своих недавно изданных, поразительных "Положительных иллюзиях" (*Positive Illusions*), — отмечены не точностью, а положительными, самовозвышающими иллюзиями о себе, о мире и о будущем. Более того, эти иллюзии оказываются адаптивными — поддерживающими, а не подрывающими душевное здоровье. ...У людей с легкой депрессией оказываются более точные воззрения о себе и о мире, чем у нормальных людей... им явно недостает тех иллюзий, которые поддерживают душевное здоровье и создают буфер против неудач у нормальных людей".

Вероятно, это указывает на то, что экзистенциализм столь же истинен, как и депрессивность. Жизнь — тщета. Нам не дано знать, зачем мы здесь. Любовь всегда несовершенна. Изолированность телесной индивидуальности непреодолима. Что бы ты ни делал на этой земле, рано или поздно непременно

умрешь. Умение терпеть эту реальность, жить другими смыслами, идти дальше — бороться и искать, найти и не сдаваться — эволюционное преимущество. Я смотрю кадры о народе тутси в Руанде или о голодающих в Бангладеш: люди, многие из которых потеряли родных и всех, кого когда-либо знали, не имеющие ни малейших финансовых перспектив, неспособные добывать себе пищу, страдающие мучительными болезнями... Это люди, у которых практически нет перспектив на улучшение. И все же они живут! Либо это необходимая для выживания слепота, заставляющая их продолжать борьбу за существование, либо видение, для меня непостижимое. Депрессивные люди увидели мир слишком ясно, они утратили эволюционное преимущество слепоты.

Тяжелая депрессия — непомерно строгий учитель: чтобы не замерзнуть, нет нужды ехать в Сахару. Большая часть психологических страданий в мире излишни; люди в глубокой депрессии испытывают такое страдание, которое лучше держать в узде. Однако я считаю, что существует ответ на вопрос, хотим ли мы абсолютного контроля над своими эмоциональными состояниями, идеального эмоционального болеутоляющего, которое сделало бы скорбь такой же ненужной, как мигрень. Положить конец печали, значило бы дать волю чудовищному поведению: если бы мы никогда не жалели о последствиях своих поступков, мы бы очень скоро уничтожили друг друга и весь мир. Депрессия — осечка в работе мозга, и, если ваш гидрокортизон вышел из-под контроля, вам необходимо привести его в порядок. Но не увлекайтесь. Отказаться от сущностного конфликта между тем, что нам хотелось бы делать, и тем, что мы делаем, покончить с мрачным настроением, отражающим этот конфликт и его трудности, — означает отказ от того, что, собственно, значит быть человеком, от того блага, которое в этом заключается. Наверное, есть люди, у которых немного поводов для тревоги и печали, чтобы не попадать в эмоционально неприятные ситуации, и представляется вероятным, что это не очень хорошие люди. Они слишком жизнерадостны, слишком бесстрашны, и они, как правило, не добры. На что таким душам доброта? Люди, прошедшие через депрессию и справившиеся с ней, нередко особенно остро чувствуют радость повседневного бытия. Они способны легко

приходить в некий восторг, умеют глубоко ценить все хорошее в своей жизни. Если они и вообще хорошие люди, то могут стать замечательно щедрыми и великодушными. Это же можно сказать и о переживших другие болезни, но даже тот, кто чудом излечился от рака, не имеет этой метарадости оттого, что способен испытывать или дарить любовь, которая обогащает жизнь тех, кто прошел через тяжелую депрессию. Эта идея рассматривается в книге Эмми Гат "Продуктивная и непродуктивная депрессия" (*Productive and Unproductive Depression*), в которой высказывается мысль о том, что долгая пауза, к которой вынуждает депрессия, и размышления во время нее часто заставляют людей изменять свою жизнь в полезную сторону, особенно после понесенной утраты.

Понятие "нормы", когда речь идет о человеческом существовании, определить невозможно. Что это значит — разработать лекарства и приемы, которые смиряют депрессию и смогут в конечном итоге подавить даже тоску? "Сейчас мы можем во многих случаях контролировать физическую боль, — отмечает психолог-эволюционист Рандольф Нессе, — но кто ответит на вопрос, сколько испытываемой нами физической боли нам реально необходимо? Может быть, 5%? Нам необходима острая боль, сообщающая о травме, но нужна ли нам хроническая боль? Спросите тех, у кого хронический полиартрит, или колит, или мигрень! Хорошо, это лишь аналогия, но в каком количестве психологической боли мы действительно нуждаемся? Более 5%? Что будет, если ты сможешь принять похмельную таблетку наутро после смерти матери и освободиться от мучительной и непродуктивной агонии скорби?" Юлия Кристева нашла для депрессии глубокую психологическую функцию. "Захлестывающая нас печаль, парализующая нас • ретардация — это еще и шит, иногда последний, против безумия". Наверно, проще сказать, что мы полагаемся на свои несчастья больше, чем знаем об этом.

По мере того как люди стремятся нормализовать то, что в последнее время классифицируют как отклонение, "популяризируют и опошляют", по выражению Марты Меннинг, красноречиво писавшей о собственной тяжелейшей депрессии, это состояние, антидепрессанты используются все больше. В 1988 году было выписано более 60 миллионов рецептов толь-

ко на SSRI, а сколько еще на другие антидепрессанты! SSRI сейчас прописывают от тоски по дому, при расстройствах питания, при предменструальном синдроме, домашним животным, когда они слишком много чешутся, от хронической боли в суставах и, самое главное, от легкой тоски и обыкновенной печали. Их прописывают не только психиатры, но и терапевты, и акушеры-гинекологи; одну мою знакомую "подсадил" на прозак специалист по педикюру. Когда потерпел катастрофу рейс 800 TWA, родственникам, ожидавшим вестей, предлагали антидепрессанты с таким же сочувствующим выражением, с каким могли бы предлагать дополнительную подушку или одеяло. Я не стану спорить с таким широким применением подобных препаратов, но считаю, что делать это надо умело, тщательно и вдумчиво.

Не раз говорилось, что каждый обладает достоинствами своих недостатков. Если устранить недостатки, не уйдут ли также и достоинства? "Мы лишь на заре фармакологического изобилия, — рассуждает Рандольф Нессе. — Вполне вероятно, что новые лекарства, которые сейчас разрабатываются, помогут быстро, легко, дешево и безопасно блокировать нежелательные эмоции. Мы к этому придем уже при жизни следующего поколения. И я предсказываю, что мы будем к этому стремиться: если люди могут сделать так, чтобы чувствовать себя лучше, они обычно это делают. Я могу себе представить, что через несколько десятилетий мир будет фармакологической Утопией; и столь же легко могу вообразить, как люди ослабились настолько, что забыли все свои общественные и личные обязанности". Роберт Клитцман из Колумбийского университета говорит: "Перед такими коренными преобразованиями мы не стояли со времени Коперника. Люди грядущих веков будут смотреть на нас как на рабов неконтролируемых эмоций, совершенно изувеченных ими". Что ж, многое будет потеряно; многое, несомненно, обретется.

Пережив состояние депрессии, в какой-то степени теряешь страх перед кризисами. У меня миллион недостатков, но я стал гораздо лучше, чем был до того, как прошел через все это. Чтобы захотеть писать эту книгу, мне необходимо было пройти депрессию. Некоторые друзья отговаривали меня вступать в личные отношения с людьми, о которых я писал. Хотелось бы,

конечно, сказать, что депрессия сделала меня менее эгоистичным, что я научился любить бедных и униженных, но это, к сожалению, не вполне правда. Пройдя через подобное состояние, не можешь без ужаса смотреть, как оно разворачивается в жизни других. Мне во многом легче окунуться в скорби других людей, чем наблюдать их со стороны. Я ненавижу чувство, когда не можешь "добраться" до людей. Добродетель не обязательно сама себе награда, но когда кого-нибудь любишь, возникает некий мир, отсутствующий, когда от кого-нибудь отдаляешься. Когда я вижу страдания депрессивных людей, у меня возникает зуд: мне кажется, что я могу помочь. Не вмешаться — словно наблюдать, как проливают на стол хорошее вино. Легче поправить бутылку и вытереть лужу, чем игнорировать происходящее.

Депрессия в своих худших проявлениях — ужасающее одиночество, и именно благодаря ей я научился ценить близость. В то время, когда моя мать противостояла раку, она сказала однажды: "Я очень благодарна людям зато, что они делают; но быть одной в этом теле, которое обернулось против меня, невыносимо тяжело". Как минимум столь же ужасно пребывать одному в рассудке, который воюет против тебя самого. Что можно сделать, когда видишь другого в подобной западне? Ты не можешь вытащить депрессивного человека из его жалкого состояния своей любовью (хотя иногда удается его отвлечь). Иногда ты можешь ухитриться разделить с ним пространство, в котором он находится. Мало радости пребывать во мраке души другого человека, но едва ли не хуже наблюдать распад его психики со стороны. Можно тревожиться издалека, а можно подойти ближе, близко, совсем близко. Иногда, чтобы быть рядом, надо молчать или даже стоять в отдалении. Решать не тебе, стоящему вовне; но тебе различать. Депрессия — это прежде всего одиночество, но она может порождать и нечто противоположное одиночеству. Благодаря моей депрессии я люблю больше, и меня тоже любят больше; и я могу сказать то же о многих людях, с которыми встречался во время работы над этой книгой. Многие спрашивают меня, что можно сделать для депрессивных друзей и родственников, и мой ответ прост: смягчите их чувство изолированности. Добейтесь этого чашкой чая, или долгим разговором, или просто молча сидя ря-

дом, или чем угодно еще в зависимости от обстоятельств, но добейтесь. И сделайте это без принуждения.

Мэгги Роббинс, которая так сражалась с маниакально-депрессивным психозом, рассказывает: "Я становилась страшно нервной, и все говорила, говорила. А потом я пошла на добровольных началах в приют для больных СПИДом. У них устраивались чаепития, и я вызвалась помогать разносить пациентам чай, пирожные и сок, и сидеть с ними, и беседовать, потому что многих некому навещать и им одиноко. Помню, раз, в самом начале, я сидела с какими-то людьми и, стараясь завести разговор, спрашивала, что они делали в День независимости. Они рассказывали, но совершенно не поддерживали разговора со своей стороны. Я подумала — не очень-то с их стороны дружелюбно. А потом до меня дошло: эти ребята не станут болтать по пустякам. Собственно, после тех первых коротких ответов они и вовсе не собирались разговаривать. Но и не хотели, чтобы я уходила. Тогда я решила — вот я здесь, с ними, и буду с ними. Это будет очень просто: я человек, у которого нет СПИДа и который не выглядит смертельно больным и не умирает, и я могу смириться с тем, что у них СПИД и они умирают. И я просто сидела с ними в тот день, без всяких разговоров. Любить — это просто быть, просто уделять внимание, без всяких условий. Если в этот момент человек страдает — значит, так тому и быть, значит — страдает. А ты — остаешься с этим и не лезешь вон из кожи, чтобы что-нибудь по этому поводу сделать. Я этому научилась".

Выжившие живут на таблетках, в ожидании. Некоторые проходят психодинамическую терапию. Кто-то получает ЭШТ, кого-то оперируют. Мы идем дальше. У нас нет выбора, когда впадать в депрессию, когда и как именно освобождаться от нее, но мы можем выбирать, что делать с депрессией, особенно когда она заканчивается. Некоторые выходят из нее ненадолго и знают, что постоянно будут возвращаться. Но когда они свободны от нее, то стараются использовать свой опыт депрессии, чтобы сделать свою жизнь лучше и богаче. Для других депрессия — окончательное несчастье; такие люди никогда ничего из нее не выносят. Депрессивным людям необходимо изыскивать пути к тому, чтобы пережитый опыт, хотя бы и задним числом, учил их мудрости. Джордж Эллиот в "Даниэле Деронде" опи-

сывает момент поворота депрессии, ощущение чуда этого мгновения. Мира уже была готова покончить с собой и позволила Даниэлю себя спасти. Она говорит: "Но потом, в последний миг — вчера, когда я жаждала, чтобы вода сомкнулась надо мною, и я думала, что смерть есть наилучший образ милости, — тогда добро пришло ко мне во всей силе жизни, и я почувствовала доверие к ней". Добро не приходит "во всей силе жизни" к тем, чья жизнь абсолютно безмятежна.

Когда у меня был третий срыв, самый легкий, я был близок к завершению этой книги. Поскольку в этот период я не мог войти ни в какое общение, я поместил на свой электронный почтовый ящик автоматическое ответное послание о том, что я "временно недоступен", и подобное же оставил на автоответчике. Знакомые, которые сами страдали депрессией, знали, как понимать такие исходящие сообщения. Они не теряли времени. Мне звонили десятки людей, которые предлагали все, что только могли предложить, и предлагали пылко. "Я приеду побыть с вами, как только вы позвоните, — написала Лора Андерсон, приславшая, кроме того, охапку диких орхидей, — и останусь настолько, сколько понадобится, пока вы не поправитесь. Разумеется, вы желанный гость у меня, если предпочтете так; хотите переехать ко мне на год — я и здесь буду к вашим услугам. Надеюсь, вы знаете, что я *всегда* буду к вашим услугам". Клодия Уивер спрашивала: "Удобно ли вам, чтобы кто-то осведомлялся о вас каждый день, или послания слишком вас обременяют? Если обременяют, не отвечайте и на это, но если понадобится, звоните в любое время дня и ночи". Энджел Старки часто звонила из автомата в больнице узнать, как у меня дела. "Я не знаю, в чем у вас нужда, — говорила она, — но я о вас все время тревожусь. Пожалуйста, поберегите себя. Приезжайте ко мне, если вам совсем плохо, приезжайте в любое время. Я правда хочу вас видеть. Если вам что-нибудь нужно, я постараюсь достать. Обещайте, что вы ничего с собой не сделаете". Фрэнк Русакофф прислал замечательное письмо, напомнив о драгоценном качестве — надежде. "Жду вести, что вы в порядке и на пути к новым приключениям", — и подпись: "Ваш друг Фрэнк". Я давно уже чувствовал себя во многих отношениях связанным с этими людьми, но такое искреннее излияние чувств меня потрясло. Тина Сонего решила, что скажется на работе больной, если по-

надобится ее помощь, или купит билет и отвезет меня куда-нибудь отдохнуть. "К тому же я хорошо готовлю", — добавила она. Жанет Бенсхуф забежала ко мне с букетиком одуванчиков, с оптимистичными строчками любимых стихов, написанными ее ясным почерком, и с сумкой — чтобы иметь возможность приходить и спать у меня на диване, лишь бы мне не оставаться одному... Поразительная отзывчивость!

Даже в самом отчаянном вопле депрессивного человека — "Почему?" или "За что?" — таится семя самоанализа, процесса, который обычно бывает плодотворным. Эмили Диккинсон упоминает "эту Белую Пищу — Отчаянье", и действительно, депрессия может оправдывать и поддерживать жизнь. Жизнь вне анализа недоступна депрессивному человеку. Это, может быть, мое самое большое открытие: не то, что депрессия непобедима, а то, что страдающие ею люди могут становиться непобедимыми благодаря ей. Я надеюсь, что этот простой факт поддержит тех, кто страдает, и внушит терпение и любовь свидетелям этого страдания. Как и Энджел, я несу миссию: возвращать самоуважение тем, кто его потерял. Я надеюсь, что на примерах из этой книги они научатся не только надежде, но и любви к себе.

Есть невзгоды, обладающие огромной ценностью. Никто из нас не захочет учиться таким способом; трудности не принесут удовольствия. Я жажду легкой жизни и в поисках ее готов идти и иду на многие компромиссы. Но я понял, что и в выпавшей мне судьбе есть возможность действовать, что и в ней можно найти ценности, особенно когда не находишься в самых жестких ее тисках.

Джон Мильтон в "Ареопагитике" говорил о невозможности оценить добро без знания зла. "И потому та добродетель, которая есть лишь новичок в постижении зла, которая не знает, что сулит зло своим последователям, а, зная, не отвергает, — это не чистая добродетель; ее чистота — как чистота неиспанного листа". Так и глубокое познание скорби становится фундаментом, на котором можно наиболее полно оценить радость; так она обостряет саму радость. Спустя тридцать лет помудревший Мильтон написал в "Потерянном рае" о мудрости, которая пришла к Адаму и Еве после грехопадения, когда они познали весь спектр человеческого:

... когда глаза у нас  
Открылись, мы нашли, и знаем мы теперь  
Добро и зло: добро мы потеряли,  
Зло обрели — подгнивший плод познания.

Есть такое знание, которое, при всем том, чему оно учит, лучше не обретать. Депрессия не только учит многому в отношении радости, но и стирает радость из памяти. Это подгнивший плод знания, такого знания, которого я бы предпочел никогда не иметь. Однако, получив знание, можно искать искупления. Адам и Ева нашли:

Приток сил свыше, новую надежду  
Из недр страданий, радость.

И вот, вооруженные этой радостью — радостью человечества уже другого рода, они отправляются жить своей короткой, сладкой жизнью:

Назад взглянув, весь Рая склон восточный  
Увидели — недавний милый дом...

Конечно, слезы пролили, но вскоре  
Отерли их; пред ними мир лежал  
Открыт их выбору и воле Провиденья;  
Рука в руке, неторопливым шагом  
Через Эдем путем уединенным  
Тихонько побрели.

Так лежит мир перед нами, такими шагами идем мы своим уединенным путем, уцелевшие — нам необходимо уцелеть! — в пучине губительного, бесценного знания. Мы идем вперед с надеждой и мудростью — и не надо бы столько! — но исполненные решимости найти прекрасное. "Красота спасет мир" — это сказал Достоевский. Этот миг возвращения из царства печальной веры — всегда чудо; и он бывает ошеломляюще прекрасен. Он почти стоит того, чтобы проделать путь туда, в отчаяние. Никто из нас не выбрал бы депрессию из мешка с подарками Провидения, но, уж коли она нам дана, мы, выжив-

шие, имеем право и возможность находить в ней нечто. Это, собственно, нас и определяет. Хайдеггер считал, что страдание было первопричиной мысли; Шеллинг полагал, что оно есть сущность человеческой свободы. Юлия Кристева склоняется перед ним: "Я обязана моей депрессии высшей, метафизической ясностью сознания... Воспитание в скорби или утрате — печать рода человеческого, не торжествующая, конечно, но утонченная, готовая к бою, творческая".

Я часто меряю себе психическую температуру. Я изменил режим сна. Я легче отказываюсь от чего-то. Я более терпим к людям. У меня больше решимости не растратить понапрасну счастливое время, какое только могу найти. Более истонченным, более утонченным сделалось мое Я; оно уже не может выдерживать грубые тычки, как раньше; даже малые удары пронзают его насквозь, хотя иногда оставляют следы легкие, изысканные, прозрачные на свет, как яйцо. Сожалеть о моей депрессии сейчас значило бы сожалеть о самой основательной части меня самого. Я слишком легко и слишком часто обижаюсь, я слишком охотно навязываю людям свою уязвимость, но, мне кажется, я стал более великодушен к людям, чем был раньше.

"В доме растет беспорядок, — сказала мне одна женщина, всю жизнь борющаяся с депрессией, — и я не могу читать. Когда она вернется? Когда снова поразит меня? Одни только дети и удерживают меня в живых. Сейчас я стабильна, но она никогда не уходит. Забыть ее нельзя, каким бы счастливым ни был в данный момент".

"Я свыклась с мыслью о том, что буду принимать лекарства всю жизнь, — говорит Марта Меннинг, говорит вдруг с жаром посреди спокойного разговора. — И я благодарна. Я благодарна за это. Иногда я смотрю на эти таблетки и поражаюсь: неужели это все, что стоит между пыткой и мною? Когда я была маленькая, помню, я не была несчастной, но не могла удержаться от мысли: неужели я должна прожить всю жизнь, может быть, восемьдесят лет, вот так... Это казалось такой тяжелой ношей! Недавно мне захотелось родить еще одного ребенка, но после двух выкидышей я поняла, что не справлюсь с напряжением. Я сократила свою светскую жизнь. Победить депрессию нельзя. Можно научиться управлять ею и идти с нею на комп-

ромиссы. Стараешься продлить ремиссию. Надо иметь столько решимости, тратить столько времени, чтобы не поддаваться... Когда подходишь вплотную к тому, чтобы покончить с жизнью, если получаешь ее обратно, то уж будь добр, возьми ее с полным правом".

Стремясь "брать ее с полным правом", мы держимся за идею продуктивной депрессии, находя в ней нечто жизненное. "Если бы мне пришлось начать заново, я бы сделал не так", — сказал Фрэнк Русакофф через несколько месяцев после операции на мозге. Я провел полдня с ним, его родителями и психиатром, когда они обсуждали суровую реальность: сингулотомия пока не сработала, и нужна еще одна операция. Но он, в своей мягко-мужественной манере, уже строил планы быть на ногах через шесть месяцев. "Думаю, что много приобрел и сильно вырос благодаря болезни. Я стал гораздо ближе с родителями, с братом, с друзьями. У меня появился опыт общения с моим врачом, он очень хороший человек. — Добытое дорогой ценой хладнокровие трогало своей искренностью. — У депрессии и впрямь есть достоинства, только их трудно увидеть, пока ты находишься в ней". Позже, когда операция удалась, он писал: "Я говорил, что сделал бы все по-другому, если бы пришлось начать сначала. И наверно, сделал бы. Но теперь, когда я чувствую, что худшее позади, я благодарен за то, что побывал там, где был. Я считаю, что побывать тридцать раз в больнице и пережить операцию на мозге — полезный жизненный опыт. Я встретил множество хороших людей".

"Я лишилась великой невинности, когда узнала, что я и моя психика больше не будем в хороших отношениях до конца моих дней, — говорит, пожимая плечами, Кей Джеймисон. — Как я устала от этой выработки характера, передать вам этого не могу... Но я очень дорожу этой частью себя; те, кто меня любит, любят меня с этим".

"Моя жена, а я женат всего несколько лет, никогда не видела меня в депрессии, — говорит Роберт Бурстйн. — Никогда. А я провел ее через это, я позволял другим рассказывать ей, каково это. Я сделал все, что мог, чтобы ее подготовить, потому что у меня, несомненно, будет новая депрессия. Когда-нибудь в течение следующих сорока лет я снова буду ползать по полу. Это очень пугает. Если бы кто-нибудь сказал мне: я избавлю

тебя от душевной болезни, если ты отрежешь свою ногу, — я не знаю, что сделал бы. Но ведь до болезни я был чудовищно нетерпим, высокомерен непомерно, без малейшего понятия о слабости. Я стал лучше, и это результат того, что я прошел через все это".

"Самая важная тема в моей работе — искупление, — говорит Билл Стайн. — Я пока еще не знаю своей роли в мире. Меня притягивают истории о святых и мучениках. Я не думаю, что смог бы вытерпеть то, через что проходили они. Я не готов учредить хоспис в Индии, но депрессия направила меня на верный путь. Я встречаю людей и знаю, что у них нет опыта такого уровня, как у меня. То, что я прошел через катастрофическую болезнь, навсегда изменило мой внутренний мир. Меня всегда тянуло к вере и праведности, но без депрессивных срывов у меня не было бы побуждения, нравственной целеустремленности".

"Мы прошли через ад, чтобы обрести рай, — говорит Тина Сонего. — Моя награда очень проста. Я теперь способна понимать то, чего раньше просто не могла понять; а то, чего я не понимаю сейчас, пойму со временем, если это важно. Заслуга депрессии в том, что она сделала меня тем, кто я есть сегодня. То, что мы приобретаем, — это так тихо, но так громко!"

"Наши нужды — самое большое наше богатство, — говорит Мэгги Роббинс. Если именно через нужды мы приходим к знанию себя и открываемся другим, то нужда способна порождать близость. — Я научилась просто быть с людьми, потому что я в них нуждаюсь. Наверное, я научилась отдавать все, что мне дорого".

"Душевное состояние — это еще один неизведанный рубеж, как океанские глубины или космос, — говорит Клодия Уивер. — Пребывать так долго в тяжелом расположении духа — это воспитывает характер; я думаю, что умею справляться с потерями лучше других, потому что у меня большой опыт тех чувств, которые эти потери вызывают. Депрессия не препятствие на моем пути; это своего рода часть меня, которую я несу с собой, и я верю, что она должна помогать мне в разных делах. Как? Этого я не знаю. Но я тем не менее верю в свою депрессию, в ее искупительную силу. Я очень сильная женщина, и это отчасти тоже благодаря депрессии".

А Лора Андерсон написала: "Депрессия подарила мне доброту и способность прощать там, где другие просто не знают, что эти качества применимы, — меня тянет к людям, которые могут отталкивать других неверным шагом, неуместной колкостью или явно абсурдным суждением. Сегодня у меня вышел спор с одним человеком о смертной казни, и я пыталась объяснить, избегая излишне ссылаться на собственный опыт, что ужасные деяния можно понять: можно понять страшную связь между настроением и работой, и взаимоотношениями, и всем остальным. Я бы никогда не хотела, чтобы депрессия стала публичной или политической отговоркой, но думаю, что, пройдя через нее, обретаешь лучшее, более непосредственное понимание временного помутнения здравого смысла, которое заставляет людей поступать дурно; может быть, учишься быть терпимым ко злу в этом мире".

В тот счастливый день, когда мы лишимся депрессии, мы лишимся с нею многого. Если бы земля могла питать себя и нас без дождя, если бы мы победили погоду и провозгласили, что теперь всегда будет солнечно, — разве не скучали бы мы без серых дней, без летних гроз? Как солнце, когда оно выглядывает в редкий день английского лета после десяти месяцев гнетущей облачности, выглядит ярче и яснее, чем когда-либо в тропиках, так и свежее ощущение счастья воспринимается огромным, всеобъемлющим, превосходящим все, что я могу только вообразить. Странно, но я люблю свою депрессию. Я не люблю переживать ее, но саму депрессию я люблю. Я люблю то, каков я на ее волне. Шопенгауэр сказал: "Человек [доволен] в меру того, насколько он подавлен и нечувствителен"; Теннесси Уильяме, когда его попросили дать определение счастья, ответил "бесчувственность". Я с ними не согласен. Если бы я побывал в ГУЛАГе и выжил, то был бы уверен: доведись мне побывать там снова, я снова смогу выжить. В этом случае у меня появляется какая-то необычная уверенность, какой я в себе и представить не мог. Иногда мне кажется, что депрессия этого стоит. Я не думаю, что когда-нибудь буду снова пытаться убить себя; не думаю также, что с готовностью расстанусь с жизнью, если окажусь на войне или потерплю авиакатастрофу в пустыне. Я буду зубами и ногтями драться за жизнь.словно я и моя жизнь, посидев друг против

друга, побыв в ненависти, возжелав избавиться друг от друга, теперь связаны навеки и неразрывно.

Противоположность депрессии — не счастье, а жизненность, и моя жизнь, когда я пишу эти слова, жизненна, даже когда она печальна. Когда-нибудь, может быть, через год, я снова могу проснуться без рассудка; маловероятно, чтобы это тянулось вечно. Тем временем, однако же, я открыл то, что должен назвать душой, ту часть себя, которой и вообразить-то в себе не мог до того дня, когда семь лет назад ад явился ко мне с неожиданным визитом. Это драгоценное открытие. Почти каждый день я испытываю моментальные вспышки беспомощности и каждый раз спрашиваю себя, не сползаю ли вниз. Время от времени на какой-то до окаменения жуткий момент — быстрее вспышки молнии — я хочу, чтобы меня сбила машина, и должен стоять, сжав зубы, на тротуаре, пока не загорится зеленый; или я воображаю, как легонько вскрываю вены; или жадно ощущаю металлический вкус ствола у себя во рту; или рисую картины, как я засыпаю и не просыпаюсь. Я ненавижу эти ощущения, но знаю, что они заставляют меня глубже смотреть на жизнь, находить основания, чтобы жить, и держаться за них. Я не могу найти в себе полного сожаления о том, какой курс взяла моя жизнь. Каждый день я делаю выбор, иногда весело, а иногда вопреки всем резонам, — жить. Это ли не настоящая радость?

## ПРИМЕЧАНИЯ\*

На мою работу оказали влияние многие прекрасные книги о депрессии. Из них я особенно хотел бы отметить вдохновенную и доступно написанную *A Mood Apart* Питера Уайброу (Peter Whybrow), трогательные *An Unquiet Mind* и *Night Falls Fast* Кей Редфилд Джеймисон (Kay Redfield Jamison), сложную, но блестящую *Black Sun* Юлии Кристевой (Julia Kristeva), *Born Under Saturn* Рудольфа и Марго Иуттковер (Rudolph and Margot Wittkower) и суровую *Melancholia and Depression* Стэнли Джексона (Stanley Jackson). Все прямые цитаты из печатных источников указаны здесь, все остальные цитаты — из личных бесед, проведенных между 1995 и 2000 гг.

### ВВЕДЕНИЕ

12 Статья в *The New Yorker* вышла под названием "Anatomy of Melancholy" 12 января, 1998.

13 Цитата из Грэма Грина — *Ways of Escape*, с. 285.

13 Мой отец работал в компании Forest Laboratories, которая не участвовала в разработке целексы, но трудилась над производством аналогичного препарата.

14 Кей Рэдфилд Джеймисон, Марта Меннинг и Мери Дэнкуа находятся в числе авторов, обсуждавших, как вредно заниматься данной темой.

### ГЛАВА 1. ДЕПРЕССИЯ

17 Слова "депрессия" и "меланхолия" чрезвычайно обобщающи и, несмотря на попытки некоторых авторов их различать, являются синонимами. Термин "тяжелая депрессия" относится к психическому заболеванию, описанному в статье "Major Depressive Disorder" Руководства по диагностике и статистике (*Diagnostic and Statistical Manual*, издание четвертое; в дальнейшем — *DSM—IV*), с. 339—345.

18 Рассказ о святом Антонии в пустыне я позаимствовал из лекции Элейн Рейджелз.

19 Первая цитата — из *Jacob's Room*, с. 140-141. Вторая — с. 168.

21 Вопрос о том, что такое "официально скончался", обсуждается в Sherwin Nuland, *How We Die*, с. 123.

\* Все имена и названия в примечаниях, кроме классиков, даны в оригинале.

- 23 Ангедония — "неспособность испытывать удовольствие". Francis Mondimore, *Depression: The Mood Disease*, с 22.
- 24 Определение депрессии взято из *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1989, с. 870.
- 26 Обе приведенные цитаты из Schopenhauer, *Essays and Aphorisms*: первая — с. 42—43; вторая — с. 43.
- 31 19 миллионов — такая цифра приведена на веб-сайте NIMH [www.nimh.nih.gov/depression/index1.htm](http://www.nimh.nih.gov/depression/index1.htm). Около 2,5 миллионов детей, страдающих депрессией, — эту цифру можно вывести из обобщения ряда статистических данных. Исследования D. Shaffer и др., The MECA Study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, № 7 (1996), обнаружили, что около 6,2% детей в возрасте от 9 до 17 лет приобретали психическое расстройство в течение шести месяцев, а 4,9% страдали депрессивными расстройствами в тяжелой форме. Этот последний процент, наложенный на данные переписи 1990 года (примерно 45 млн. детей от 7 до 17 лет), дает примерно 2,5 млн. Благодаря Фэйт Биттеролфи Sewickley Academy Library за помощь в этом вопросе.
- 31 2,3 миллиона — цифра, называемая на веб-сайте NIMH [www.nimh.nih.gov/publicat/manic.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/manic.cfm).
- 32 Сведения о том, что униполярная депрессия — лидирующая причина инвалидности в США и в мире для лиц от 5 лет и старше, взяты с сайта NIMH [www.nimh.nih.gov/publicat/invisible.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/invisible.cfm). Статистические данные о том, что депрессия — вторая по распространенности болезнь в развитом мире, взяты с того же сайта [www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm).
- 32 Сведения о том, что депрессия отнимает больше лет жизни, чем войны, рак и ВИЧ/СПИД вместе взятые, заимствованы из отчета Всемирной организации здравоохранения *Health Report 2000*, который можно посмотреть на [www.who.int/whr/2000/index.htm](http://www.who.int/whr/2000/index.htm). Информация взята из Annex Table 4 и справедлива для рака легких и кожи, для некоторых уровней смертности в Латинской Америке и Восточном Средиземноморье и для всех уровней смертности в Европе, Юго-Восточной Азии и на западном Тихоокеанском побережье США. Конкретно Annex Table 4 см. на сайте [www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm](http://www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm).
- 32 Идея о том, что соматическое заболевание маскирует депрессию, является общим местом. Jeffrey De Wester в своей статье "Recognizing and Treating the Patient with Somatic Manifestations of Depression", *Journal of Family Practice* 43, suppl. 6 (1996), пишет, что "согласно оценкам, 77% всех врачебных приемов по поводу психиатрических жалоб в США осуществляется в кабинетах терапевтов... лишь менее 20% этих больных жалуются на психологические симптомы", с. 84. Elizabeth McCauley и др. в "The Role of Somatic Complaints in the Diagnosis of Depression in Children and Adolescents", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, № 4 (1991), сообщают, что "соматизация фигурирует во многих историях болезни как одна из картин депрессии, особенно среди таких индивидов и/или культур, для которых признание и выражение эмо-

циональных состояний неприемлемо", с. 631. См. также Remi Cadoret и др., "Somatic Complaints", *Journal of Affective Disorders* 2 (1980).

32 Проценты, приведенные здесь, можно найти в D.A. Regier и др., "The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services", *Archives of General Psychiatry* 50, № 2 (1993). Отчет утверждает: "Люди с тяжелым униполярным расстройством занимали промежуточное положение среди пациентов, пользующихся психиатрическими услугами: почти половина (49%) получала ту или иную профессиональную помощь, из них 27,8% — специализированную психиатрическую/наркологическую и 25,3% — общемедицинскую", с. 91.

32 Утверждение о том, что более 95% людей, страдающих депрессией, лечится у терапевтов, делается в Jogin Thakore и David John, "Prescriptions of Antidepressants by General Practitioners: Recommendations by FHSAs and Health Boards", *British Journal of General Practice* 46 (1996).

33 О том, что депрессия распознается лишь в 40% случаев у взрослых и лишь в 20% у детей, мне сообщил Steven Human, директор National Institute of Mental Health (NIMH), в личной беседе 29 января 1997.

33 Данные о количестве людей, принимающих прозак и другие SSRI, см.: Joseph Glenmullen, *Prozac Backlash*, с. 15.

33 Уровень смертности при депрессии изучался широко, и результаты не вполне однозначны. 15% — эта цифра была впервые предложена в S.B. Guze и E. Robbins, "Suicide and affective disorders", *British Journal of Psychiatry* 117 (1970) и подтверждена во всеобъемлющем обзоре тридцати исследований, вошедшем в книгу Frederick Goodwin и Kay Jamison, *Manic-Depressive Illness* (см. схему на с. 152—153). Более низкие показатели базируются на работе G.W. Blair-West, G.W. Mellsoy, и M.L. Eysen-Annan, "Down-rating lifetime suicide risk in major depression", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95 (1997). Это исследование демонстрирует, что если взять принятые ныне оценочные данные по частоте депрессии и применить 15-процентную норму, то получится, что общее число самоубийств как минимум вчетверо превышает фактически документированное. Некоторые исследователи недавнего времени предлагают цифру 6%, но она основана на выборке населения, которая содержит, по-видимому, обманчиво высокое число людей, считающихся стационарными больными (см.: H.M. Inskip, E. Clare Harris и Brian Barraclough, "Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia", *British Journal of Psychiatry* 172 (1998). Последняя работа — J.M. Bostwick и S. Pancratz, "Affective disorders and suicide risk: a re-examination", *American Journal of Psychiatry* (в процессе публикации). Эта работа говорит о следующих цифрах: 6% — госпитализированных по поводу депрессии, 4,1% — получавших стационарное лечение и 2% — не получавших такового. Следует подчеркнуть, что статистические проблемы, возникающие при этих расчетах, чрезвычайно сложны и что разные методы расчетов относительной смертности дают разные результаты, обычно более высокие, чем у Бостуика и Панкратца.

33 Сравнительные показатели накопления депрессии в населении взяты из Cross-National Collaborative Group, "The Changing Rate of Major Depression", *Journal of the American Medical Association* 268, № 21 (1992); см. Figure 1, с. 3100.

33 Представление о том, что депрессия возникает в молодом возрасте, взято из D.A. Regier и др., "Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five U.S. community populations", *Archives of General Psychiatry* 48, № 9 (1991).

33 Особенно красноречивый комментарий на тему отрицательного влияния на женщин феномена топ-модели см. в Naomi R. Wolf, *The Beauty Myth*.

34 Herman Spitz, *The Raising of Intelligence*, утверждает: "По интеллектуальной шкале Векслера легкая умственная отсталость находится в интервале IQ от 55 до 69, а по шкале Стэнфорда-Бинета — от 52 до 67", с. 4.

39 Таблетки, о которых я говорю: буспар и зипрекса (белые), эффексор быстрого действия (розовые), эффексор длительного действия (темно-красные) и велбутрин (бирюзовые).

40 На то, что заболеваемость раком кожи возрастает, указывает ряд исследований. Н. Irene Ball и др., "Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States", *Journal of the American Academy of Dermatology* 40 (1999), утверждают: "За последнее десятилетие меланома стала гораздо более распространенной; показатели темпов роста, как по уровню заболеваемости, так и по уровню смертности, считаются одними из самых высоких среди всех видов рака", с. 35.

41 Взгляды Гиппократов на депрессию детально рассмотрены в гл. 8.

42 Ужасы режима "красных кхмеров" подробно документированы. Рекомендую посмотреть, например, фильм *The Killing Fields*, живо воссоздающий их зверства.

50 Цитату из Овидия я позаимствовал у Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 66.

## ГЛАВА П. СРЫВЫ

57 О моей жизни среди русских я написал в своей первой книге *The Irony Tower* и в последующих статьях в *The New York Times Magazine*: "Three Days in August", 29 сентября 1991; "Artist of the Soviet Wreckage", 20 сентября 1992 и "Young Russia, Defiant Decadence", 18 июля 1993 г.

58 Упомянутая рок-группа — "Среднерусская возвышенность".

59 Цитату из Герхарда Рихтера можно найти в его поэтическом дневнике *The Daily Practice of Painting*, с. 122.

62 Статья, которую я заканчивал во время приступа мочекаменной болезни, вышла 28 августа 1994 года в *The New York Times Magazine* под названием "Defiantly Deaf."

63 Идея о соответствии функций гипоталамуса и коры многократно высказывалась и была разработана в Peter Whybrow, *A Mood Apart*, с. 153—165.

63 Эти данные основываются, по-моему, на трудной и еще не совершенной науке, и потому разброс между ними широк. Тем не менее я заимствовал эти статистические данные, отражающие общий консенсус, из эссе Eric Fombonne "Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms", приведенного в Michael Rutter и David J. Smith, *Psychosocial Disorders in Young People*, с 576.

63 Я не стал очень много говорить о маниакально-депрессивном расстройстве; это тема отдельной книги. Научный обзор характеристик болезни см. в Fred Goodwin и Kay Jamison, *Manic-Depressive Illness*.

68 Замечания из Julia Kristeva, *Black Sun*, с 53.

69 Стихотворение Эмили Диккинсон, одно из моих любимых во всей мировой литературе, процитировано по: *The Complete Poems of Emily Dickinson*, с 128-129.

71 Цитата из Daphne Merkin, *The New Yorker* от 8 января 2001, с. 37.

72 Стихотворение Элизабет Принс не опубликовано.

72 Цитату из Леонарда Вульфа можно найти в его книге *Beginning Again*, с. 163-164.

73 Описание происходящего во время депрессии составлено из множества источников, перечислить которые невозможно, а также из бесчисленных бесед с психотерапевтами, клиницистами и многими специалистами. См., напр.: Peter Whybrow, *A Mood Apart*, с. 150—167. *Psychology Today* за апрель 1999 года предлагает другой обзор биологии депрессии. Чарльз Немерофф в своем обзоре нейробиологии депрессии в июньском номере *Scientific American* за 1998 год тоже приводит более подробное, неакадемическое описание многих комплексных проблем, поднимаемых здесь.

74 Идея о том, что повышение уровня TRH может быть, хотя бы временно, полезно при лечении депрессии, формулируется в Fred Goodwin и Kay Jamison, *Manic-Depressive Illness*, с 465.

74 Сейчас существует много работ в подтверждение идеи о том, что с возрастом депрессия становится тяжелее. Я обсуждал этот вопрос особенно подробно с Robert Post из NIMH и John Greden из Мичиганского университета.

75 Цитата из Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 198.

76 Сведения на тему стимуляции пароксизмов в мозге животных взяты в основном из трудов Сюзанны Вайсе и Роберта Поста. Информацию о феномене "воспламенения" и его использовании в качестве модели аффективных расстройств см.: Suzanne Weiss и Robert Post "Kindling: Separate vs. shared mechanisms in affective disorder and epilepsy", *Neuropsychology* 38, № 3(1998).

76 Информация о подавлении моноаминовых систем в мозге животных взята из Juan Lopez и др., "Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the neurobiology of suicide", *Annals of the New York Academy of Sciences* 836 (1997). О связи депрессии с

- моноаминовой системой и обменом гидрокортизона см.: Juan Lopez и др., "Neural circuits mediating stress", *Biological Psychiatry* 46 (1999).
- 76 Это объяснение стресса, проявляющегося депрессией, базируется на работе Хуана Лопеса и Элизабет Янг из Мичиганского университета и Кена Кендлера из Medical College of Virginia in Richmond. Объяснений депрессии столько, сколько звезд на ночном небосклоне, но я думаю, что основанная на стрессе модель мичиганских ученых особенно убедительна.
- 77 Об экспериментальном использовании кетоконазола см.: O.M. Wolkowitz и др., "Antiglucocorticoid treatment of depression: double-blind ketoconazole", *Biological Psychiatry* 45, № 8 (1999).
- 77 Исследования на павианах проводил Роберт Саполски, а описала его Элизабет Янг в устной беседе со мной. Работу об авиадиспетчерах можно найти в R.M. Rose и др., "Endocrine Activity in Air Traffic Controllers at Work. II. Biological, Psychological and Work Correlates", *Psychoneuroendocrinology* 1 (1982).
- 78 Сердце после инфаркта миокарда ослабевает — это общепризнанный факт. Однако степень поражения зависит от объема омертвевшей ткани в сердце. Тогда как данные говорят о том, что очаговые повреждения не обязательно повышают риск рецидива, хронические коронарные заболевания повышают его почти наверняка. Перенесшим инфаркт необходимо тщательно следить за состоянием сердца и проходить профилактическую терапию. Благодарю д-ра Джозефа Хейеса из Cornell University за помощь в понимании этого вопроса.
- 78 О воздействии стресса на крыс см.: Juan Lopez и др., "Regulation of 5-HT<sub>1A</sub> Receptor, Glucocorticoid and Mineralocorticoid Receptor in Rat and Human Hippocampus: Implications for the Neurobiology of Depression", *Biological Psychiatry* 43 (1998). О повышении в мозге после самоубийства уровня содержания гидрокортизона и адреналина см.: Juan Lopez и др., "Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the Neurobiology of Suicide", *Annals of the New York Academy of Sciences* 836(1997).
- 79 Исследования по воздействию на мозг продолжительного стресса описаны в ряде статей, и большая их часть принадлежит Роберту Саполски. Информацию о реакции мозга на стресс см.: Robert Sapolsky и др., "Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates", *Journal of Neuroscience* 10, № 9 (1990). Исследования о взаимодействии биологического стресса и социального статуса см.: Robert Sapolsky, "Stress in the Wild", *Scientific American* 262, № 1 (1990), и его же "Social subordination as a marker of hypercortisolism: Some unexpected subtleties", *Annals of the New York Academy of Sciences* 771.(1995). Рассуждения Гредена об эпидемиологии тяжелой депрессии см.: Barbara Burns и др., "General Medical and Specialty Mental Health Service Use for Major Depression", *International journal of Psychiatry in Medicine* 30, № 2 (2000).
- 80 Литература по антидепрессантам базируется главным образом на краткосрочных исследованиях, которые указывают, что эффект от приема

препаратов наступает через 2–4 недели, а оптимальный результат достигается через 6 недель. Мой собственный опыт убедительно показывает, что такой результат возможен через много месяцев.

80 Утверждение, что 80% больных реагируют на лекарства вообще, но только 50% — на любой конкретный препарат, высказывается в статье Mary Whooley и Gregory Simon, "Managing Depression in Medical Outpatients", *New England Journal of Medicine* 343, № 26 (2000).

81 Друг, которого я имею в виду, — Дьери Прудент, чья история рассказывается в гл. 5.

82 Исследования Джорджа Брауна о связи депрессии с утратой опубликованы в ряде академических журналов. Рекомендую прочесть замечательное введение в его труды — George Brown, "Loss and Depressive Disorders", в *Adversity, Stress and Psychopathology*, под ред. В. Р. Dohrenwend.

83 Идея о том, что первый эпизод депрессии тесно связан с жизненными событиями, а рецидивы зависят от подобных, но менее значительных ситуаций, впервые высказывается в Emil Kraepelin, "Manic-Depressive Insanity and Paranoia". Эта идея широко изучалась, и результаты исследований вполне согласуются между собой. Одна из последних работ, Ken Kendler и др., "Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the "kindling" hypothesis", *American Journal of Psychiatry* 157, № 8 (2000), дает обзор литературы по данной теме и приводит собственные результаты — "убедительные и непротиворечивые свидетельства в пользу негативной интеракции. Это значит, что с каждым последующим эпизодом связь между стрессовыми жизненными событиями и наступлением тяжелой депрессии все более ослабевает".

83 Эта важная идея Кей Джеймисон хорошо резюмируется в одной строке из ее книги о самоубийстве: Kay Jamison, "Night Falls Fast": "Абсолютная беспомощность людей, страдающих депрессией с суицидальными намерениями, по самой своей природе заразительна и делает тех, кто хотел бы предложить помощь, бессильными ее оказать", с. 294.

86 Замечания Фомы Аквината о страхе содержатся в *Summa theologiae* I—II, q. 25, a. 4, т. 6, с. 187. Наиболее адекватный перевод на английский см.: *Summa Theologica: Complete English Edition in Five Volumes*, q. 25, a. 4, т. 2, с. 702—3. Благодарю д-ра Джона Ф. Уиппела и д-ра Кевина Уайта из Catholic University of America за помощь в поиске, переводе и толковании этих отрывков.

86 Взаимосвязь аффективных расстройств, алкоголизма и генетики чрезвычайно сложна. Интересную сводку нынешних подходов, исследований и выводов см. в Frederick Goodwin и Kay Jamison, "Alcohol and Drug Abuse in Manic-Depressive Illness", начиная со с. 210 их книги *Manic-Depressive Illness*. Очень рекомендую также David McDowell и Henry Spitz, *Substance Abuse* и Marc Galanter и Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*.

87 Статистические данные о болезненном состоянии тревоги взяты из Stephen Hall, "Fear Itself", *New York Times Magazine*, 28 февраля 1999, с. 45.

87 Анализ тревоги и сна см.: T.A. Mellman и T.W. Uhde, "Sleep and Panic and Generalized Anxiety Disorders", в *The Neurobiology of Panic Disorder*, под ред. James Ballenger.

87 Цитата из Sylvia Plath, *The Bell Jar*, с 3.

88 Цитата из Jane Kenyon, "Having It Out with Melancholy" в сборнике *Constance*, с. 25.

103 Даниил Хармс, "Случаи".

105 Высказывание Арто взято из названия одного из его рисунков. См. каталог выставки Арто в нью-йоркском Музее современного искусства (Museum of Modern Art) *Antonin Artaud: Works on Paper*, 1996.

105 Цитата из Jane Kenyon, "Back" в сборнике *Constance*, с. 32.

113 Официальный учебник по скоромошной медицине называется *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*, 4-е изд., в 3 томах, под ред. Peter Rosen и др.

### ГЛАВА III. ЛЕЧЕНИЕ

134 Цитата из замечательной книги Т. М. Luhrmann *Of Two Minds*, с. 7.

135 Цитата из Luhrmann см. *там же*, с. 290.

136 Цитата из Virginia Woolfe, *The Years*, с. 378.

137 Ресе Ньюман (Russ Newman), исполнительный директор American Psychological Association по профессиональной практике, пишет в письме редактору *U.S. News & World Report* 26 апреля 1999: "Исследование ясно показало, что во многих случаях излюбленный метод лечения — это излюбленные методы: комбинация психотерапии и лекарств", с. 8. Недавнее исследование выявило подобные же результаты. См.: Martin Keller и др., "A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression", *New England Journal of Medicine* 342, № 20 (2000). Обзор этого исследования для популярной прессы см. в Erica Goode, "Chronic-Depression Study Backs the Pairing of Therapy and Drugs", *New York Times*, May 18, 2000. Эллен Фрэнк провела ряд исследований по сравнению психотерапевтических и медикаментозных методов лечения в разных группах населения. Ее гериатрическое исследование Ellen Frank, "Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression", *Journal of the American Medical Association* 281, № 1 (1999), заключает: "Комбинированное лечение с использованием обеих [стратегий] представляется оптимальным для клинической практики поддержания ремиссии". Первоначальные исследования в этой области, такие как Gerald Klerman и др., "Treatment of depression by drugs and psychotherapy", *American Journal of Psychiatry* 131 (1974) или Myrna Weissman и Eugene Paykel, *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*, тоже указывают на высокую эффективность комбинированной терапии.

142 Базовое описание методологии СВТ см. в основополагающей работе А. Beck, *Depression*. Из более современных публикаций — Mark Williams, *The Psychological Treatment of Depression*, 2-е изд.

142 Выражение *learned optimism* взято из названия книги Мартина Селигмана, 1990.

145 Базовая методология IPT досконально описана в Myrna Weissman, John Markowitz и Gerald Klerman, *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*.

147 Сравнение эффективности психотерапии, проводимой специалистами, имеющими ученую степень, и психотерапевтов-практиков см.: Hans Strupp and Suzanne Hadley, "Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome", *Archives of General Psychiatry* 36, № 10 (1979). Они пишут: "Результаты данного исследования непротиворечивы и просты. Пациенты, проходившие психотерапию у университетских профессоров, в среднем показали такое же улучшение, как и те, кого лечили опытные профессиональные психотерапевты", с. 1134.

147 Мои сведения об уровне содержания нейромедиаторов людей, страдающих депрессией, почерпнуты из различных книг, статей и бесед, перечислить которые невозможно. Впрочем, многие из этих идей хорошо описаны в Peter Whybrow, *A Mood Apart*.

148 Обсуждение связи особенностей обмена триптофана с депрессии см. в Т. Delgado и др., "Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: Reversal of antidepressant by rapid depletion of plasma tryptophan", *Archives of General Psychiatry* 47 (1990), и К. Smith и др., "Relapse of Depression After Rapid Depletion of Tryptophan", *Lancet* 349 (1997).

148 Глубокое изучение синтеза и роли функции серотонина см. в Peter Whybrow, *A Mood Apart*, с. 224—227.

150 Теория рецепторов подробно изложена в выдающейся книге David Nealy, *The Antidepressant Era*, с. 161—163; 173—177.

150 Представление о воздействии лекарств на обмен нейромедиаторов и проблема гомеостаза несколько вызывающе описаны в Peter Whybrow, *A Mood Apart*, с. 150-67.

150 Воздействие SSRI на фазу сна с быстрым движением глаз описаны в докладе Michael Thase, "Sleep and Depression" на APA 2000, ежегодной конференции American Psychiatric Association, прочитанном 14 мая 2000 г. в Чикаго. Воздействия SSRI на температуру мозга — углубленная область изучения биохимии депрессии. Отмечено, что у человека, находящегося в депрессии, температура тела, особенно по ночам, часто бывает повышенной. Впрочем, это повышение относительно: дело в том, что температура тела во время депрессии падает по ночам не так сильно, как в обычном состоянии. Повышение ночной температуры согласуется с другими проявлениями перевозбуждения, например с бессонницей. То, что антидепрессанты понижают ее, наверное, хорошо — это возврат к норме. Некоторые из этих вопросов освещены в обзорной главе, озаглавленной

"Biological Processes in Depression: An Updated Review and Integration", книги Michael Thase и Robert Howland *The Handbook of Depression*, под ред. E. Edward Beckham и William Leber, с 213—279.

150 Большая часть информации об изучении поведения животных, о разлучении с матерями, агрессии и измененной нейробиологии взята из материалов практикума "Suicide Research Workshop", проходившего 14—15 ноября 1996, под эгидой NIMH. Впрочем, в этой области имеется много публикаций. Особенно советую ознакомиться с Gary Краемер и др., "Rearing experience and biogenic amine activity in infant rhesus monkeys", *Biological Psychiatry* 40, № 5 (1996) — это прекрасное введение в тему.

150 Вопрос о взаимосвязи разлуки с матерью и уровнем гидрокортизона всесторонне изучался. См.: Gayle Byrne и Stephen Suomi, "Social Separation in Infant *Cebus Apella*: Patterns of Behavioral and Cortisol Response", *International Journal of Developmental Neuroscience* 17, № 3 (1999), и David Lyons и др., "Separation Induced Changes in Squirrel Monkey Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Physiology Resemble Aspects of Hypercortisolism in Humans", *Psychoneuroendocrinology* 24(1999). Способность антидепрессантов снимать это состояние описана в Pavel Hrdina и др., "Pharmacological Modification of Experimental Depression in Infant Macaques", *Psychopharmacology* 64 (1979).

151 Об обезьянах-лидерах см.: Michael Raleigh и др., "Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys", *Archives of General Psychiatry* 41 (1984). О том, что повышенное содержание серотонина устраняет эти проблемы, см.: Michael Raleigh и Michael McGuire, "Bidirectional Relationships between Tryptophan and Social Behavior in Vervet Monkeys", *Advances in Experimental Medicine and Biology* 294 (1991), и Michael Raleigh и др., "Serotonergic Mechanisms Promote Dominance Acquisition in Adult Male Vervet Monkeys", *Brain Research* 559 (1991).

151 Работы по вызывающему поведению, агрессии и содержанию серотонина у животных можно найти в P.T Mehlman и др., "Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates", *American Journal of Psychiatry* 151 (1994).

151 Вопросы взаимосвязи иерархического статуса обезьян и уровнем содержания у них серотонина рассматриваются в Michael McGuire и Alfonso Troisi, *Darwinian Psychiatry*, с. 93—94; 172—174.

151 Свидетельства о том, что SSRI могут изменять агрессивное поведение, можно найти в C. Sanchez и др., "The role of serotonergic mechanisms in inhibition of isolation-induced aggression in male mice", *Psychopharmacology* 00, № 1-2(1993).

152 Вопрос о частоте проявления побочных эффектов многих SSRI, особенно прозака, вызывает споры. Большинство врачей и ученых полагают, что частота многих побочных эффектов, особенно пониженного полового влечения и аноргазмии, была сильно занижена фармацевтическими компаниями при первичном тестировании.

## Примечания

152 Информация от Аниты Клейтон почерпнута из ее доклада: Anita Clayton, "Epidemiology, Classification, and Assessment of Sexual Dysfunction", прочитанного 13 мая на APA 2000 г. в Чикаго.

153 Статистические данные о прекращении приема антидепрессантов взяты из доклада д-ра Н. George Nurnberg "Management of Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction", прочитанного 13 мая 2000 г. на APA в Чикаго.

154 Список препаратов, повышающих половое влечение, см. *там же*.

155 О влиянии виагры на ночную эрекцию см. *там же*.

155 Об идее ежедневного принятия виагры см. *там же*.

155 Д-р Ниренберг представил свое исследование в Andrew Nierenberg, "Prevalence and Assessment of Antidepressant-Associated Dysfunction"; д-р Уорнок опубликовала результаты своей работы в Julia Warnock, "Hormonal Aspects of Sexual Dysfunction in Women: Improvement with Hormone Replacement Therapy." Оба доклада прочитаны на APA 13 мая 2000 г. в Чикаго.

156 Особую осторожность следует проявлять, прописывая антидепрессанты пациентам с маниакально-депрессивным психозом. Некоторые противосудорожные препараты применяются в качестве стабилизаторов настроения — литий или какой-либо противосудорожный препарат.

158 Благодарю д-ра Дэвида Макдауэлла из Columbia University за обсуждение со мной проблемы привыкания к бензодиазепинам.

161 Показатели эффективности ЭШТ варьируются: Peter Whybrow, *A Mood Apart* приводит цифру 85—90%, с. 216; Francis Mondimore, *Depression: The Mood Disease*, дает более высокую оценку — 90%, с. 65. Я привожу цифры, отражающие усредненные значения по разным публикациям.

1610 том, что правосторонняя ЭШТ менее травматична, но и менее эффективна, чем двусторонняя, сообщается в Harold Sackein и др., "A Prospective, Randomized, Double-Blind Comparison of Bilateral and Right Unilateral Electroconvulsive Therapy at Different Stimulus Intensities", *Archives of General Psychiatry* 57, № 5 (2000). Они сообщают, что правосторонняя ЭШТ с 500-кратным превышением судорожного порога столь же эффективна, как и двусторонняя, но вызывает в шесть и более раз меньше побочных эффектов в когнитивной сфере.

161 Общее рассмотрение методов ЭШТ см.: Francis Mondimore, *Depression: The Mood Disease*, и Elliot Valenstein, *Great and Desperate Cures*.

162 Статистику смертей от осложнений после ЭШТ см. в Stacey Pamela Patton, "Electrogirl", *Washington Post*, 19 сентября 1999 г.

162 Цитата из Richard Abrams, *Electroconvulsive Therapy*, с 75.

164 Меннинг описала мне эти пикеты; там были организованные группы людей, раздававших листовки против "электронного управления мозгами". Подобного рода протесты имели место во время акции, спонсированной частным книжным магазином в Нортгемптоне, Массачусетс, проходившей в библиотеке колледжа Smith College.

167 Здесь цитируется манифест Унабомбера. Хочу подчеркнуть, что восхищаюсь его прозрениями и сожалею о его методах.

177 Слова Шарлотты Бронте взяты из Juliet Barker, *The Brontes*, с. 599. Благодарю художницу Элен Райчек за то, что привлекла мое внимание к этому отрывку.

#### ГЛАВА IV. АЛЬТЕРНАТИВЫ

179 Чеховскую цитату я позаимствовал из эпиграфа к стихотворению Jane Kenyon, "Having It Out with Melancholy" в сборнике *Constance*, с. 21.

185 Существует множество исследований о пользе физических упражнений в связи с депрессией. Самые содержательные из них — J.A. Blumenthal и др., "Effects of exercise training on older patients with major depression", *Archives of Internal Medicine* 159 (1999).

186 Подробное описание роли питания в борьбе с депрессией можно найти в Vicki Edgson и Ian Marber, *The Food Doctor*, с 62—65.

186 О влиянии рыбьего жира и жирных кислот омега-3 на симптомы депрессии говорится в J.R. Calabrese и др., "Fish Oils and Bipolar Disorder", *Archives of General Psychiatry* 56 (1999).

187 TMS и rTMS отмечены и низкой эффективностью, и высокой частотой рецидивов. Общее введение в процесс, теорию и методику транскраниальной магнитной стимуляции см. в Eric Hollander, TMS, *CNS Spectrums* 2, № 1 (1997). Более научно-ориентированную информацию см. в W.J. Triggs и др., "Effects of left frontal transcranial magnetic stimulation on depressed mood, cognition, and corticomotor threshold", *Biological Psychiatry* 45, № 11 (1999), и Alvaro Pascual-Leone и др., "Rapid-rate transcranial magnetic stimulation of left dorsolateral prefrontal cortex in drug-resistant depression", *Lancet* 348 (1996).

188 Воззрения на SAD изложены в книге Norman Rosenthal, *Winter Blues*.

189 Сведения об уровне освещенности при искусственном и естественном свете можно почерпнуть из Michael J. Norden, *Beyond Prozac: Brain Toxic Lifestyles, Natural Antidotes and New Generation Antidepressants*, с 36. Расчеты базировались на 300 люксах при традиционном домашнем освещении, 10 000 люксах при новых осветительных устройствах и 100 000 люксах в солнечный день.

189 Литература по EMDR разнообразна, но лучшей книгой на эту тему я считаю *Extending EMDR*, под ред. Philip Manfield.

191 В Седоне я проходил лечение на курорте Enchantment Resort.

191 Интересные идеи Каллахана обобщены в Fred Gallo, *Energy Psychology*. Описание его собственных методов в отношении травмы см. в Roger J. Callahan и Joanne Callahan, *Stop the Nightmares of Trauma: Thought Field Therapy*. Я не убежден, что эта работа имеет реальную клиническую ценность, хотя такой образ мыслей полезен для людей, практикующих более традиционные методы лечения.

193 Отрывок из чудесной книги Kurt Hahn, *Readings from the Hurricane Island Outward Bound School*, с 71, изданной Hurricane Island Outward Bound и продаваемой их магазином School Locker.

193 Майкл Япко написал впечатляющую и полезную монографию о гипнозе и расстройстве психического состояния: Michael Yapko, *Hypnosis and the Treatment of Depression*.

194 О теориях сна в связи с депрессией см. работы: Michael Thase из University of Pittsburgh и David Dingle из University of Pennsylvania. Thomas Wehr N3NIMH — тоже эксперт в этой области. Описание измененных фаз сна взяты из ряда источников, печатных и устных. См.: Thomas Wehr, "Phase Advance of the Circadian Sleep-Wake Cycle as an Antidepressant", *Science* 206 (1979); его же "Reply to Healy, D., Waterhouse, J.M.": The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms", *Chronobiology International* 7(1990); его же "Improvement of Depression and Triggering of Mania by Sleep Deprivation", *Journal of the American Medical Association* 267, № 4 (1992); M. Berger и др., "Sleep deprivation combined with consecutive sleep phase advance as fast-acting therapy in depression", *American Journal of Psychiatry* 154, № 6 (1997). Еще на эту тему см. озорную главу под названием "Biological Processes in Depression: An Updated Review and Integration" в Michael Thase и Robert Howland, *The Handbook of Depression*, под ред. E. Edward Beckham и William Leber, с 213—279.

194 Цитата из F. Scott Fitzgerald, *The Crack-Up*, с 75. Благодарю неутомимую Клодию Суон за указание этого отрывка.

196 Об арктическом смирении с судьбой см. материалы A.S. Blix, *Symposium on Living in the Cold*, под ред. Andre Malan and Bernard Canguilhem.

196 О зверобое существует множество материалов, в основном — повторяющихся, иногда ориентированных на сенсацию, часто с большими претензиями. Я пользовался книгой Norman Rosenthal, *St. John's Wort*. Информация о hypericum и interleukin-6 взята с веб-сайта National Center for Complementary and Alternative Medicine при National Institutes of Health [www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheets/stjohns\\_wort/stjohnswort.htm](http://www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheets/stjohns_wort/stjohnswort.htm).

197 Сочинения Эндрю Вайля (Andrew Weil) меня чрезвычайно раздражают, и я не могу их рекомендовать никому. Его взгляды по этой теме красиво резюмируются в Jonathan Zuess, *The Natural Prozac Program*, с 66—67.

197 Д-р Томас Браун из Tulane University протестует против зверобоя: "Многие нелогично превозносят его как естественный и потому безопасный". См.: Thomas Brown, "Acute St. John's Wort Toxicity", *American Journal of Emergency Medicine* 18, № 2 (2000), с 231. Как и другие антидепрессанты, это растение может вызывать острое маниакальное состояние. См.: Andrew Nierenberg и др., "Mania Associated with St. John's Wort", *Biological Psychiatry* 46 (1999). Есть свидетельства, что при приеме в больших дозах это растение может вызывать повышенную чувствительность кожи к свету у коров и овец. См.: O.S. Araya и E.J. Ford, "An investigation of the type of photosensitization caused by the ingestion of St. John's Wort (*Hypericum perforatum*) by calves", *Journal of Comprehensive Pathology* 91, № 1 (1981).

197 Информацию о взаимодействии зверобоя с другими лекарствами см. на веб-сайте NIMH [www.nimh.nih.gov/events/stjohnwort.cfm](http://www.nimh.nih.gov/events/stjohnwort.cfm). Недавняя статья А. Fugh-Berman, "Herb-drug interactions", *Lancet* 355 № 9198 (2000) тоже приводит обзор последних данных на эту тему.

197 Список лекарств, эффективность которых снижается при совместном приеме со зверобоем, см. в *Consumer Reports*, "Emotional 'Asprin'?", декабрь 2000, с. 60-63.

198 О подконтрольном исследовании S-аденосилметионана (SAM) см.: G.M. Bressa, "S-adenosyl-1-methionine (SAMe) as antidepressant: Meta-analysis of clinical studies", *Acta Neurologica Scandinavica* 89, suppl. 154 (1994).

198 Тенденция SAM вызывать маниакальное состояние описана в *Consumer Report*, "Emotional 'Aspirin'?", декабрь 2000, с. 60—63.

198 Информацию о SAM и уровне содержания нейромедиаторов у животных можно найти в Richard Brown и др., *Stop Depression Now*, с. 74—75.

198 Связь SAM с метилированием обсуждается в Joseph Lipinski и др., "Open Trial of S-adenosylmethionine for Treatment of Depression", *American Journal of Psychiatry* 143, № 3 (1984).

200 Данные о применении иглоукалывания в США можно найти на сайте National Center for Complementary and Alternative Medicine при National Institutes of Health [www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheets/acupuncture/acupuncture.htm](http://www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheets/acupuncture/acupuncture.htm).

201 Гомеопатическое лечение Клодии Уивер проводил Пами Синг.

212 основополагающая книга — Hellinger, *Love's Hidden Symmetry*. Рейнхард Лир возглавляет LinderhofTherapy Center в Бавирии, где он осуществляет большую часть своей практики. Его визит в Америку организовала Реджина Олсен.

220 Фрэнк Русакофф цитируется по неопубликованным рукописям.

223 Описание колдовской традиции среди сенегальцев см.: William Simmons, *Eyes of the Night*.

229 Ребокситин прошел все существующие на сегодняшний день тесты и ожидает утверждения Food and Drug Administration (Управления по делам продовольствия и медикаментов США). В недавнем электронном послании фирма Pharmacia пишет: "Что касается ребокситина, мы еще не получили одобрения от Food and Drug Administration (FDA) для США и не можем гадать, когда препарат станет доступен. Согласно письму, полученному Pharmacia от FDA от 23 февраля 2000 года, должны быть проведены дополнительные клинические испытания в США, прежде чем препарат будет одобрен". За дополнительной информацией отсылаю к сайту [www2.pnu.com](http://www2.pnu.com).

229 О substance P см. на сайте Merck [www.dupontmerck.com](http://www.dupontmerck.com). Введение в "субстанцию P" как антидепрессант дается в David Nutt, "Substance-P antagonists: A new treatment for depression?", *Lancet* 352 (1998).

230 "Около 30 тысяч" — такую цифру я взял из публикации в *Science* 16 февраля 2001 г., где, в частности, говорится: "Анализ последовательности генома выявил 26 588 расшифровок белкового кода, для которых найдены убедительные свидетельства, плюс 12 000 вычисленных генов, для которых найдены совпадения у мышей, и другие косвенные подтверждения". Благодарю Эдварда Р. Уинстеда за то, что он привлек мое внимание к этой статье, а также Полли Шульман за разъяснение математического смысла данного исследования.

## ГЛАВА V. ДЕМОГРАФИЯ

233 О том, что женщины страдают депрессией вдвое чаще мужчин, упоминается повсюду. Мирна Вайсман из Колумбийского университета обобщила статистические данные международных исследований на эту тему: Myrna Weissman, "Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder", *Journal of the American Medical Association* 276, № 4 (1996).

234 Представление о том, что различия между полами в отношении депрессивных расстройств проявляются в пубертатном периоде, превалирует в литературе по этому вопросу. См.: Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*.

234 Хотя споры о биологических компонентах депрессии у женщин еще не завершены, нельзя отрицать, что колебания настроения определяются флуктуацией уровня эстрогенов и прогестерона в гипоталамической и гипофизарной гормональных системах. Обсуждение этих явлений можно найти в Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, с 64—76.

234 Статистические данные о самоубийствах среди беременных и недавно родивших женщин взяты из E. Clare Harris и Brian Barraclough, "Suicide as an Outcome for Medical Disorders", *Medicine* 73 (1994).

234 Цифра, относящаяся к послеродовой депрессии, отражает крайне разбросанный набор статистических данных. Здесь есть две проблемы: во-первых, частота послеродовой депрессии зависит от того, насколько строго ее определяют; во-вторых, многие симптомы, напоминающие симптомы депрессии, на самом деле являются биологическими отзвуками беременности и родов. Сьюзен Нолен-Хоэксема пишет об одном исследовании, показавшем, что "кажущаяся высокой частота депрессии среди только что родивших женщин происходит из признания ими болевых ощущений и проблем со сном, связанных с беременностью и родами, а не с присутствием полного набора симптомов депрессии". И далее: "Распространенность непсихотической депрессии в послеродовой период оценивается от 3% до 33%". Она приводит среднюю цифру — 8,2%. Цитируется по: Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, с 62—65. Verta Taylor, *Rock-A-By Baby*, книга о послеродовой депрессии, сообщает о 10-26%.

234 Статистические данные о тяжелой и легкой формах послеродовой депрессии приводятся по книге: Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, с 62—64. Депрессия в период менопаузы описана на с. 70—71.

234 Статистические данные о скорости синтеза серотонина можно найти в Simeon Margolis и Karen L. Swartz, "Sex Differences in Brain Serotonin Production", *The Johns Hopkins White Papers* (1998): 14.

234 Вопрос о социальном неравенстве как об источнике женской депрессии много обсуждается в ряде книг и публикаций, в том числе Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, Jill Astbury, *Crazy for you*, и Dana Crowley Jack, *Silencing the Self*.

234 Статистические данные о послеродовой депрессии у женщин, подверженных стрессу см.: Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, с 68. См. также с. 60—61.

235 Об одинаковой распространенности депрессии среди студентов мужского и женского пола, как и предлагаемые объяснения, см. *там же*, 26-28.

236 Статистические данные о соотношении частоты депрессии у мужчин и женщин: Myrna Weissman, "Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder", *Journal of the American Medical Association* 276, № 4 (1996), на основе ее эпидемиологических исследований (см. первое примечание к гл. 5). То, что у женщин выше процент фобий и расстройств питания, а у мужчин чаще бывает аутизм, дефицит внимания с гиперактивностью и алкоголизм, обсуждалось в нашей переписке со Стивеном Хайманом.

236 Рассуждения о природе женского неравенства не принадлежат к какому-либо одному источнику. Разные авторы по-разному описывают и объясняют эти явления, и мой список не претендует ни на определенность, не на полноту. Тем, кого серьезно интересуют, эти вопросы, могу рекомендовать книги: Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, Jill Astbury, *Crazy for You*, и Dana Crowley Jack, *Silencing the Self*

237 Два приведенных феминистских объяснения депрессии, а также различные соображения о связи депрессии с семейным положением можно найти в Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*, с 96—101.

237 Профессор Джордж Браун проделал большую интересную работу, исследуя "роль жизненных событий в наступлении депрессивных расстройств". Различные исследования, проведенные им и его коллегами, выявили, что унижение и ограниченность деятельности являются главными факторами депрессии у женщин. См.: George Brown, "Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison", *Psychological Medicine* 25 (1995). Во многих статьях приводятся сообщения разных ученых о важности исследования ролевых функций при определении депрессии. Забота женщины о потомстве служит типичным депрессогенным фактором, что согласуется с традиционной ролью полов. Впрочем, одна статья утверждает: "Когда мужчина играет значительную роль в домашних делах, это различие между полами отсутствует". Еще об этом см.: J.Y. Nazroo и др., "Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples", *Psychological Medicine* 27(1997): 9.

- 237 Эволюционные теории о депрессии у женщин я почерпнул из устной беседы с Мирной Вайсман.
- 237 Информацию о депрессии среди жертв сексуального насилия в детстве см.: Gemma Gladstone и др., "Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse", *American Journal of Psychiatry* 156, № 3 (1999): 431-437.
- 237 Об анорексии и депрессии см.: Christine Pollice и др., "Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa", *International Journal of Eating Disorders* 21 (1997), и Kenneth Altshuler и др., "Anorexia Nervosa and Depression: A Dissenting View", *American Journal of Psychiatry* 142, № 3 (1985).
- 237 Фрейд описывает Дору в эссе "Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria", в 7 томе *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Феминистское обсуждение сюжета см. в Jill Astbury, *Crazy for You*, с. 109-132.
- 238 Об идеях женственности и депрессии см.: Susan Nolen-Hoeksema, *Sex Differences in Depression*. Об ожиданиях, связанных с материнством, и послеродовой депрессии см.: Verta Taylor, *Rock-A-By Baby*, с. 35—58.
- 238 Цитату см.: Dana Crowley Jack, *Silencing the Self*, с. 32—48.
- 239 Анализ см. в Jill Astbury, *Crazy for You*, с. 2—3.
- 240 Сравнение числа самоубийств среди мужчин и женщин см.: Eric Marcus, *Why Suicide?*, где автор утверждает: "Из 30 000 человек, кончающих с собой ежегодно, 24 000 мужчин и 6 000 женщин", с. 15.
- 240 О депрессии среди одиноких, разведенных и вдовьих мужчин см.: Мугпа Weissman и др., "Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder", *Journal of the American Medical Association* 276, № 4 (1996).
- 243 Статистические данные о депрессии среди мужчин-евреев можно найти в Bruce Bower, "Depression: Rates in women, men ... and stress effects across the sexes", *Science News*, June 3, 1995, с. 346.
- 243 Особенности детей депрессивных матерей сформулированы в Marian Radke-Yarrow и др., "Affective Interactions of Depressed and Nondepressed Mothers and Their Children", *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, № 6 (1993). См. также заявку на грант от NIMH: Anne Riley, "Effects on children of treating maternal depression", с. 32.
- 243 Bruce Bower, "Depressive aftermath for new mothers", *Science News*, August 25, 1990, сообщает о ряде исследований, обнаруживших младенческую депрессию даже в возрасте трех месяцев.
- 244 Материнская депрессия влияет на детей непосредственно и серьезно. Tiffany Field, специалист в обсуждаемой области, пишет на эту тему более 20 лет; она сообщает о "неонатальной" депрессии: у младенцев обнаруживается "дизрегуляция" в поведении, физиологии и биохимии, возможно, вследствие воздействия биохимического дисбаланса матери на биохимические особенности ребенка в пренатальном периоде", с. 200. См.:

Tiffany Field, "Maternal Depression: Effects on Infants and Early Interventions", *Preventive Medicine* 27 (1998). К сожалению, эти вредоносные воздействия не исчезают. Nancy Aaron Jones и др., "EEG Stability in Infants/Children of Depressed Mothers", *Child Psychiatry and Human Development* 28, № 2 (1997), описывает исследование, в котором за детьми депрессивных матерей наблюдали с трех месяцев до трех лет. Семь из восьми детей, у которых была обнаружена асимметрическая картина ЭЭГ в младенчестве, сохраняли эту аномалию и в три года. Впрочем, исследование показало, что даже самое минимальное материнское внимание и вмешательство может устранить значительную часть проблемы. Martha Pelaez-Nogueras и др., "Depressed Mothers' Touching Increases Infants' Positive Affect and Attention in Still-Face Interaction", *Child Development* 67 (1996), утверждает, что спокойное и интимное отношение матери, ласкающей ребенка, может оказать радикальное положительное воздействие на настроение и общительность младенца. Другие исследования, напр., Sybil Hart и др., "Depressed Mothers' Neonates Improve Following the MABI and Brazelton Demonstration", *Journal of Pediatric Psychology* 23, № 6 (1998), и Tiffany Field и др., "Effects of Parent Training on Teenage Mothers and Their Infants", *Pediatrics* 69, № 6 (1982), демонстрируют, что просвещение родителей может в значительной степени предотвратить вред, приносимый детям депрессией матери.

245 Обследование детей депрессивных матерей через год после улучшения состояния матери — Catherine Lee и Ian Gotlib, "Adjustment of Children of Depressed Mothers: A 10-Month Follow-Up", *Journal of Abnormal Psychology* 100, № 4 (1991).

245 О десятилетнем наблюдении за социальной дезадаптацией, депрессиями, фобиями и алкоголизмом см.: Myrna Weissmann др., "Offspring of Depressed Parents", *Archives of General Psychiatry* 54 (1997).

245 Сравнение детей, матери которых страдают депрессией или шизофренией, см. в заявке на грант от NIMH Anne Riley, "Effects on children of treating maternal depression", с 32.

246 Проблемы дефицита внимания, стресса от разлуки, расстройств поведения и частых соматических жалоб описаны в эссе Leonard Milling и Barbara Martin, "Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children" в Walker и Roberts, *Handbook of Clinical Child Psychology*, с 319—339. См. также: Dr. David Fassler и Lynne Dumas, *Help Me, I'm Sad: Recognizing, Treating, and Preventing Childhood Depression* о депрессии у детей.

246 Результаты обследования двух-четырёхлетних детей депрессивных матерей см. в Sameroff и др., "Early development of children at risk for emotional disorder", *Monographs of the Society for Research in Child Development* 47, № 7 (1982).

246 Приведенная здесь информация о повышенном артериальном давлении взята из работы А.С. Guyton и др., "Circulation: Overall regulation", *Annual Review of Physiology* 34 (1972), под ред. J.M. Luck и V.E. Hall, см. табл. на с. 12.

247 Анаклитическая депрессия описана в статье Rene Spitz, "Anaclitic Depression", *Psychoanalytic Study of the Child* 2 (1946). См. пример в Rene Spitz и др., "Anaclitic Depression in an Infant Raised in an Institution", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 4, № 4 (1965).

247 Описание "спада жизнедеятельности" взято из устной беседы с П.Т. Джоши в Johns Hopkins и Деборой Кристи в Adolescent Medical Unit при University College London and Middlesex Hospital.

247 1% — цифра, приведенная в E. Poznanski и др., "Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children". *Archives of General Psychiatry* 23 (1970). 60% — Т.А. Petti, "Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 22 (1978).

248 Данные о числе детских самоубийств взяты из работы L. Milling и B. Martin, "Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children" в Walker и Roberts, *Handbook of Clinical Child Psychology*, с 328. Согласно статистическим данным с сайта NIMH за 1997 год самоубийство стоит третьим в списке причин детской смертности.

249 Депрессия в жизни тех, кто переживал ее в детстве, описана в Муппа Weissman и др., "Depressed Adolescents Grown Up", *Journal of the American Medical Association* 281, № 18 (1999), с 1707-1713.

249 Многие вопросы, связанные с депрессией у детей, были подняты лишь в постфрейдистском мире. Сейчас депрессия у детей зафиксирована как клиническая реальность, но конкретные цифры возникают только в отношении подростковой возрастной группы. В статье Murna Weissman и др. "Depressed Adolescents Grown Up", *Journal of the American Medical Association* 281, № 18 (1999), говорится: "Теперь стало ясно, что тяжелое депрессивное расстройство часто наступает в подростковом возрасте". Около 5% тинейджеров страдают депрессией — эти часто приводимые статистические данные я взял из Patricia Meisol, "The Dark Cloud", *The Sun* от 1 мая 1999.

252 Очень рекомендую видеофильм *Day for Night: Recognizing Teenage Depression*, выпущенный Depression and Related Affective Disorders Association (DRADA) совместно с Johns Hopkins University School of Medicine. Это красноречивое и содержательное описание типов депрессии у современной молодежи.

252 То, что родители недооценивают депрессию детей, следует из ряда исследований и статистических данных. Так, Howard Chua-Eoan, "How to Spot a Troubled Kid", *Time* 153, № 21 (1999), утверждает, что "57% тинейджеров, совершавших попытку самоубийства, страдали тяжелой депрессией, но только 13% их родителей в это верили", с. 46—47.

252 Статистические данные о наличии суицидальных мыслей у школьников см.: George Colt, *The Enigma of Suicide*, с 39.

252 Исследовательская деятельность Мирны Вайсманн и др. привлекла внимание к депрессии у детей и подростков. Многие ученые начали изу-

чать долгосрочные эффекты ранней диагностики депрессии. Статья Weissman и др. "Depressed Adolescents Grown Up", *The Journal of the American Medical Association* 281, № 18 (1999), отмечает: "Главное открытие — плохой прогноз тяжелого депрессивного расстройства, начавшегося в подростковом возрасте, — непрерывность и специфичность этого заболевания, продолжающегося во взрослом возрасте", с. 1171.

252 О корреляции между депрессией в раннем и взрослом возрасте см.: Eric Fombonne, "Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms", в Michael Rutter и David J. Smith, *Psychosocial Disorders in Young People*, с. 573.

252 70% — эта цифра указана в работе L. Milling и B. Martin, "Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children", в Walker и Roberts, *Handbook of Clinical Child Psychology*, с. 325.

252 О неэффективности трицикликов для детей и подростков сообщается в N.D. Ryan и др., "Imipramine in adolescent major depression: Plasma level and clinical response", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 73 (1986). Эффективность действия MAOI при детской и подростковой депрессии исследована меньше. Как сказано в Christopher Kye и Neal Ryan, "Pharmacologic Treatment of Child and Adolescent Depression", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 4, № 2 (1995), эти лекарства "требуют высокой степени ответственности при приеме препаратов, которая отсутствует у подростков", с. 276. Концепция, которой придерживается сегодня большинство клиницистов, резюмируется в "A review of the pharmacotherapy of major depression in children and adolescents", *Psychiatric Services* 51, № 5 (2000), с. 632.

253 Сексуальное насилие в детстве как непосредственная причина депрессии рассматривается в Jill Astbury, *Crazy for You*, с. 159—191, а как косвенная причина — в Gemma Gladstone и др., "Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse", *American Journal of Psychiatry* 156, №3(1999), с. 431-437.

253 Об усыновлении ребенка из российского детдома рассказывается в Margaret Talbot, "Attachment Theory: The Ultimate Experiment", *New York Times Magazine*, May 24, 1998.

254 О том, что пожилых депрессивных пациентов лечат неадекватно, говорится во многих статьях и исследованиях, как академических, так и популярных. Разнообразные причины и следствия этого рассматриваются в Sara Rimer, "Gaps Seen in Treatment of Depression in Elderly", *New York Times*, 5 сентября 1999. В статье цитируется Dr. Ira Katz, директор по гериатрической психиатрии School of Medicine Пенсильванского университета: "Более 16% пожилых пациентов, посещающих своего лечащего врача, страдают значительной степенью депрессии, но только 1/6 из них получают адекватное лечение". George Zubenko и др., "Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment on Major Depression in Late Life and Prediction of Response", *American Journal of Psychiatry* 151, № 7 (1994), объясняет: "Замечено, что диагностика тяжелой депрессии у стариков

затруднена, потому что депрессивные настроения у них менее выражены, чем у молодых пациентов. Более того, повышающиеся с возрастом тяготы физических болезней усложняют дифференциальную диагностику".

254 Замечания Эмиля Крепелина о депрессии у пожилых см.: С.Г. Gottfries и др., "Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders", *International Clinical Psychopharmacology*, suppl. 6, № 5 (1992).

254 О депрессии у пожилых, находящихся в домах престарелых см. *там же*.

254 О социальных аспектах старческой депрессии и значимости дружбы см.: Judith Hays и др., "Social Correlates of the Dimensions of Depression in the Elderly", *Journal of Gerontology* 53B, № 1 (1998).

255 Низкий уровень содержания нейромедиаторов у пожилых людей подтверждается в статье С.Г. Gottfries и др., "Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders", *International Clinical Psychopharmacology*, suppl. 6, № 5(1992).

255 О сравнительном уровне содержания серотонина у очень старых людей см. *там же*.

255 О том, что снижение уровня содержания серотонина при естественном старении не обязательно приводит к тяжелым последствиям, говорится во многих источниках. В.А. Lawlornflp., "Evidence for a decline with age in behavioral responsivity to the serotonin agonist, m-chlorophenylpiperazine, in healthy human subjects", *Psychiatry Research* 29, № 1 (1989) утверждают: "Функциональная значимость изменения уровня серотонина, содержащегося в мозге, связанная с нормальным старением у людей и животных, изучена плохо".

256 Сведения о замедленной реакции на антидепрессанты у пожилых людей см.: George Zubenko и др., "Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment on Major Depression in Late Life and Prediction of Response", *American Journal of Psychiatry* 151, № 7 (1994).

257 Об успешности лечения депрессии у стариков см. *там же*, с. 190. О назначении госпитализации см. *там же*.

257 Симптомы депрессии у пожилых людей описаны в Diego de Leo и Rene F. W. Dickstra, *Depression and Suicide in Late Life*, с 21—38.

257 Выражение "эмоциональная неустойчивость" (*emotional incontinence*) используется в Nathan Herrmann и др., "Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients", *CNS Drugs* 6, № 4 (1996).

258 Роль депрессии в прогнозировании болезни Альцгеймера и слабоумия описана в Myron Weiner и др., "Prevalence and Incidence of Major Depression in Alzheimer, Disease", *American Journal of Psychiatry* 151, № 7 (1994).

259 Об уровне содержания серотонина у страдающих болезнью Альцгеймера см. *там же*.

259 Об уровне содержания серотонина и старческом слабоумии см.: Alan Cross и др., "Serotonin Receptor Changes in Dementia of the Alzheimer Type", *Journal of Neurochemistry* 43 (1984), и Alan Cross, "Serotonin in Alzheimer-Type Dementia and Other Dementing Illnesses", *Annals of the New York Academy of Sciences* 600 (1990).

259 О влиянии SSRI на интеллектуальные и моторные способности см.: C.G. Gottfries и др., "Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders", *International Clinical Psychopharmacology*, suppl. 6, №5 (1992).

259 Сведения о длительном использовании SSRI в малых дозах взяты мною у M. Jacquelyn Harris и др., "Recognition and treatment of depression in Alzheimer's disease", *Geriatrics* 44, № 12 (1989). Они пишут: "Обычно пожилым пациентам с болезнью Альцгеймера требуются меньшие дозы и длительные пробные периоды медикаментозного лечения, чем более молодым пациентам с депрессией", с. 26.

259 Использование trazodona и бензодиазепинов у пожилых депрессивных пациентов описано в Nathan Herrmann и др., "Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients", *CMS Drugs* 6, № 4 (1996).

259 О гормонотерапии при сексуальной агрессивности у страдающих болезнью Альцгеймера см. *там же*.

260 Статистические данные о депрессии и инсульте см. в Allan House и др., "Depression Associated with Stroke", *Journal of Neuropsychiatry* 8, №4(1996).

260 Обзор работ о левополушарном инсульте см. *там же*.

260 Рассказ о плачущем человеке можно найти в Grethe Andersen, "Treatment of Uncontrolled Crying after Stroke", *Drugs & Aging* 6, № 2 (1995).

260 О человеке, вернувшемся на работу, см. *там же*. \*

260 Цитата из *Mad Travelers* взята из введения, с. 1—5.

263 Цитата из *Willow Weep for Me* — с. 18—19.

269 Сингапурский журнал — *Brave*, статья Shawn Tan напечатана в последнем номере 1999 г.

271 Многие сведения о депрессии у гомосексуалистов я заимствую у Richard C. Friedman and Jennifer Downey, особенно из "Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 23, № 1 (1995), и "Internal Homophobia and Gender-Valued Self-Esteem in the Psychoanalysis of Gay Patients", *Psychoanalytic Review* 86, № 3 (1999). Их работа будет обобщена в книгу *Psychoanalysis and Sexual Orientation: Sexual Science and Clinical Practice*. Я довольно много консультировался с Ричардом Фридманом, который в преддверии выхода этой книги дал мне некоторую дополнительную информацию; мои заимствования иногда обобщают обе статьи, что было одобрено Фридманом и Дауни.

271 Исследование 1999 года о близнецах взято из R. Herrel и др., "Sexual Orientation and Suicidality. A Co-Twin Control Study in Adult Men", *Archives*

## Примечания

of *General Psychiatry* 56 (1999). Они использовали реестры времен вьетнамской войны и сравнивали исключительно гетеросексуальных мужчин с теми, у кого бывали партнеры того же пола. В дополнение к шокирующим показателям суицидальных попыток, исследование показало, что тогда как среди натуралов лишь 25,5% имеют суицидальный склад мышления, среди геев таких — 55,3%.

271 Исследование 2000 г. о суицидальных попытках у мужчин 17—39 лет проводили на материале случайных выборок у 3648 человек Cochran и Mays, "Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results from NHANES III", *American Journal of Public Health* 90, № 4 (2000). Они же использовали базу данных из случайных выборок (9908 человек) на тему наличия фобий среди людей, имевших сексуальные контакты только с представителями противоположного пола, и тех, у кого были контакты с лицами своего пола на протяжении предыдущего года. Это опубликовано как "Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the U.S. Population", *American Journal of Epidemiology* 151, № 5 (2000). Из кандидатов на второе исследование 2479 были отведены, поскольку у них вообще не было сексуальных партнеров (что, на мой взгляд, само по себе достаточная причина депрессии).

271 Исследование новозеландских ученых, в ходе которого испытуемых просили прокомментировать свою сексуальную ориентацию и связи начиная с 16 лет, выявившее факторы риска многих заболеваний, опубликовано в D.M. Fergusson и др., "Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?" *Archives of General Psychiatry* 56, № 10(1999).

271 Исследование, проведенное в Голландии в 1999 г., охватывало 5998 испытуемых и выявило, что у гомосексуальных мужчин и женщин как минимум один диагноз из определяемых *DSM-IV-R* встречается чаще, чем у гетеросексуальных. У мужчин-геев повышенные показатели хронической депрессии и тревоги; у женщин выше показатели тяжелой депрессии и алкогольной/наркотической зависимости. См. исследование T.G. Sandfort, и др., "Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)", *Archives of General Psychiatry* 58, № 1 (2001).

271 Исследование в Миннесоте охватывало 36 254 учеников 7—12 классов; опубликовано в G. Remafedi, и др., "The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study", *American Journal of Public Health* 88, № 1 (1998). Различий в суицидальном образе мыслей у лесбиянок и женщин традиционной ориентации не выявлено; у мужчин эти показатели составляют 4,2% у натуралов и 28,1% у геев.

271 Исследование, рассмотревшее 3365 испытуемых и показавшее, что вероятность суицидальных попыток среди гомосексуальных мужчин в 6,5 раза выше, можно найти в R. Garofalo и др., "Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts among a Representative Sample of Youth", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153 (1999).

271 Исследование, показавшее, что 7,3% гомосексуалистов имели четыре и более суицидальных попыток против 1% у гетеросексуалов, охватывало 1563 человек. Гомо/бисексуальные студенты показали больше случаев суицидального образа мыслей; 12% гомосексуалистов совершали суицидальные попытки против 2,3% среди гетеросексуалов; 7,7% гомосексуалистов совершали на протяжении предыдущего года суицидальные попытки, требовавшие медицинского вмешательства, против 1,3% среди гетеросексуалов. См. исследование: А.Н. Faulkner и К. Cranston, "Correlates of Same-Sex Sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students", *American Journal of Public Health* 88, № 2 (1998). Исследование показало, что у геев повышенный риск травм, болезней, насильственной смерти, алкоголизма, наркомании и суицидального поведения.

271 Сообщение о том, что 10% самоубийств в округе Сан-Диего совершены мужчинами-геями, можно найти в С.Е. Rich и др., "San Diego Suicide Study I: Young vs. Old Subjects", *Archives of General Psychiatry* 43, № 6 (1986). Это было неподконтрольное исследование. D. Shatfer и др. пытались воспроизвести эти результаты для Нью-Йорка, см.: "Sexual Orientation in Adolescents Who Commit Suicide", *Suicide and Life Threatening Behaviors* 25, supp. 4 (1995), но не смогли, потому что работали только с юными самоубийцами, а информацию об их сексуальной ориентации добывали у их сверстников и членов семей, которые часто не знают, а нередко не желают признаваться, даже самим себе, в сексуальной ориентации своих детей.

271 О страхе развития гомосексуализма при воспитании и раннем восприятии этого страха см.: А.К. Maylon, "Biphasic aspects of homosexual identity formation", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19 (1982).

274 О высоких показателях самоубийства среди берлинских евреев сообщается в *Charlotte Salomon: Life? Or Theatre?* на с. 10, но еще ярче — на текстовых панно, представленных на выставке ее замечательных трудов в The Jewish Museum в начале 2001 г. Благодаря Джени Ливингстон за указание на этот материал и за идею о связи между суицидальностью евреев в донацистской Германии и геев в США.

274 Исследование, показавшее, что собственность учащихся-гомосексуалистов часто крадут или намеренно портят, можно найти в R. Garofalo и др., "The Association between Health Risk Behaviors and Sexual Orientation among a School-Based Sample of Adolescents", *Pediatrics* 101 (1998). Обнаружено также, что у гомосексуалистов в группе выше вероятность множественного злоупотребления наркотиками, рискованного сексуального поведения и т.п.

276 Анкета журнала *The New Yorker* о родителях, предпочитающих видеть детей несчастными, но гетеросексуальными, а не наоборот, опубликована в Hendrik Hertzberg, "The Narcissus Survey", *The New Yorker*, 5 января 1998.

279 Jean Malaurie, *The Last Kings of Thule*, хотя и подвергается в последние годы поношениям, дает прекрасное описание традиционной жизни инуитов в Гренландии.

279 Показатели самоубийства в Гренландии опубликованы в Tine Curtis и Peter Bjerregaard, *Health Research in Greenland*, с 31.

280 Отрывок из А. Alvarez, *A Savage God* — на с. 103.

285 Описания "полярной истерии", "синдрома горного бродяги" и "байдарочной тревоги" см. в Inge Lunge, "Mental Disorders in Greenland", *Man & Society 21* (1997). Должен поблагодарить Джона Харта за параллель с "порывом бешенства".

285 Цитата из Jean Malaurie, *The Last Kings of Thule*, с. 109.

## ГЛАВА VI. ПРИСТРАСТИЯ

292 Сведения о том, что существует около 25 общеупотребительных наркотических веществ, взяты с сайта National Institute of Drug Abuse [www.nida.nih.gov/DrugsofAbuse](http://www.nida.nih.gov/DrugsofAbuse).

292 Трехступенчатая модель механизма возникновения зависимости описана в David McDowell and Henry Spitz, *Substance Abuse*, с 19.

292 Peter Whybrow приводит краткое резюме о взаимодействии кокаина и дофамина в *A Mood Apart*, с. 213. Более глубокий анализ можно найти в Marc Galanter и Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, с 21-31.

292 О морфии и дофамине см.: Marc Galanter и Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, с. 11 — 19.

292 О влиянии алкоголя на уровень содержания серотонина см. *там же*, с. 6-7, 130-131.

292 О том, что на уровень содержания энкефалинов влияют многие наркотические вещества, сообщается в Craig Lambert, "Deep Cravings", *Harvard Magazine* 102, № 4 (2000).

292 Реакция мозга на повышенный уровень дофамина описана в Nora Volkow, "Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans", *Journal of Psychopharmacology* 13, № 4 (1999).

293 Динамика формирования наркомании при употреблении веществ, вызывающих привыкание, подробно описана в Nora Volkow и др., "Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex", *Cerebral Cortex* 10 (2000).

293 Статистические данные о сравнительной частоте возникновения зависимости от конкретных веществ см.: James Anthony и др., "Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants. Basic findings from the National Comorbidity Survey", *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2, № 3 (1994).

293 Работу о наркотиках и гематоэнцефалическом барьере можно найти в David McDowell и Henry Spitz, *Substance Abuse*, с. 22-24.

294 Продолжительность формирования зависимости к алкоголю и кокаину описана в H.D. Abraham и др., "Order of onset of substance abuse and

depression in a sample of depressed outpatients", *Comprehensive Psychiatry* 40, № 1 (1999).

295 Работу с PET, в которой указывается на частичное восстановление даже и через три месяца см., напр., в Dr. Nora Volkow, "Long-Term Frontal Brain Metabolic Changes in Cocaine Abusers", *Synapse* 11 (1992). О том, что хроническое употребление наркотиков имеет необратимые неврологические последствия, сообщается в Alvaro Pascual-Leone и др., "Cerebral atrophy in habitual cocaine abusers: A planimetric CT study", *Neurology* 41 (1991), и Roy Mathew and William Wilson, "Substance Abuse and Cerebral Blood Flow", *American Journal of Psychiatry* 148, № 3 (1991). Сведения о когнитивных расстройствах, в т.ч. о дефиците памяти, внимания и способности к абстрактному мышлению, см.: Alfredo Ardila и др., "Neuropsychological Deficits in Chronic Cocaine Abusers", *International Journal of Neuroscience* 57 (1991), и William Beatty и др., "Neuropsychological performance of recently abstinent alcoholics and cocaine abusers", *Drug and Alcohol Dependence* 37 (1995).

295 Детальный обзор многообразных причин психической патологии у алкоголиков см.: Michael Charness, "Brain Lesions in Alcoholics", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17, № 1 (1993). Более общий и современный обзор о связи повреждений мозга с алкоголизмом см.: Marcia Barinaga, "A New Clue to How Alcohol Damages Brains", *Science*, 11 февраля, 2000. О проблеме нарушений памяти у этого слоя населения см.: Andrey Ryabinin, "Role of Hippocampus in Alcohol-Induced Memory Impairment: Implications from Behavioral and Immediate Early Gene Studies", *Psychopharmacology* 139 (1998).

295 Описание использования SSRI для лечения зависимости от алкоголя можно найти в David McDowell и Henry Spitz, *Substance Abuse*, с. 220. Mark Gold и Andrew Slaby спорят с этой позицией в книге *Dual Diagnosis in Substance Abuse*. Они пишут на с. 210—211: "Антидепрессанты активным алкоголикам прописывать не следует, поскольку гораздо более Действенным лечением, вероятнее всего, будет период трезвости".

296 Сокращение латентности REM-фазы сна (REM) давно признано характерным признаком депрессии. Подробное обсуждение соотношения депрессии и сна см. в Francis Mondimore, *Depression: The Mood Disease*, с. 174—178. Сведения о парадоксальном сне, алкоголизме и депрессии взяты из D.H. Overstreet и др., "Alcoholism and depressive disorder", *Alcohol & Alcoholism* 24(1989); и P. Shiromani и др., "Acetylcholine and the regulation of REM sleep", *Annual Review of Pharmacological Toxicology* 27 (1987).

296 Высказывание о связи раннего алкоголизма и депрессии см.: Mark Gold и Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, с 7—10.

296 О диагностике первичной и вторичной депрессии см. *там же*, с. 108—9.

296 Сведения о соотношении больных депрессией и страдающих вторичным алкоголизмом, взяты мной из Barbara Powell и др., "Primary and Secondary Depression in Alcoholic Men: An Important Distinction?" *Journal of Clinical Psychiatry* 48, № 3 (1987). Еще на эту сложную тему см.: Bridget Grant и др., "The Relationship between *DSM-IV* Alcohol Use Disorders and

*DSM-IV* Major Depression: Examination of the Primary-Secondary Distinction in a General Population Sample", *Journal of Affective Disorders* 38 (1996).

296 То, что злоупотребления наркотическими веществами часто начинаются в подростковом возрасте, обсуждается в Boris Segal и Jacqueline Stewart, "Substance Use and Abuse in Adolescence: An Overview", *Child Psychiatry and Human Development* 26, № 4 (1996). В статье говорится: "Рассматривая эпидемиологический фактор, следует отметить, что период взросления — возраст повышенного риска в отношении начала употребления наркотических веществ; те, кто не экспериментировал с легальными и нелегальными препаратами до 21 года, вряд ли станут делать это позже"; с. 196.

297 На то, что у злоупотребляющих наркотическими веществами или алкоголем выше вероятность рецидивов во время депрессии, указывается в Mark Gold и Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*: "Алкоголики, жалующиеся на депрессию во время периодов трезвости, начинают пить снова чаще, чем люди с нормальным душевным состоянием", с. 108.

297 Взгляды R.E. Meyer цитируются по *Psychopathology and Addictive Disorder*, с. 3—16.

297 Ремиссия явно шизофренических симптомов (паранойя, бред, галлюцинации и т.п.) у пациентов с депрессией и злоупотребляющих стимуляторами имеет отношение к тому, что манию часто вызывает избыток дофамина. Отказ от стимуляторов может помочь его устранить. Еще о взаимосвязи стимуляторов, мании и психозов см.: Robert Post и др., "Cocaine, Kindling, and Psychosis", *American Journal of Psychiatry* 133, № 6 (1976), и John Griffith и др., "Dextroamphetamine: Evaluation of Psychomimetic Properties in Man", *Archives of General Psychiatry* 26 (1972).

297 Тяжесть таких болезней в случаях двойного диагноза рассматривается в Mark Gold and Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*.

297 О порождающем депрессию эффекте отказа от кокаина, успокоительных, гипнотических и транквилизирующих веществ, *см. там же*, с. 105—115.

298 Работы о способности наркотических веществ, особенно алкоголя, усугублять суицидальность резюмируются в Ghadirian и Lehmann, *Environment and Psychopathology*, с. 112. Mark Gold и Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse* утверждают, что "частота суицидальных попыток, в которых люди признаются, все более возрастает с увеличением употребления легальных и нелегальных наркотиков", с. 14.

298 О том, что депрессия часто отступает при отказе от алкоголя, сообщается в ряде исследований. Mark Gold и Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, говорят: "Большинство симптомов при первичном алкоголизме и вторичной депрессии имеют тенденцию к исчезновению на второй неделе, и продолжают постепенно уменьшаться в пределах трех-четырёх недель воздержания", с. 107—108.

298 Алкоголь на самом деле приводит к более быстрой абсорбции всех лекарств; то, что пики абсорбции усугубляют побочные эффекты, и есть один из исходных принципов терапии антидепрессантами.

- 298 Меткое замечание Говарда Шеффера о вызывающих наркотическое пристрастие игральные кости приведено в Craig Lambert, "Deep Cravings", *Harvard Magazine* 102, № 4 (2000). Там же приведены высказывания Берты Мадрас.
- 299 Об уровне содержания эндорфинов и употреблении алкоголя см. в J.C. Aguirre и др., "Plasma Beta-Endorphin Levels in Chronic Alcoholics", *Alcohol* 7, №5(1990).
- 300 О четырех источниках зависимости см.: David McDowell и Henry Spitz, *Substance Abuse*.
- 301 Статистические данные о трезвости среди ирландцев и израильтян я обсуждал в личной беседе с доктором Гербертом Клебером 9 марта 2000 г.
- 302 Цитата из T.S. Eliot, "Gerontion" в *The Complete Poems and Plays*, с 22.
- 302 Замечания о "заменах" взяты из Mark Gold и Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, с 199.
- 302 Рассказ о перце и слоне я заимствую у Сю Маккартни-Снейп, которая провела много времени в Непале и беседовала с погонщиками слонов.
- 302 О недостаточном насыщении крови кислородом при курении см.: Marc Galanter и Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, с 216.
- 302 О курении и содержании уровня серотонина см.: David Gilbert, *Smoking*, с. 49—59.
- 305 Подробнее о жизни среди русских художников см. в моей книге *The Irony Tower: Soviet Artists in a Time of Glasnost*.
- 305 О том, что одним из рациональных доводов в пользу налогообложения алкоголя в Скандинавии является сокращение числа самоубийств, я узнал из беседы с Хаканом Лейфманом и Матсом Рамшtedтом из Swedish Institute of Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD). Статистические данные будут опубликованы в готовящемся дополнении к *Addiction: Mats Ramstedt, "Alcohol and Suicide in 14 European Countries"*. Еще о связи употребления алкоголя и самоубийства см.: George Murphy, *Suicide in Alcoholism* и I. Rossow, "Alcohol and suicide — beyond the link at the individual level", *Addiction* 91 (1996).
- 306 О серьезном алкоголизме и нарушении когнитивной функции см.: David McDowell и Henry Spitz, *Substance Abuse*, с. 45—46.
- 306 О токсичном влиянии алкоголя на печень, пищеварительную и иммунную системы см. *там же*, с. 46—47.
- 306 Утверждение о том, что уровень смертности у алкоголиков выше, чем у неалкоголиков, приводится в Donald Goodwin, *Alcoholism, the Facts*, с. 52.
- 306 Статистические данные о том, что 90% американцев употребляли алкоголь, и цифры, отражающие физиологическое пристрастие к нему в США см. из David McDowell и Henry Spitz, *Substance Abuse*, с. 41—42.
- 306 Роль серотонина и гидрокортизона в сопротивлении тяги к спиртному рассматривается в Marc Galanter и Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, с 6-7 и 130-31.

306 Информация о рецепторах гамма-аминомасляной кислоты взята из личной переписки со Стивеном Хайманом и Дэвидом Макдауэллом. Глубокое рассмотрение связи алкоголя, гамма-аминомасляной кислоты и других нейромедиаторов см. в Marc Galanter и Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, с 3—8. О том, как серотонин влияет на усиление потребления алкоголя, см.: R.J.M. Niesink и др., *Drugs of Abuse and Addiction*, с. 134-137.

306 Ведущая роль психодинамических методов лечения пациентов с двойным диагнозом представляется скорее клинической реальностью, чем хорошо изученным фактом. Большинство врачей, с которыми я беседовал, придерживаются убеждения, что для настоящего выздоровления пациент с двойным диагнозом должен понимать, как зависимости воздействуют на депрессию и наоборот. В Marc Galanter и Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, говорится, что для "тех пациентов, которых необходимо лечить от аффективных состояний, психодинамическая терапия может быть особенно ценной", с. 312.

306 Практика Колумбийского университета осуществляется в рамках программы S.T.A.R.S. (Substance Treatment and Research Service).

307 Об антабусе написано много. Подробное описание его действия см. в David McDowell и Henry Spitz, *Substance Abuse*, с. 217—219.

307 Об использовании налтрексона при отвыкании от алкоголя и героина см. *там же*, с. 48—51.

307 Информацию об истории употребления марихуаны см. *там же*, с. 68.

308 Токсичность марихуаны для легких рассматривается в Marc Galanter и Herbert Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, с 172—173.

308 О депрессии в семьях людей, употребляющих стимуляторы, см.: Mark Gold и Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, с 18.

308 Процент привыкания среди употребляющих кокаин опубликован из David McDowell и Henry Spitz, *Substance Abuse*, с. 93.

309 О подопытных крысах, предпочитающих стимуляторы еде и сексу, см. в R.A. Yokel и др., "Amphetamine-type reinforcement by dopaminergic agonists in the rat", *Psychopharmacology* 58 (1978). Есть много исследований с подобными результатами над макаками-резус. См., напр., T.G. Aigner и др., "Choice behavior in rhesus monkeys: Cocaine versus food", *Science* 201 (1978).

309 Нейрофизиология кокаиновой абстиненции рассматривается в Mark Gold и Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, с 109—110.

309 О воздействии амфетаминов и кокаина на нейромедиаторы см.: R.J.M. Niesink и др., *Drugs of Abuse and Addiction*, с. 159—165.

309 На то, что острое влечение может продолжаться десятилетиями, указывается в Mark Gold и Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, с 110.

309 Использование 10-недельного курса антидепрессантов при кокаиновой абстиненции описано в Bruce Rounsaville и др., "Psychiatric Diagnoses

of Treatment-Seeking Cocaine Abusers", *Archives of General Psychiatry* 48 (1991).

309 Необратимое воздействие амфетаминов и кокаина на дофаминовую систему описано в Mark Gold and Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, с. ПО: "Исследования на животных выявили частичную дегенерацию нейронов дофаминергической системы при хроническом применении стимуляторов".

309 О кокаине и факторе высвобождения адренокортикотропного гормона см.: Thomas Kosten и др., "Depression and Stimulant Dependence", *Journal of Nervous and Mental Disease* 186, № 12 (1998).

310 Сведения о депрессии среди зависимых от опиатов взяты из Ghadirian and Lehmann, *Environment and Psychopathology*, с 110—111.

311 Сведения о высоком проценте депрессии среди людей, постоянно принимающих метадон, даются по Mark Gold and Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, с 110.

312 Статистические данные о ветеранах Вьетнама в связи с употреблением героина можно найти Craig Lambert, "Deep Cravings", *Harvard Magazine* 102, № 4 (2000): 67.

313 Обзор воздействия экстази на серотониновые аксоны см. в R.J.M. Niesink и др., *Drugs of Abuse and Addiction*, с. 164—165. О том, что экстази снижает уровень серотонина на 30—35%, можно прочесть в U. McCann и др., "Serotonin Neurotoxicity after 3,4-Methylenedioxymethamphetamine: A Controlled Study in Humans", *Neuropsychopharmacology* 10 (1994). Яркое и информативное описание нейротоксического эффекта экстази см.: S.R. White и др., "The Effects of Methylenedioxymethamphetamine on Monoaminergic Neurotransmission in the Central Nervous System", *Progress in Neurobiology* 49 (1996). Подробное описание экстази и его нейротоксичности см. в J.J.D. Turner and A. C. Parrott, "Is MDMA a Human Neurotoxin?": Diverse Views from the Discussants", *Neuropsychobiology* 42 (2000).

314 В описании бензодиазепинов я опираюсь на работы д-ра Ричарда А. Фридмана из Cornell University, в частности, на личные беседы с ним весной 2000 г.

314 Опасность превышения дозировки бензодиазепинов рассматривается в Mark Gold и Andrew Slaby, *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, с 20—21.

314 Более подробное описание "уличных" наркотиков см. в David McDowell и Henry Spitz, *Substance Abuse*, с. 65—66.

316 О происхождении героина говорится в Craig Lambert, "Deep Cravings", *Harvard Magazine* 102, № 4 (2000): 60.

316 Краткая история экстази приводится в David McDowell and Henry Spitz, *Substance Abuse*, с 59—60.

316 Речь идет о Michael Pollan, "A Very Fine Line", *New York Times Magazine*, September 12, 1999.

319 Замечание Кита Ричардса было обнаружено в блестящей книге Dave Nickey, *Air Guitar*, перед титульным листом. Благодарю старину Стивена Биттеролфа за подарок.

## ГЛАВА VII. САМОУБИЙСТВО

327 Идея о том, что непосредственной причинной связи между депрессией и суицидальностью не существует, заимствована у многих авторов, хорошо осведомленных в обеих областях. Как сказано в George Colt, *The Enigma of Suicide*, самоубийство больше не рассматривают как "конечный пункт депрессии", с. 43.

327 Цитата из Джорджа Колта, *там же*, с. 312.

328 Сведения о том, что более половины совершивших самоубийство госпитализировались по психиатрическим поводам, взяты из Jane Pirkis and Philip Burgess, "Suicide and recency of health care contacts: A systematic review", *British Journal of Psychiatry* 173 (1998): 463.

329 Замечание об экзорцизме см.: A. Alvarez, *The Savage God*, с. 96. Слова о самоубийстве и амбициях — с. 75.

330 О том, что самоубийство — главная философская проблема, Альбер Камю пишет в *Мифе о Сизифе*, с. 3.

330 Эти знаменитые слова из "Гамлета" — третье действие, первая картина, строки 79—80; вторая цитата — строки 83—85. Разумеется, единственного и четкого толкования этих слов Гамлета не существует. Я отослал бы читателя, например, к C.S. Lewis, *Studies in Words*, где целая глава отведена соотношению между словами conscience and conscious. Я бы также посоветовал прочесть их блестящее толкование в Harold Bloom, *Shakespeare: The Invention of the Human*.

330 Замечания Шопенгауэра взяты из эссе "О самоубийстве" в *The Works of Schopenhauer*, с. 437.

331 Утверждение Сантаяны приведено в Glen Evans, *The Encyclopedia of Suicide*, с. 11.

332 Замечание Фрейда об отсутствии адекватного подхода к проблеме самоубийства взято из его выступления на собрании Венского психоаналитического общества по проблеме самоубийства 20 и 27 апреля 1910 г. Я использовал цитату, приведенную в эссе Litman, "Sigmund Freud on Suicide" в *Essays in Self-Destruction*, под ред. Edwin Shneidman, с. 330.

332 О нелогичности отдаления смерти Альбер Камю пишет в "Мифе о Сизифе", с. 3.

332 Высказывание Плиния взято из *The Works of Schopenhauer*, с. 433.

332 Эти строки Джона Донна можно найти в *Biathanatos*, с. 39.

332 Цитата из Шопенгауэра — *Essays and Aphorisms*, с. 78.

333 Цитата из книги Thomas Szasz, *The Second Sin*, с.67.

- 333 Гарвардское исследование описано в Herbert Hendin, *Suicide in America*, с. 216.
- 334 Высказывания о "разрыве" взяты из Edwin Shneidman, *The Suicidal Mind*, с. 58-59.
- 334 Высказывание Эдвина Шнейдмана о праве на рвоту цитируется в George Colt, *The Enigma of Suicide*, с. 341.
- 334 Утверждение о том, что каждые 17 минут кто-нибудь кончает с собой, вычислено на основании статистических данных НИМН (31 000 в 1996г.): если 524 160 минут в году поделить на 31 000, получится 16,9 минут на каждое самоубийство.
- 334 О том, что самоубийство — третья по частоте причина смерти среди молодежи, обсуждается на сайтах НИМН Suicide Facts (статистика за 1996 г.). Сведения о том, что самоубийство — вторая по частоте причина смерти среди студентов колледжей, см.: Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 21. Сравнительные статистические данные о самоубийстве и СПИДе и цифры, касающиеся госпитализации по поводу суицидальных попыток, см.: Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 23 и 24.
- 334 Статистические данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о самоубийстве см.: *World Health Report*, 1999. Исследование, показавшее, что самоубийства участились на 260%, можно найти в U. Asgard и др., "Birth Cohort Analysis of Changing Suicide Risk by Sex and Age in Sweden 1952 to 1981", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76 (1987).
- 334 Статистические данные о самоубийстве и тяжелой депрессии, сопровождающейся бредом, см.: Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 110.
- 335 Связь между суицидальностью и первым эпизодом депрессии описана в M. Oquendo и др., "Suicide: Risk Factors and Prevention in Refractory Major Depression", *Depression and Anxiety* 5(1997): 203.
- 335 Данные о суицидальных попытках и совершенных самоубийствах см.: George Colt, *77th Enigma of Suicide*, с. 311.
- 335 Источник, содержащий противоположные статистические данные, — Aaron Beck, *Depression*. На с. 57, в обзоре исследований, Бек приводит два из них, с радикально отличающимися результатами. Первое утверждает, что "риск самоубийства среди госпитализированных по поводу депрессии примерно в 500 раз выше, чем в среднем по стране". Второе, на следующей странице, говорит: "Показатель самоубийств у депрессивных пациентов, следовательно, был в 25 раз выше ожидаемого".
- 335 Позиция НИМН в связи с тем, что "согласно исследованию, 90% людей, покончивших с собой, страдали депрессией или другим диагностируемым психическим расстройством или наркотическим пристрастием", сформулирована на сайте [www.nimh.nih.gov/publicat/harm-away.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/harm-away.cfm).
- 335 О пике самоубийств в понедельник и пятницу сообщается в Eric Marcus, *Why Suicide?c.* 23.

335 Показатели самоубийств по часам суток приведены в M. Gallerani и др., "The Time for Suicide", *Psychological Medicine* 26 (1996).

335 Об учащении самоубийств весной сообщается в David Lester, *Making Sense of Suicide*, с 153.

335 То, что среди женщин самоубийства случаются чаще на первой неделе менструального цикла, описано в Richard Wetzel и James McClure Jr., "Suicide and the Menstrual Cycle: A Review", *Comprehensive Psychiatry* 13, № 4 (1972). Там же дан обзор исследований, указывающих на повышение этих показателей на последней неделе цикла. Однако методологическая правомерность этих исследований оспаривается. Критический обзор литературы см. в Enrique Baca-Garcia и др., "The Relationship Between Menstrual Cycle Phases and Suicide Attempts", *Psychosomatic Medicine* 62 (2000). Об эффектах беременности и родов сообщается в E. C. Harris and Brian Barraclough, "Suicide as an Outcome for Medical Disorders", *Medicine* 73(1994).

336 Знаменательная книга Эмиля Дюркгейма *Le Suicide* издана в 1897 г. Я привожу его классификацию по Steve Taylor, *Durkheim and the Study of Suicide*.

336 Цитату из Чарлза Буковски я обнаружил на доске объявлений на бульваре Сансет [в Голливуде]. Найти это высказывание в его работах мне не удалось. Впрочем, никого не призываю ехать на бульвар Сансет в часы пик в поисках данной ссылки.

336 Цитата из Алексиса де Токевилля взята из его по праву знаменитой книги Alexis de Tocqueville, *Democracy in America*, с 296.

337 Размышление Эмиля Дюркгейма о социальном происхождении самоубийства описано в Steve Taylor, *Durkheim and the Study of Suicide*, с 21.

337 Утверждение о том, что взрослые, дети и люди с психическими болезнями, совершающие самоубийство, имеют высокую вероятность того, что самоубийство присутствует в их семейной истории, чем те, кто не совершает его, выведено из множества (более тридцати) исследований и приводится в Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 169.

337 Paul Wender и др., "Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorder," *Archives of General Psychiatry* 43 (1986), сообщает о более высокой частоте самоубийств в биологических семьях, чем в приемных. Обзор исследований однойцовых близнецов в связи с проблемой самоубийства см. в Alec Roy и др., "Genetics of Suicide in Depression", *Journal of Clinical Psychiatry*, suppl. 2 (1999).

338 Информацию об эпидемиях самоубийств см. в работе Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 144-153, 276-180.

338 Эпидемия самоубийств после выхода в свет "Страданий юного Вертера" описывается в неизданной рукописи Paolo Bernardini, "*Melancholia gravis*: Robert Burton, *Anatomy* (1621) and the Links between Suicide and Melancholy".

338 Сообщения о повышении показателей самоубийства после публикации историй о них в средствах массовой информации, и в частности после смерти Мерилин Монро, можно найти в George Colt, *The Enigma of Suicide*, с 90-91.

338 Обсуждение того, как программы предотвращения самоубийств могут на самом деле их провоцировать, см.: Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 273-275.

338 О том, что суицидальная попытка предсказывает самоубийство, говорится в Rise Goldstein и др., "The Prediction of Suicide", *Archives of General Psychiatry* 48 (1991): "Мы сумели показать, что важно не только наличие предыдущей попытки, но и их количество, ибо риск самоубийства повышается с каждой новой попыткой", с. 421.

339 Цитата из Maria Oquendo и др., "Inadequacy of Anti-depressant Treatment for Patients with Major Depression Who Are at Risk for Suicidal Behavior", *American Journal of Psychiatry* 156, № 2 (1999): 193.

339 О том, что литий наиболее исследован как препарат, воздействующий на суицидальные наклонности, сообщается в Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 239-141.

339 На то обстоятельство, что частота самоубийств среди пациентов с биполярным расстройством, переставших принимать литий, повышается в 16 раз, указывается в Leonardo Tondo и др., "Lithium maintenance treatment reduces risk of suicidal behavior in Bipolar Disorder patients", in *Lithium: Biochemical and Clinical Advances*, под ред. Vincent Gallicchio и Nicholas Birch, с. 161-171.

340 То, что пациенты, прошедшие ЭШТ, имеют более низкие показатели самоубийств, чем те, которых лечили медикаментозно, обсуждается в эссе Jerome Motto, "Clinical Considerations of Biological Correlates of Suicide", в *The Biology of Suicide*, под ред. Ronald Maris. \*

340 Формулировка Фрейда о том, что самоубийство есть импульс уничтожения, направленный против себя, обсуждается в ряде его работ. В "Печали и меланхолии" он пишет: "Мы давно знаем, что нет невротика, не вынашивающего мыслей о самоубийстве, которые не были бы направленными на себя импульсами уничтожить других". См.: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14, с 252.

340 Описание Эдвином Шнейдманом самоубийства как развернутого на 180 градусов убийства приводится в George Colt, *The Enigma of Suicide*, с 196.

340 Фрейдовская формулировка инстинкта смерти описана в эссе Robert Litman, "Sigmund Freud on Suicide", в *Essays in Self-Destruction*, под ред. Edwin Shneidman, с 336.

340 Формулировка Карла Меннингера цитируется в George Colt, *The Enigma of Suicide*, с 201.

340 Строки Честертона цитируются в Glen Evans и Norman L. Farberow, *The Encyclopedia of Suicide*, с ii.

341 Влияние последствий хронического стресса на обмен нейромедиаторов исследованы многими учеными. Прекрасный обзор этих идей содержится в Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 192—193. Еще о реакции мозга на стресс см. в Robert Sapolsky и др., "Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates", *Journal of Neuroscience* 10, №9(1990).

341 Исследования о суицидальности и обмене холестерина сведены вместе в Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 194—195.

341 Сведения о пониженном уровне содержания серотонина, увеличении числа серотониновых рецепторов, ингибировании и самоубийстве резюмированы одним из пионеров в этой области — John Mann, "The Neurobiology of Suicide", *Lifesavers* 10, № 4 (1998). Hermann van Praag, "Affective Disorders and Aggression Disorders: Evidence for a Common Biological Mechanism", в *The Biology of Suicide*, под ред. Ronald Maris — тоже прекрасный обзор известных науке сведений на сегодняшний день. См. также Alec Roy, "Possible Biologic Determinants of Suicide", в *Current Concepts of Suicide*, под ред. David Lester.

341 О низком уровне содержания серотонина у убийц и поджигателей см.: M. Virkkunen и др., "Personality Profiles and State Aggressiveness in Finnish Alcoholics, Violent Offenders, Fire Setters, and Healthy Volunteers", *Archives of General Psychiatry* 51 (1994).

341 Существует множество исследований о соотношении пониженного уровня серотонина и рискованного поведения животных. Особенно содержательная статья — P.T. Mehlman и др., "Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates", *American Journal of Psychiatry* 151 (1994). Кроме того, я заимствовал материал из бюллетеней Across Species Comparison and Psychopathology *ASCAP*.

341 Уровень норэпинефрина в мозге самоубийц изучался многими. Интересный обзор — Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 192—193.

341 Еще о низком содержании главных нейромедиаторов см. в John Mann, "The Neurobiology of Suicide", *Lifesavers* 10, № 4 (1998).

342 См. прекрасный отчет Marie Asberg, "Neurotransmitters and Suicidal Behavior: The Evidence from Cerebrospinal Fluid Studies", *Annals of the New York Academy of Sciences* 836 (1997).

342 Исследования по гидроксиллазе триптофана см.: D. Nielsen и др., "Suicidality and 5-Hydroxyindoleacetic Acid Concentration Associated with Tryptophan Hydroxylase Polymorphism", *Archives of General Psychiatry* 51 (1994).

343 Обезьян, воспитываемых без матери, изучал Gary Kraemer. В частности, я ознакомился с его докладом "The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys: Current Concepts and Relations to Impulsive Behavior in Humans", *Annals of the New York Academy of Sciences* 836, № 363 (1997), представленным на семинаре NIMH "Suicide Research Workshop" 14-15 ноября 1996 г.

343 Исследование о связи ранних сексуальных издевательств и пониженном уровне серотонина описано в Joan Kaufman и др., "Serotonergic Functioning in Depressed Abused Children: Clinical and Familial Correlates", *Biological Psychiatry* 44, № 10 (1998).

343 Еще о связи между повреждением нервной системы в эмбриональном периоде и последующей склонностью к суициду см.: Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 183.

343 Сравнительный уровень серотонина у мужчин и женщин см. в Simeon Margolis and Karen L. Swartz, "Sex Differences in Brain Serotonin Production", *The Johns Hopkins White Papers: Depression and Anxiety*, 1998, с. 14. Подробную информацию о поли- и моноаминовой системе мозга см. в Uriel Halbreich and Lucille Lumley, "The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance", *Journal of Affective Disorders* 29, № 2—3 (1993).

343 Цитата из Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 184.

344 Связь между доступностью огнестрельного оружия и самоубийством изучалась во многих исследованиях. Я пользовался М. Воог и др., "Suicide Rates, Handgun Control Laws, and Sociodemographic Variables", *Psychological Reports* 66 (1990).

344 О самоубийствах в Англии, связанных с газом, см.: George Colt, *The Enigma of Suicide*, с. 335.

344 О том, что американцы гораздо чаще стреляются, чем гибнут в перестрелках, см.: Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 284. О связи уровня самоубийств со строгостью законов об оружии и цитата на эту тему из Дэвида Оппенгеймера — из George Colt, *The Enigma of Suicide*, с. 336.

344 Статистические данные об американских самоубийцах взяты из Centers for Disease Control. Один он-лайнный журнал приводит следующую общую цифру, которую я не смог обнаружить на сайте CDC: "Цифры, опубликованные CDC 18 ноября, показывают, что число самоубийств при помощи огнестрельного оружия составило в 1997 г. 18 тысяч". См.: [www.stats.org/statswork/gunsuicide.htm](http://www.stats.org/statswork/gunsuicide.htm). Приблизительные оценки можно вычислить по информации с сайта CDC. Из 30 535 человек, покончивших с собой в 1997 г., примерно "три из пяти", по оценке CDC, пользовались огнестрельным оружием. Расчеты по этой формуле дают 18 321. Я взял 18 тысяч как примерное среднее значение. См. сайт CDC [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm).

344 Информация о способах самоубийства в Китае — см.: Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 140.

344 Информация о способах самоубийства в Пенджабе — *там же*, с. 137.

344 О показателях самоубийств среди художников, ученых, бизнесменов, поэтов и композиторов — см. *там же*, с. 181.

345 О показателях самоубийств среди алкоголиков — см.: George Colt, *The Enigma of Suicide*, с. 266.

345 Цитата из Karl Menninger, *Man Against Himself*, с. 184.

346 Эксперименты на крысах проводили Juan Lopez, Delia Vasquez, Derek Chalmers и Stanley Watson. Результаты были представлены на семинаре NIMH "Suicide Research Workshop" 14-15 ноября 1996 г.

346 Макаки-резус, воспитывающиеся без матери, были исследованы Гарри Кремером. Я ознакомился с исследованием Gary Kraemer, "The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys", представленном на семинаре NIMH "Suicide Research Workshop" 14—15 ноября 1996 г.

347 Рассказ об осьминоге-самоубийце принадлежит Мейн Асберг.

347 Сведения о связи между травмой от ранней смерти родителей и суицидальностью — см.: L. Moss и D. Hamilton, "The Psychotherapy of the Suicidal Patient", *American Journal of Psychiatry* 122 (1956).

347 Данные по суицидальным попыткам и цифры, показывающие, что самоубийство — третья по частоте причина смерти среди 15—24-летних в США, взяты из отчета D. L. Ноуелдр., "Deaths: Final data for 1997. National Vital Statistics Report", опубликованного для National Center for Health Statistics. Он доступен на сайте [www.cdc.gov/ncipc/osp/states/10lc97.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/osp/states/10lc97.htm). Суицидальные попытки оценивались по статистическим данным NIMH: "...на каждое совершенное самоубийство приходится от 8 до 25 попыток". Поэтому цифра 80 000 попыток — это, к сожалению, еще скромная оценка. Отчет NIMH можно найти на [www.nimh.nih.gov/publicat/harmaway.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/harmaway.cfm).

347 Список причин повышенного суицидального риска см.: George Colt, *The Enigma of Suicide*, с 49.

348 Исследование об успешных молодых людях и самоубийстве представлено в Herbert Hendin, *Suicide in America*, с. 55.

348 Мысль о том, что несформировавшиеся взгляды на смерть могут вести к самоубийству в юном возрасте, рассматривается в Philip Patros и Tonia Shamo, *Depression and Suicide in Children and Adolescents*, с 41.

349 О показателях самоубийства среди мужчин старше 65 лет см.: Diego de Leo и Rene F.W. Diekstra, *Depression and Suicide in Late Life*, с 188.

349 О том, что пожилые люди пользуются особенно смертоносными средствами и об их крайней скрытности, см. *там же*.

349 Повышенные показатели самоубийства среди разведенных и вдовых см. *там же*.

349 О развитии двигательных расстройств, ипохондрии и паранойи у стариков вследствие депрессии см. *там же*, с. 24.

349 О депрессивных пожилых пациентах и соматизации см.: Laura Musetti и др., "Depression Before and After Age 65: A Reexamination", *British Journal of Psychiatry* 155 (1989): 330.

350 Сравнительные показатели самоубийства по странам, ставящие на первое место Венгрию (40 самоубийств на 100 000 населения) и на последнее Ямайку (0,4 на 100 000), см.: Eric Marcus, *Why Suicide?c*. 25-26.

- 351 Приводимый список средств самоубийства — Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 133-134.
- 355 Позиция ВОЗ в отношении проблемы самоубийства подробно изложена в отчете, *Prevention of Suicide*.
- 355 Цитата из Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 39.
- 355 Цитата из А. Alvarez, *The Savage God*, с. 89.
- 355 Цитата из А. Камю, "Миф об Эдипе", с. 5.
- 356 Цитата из Julia Kristeva, *Black Sun*, с. 4.
- 356 Пять причин самоубийства см. в книге Edwin Shneidman, *The Suicidal Mind*. Прямая цитата — с. 58—59.
- 356 Цитата из Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 74.
- 358 Описание собственного состояния в депрессии — там же, с. 291. Кей Джеймисон также издала воспоминания о своей борьбе с маниакально-депрессивным психозом: *An Unquiet Mind*.
- 359 Текст записки самоубийцы взят из Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 292.
- 359 Цитата из Edna St. Vincent Millay, "Sonnet in Dialectic", в *Collected Sonnets*, с. 159.
- 359 Я уже довольно подробно рассказывал о смерти своей матери, описав ее в статье об эвтаназии в журнале *The New Yorker*, кроме того, она послужила основой одиннадцатой главы моего романа *Л Stone Boat*. Я решил написать о ней в последний, надеюсь, раз, ибо она входит в часть моей повести. Прошу снисхождения у читателей, знакомых с упомянутыми работами.
- 363 Решения британского суда о пациентке с диабетом и анорексией сообщила мне д-р Дебора Кристи, участвовавшая в этом разбирательстве. См. также: Deborah Christie и Russell Viner, "Eating disorders and self-harm in adolescent diabetes", *Journal of Adolescent Health* 21 (2000).
- 365 Цитата из "Tithonus" Альфреда Теннисона, строки 66—71, в *Tennyson, Poetry*, с. 72.
- 366 Строки Элиота взяты из эпиграфа к его "The Waste Land." *The Complete Poems and Plays* приводит их по-латыни, с. 37.
- 366 Стихотворение Эмили Диккинсон в *The Complete Poems of Emily Dickinson*, с. 262.
- 369 Цитата из Е. М. Cioran, *A Short History of Decay*, с. 36.
- 370 Посмертная записка Вирджинии Вульф — из *The Letters of Virginia Woolf*, vol. 6, с. 486-487.
- 370 Цитаты из Вирджинии Вульф — см.: *The Diary of Virginia Woolf*, с. 110—111.
- 376 Замечания Дворкина см. в Ronald Dworkin, *Life, Dominion*, с. 93.
- 376 Цитата из Рильке — из "Requiem for a Friend" в *The Selected Poetry of Rainer Maria Rilke*, с. 85.

## Примечания

- 379 Цитата из А. Alvarez, в *The Savage God*, с. 75.
- 379 Цитата из "Воспоминаний" Надежды Мандельштам, с. 151 — 152.
- 380 Примо Леви цитируется по американскому изданию *The Drowned and the Saved*, с. 70-71.
- 381 Предположение о том, что в смерти Примо Леви могли быть повинны лекарства, высказывает Peter Bailey, 77ie *Drowned and the Saved* в предисловии к британскому изданию.
- 381 Ницше в своей работе "По ту сторону добра и зла" (афоризм 157, maxim 157, с. 103), пишет: "Мысль о самоубийстве — могучее утешение; с нею проживаешь много трудных ночей".

## ГЛАВА VIII. ИСТОРИЯ

- 385 Хотя я не смог найти вторичного источника, который бы со всей убедительностью проникал в историю самоубийства, должен заявить, что я в большом долгу перед Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*.
- 386 Этимология слова *depression* взята из *The Oxford English Dictionary*, vol. 3, с 220.
- 386 Цитата из Беккета — *Waiting for Godot*. Я взял ее из *The Complete Dramatic Works of Samuel Beckett*, с 31.
- 386 Общее описание гуморальной теории греков и взглядов Эмпедокла см. в Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, с. 7—12.
- 387 Цитаты из сочинений Гиппократу можно найти в *Hippocrates*, перев. и ред. W.H.S. Jones и E.T. Withington, книга 2, с. 175. Информация об излечении царя Пердикки находится в добросовестном труде Giuseppe Roccatagliata, *A History of Ancient Psychiatry*, с 164.
- 388 Предположение о том, что *chole* было сплавлено с *cholos*, см.: Bennett Simon, *Mind and Madness in Ancient Greece*, с. 235.
- 388 О мрачных настроениях у Гомера — там же.
- 388 Нападки Гиппократу на практиковавших сакральную медицину см.: Giuseppe Roccatagliata, *A History of Ancient Psychiatry*, с. 162. Цитата "все, написанное философами в области естественных наук, относится к медицине не более чем к живописи" приводится в lago Galdston, *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, с 12.
- 388 Оппозиция Сократа и Платона Гиппократу и Платонова модель человеческой психики описаны в Bennett Simon, *Mind and Madness in Ancient Greece*, с 224—27. Сравнение идей Платона и Фрейда есть в lago Galdston, *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, с. 14-16. Идеи Платона о важности периода детства и семьи в развитии человека см.: Simon, *Mind and Madness in Ancient Greece*, с 171 — 172.
- 388 Свинцовый шлем описан в Giuseppe Roccatagliata, *A History of Ancient Psychiatry*, с 101.

- 388 Примеры воззрений Хрисиппа Книдского, Филистия и Плистоника см. *там же*, с. 102—103.
- 388 Аристотелева формула соотношения тела и души и другие его воззрения см. *там же*, с. 106—112.
- 388 Знаменитые слова Аристотеля о вдохновенном характере меланхолика можно найти в его "Problemata", книга 30, с. 953а. Оттуда же взята цитата, с. 954а-б.
- 390 Строки из "Разрушения Трои" цитируются в Bennett Simon, *Mind and Madness in Ancient Greece*, с 231.
- 390 Сенека цитируется в Rudolph и Margot Wittkower, *Born Under Saturn*, с 99.
- 390 Госкливая строка Менандра — из *Comicorum Atticorum fragmenta*, фрагмент 18.
- 390 Еще о скептиках, включая актуальную информацию о Медине, Аристогене и Метродоре, см. в Giuseppe Roccatagliata, *A History of Ancient Psychiatry*, с. 133—135.
- 390 Еще о Эрасистрате Юлийском см. *там же*, с. 137—138.
- 390 Строку Герофила Халкидонского и о трудах Менодота Никомедийского см. *там же*, с. 138—140.
- 391 Замечательную главу о Руфии Ефесском можно найти в Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, с. 35—39. Там содержатся избранные цитаты, которые я использовал, и рецепт "сакрального снадобья".
- 392 Информация об использовании трубы с капающей водой и гамака — *там же*, с. 35. Рецепты светлоокрашенной пищи и женского молока взяты из неопубликованной диссертации Barbara ToPey, "The Languages of Melancholy in *Le Philosophe Anglais*", с 17. 4
- 392 Взгляды Аретея Каппадокийского описаны в Giuseppe Roccatagliata, *A History of Ancient Psychiatry*, с. 223—232.
- 392 О Галене существует множество материалов — как в историографии общей медицины, так и в более конкретных описаниях древней психиатрии. Я особенно много заимствовал у Stanley Jackson, *Melancholia and Depression* и Giuseppe Roccatagliata, *A History of Ancient Psychiatry*. Здесь цитаты из второй работы, с. 193—209.
- 392 Информация о лечении у ацтеков взята из Tzvetan Todorov, *The Conquest of America*, с 68. Благодарю Елену Филипс за указание на этот материал.
- 394 Философы-стоики и их роль в медицинских знаниях описаны в Giuseppe Roccatagliata, *A History of Ancient Psychiatry*, с 133—143.
- 395 О блаженном Августине и влиянии его взглядов см. в Judith Neaman, *Suggestion of the Devil*, с 51—65.
- 395 О Навуходоносоре говорит Книга пророка Даниила, 4:33.

395 Выражение "бес полуденный", появляющееся в литературе на данную тему, вероятно, основано на библейских текстах. Отрывок, о котором идет речь, приведен [в русском синодальном переводе Пс 90:4—6].

395 О Евагрии и использовании выражения "бес полуденный" см.: Reinhard Kuhn, *The Demon of Noontide*, с. 43, где говорится: "Из восьми пороков, которые Евагрий описывает в своих "Восьми смертных грехах", наиболее внимательному и детальному рассмотрению подвергается *acedia*... Евагрий, как многие из его последователей, называет *acedia* "daemon qui etiam meridianus vocatur", то есть "полуденным демоном" Псалма". В Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, с. 66, говорится, что "*acedia*, по описанию Евагрия, характеризуется изнурением, тоской, печалью или унынием, беспокойством, отвращением к келье и аскезе, тоской по семье и прежней жизни".

396 О "безумии" и инквизиции см.: Iago Galdston, *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, с. 19—22.

396 Еще о Фоме Аквинате в этой связи см. *там же*, с. 31—34. О Фоме и дуализме написано очень много; хочется сказать, что даже больше, чем надо.

396 Монолог Пастора взят из Chaucer, *Canterbury Tales Complete*, с. 588—592.

396 О различии между *acedia* и *tristia*, см.: Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, с. 65—77.

397 Живое замечание Хильдегард фон Бинген см. *там же*, с. 326.

398 О художнике Гуго ван дер Гезе см.: Rudolph and Margot Wittkower, *Born Under Saturn*, с. 108-113.

398 О Марсилио Фичино см.: Paul Kristeller, *The Philosophy of Marsilio Ficino*. Многие из используемых мною цитат взяты из этой книги, с. 208—214. Дополнительная информация — из Winfried Schleiner, *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, с. 24—26; Klibansky и др., *Saturn and Melancholy*, с. 159; неизданной диссертации Barbara Tolley, "The Languages of Melancholy in *Le PhilosopheAnglais*", с. 20—23, и Lawrence Babb, *The Elizabethan Malady*, с. 60-61.

401 Об Агриппе см.: Winfried Schleiner, *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, с. 26—27.

401 Комментарии Вазари о меланхолии среди художников даны намеками и разбросаны по обоим томам "Жизнеописаний художников". В томе 1 Вазари описывает Паоло Учелло как "уединенного, эксцентричного, меланхоличного и бедного" человека, потому что он "душил свой ум трудными проблемами", с. 95. Корреджо, пишет он, был "очень меланхоличен в своем искусстве, над которым безостановочно трудился", с. 278. Воистину вдохновенная книга, рассказывающая о традиционном увязывании меланхолии и художественного гения, включающая рассказ о великом Альбрехте Дюрере и немецком Ренессансе, —Raymond Klibansky, Erwin Panofsky и Fritz Saxl, *Saturn and Melancholy: Studies in the History of Natural Philosophy, Religion, and Art*.

- 401 О "вмешательстве ангелов зла" говорится в "Дискурсе" Андреаса Дю Лоренса; цитируется по Lawrence Babb, *The Elizabethan Malady*, с. 49.
- 401 Человек, чувствовавший; как "злой дух входил через его ступни", описан в Lawrence Babb, *The Elizabethan Malady*, с. 53.
- 401 Воззрения Джорджа Гиффорда см. в его книге: Winfried Schleiner, *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, с. 182.
- 401 Описание Яна Виера — *там же*, с. 181—187, и в Lawrence Babb, *The Elizabethan Malady*, с. 54—56.
- 401 Замечания Фрейда о Яне Виере — см.: *Standard Edition*, том. 9, с. 245.
- 401 Воззрения Реджинальда Скота на ведьм и история о короле Иакове, сжегшем его книгу, подробно описаны в Lawrence Babb, *The Elizabethan Malady*, с. 55—56, и Winfried Schleiner, *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, с. 183—187.
- 401 Французское судебное дело об урчании под короткими ребрами описано в Winfried Schleiner, *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, с. 189.
- 401 Постановление синода 1583 г. — *там же*, с. 190.
- 402 Монтень о меланхолии — чудесная тема, достойная отдельного обсуждения. Материалы, на которые ссылаюсь я, см. *там же*, с. 179, 184. Более глубокий анализ см. в M.A. Screech, *Montaigne & Melancholy*.
- 402 Андреас Дю Лоренс также известен под именем Лаврентий. Для удобства я использую его нелатинское имя. Описания и цитаты взяты из Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, с. 86—91, и T.H. Jobe, "Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries", *Clio Medica* 11, № 4 (1976): 217—21.
- 403 Врач XVII в. — это Ричард Нэпиер, и его замечания можно найти в Michael MacDonald, *Mystical Bedlam*, с. 159—160. Джон Арчер писал в 1673 г. в своей рукописи, что меланхолия — "злейший враг природы" — ссыл-ка в *Mystical Bedlam*, с. 160.
- 403 Ссылки на Левинуса Лемниуса, Хуарте и Луиса Меркадо, Иоаннеса Баптисты Сильватикуса можно найти в Babb, *The Elizabethan Malady*, с. 62.
- 404 Меланхолический цирюльник — из пьесы Лили "Midas". Цитируется в Michael MacDonald, *Mystical Bedlam*, с. 151.
- 404 Врач, лечивший титулованных особ, — Ричард Нэпиер. Статистические данные см. *там же*, с. 151. Описание Нэпиером своей практики на редкость досконально; это один из лучших материалов эпохи. У него, похоже, было особенно острое чутье в отношении психиатрических недугов, и он очень красноречиво о них говорит.
- 404 То, что по-настоящему больные меланхолией пользовались сочувствием и уважением, подтверждается работами Тимоти Роджерса. В *Dis-course* 1691 г. он много пишет о понимании и заботе, которые подобают депрессивным пациентам. "Не принуждайте своих друзей, пребывающих

в болезни Меланхолия, к тому, чего они не могут, — писал он. — Они похожи на людей, чьи кости переломаны, кто пребывает в великой боли и мучении и потому в неспособности действовать... если сможете, пользуясь любимыми средствами, отвлекайте их, и окажете им этим великую услугу". См.: Timothy Rogers, *A Discourse Concerning Trouble of the Mind and the Disease of Melancholly*, отрывки из которого перепечатаны в Richard Hunter and Ida Macalpine, *300 Years of Psychiatry*, с. 248—251.

406 Цитаты из "П Penseroso" — строки 11 — 14, 168—169 и 173—176 из John Milton, *Complete Poems and Major Prose*, с 72 и 76.

406 Robert Burton, *Anatomy of Melancholy* прекрасно читается и содержит столько мудрости, что воспроизвести ее здесь я не смог. Комментариев на Бертоне великое множество. Краткое описание его жизни и трудов см. в Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, с. 95—99. Более подробно — Lawrence Babb, *The Elizabethan Malady*, Eleanor Vican, *The View from Minerva's Tower*, Vieda Skultan, *English Madness*, и Rudolph и Margot Wittkower, *Born Under Saturn*. Я много заимствую также из неизданной рукописи Paolo Bernardini, "Melancholia gravis: Robert Burton's *Anatomy* (1621) and the Links between Suicide and Melancholy." Приведенные в тексте цитаты взяты из Robert Burton, *Anatomy of Melancholy*, с. 129—139, 162—171, 384—385 и 391. Цитаты, использованные в описании Бертоне и самоубийства, взяты из рукописи Bernardini.

410 Рассказы о Каспаре Барлеусе о человеке, упакованном в солому, о масляном пекаре, о Карле VI и недавних примерах бреда в Голландии взяты из F.F. Blok, *Caspar Barlaeus*, с. 105—121.

412 О Декарте в связи с психическим здоровьем см.: Theodore Brown, "Descartes, dualism, and psychosomatic medicine", BW. F. Bynum, Roy Porter и Michael Shepherd, *The Anatomy of Madness*, vol. 1, с 40—62. Избранные места из Декартовых "Страстей души" приведены в Richard Hunter и Ida Macalpine, *300 Years of Psychiatry*, с 133—134.

413 Отрывки из Уиллиса можно найти в его *Two Discourses Concerning the Soul of Brutes*, с 179, 188—201 и 209. Т.Н. Jobe, "Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries", *Clio Medica* 11, № 4 (1976), и Allan Ingram, *The Madhouse of Language* — полезные вторичные источники.

414 Отрывки из Николаса Робинсона можно найти в Allan Ingram, *77e Madhouse of Language*, с 24—25.

307 Бургав резко отвергал гуморальную теорию и вынашивал понятие о теле как о волокнистой массе, питаемой гидравлическим действием крови. Основными причинами меланхолии он считал "все, что фиксирует, истощает или замыкает в себе нервные соки из мозга; как большие и неожиданные устрашающие происшествия... сильная любовь, долгое одиночество, страх и истерические аффектации". Другие причины, заслуживающие рассмотрения — "несдержанное сладострастие; пьянство; мясо животных, высушенное в дыму, на воздухе или в соли; незрелые плоды; мучные бездрожжевые продукты". Те, кто позволяет несдержанному по-

ведению или потреблению нарушать баланс крови, рискуют производить кислотные продукты, которые Бургав называет "акридами"; затем их желчь претерпевает "акримониальное разложение" и производит отвратительную гжучую жидкость, вредоносно распространяющуюся по всему организму. В мозге "коагулирующая кислота" сгущает кровь, и та прекращает циркулировать в жизненно важных областях.

414 О теориях Бургава написано много. См., например: Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, с. 119—121, и Т.Н. Jobe, "Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries", *Clio Medica* 11, № 4 (1976): 224—227. Цитаты взяты из Voerhaave, *Aphorisms*, а также из статьи Т.Н. Jobe, с. 226—227.

414 Бургав имел много учеников и последователей. Интересно посмотреть, например, как он повлиял на Ричарда Мэйда. В своем фундаментальном труде 1751 г. Мэйд развивает механистическую идею, но переносит действие из кровеносной системы в систему "духов жизни", которые движутся по нервам. "Ничто не расстраивает психику так, как любовь и религия", — пишет он. Для Мэйда, как и для Бургава, мозг — это "особо крупная железа", нервы — "выводные протоки", а то, что идет по нервам, — это "легкая, летучая жидкость огромной силы и эластичности". Мы видим здесь проблески истины: нечто действительно исходит из мозга и в каком-то смысле движется по нервам — это нейромедиаторы. Две первые цитаты можно найти в *Medical Precepts and Cautions*, с. 76—78; последние три — в *The Medical Works of Richard Mead, M.D.*, с хxi.

414 Жюльен Оффруа де ля Меттри описан в Aram Vartanian, *La Mettrie's L'Homme Machine*. Приведенная цитата — с. 22.

415 Фридрих Гоффман сказал в 1783 г., что кровь сгущается из-за "немощи мозга от продолжительной скорби, или страха, или любви". Он высказал предположение, что мания и депрессия, которые давно считали независимыми проблемами, "представляются, скорее, разными стадиями одной болезни — мания есть по сути усугубленная меланхолия, тогда как в периоды затишья пациент остается меланхоличным". Он подхватывает идеи Бургава, говоря, что меланхолия — "замедление циркуляции", а мания — "ее ускорение". Отрывки можно найти в Friedrich Hoffman, *A System of the Practice of Medicine*, с 298—303.

415 Цитаты из Спинозы — см.: 77е *Ethics of Spinoza*, с. 139—140.

416 Описание Бедлама см. в Marlene Arieno, *Victorian Lunatics*, особенно с. 16—19. О Бисетре и его самом знаменитом враче д-ре Филиппе Пинеле см.: Dora Weiner, *Legeste de Pinei. The History of a Psychiatric Myth*, опубликованную как гл. 12 *Discovering the History of Psychiatry*, под ред. Mark Micale и Roy Porter.

416 Жалоба Блейка — из Roy Porter, *Mind-Forg'd Manacles*, с 73.

416 0 проблеме безумия в XVIII и XIX вв. написано немало книг. Я испытал сильное влияние целого ряда из них, в том числе Andrew Scull, *Social Order/Mental Disorder*, Michel Foucault, *Madness and Civilization*, Roy Porter, *Mind-Forg'd Manacles*.

## Примечания

416 Цитату из Джона Монро можно найти в Andrew Scull, *Social Order/Mental Disorder*, с 59.

417 Изображение орудий пытки начала XVIII в. см. *там же*, с. 69—72.

417 Замечания Босуэлла о психической болезни, его дневники и письма можно найти в Allan Ingram, *The Madhouse of Language*, с 146—149.

417 Сэмюэль Джонсон о Бертоне — в Roy Porter, *Mind-Forg'd Manacles*, с. 75—77, о "черном псе" — в Max Byrd, *Visits to Bedlam*, с. 127.

417 О Каупере и его депрессии, включая цитаты, см.: Allan Ingram, *The Madhouse of Language*, с 149—150. Поэтические строки взяты из "Lines Written During a Period of Insanity", в *The Poetical Works of William Cowper*, с 290.

419 Строки Эдварда Янга взяты из *The Complaint, or Night-Thoughts*, т. I, с. 11.

419 О Тобиасе СмоLETTE см.: Roy Porter, *Mind-Forg'd Manacles*, примечания, с. 345.

419 Цитаты из маркизы дю Деффан см.: Jerome Zerbe и Cyril Connolly, *Les Pavilions of the Eighteenth Century*, с 21.

419 С. Джонсон о Шотландии — в Max Byrd, *Visits to Bedlam*, с. 126.

419 Справедливое негодование Джона Брауна на британский климат и замечания Эдмунда Берке находятся *там же*, с. 126. Высказывания XVII в. о меланхолии занимают тома. Джонатан Свифт, хотя и сам был ипохондрик, не оказывал этому множеству рассказов никакой милости. Он крепко держался принципа "вынь сам себя за шкуру": "Вот упадет порой на йеху причуда, да засунет в угол, чтобы лежал и выл, и стонал, и отпихивал все, что ни попадет под руку, а сам при этом молод и тучен, и ни в еде, ни в воде недостатка не испытывает; да и слугам невдомек, что это на него напало. И одно только средство находят они — дать ему работу потяжелее, и тут уж он непременно в себя придет". Это из "Путешествий Гулливера".

420 Отрывок из Вольтера — *Candide*, с. 140.

420 Очаровательный рецепт Хораса Уолпола приведен в Roy Porter, *Mind-Forg'd Manacles*, с. 241. Вопрос о связи между географией и депрессией впервые возник именно в это время. Уильям Раули писал: "Англия, в соответствии со своими размерами и населенностью, производит и содержит больше безумных, чем любая другая страна в Европе, и самоубийства там более распространены. Возбуждение страстей и свобода мысли и действий с меньшими ограничениями, чем в других странах, нагоняют в мозг избыточные количества крови и производят большее многообразие помешательств в этой стране, чем можно наблюдать в других. Религиозная и гражданская терпимость склонны производить религиозные и гражданские помешательства, а там, где нет такой терпимости, нет и таких помешательств". См.: Max Byrd, *Visits to Bedlam*, с. 129.

420 Строка из Томаса Грея — Thomas Gray, "Elegy Written in a Country Churchyard", строка 36, *The Complete Poems of Thomas Gray*, с 38. Строки из "Ode on a Distant Prospect of Eton College" — с 9—10.

420 Замечания Кольриджа можно найти в *The Collected Letters of Samuel Taylor Coleridge*, под ред. Earl Leslie Griggs, т. 1, письмо 68, с. 123.

420 Афоризмы Канта взяты из *Observations on the Feeling of the Beautiful and Sublime*, с. 56 и 63.

421 О психическом здоровье в американских колониях см.: Mary Ann Jimenez, *Changing Faces of Madness*.

421 Один из примеров американской тенденции к религиозному объяснению депрессивного расстройства представляет Уильям Томпсон, массачусетский пастор XVII века, который впал в такую депрессию, что вынужден был бросить службу и стал "живым портретом Смерти, /ходячей могилой, живым склепом, /где похоронена меланхолия". Это дьявол "замутнил его рассудок дьявольскими нападениями и страшными адскими стрелами". Стихотворение о Уильяме Томпсоне, написанное его "родными и друзьями", можно найти *там же*, с. 13.

422 Коттон Мэйзер о депрессии жены — *там же*, с. 13—15.

422 Цитаты из *The Angel of Bethesda*, с. 130—133.

422 Замечания Генри Роуза см.: Henry Rose, *An Inaugural Dissertation on the Effects of the Passions upon the Body*, с 12. Другие знаменитые американцы, публиковавшие трактаты о депрессии, — Николас Робинсон, Уильям Каллен, Эдвард Катбуш. Николас Робинсон был популярен в колониях, и его механистические объяснения меланхолии преобладали в середине XVIII в. Еще о Николасе Робинсоне см.: Mary Ann Jimenez, *Changing Faces of Madness*, с 18—20. Уильям Каллен, опубликовавший в 1790 г. в Филадельфии, гуманист, освободившийся от части религиозных ограничений, выяснил, что "более сухая и твердая консистенция мозгового вещества", происходящая от "некоторого недостатка влаги в этом веществе", вызывает меланхолию. Эти слова можно найти в William Cullen, *The First Lines of the Practice of Physic*, vol. 3, с 217. Эдвард Катбуш, тоже популярный в колониях автор, говорит о меланхолии как об "атоническом безумии", в котором ум, как правило, фиксирован на одном предмете; многие задумчивы, молчаливы, заторможены и застывают, как статуи; другие бредут прочь из своих жилищ в поисках уединения; они пренебрегают личной гигиеной, у них понижается температура, кожа сохнет и меняет цвет; все секреты снижены, пульс замедлен и ослаблен". Он считал, что мозг находится в постоянном движении (подобно сердцу и легким), а любое безумие происходит от "усиления или ослабления движения в тех или иных областях мозга". Далее он задается вопросом, происходят ли такие дефекты движения от крови и нервной жидкости, как полагал Бургав, или от химических веществ, как считал Уиллис, или от "электрической или электроидной жидкости", которая может вызывать "периодические приступы безумия" в случае накопления этого электричества в мозгу. Катбуш говорил, что чрезмерное возбуждение мозга может его разрушать: "Первое впечатление вызывает в мозгу такую суматоху, что он исключает или затягивает в огромный водоворот всякое другое движение, и тогда безумие со своей многочисленной свитой придворных узурпирует вер-

- ховные права разума". Его воззрения изложены в Edward Cutbush, *An Inaugural Dissertation on Insanity*, с 18, 24, 32—33.
- 422 О "евангелической анорексии" см.: Julius Rubin, *Religious Melancholy and Protestant Experience in America*, с 82—124 и 156—176. Выражение "голодающие перфекционисты" — с. 158.
- 423 Слова Канта о возвышенном взяты из *The Philosophy of Kant*, с. 4.
- 423 Знаменитая строка из "Фауста" Гете, часть I, сцена 6.
- 423 Строки Вордсворта — из "Resolution and Independence" в *The Prelude: Selected Poems and Sonnets*, с 138.
- 423 Ките говорит о "покоящей смерти" в 52-й строке "Ode to a Nightingale", в *The Poems*, с. 202. Цитата из "Ode on Melancholy", строки 21—25, в том же томе, с. 214.
- 424 Цитаты из Шелли, стихотворение "Mutability", строки 1—4 и 19—21, в *The Complete Poems of Percy Bysshe Shelley*, с 679.
- 424 Строки Джакомо Леопарди — из "To Himself" в *Poems*, с. 115.
- 424 "Суета сует" — Экклезиаст, 12:8.
- 424 Строки Бодлера — из "Цветов зла", LXXVII.
- 425 Цитата из Гегеля взята из *Lectures on the Philosophy of History*, приведена в Wolf Lerenies, *Melancholy and Society*, с. 75.
- 425 Конечно, кажется, что все, написанное Кьеркегором, сказано в том или ином смысле о депрессии, но приведенные отрывки взяты, соответственно, из Georg Lukacs, *Soul and Form*, с. 33, и из S. Kierkegaard, *The Sickness Unto Death*, с 50.
- 426 Замечания Шопенгауэра о меланхолии встречаются в его эссе, а не в крупных произведениях. Я бы обратил особое внимание на эссе "О страданиях мира", "О суетности существования" и "О самоубийстве". Обе цитаты взяты из "On the Sufferings of the World" в собрании *Complete Essays of Schopenhauer*, с 3—4.
- 427 Замечания Ницше о здоровье и болезни взяты из "Воли к власти".
- 427 Отрывки из Philippe Pinel, *A Treatise on Insanity*, с. 107, 132 и 53—54.
- 428 Цитата из Сэмюэля Тьюка см.: Andrew Scull, *Social Order/Mental Disorder*, с. 75.
- 428 Руководитель другого лечебного заведения, о котором я говорю, цитируется *там же*, с. 77.
- 428 Статистические данные об умалишенных можно найти в Marlene Arieno, *Victorian Lunatics*, с. 11. История Акта об умалишенных — *там же*, с. 15-17.
- 428 Численность населения Бедлама в 1950 г. — *там же*, с. 17.
- 429 Глубокое замечание Томаса Бэддоуза цитируется в Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, с. 186.

430 Идеи и слова Бенджамина Раша находятся в Benjamin Rush, *Medical Inquiries and Observations*, с 61—62, 78 и 104—108.

430 Эскироль был среди тех, кто держался близко к Пинелю. Он отстаивал гуманные приюты еще в самом начале XIX в., добавляя, что пациентов следует лечить "сухим и умеренным климатом, ясным небом, комфортной температурой и приятной ситуацией, многообразными пейзажами", равно как упражнениями, путешествиями и слабительными. В свой умопомрачительный список причин меланхолии он вносит помимо многого другое домашние неприятности, мастурбацию, уязвленное себялюбие, падения головой, наследственную предрасположенность и распушенность. Что же касается симптомов, говорит он, то это "не тот недуг, который возбуждает, жалуется, кричит и плачет, а такой, который заставляет молчать, у которого нет слез, который неподвижен". Цитаты взяты из J.E.D. Esquirol, *Mental Maladies*, с. 226, и из неизданной диссертации Barbara Tolley, "The Languages of Melancholy in *Le Philosophe Anglais*", с. 11. В то время как одни сосредоточивались на гуманности лечения, другие концентрировались на природе самой болезни. Джеймс Каулз Причард вторил Ницше, определяя болезнь гораздо ближе к здравому уму и учредая то, что станет современным пониманием депрессии. "Может быть, невозможно, — писал он, — определить черту, обозначающую переход от предрасположенности к болезни, но существует некая степень аффектации, которая определенно составляет болезнь психики, и эта болезнь существует без какой бы то ни было иллюзии, внушаемой разуму. Функция разума явно не нарушена, но постоянное чувство уныния и тоски затмевает все перспективы жизни. Эта склонность к патологической скорби и меланхолии, поскольку она не разрушает разума, часто поддается контролю, когда появляется впервые, и, вероятно, приобретает специфический характер соответственно предшествующему душевному состоянию индивида". Приведенные здесь отрывки цитируются в James Cowles Prichard, *Treatise*, с. 18.

430 Идеи Гризингера можно найти во многих первоисточниках и вторичных источниках. Griesinger, *Mental Pathology and Therapeutics* дает прекрасный обзор его идей. Информативное изложение концепций Гризингера можно также найти в Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*.

431 Идеи Фуко разработаны в знаменитой книге Foucault, *Madness and Civilization*, чья красноречивая благовидность нанесла значительный ущерб жизни психически больных в конце XX века.

432 Большинство работ Чарлза Диккенса вызывают к социальной реформе. См., напр., "Николас Никльби".

432 О социальной несправедливости и отчужденности у Виктора Гюго см. его *Les Misérables* ("Отверженные").

432 Оскар Уайльд озвучивает дух отчужденности своего времени в "The Ballad of Reading Gaol", см.: *Complete Poetry*, с. 152—172.

432 Жорис-Карл Гюисманс указывает на некую отчужденность эпохи позднего декаданса в своей знаменитой *A Rebours* ("Против природы").

432 Первая цитата из *Sartor Resartus* — с. 164; вторая взята из эссе William James, "Is Life Worth Living?" в *The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy*, с 42.

432 Взгляды Уильяма Джеймса на меланхолию проглядывают во всех его работах. Приведенные здесь отрывки — из William James, "Is Life Worth Living?" в *The Willto Believe and Other Essays in Popular Philosophy*, с 43, 39 и 49. Также см., конечно, "*The Varieties of Religious Experience*".

433 Строки Мэтью Арнольда взяты из "Dover Beach" в *The Poems of Matthew Arnold*, с 239-243.

434 Цитаты из Maudsley, *The Pathology of the Mind*, с 164—68. Джон Чарльз Бакнилл и Дэниэль Тью подхватили его тему в США: "Расстройство интеллекта, — писали они, — не является существенной частью данного заболевания". Далее они говорят, что непосредственное воздействие на мозг может оказывать наружное лечение меланхолии, многие из методов которого стары как мир. "Относительно всех органов, кроме мозга, достигнут большой прогресс в понимании их физиологических законов. Но совсем иначе обстоит дело с этим благородным органом, который властвует над всеми остальными органами. Физиологический принцип, на котором мы должны строить систему церебральной патологии, состоит в том, что психическое здоровье зависит от надлежащего питания, стимуляции и отдыха мозга; то есть от того, чтобы процессы истощения и возмещения его нейронного вещества регулярно поддерживались в здоровом состоянии". Они с энтузиазмом сообщают, что для успокоения мозга может быть полезен опиум. См.: John Charles Bucknill и Daniel H. Tuke, *A Manual of Psychological Medicine*, с 152 и 341—342. Ричард фон Краффт-Эбинг тоже вычленил эту мягкую болезнь. "Если принять во внимание бесчисленные легкие случаи, которые не доводят до психиатрических больниц, прогноз для меланхолии благоприятен. Множество случаев такого рода приходят к выздоровлению без появления бреда или сбоев органов чувств". Цитаты взяты из Richard von Krafft-Ebing, *Text-Book of Insanity*, с. 309.

434 Замечания Джорджа Сэвиджа можно найти в George H. Savage, *Insanity and Allied Neuroses*, с. 130 и 151 — 152.

435 Эти замечания Фрейда содержатся в "Выдержках из писем к Флиску"; *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, том I, с. 204-206.

436 Работа Карла Абрахама (1911 г.) называется "Notes on the Psycho-analytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions", в *Selected Papers of Karl Abraham*. См. с. 137, 146, и 156 соответственно.

437 Приведенные отрывки из "Mourning and Melancholia" см.: *A General Selection from the Works of Sigmund Freud*, с 125-127, 133 и 138-139.

437 Намек на статью "Managing Depression in Medical Outpatients", *New England Journal of Medicine* 343, № 26 (2000).

438 Ответ Абрахама на "Печаль и меланхолию" см. в его поздней работе "Development of the Libido" в *Selected Papers of Karl Abraham*, с. 456.

439 См. статью Melanie Klein "The Psychogenesis of Manic-Depressive States" в *The Selected Melanie Klein*, с. 145. В числе других психоаналитиков, писавших на эту тему, — известный ревизионист Фрейд Шандор Радо. Он построил тип человека, подверженного меланхолии, который "совершенно счастлив, живя в атмосфере, пронизанной либидо", но также склонен слишком многого требовать от тех, кого любит. Депрессия, по Радо, это "громкий, отчаянный крик любви". Таким образом, депрессия снова пробуждает младенческую потребность в материнской груди, удовлетворение которой Радо очаровательно называет "пищеварительным оргазмом". Депрессивная личность с самого младенчества жаждет любви — любого свойства; эротическая любовь, материнская любовь или любовь к самому себе — все это нормальные способы удовлетворения этой потребности. "Процесс меланхолии, — пишет Радо, — представляет попытку возмещения (излечения) в тотальном масштабе, осуществляемую с железной психологической последовательностью". Цитируется по Sandor Rado, "The Problem of Melancholia", в *Psychoanalysis of Behavior*, с. 49-60.

440 То, что Гассун пишет о депрессии, взято из его недавно изданной книги Hassoun, *The Cruelty of Depression*.

440 Крепелина читать довольно скучно. Приведенные здесь отрывки цитируются в Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, с. 188—95. Прекрасный анализ работ Крепелина можно найти также в Myer Mendelson, *Psychoanalytic Concepts of Depression*.

441 Строка из Sir William Osier, *Aequanimitas*, цитируется в Peter Adams, *The Soul of Medicine*, с. 67.

442 Адольф Майер читается с удовольствием. Своему знакомству в идеями Майера я обязан работам Stanley Jackson, *Melancholia and Depression*, Myer Mendelson, *Psychoanalytic Concepts of Depression*, и Jacques Quen и Eric Carlson, *American Psychoanalysis*. Цитированные отрывки в порядке их расположения в тексте см.: Myer Mendelson, *Psychoanalytic Concepts of Depression*, с. 6; Jacques Quen и Eric Carlson, *American Psychoanalysis*, с. 24; Myer Mendelson, *Psychoanalytic Concepts of Depression*, с. 6; Adolf Meyer, *Psychobiology*, с. 172; Adolf Meyer, *The Collected Papers of Adolf Meyer*, vol. 2, с. 598 и 599; Theodore Lidz, "Adolf Meyer and American Psychiatry", в *American Journal of Psychiatry* 123 (1966): 326; Adolf Meyer, *Psychobiology*, с. 158.

443 О Мэри Брукс-Майер см.: Theodore Lidz, "Adolf Meyer and the Development of American Psychiatry", *American Journal of Psychiatry* 123 (1966): 328.

443 Высказывание о цели медицины взяты из поздней работы Adolf Meyer, "The "Complaint" as the Center of Genetic-Dynamic and Nosological Thinking in Psychiatry", *New England Journal of Medicine* 199 (1928).

444 Отрывки из Сартра взяты из романа "Тошнота", *Nausea*, с. 4, 95—96, 122 и 170.

## Примечания

444 Отрывки из Беккета взяты соответственно из *Malone Dies* и *The Unnamable*, в сборнике *Molloy, Malone Dies, The Unnamable*, с. 256—257 и 333—334.

445 Рассказ об открытии антидепрессантов пересказывают постоянно. Один из литературных вариантов приводится в Peter Kramer, *Listening to Prozac*, более технический — в Peter Whybrow, *A Mood Apart*. Я заимствовал из обоих источников, равно как и из подробной истории, составляющей основу книги David Healy, *The Antidepressant Era*. Кроме того, я использовал информацию из личных бесед.

446 Дебаты Клайн против Лурье и Солзера против Куна приведены в David Healy, *The Antidepressant Era*, с. 43—77.

446 Разработка теории нейромедиаторов, ранние работы по ацетилхолину, открытие серотонина и связь химических веществ с эмоциональной функцией см. *там же*, с. 145—147.

447 Статья 1955 года — A. Pletscher и др., "Serotonin Release as a Possible Mechanism of Reserpine Action", *Science* 122 (1955).

447 О снижении уровня содержания серотонина см.: David Healy, *The Antidepressant Era*, с. 148.

447 Разработка MAOI описана *там же*, с. 152—155.

447 Работа Аксельрода о механизме обратного захвата серотонина — *там же*, с. 155—161.

448 Оригинальная статья — Joseph Schildkraut, "The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence", *American Journal of Psychiatry* 122 (1965), с. 509—522.

448 Я в долгу перед Дэвидом Хейли за его критику Шильдкраута.

449 Шотландские ученые, работавшие над теорией нейромедиаторов, — Георг Ашкрофт, Дональд Экклестон и другие участники группы; см.: David Healy, *The Antidepressant Era*, с. 162.

449 Рассказ о разработке серотониновых препаратов — *там же*, с. 165—169.

450 Летопись разработки синтеза отдельных лекарств ведется на сайтах их производителей. Информацию о прозаке см. на сайте Lilly [www.prozac.com](http://www.prozac.com); о золофте — на сайте Pfizer [www.pfizer.com](http://www.pfizer.com); о лекарствах фирмы Du Pont — на сайте [www.dupontmerck.com](http://www.dupontmerck.com); о лювоксе — на сайте Solvay [www.solvay.com](http://www.solvay.com); о препаратах фиомы Parke-Davis — на сайте [www.parke-davis.com](http://www.parke-davis.com); о ребоксетине и ксанаксе — на сайте Pharmacia/Upjohn [www2.pnu.com](http://www2.pnu.com); о целексе — на сайте фирмы Forest Laboratories [www.forestlabs.com](http://www.forestlabs.com).

## ГЛАВА IX. БЕДНОСТЬ

451 На то, что депрессивные бедные пациенты имеют тенденцию становиться еще беднее и депрессивнее, указывает ряд исследований. Влияние депрессии на способность зарабатывать на жизнь рассматривается в Sandra Danziger и др., "Barriers to the Employment of Welfare Recipients", изд. Poverty Research and Training Center of Ann Arbor, Michigan. Это ис-

следование показывает, что те представители беднейшего населения, которым поставлен диагноз "тяжелая депрессия", не могут работать двадцать и более часов в неделю. То обстоятельство, что они становятся все более депрессивными, следует из ряда исследований, показывающих низкое качество лечения депрессии у бедняков, например, Bonnie Zima и др., "Mental Health Problems among Homeless Mothers", *Archives of General Psychiatry* 53 (1996), и Emily Hauenstein, "A Nursing Practice Paradigm for Depressed Rural Women: Theoretical Basis", *Archives of Psychiatric Nursing* 10, № 5 (1996). Глубокое описание соотношения бедности и психического здоровья см.: John Lynch и др., "Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning", *New England Journal of Medicine* 337 (1997).

452 О депрессии среди женщин см. гл. 5.

452 О депрессии среди художников см.: Kay Jamison, *Touched with Fire*.

452 Пример депрессии среди спортсменов можно найти в Buster Olney, "Harnisch Says He Is Being Treated for Depression", *New York Times*, April 26, 1997.

452 О депрессии у алкоголиков см. гл. 6.

452 То обстоятельство, что среди бедняков депрессия широко распространена, следует из статистических данных о том, что получающие "велфэр" втрое чаще страдают депрессией, представленных в K. Olsen and L. Pavetti, "Personal and Family Challenges to the Successful Transition from Welfare to Work", издание Urban Institute, 1996. Sandra Danziger и др., "Barriers to the Employment of Welfare Recipients", издание Poverty Research and Training Center of Ann Arbor, Michigan, указывает, что среди получающих "велфэр" выше вероятность не удержаться на работе, чем замыкается круг бедности и депрессии. Robert DuRant и др., "Factors Associated with the Use of Violence among Urban Black Adolescents", *American Journal of Public Health* 84 (1994), указывает на связь между депрессией и насилием. Ellen Bassuk и др., "Prevalence of Mental Health and Substance Use Disorders among Homeless and Low-Income Housed Mothers", *American Journal of Psychiatry* 155, № 11 (1998), приводит обзор ряда исследований, указывающих на высокий уровень злоупотреблений наркотическими веществами среди депрессивных пациентов.

453 Эффективность большинства медикаментозных и психодинамических методов выглядит одинаковой в разных слоях населения. Поэтому и действенность средств от депрессии среди неимущих должна быть такой же, как и среди населения в целом. Проблема с этим слоем населения заключается в том, чтобы предоставить пациентам это лечение.

454 Статистические данные о том, что 85—95% людей с серьезными психическими заболеваниями в США не имеют работы, взяты из двух исследований W.A. Anthony и др.: "Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and implications", *American Psychologist* 39 (1984), и "Supported employment for persons with psychiatric disabilities: An

historical and conceptual perspective", *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11, № 2(1982).

454 О раннем взрослении детей депрессивных матерей см.: Bruce Ellis and Judy Garber, "Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress", *Child Development* 71, № 2 (2000).

454 Специфическое поведение девочек с ранним половым созреванием описано в Lorah Dorn и др., "Biopsychological and cognitive differences in children with premature vs. on-time adrenarche", *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 153, № 2 (1999). Более широкий обзор литературы по раннему половому созреванию, промискуитету и сексуальной активности см. в Jay Belsky и др., "Childhood Experience, Interpersonal Development, and Reproductive Strategy: An Evolutionary Theory of Socialization", *Child Development* 61 (1991).

455 О программах Медикейда и психически больных см.: Lillian Cain, "Obtaining Social Welfare Benefits for Persons with Serious Mental Illness", *Hospital and Community Psychiatry* 44, № 10 (1993); Ellen Hollingsworth, "Use of Medicaid for Mental Health Care by Clients of Community Support Programs", *Community Mental Health Journal* 30, № 6 (1994); Catherine Melfi и др., "Access to Treatment for Depression in a Medicaid Population", *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 10, № 2 (1999); Donna McAlpine and David Mechanic, "Utilization of Specialty Mental Health Care among Persons with Severe Mental Illness: The Roles of Demographics, Need, Insurance, and Risk", *Health Services Research* 35, № 1 (2000).

455 Примеры успешных программ интенсивного охвата можно найти в Carol Bush и др., "Operation Outreach: Intensive Case Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults", *Hospital and Community Psychiatry* 41, № 6 (1990), и Jose Arana и др., "Continuous Care Teams in Intensive Outpatient Treatment of Chronic Mentally Ill Patients", *Hospital and Community Psychiatry* 42, № 5 (1991). О программах охвата бездомных см.: Gary Morse и др., "Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People", *Hospital and Community Psychiatry* 43, № 10(1992).

456 L. Lamison-White, *U.S. Bureau of the Census: Current Populations Report* показывает, что 13,7% американцев живут за чертой бедности; взято из Jeanne Miranda and Bonnie L. Green, "Poverty and Mental Health Services Research", с 4.

456 Исследование, показавшее, что 42% глав семейств, получающих AFDC, подпадают под определение клинической депрессии, — К. Moore и др., "The JOBS Evaluation: How Well Are They Faring? AFDC Families with Preschool-Aged Children in Atlanta at the Outset of the JOBS Evaluation", издание U.S. Department of Health and Human Services, 1995.

456 Исследование, показавшее, что 53% беременных женщин, получающих "велфэр", имеют симптомы тяжелой депрессии, J.C. Quint и др.,

"New Chance: Interim Findings on a Comprehensive Program for Disadvantaged Young Mothers and Their Children", издание Manpower Demonstration Research Corporation, 1994.

456 О том, что вероятность оказаться на "велфэре" у людей с психическими расстройствами на 38% выше, чем у других, сообщается в R. Jayakody и H. Pollack, "Barriers to Self-Sufficiency among Low-Income, Single Mothers: Substance Use, Mental Health Problems, and Welfare Reform." Этот документ был представлен на заседании Association for Public Policy Analysis и Management в Вашингтоне в ноябре 1997 года.

456 Сведения о том, что штатные и федеральное правительства тратят примерно 20 млрд. долларов на денежные выплаты не престарелым взрослым беднякам и их детям и примерно столько же на продовольственные талоны для таких семей, взяты из U.S. House of Representatives Committee on Ways and Means' *Green Book*, 1998. Нас. 411 указаны цифры: 11,1 млрд. долларов федеральных и 9,3 млрд. долларов средств штатов на выплаты по AFDC. Здесь не учтены административные затраты — 1,6 млрд. долларов от федерального правительства и столько же от правительств штатов. Федеральные затраты на временное пособие (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) составляют 23,5 млрд. долларов на продовольственные талоны и 2 млрд. на административные расходы. Административные расходы штатных и местных правительств составляют по 1,8 млрд. долларов. Статистика по TANF — с. 927.

456 О трудностях системы "велфэра", в данном случае детского, см.: Alvin Rosenfeld и др., "Psychiatry and Children in the Child Welfare System", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 7, № 3 (1998). Они пишут: "В отличие от системы здравоохранения в области психиатрии, в детском "велфэре" работают люди не медицинских профессий... Большинство усыновленных детей, вероятно, требует психиатрического обследования; мало кто его получает", с. 527. \*

457 Джин Миранда — настоящий первооткрыватель в этой области. Ее самые заметные публикации — Kenneth Wells и др., "Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial", *Journal of the American Medical Association* 283, № 2 (2000); Jeanne Miranda и др., "Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics", *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 178, № 2 (1998); "Introduction to the special section on recruiting and retaining minorities in psychotherapy research", *Journal of Consulting Clinical Psychologists* 64, № 5 (1996); Jeanne Miranda и др., "Recruiting and retaining low-income Latinos in psychotherapy research", *Journal of Consulting Clinical Psychologists* 64, № 5 (1996).

458 Тот факт, что общие затраты на одного пациента во всех упомянутых программах лечения не превышают 1000 долларов в год, много обсуждался в моей переписке с исследователями. Конечно, точные расходы на такие программы крайне трудно подсчитать и сравнить в силу различий режимов лечения и медицинских услуг. Джин Миранда оценивает свои расходы менее чем в 100 долларов на пациента; Эмили Хоенстайн гово-

рит о 638 долларах на человека за курс, включающий в себя около 36 терапевтических встреч. Оценка Гленном Трейсманом стоимости своей работы базируется на цифрах, которые он прислал мне по электронной почте 30 октября 2000 г. Он оценивает свои операционные расходы в 150—350 тысяч долларов в год на услуги, предоставляющие уход 2,5—3 тысячам пациентов. Средние затраты на одного пациента, следовательно, составляют 109 долларов.

462 На то, что депрессия среди бедных обычно проявляется не в интеллектуальной оценке собственной несостоятельности, а в соматизации, указывается в Marvin Opler и S. Mouchly Small, "Cultural Variables Affecting Somatic Complaints and Depression", *Psychosomatics* 9, № 5 (1968).

468 Статья в *The New England Journal of Medicine* — John Lynch и др., "Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning", vol. 337 (1997).

469 О феномене приобретенной беспомощности см.: Martin Seligman, *Learned Optimism*.

469 Показатели шизофрении среди малоимущего населения приведены в Carl Cohen, "Poverty and the Course of Schizophrenia: Implications for Research and Policy", *Hospital and Community Psychology* 44, № 10 (1993).

485 Антарктическая озоновая дыра определяется как "область, имеющая менее 22 единиц Добсона (Dobson units, DU) озона в пространстве от поверхности земли до космоса". По указанию веб-сайта Управления по охране окружающей среды США (Environmental Protection Agency, EPA), "слово "дыра" неточно; на самом деле это существенное снижение концентрации озона, результат уничтожения до 70% озона, обычно обнаруживаемого над Антарктидой". Цитирую по *One Earth, One Future: Our Changing Global Environment*, с 135: "Первый безошибочный признак вызванного человеком изменения в глобальной среде проявился в 1985 г., когда группа британских ученых опубликовала открытие, шокировавшее мировое сообщество химиков атмосферы. Джозеф Фарман из British Meteorological Survey и его коллеги сообщили в научном журнале *Nature* о том, что концентрация стратосферного озона над Антарктидой упала более чем на 40% относительно базового уровня, определенного на протяжении октября, первого весеннего месяца южного полушария, между 1977 и 1984 годами. Большинство ученых встретили это сообщение недоверием". См. сайт EPA, посвященный озоновой дыре, [www.epa.gov/ozone/science/hole/holehome.html](http://www.epa.gov/ozone/science/hole/holehome.html). British Antarctic Survey публикует ежегодные бюллетени состояния антарктического озона. См. текущую информацию на [www.nbs.ac.uk/public/icd/jds/ozone/index.html](http://www.nbs.ac.uk/public/icd/jds/ozone/index.html).

## ГЛАВАХ. ПОЛИТИКА

487 Общий обзор изменяющейся политики правительства в отношении психического здоровья содержится на ряде информативных сайтов. Я бы рекомендовал следующие из них: National Institute of Mental Health ([www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)), National Alliance for the Mentally Ill ([www.nami.org](http://www.nami.org)),

Treatment Advocacy Center ([www.psychlaws.org](http://www.psychlaws.org)), National Depressive & Manic-Depressive Association ([www.ndmda.org](http://www.ndmda.org)) и American Psychiatric Association ([www.psych.org](http://www.psych.org)).

492 Рассказ Типпер Гор о пережитой ею депрессии см. в ее интервью "Strip Stigma from Mental Illness", *USA Today*, May 7, 1999.

492 О Майке Уоллесе и его депрессии опубликовано множество статей. См.: Jolie Solomon, "Breaking the Silence", *Newsweek*, May 20, 1996; Walter Goodman, "In Confronting Depression the First Target Is Shame", *New York Times*, January 6, 1998; Jane Brody, "Despite the Despair of Depression, Few Men Seek Treatment", *New York Times*, December 30, 1997.

492 Уильям Стайрон о своей депрессии — см. его прекрасно написанные от первого лица воспоминания William Styron, *Darkness Visible* — одно из первых современных открытых описаний депрессии.

495 The National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) предоставляет подробную информацию об ADA, включающую обзоры, информацию для потребителей и активистов, контактную информацию. См. сайт <http://www.nami.org/helpline/ada.htm>.

495 Civil Aeromedical Institute (CAMI) — отделение Федерального управления авиации (Federal Aviation Administration, FAA) Министерства транспорта США (U.S. Department of Transportation). Правила FAA см. на сайте CAMI [www.cami.jccbi.gov/AAM-300/part67.html](http://www.cami.jccbi.gov/AAM-300/part67.html).

497 Цитата из неопубликованной рукописи Richard Baron, "Employment Programs for Persons with Serious Mental Illness: Drawing the Fine Line Between Providing Necessary Financial Support and Promoting Lifetime Economic Dependence", с 5–6, 18, 21.

498 Информацию о NIMH, включая его отделы и бюджет, см. на сайте [www.nih.gov](http://www.nih.gov).

498 Шесть Нобелевских лауреатов, свидетельствовавших перед конгрессом, выступали на ежегодном слушании подкомиссии палаты представителей Subcommittee on Labor, Health and Human Services, and Education в начале 1990-х годов. Депутат Джон Портер, как и многие другие, описывал это событие в нескольких устных интервью.

499 Информация о том, что более 75% страховых схем в США обеспечивают меньшее покрытие расходов на психиатрию, чем на другие области здравоохранения, взята из Jeffrey Buck и др., "Behavioral Health Benefits in Employer-Sponsored Health Plans, 1997", *Health Affairs* 18, № 2 (1999).

501 Мои собственные расходы складываются так: 16 визитов к психофармакотерапевту по 250 долларов за визит; 50 посещений психиатра (примерно 3 часа в неделю) по 200 долларов в час; затраты на лекарства — не менее 3 500 долларов в год.

502 Статистические данные о финансовых затратах на депрессию на рабочих местах см.: Robert Hirschfeld и др., "The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression", *Journal of the American Medical Association* 277, № 4 (1997): 335.

## Примечания

502 Закон о паритете "The Mental Health Parity Act" 1996 года вступил в силу 1 января 1998 г.

503 Статистические данные о 400 тысячах выпадающих из страховки на каждый процент повышения стоимости взяты из письма Джона Ф. Шедса, вице-президента Lewin Group, Inc., Ричарду Смуту, вице-президенту Public Policy and Research, American Association of Health Plans, от 17 ноября 1997. Естественно, эта оценка будет колебаться в зависимости от конкретного "рассматриваемого полиса медицинского страхования". Письмо предоставила Lewin Group, Inc.

503 Экономические последствия паритета крайне сложны и зависят от переменных, которые слишком многочисленны и многообразны для одного исследования. Тогда как многие специалисты согласны в том, что паритет повысит стоимость страхования менее чем на 1%, — эти статистические данные часто приводятся в профессиональной и популярной печати, — различные исследования приводят другие данные. Исследование, проведенное Rand Corporation, выяснило, что уравнивание годовых лимитов выплаты "повысит стоимость на 1 доллар на сотрудника". Промежуточный отчет о цене паритета Interim Report on Parity Costs, составленный National Advisory Mental Health Council, приводит ряд возможностей — от снижения на 0,2% до повышения на менее чем 1%. В исследовании Lewin Group, работавшей с поставщиками медицинских страховых услуг в Нью-Гэмпшире, никакого повышения расходов не обнаружено. Более подробную информацию об этих исследованиях см. на сайте NAMI [www.nami.org/pressroom/costfact.html](http://www.nami.org/pressroom/costfact.html).

503 Сведения о суммарных расходах первого года паритета см. в Robert Pear, "Insurance Plans Skirt Requirement on Mental Health", *New York Times*, 26 декабря 1998.

505 О том, что более 1000 убийств в 1998 г. относят на счет психически больных, говорится в Dr. E. Fuller Torrey и Mary Zdanowicz, "Why Deinstitutionalization Turned Deadly", *Wall Street Journal*, 4 августа 1998.

505 Несоответствие между процентом социально опасных душевнобольных и их численностью поданным прессы см. в "Depression: The Spirit of the Age", *The Economist*, 19 декабря 1998, с. 116.

506 Недавнее исследование MIT, показавшее, что люди с тяжелой депрессией, которые потеряли способность выполнять работу, могут с помощью лекарств вернуться к нормальной жизни, — Ernst Berndt и др., "Workplace performance effects from chronic depression and its treatment", *Journal of Health Economics* 17, № 5 (1998).

506 Два исследования, показавшие, что помощь в трудоустройстве психическим больным — наиболее экономически выгодный способ обхождения с ними, — E. S. Rogers и др., "A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities", *Evaluation and Program Planning* 18, № 2 (1995), и R. E. Clark и др., "A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitation day treatment", *Administration and Policy in Mental Health* 24, № 1 (1996).

508 Закон "McCarran-Ferguson Act" был принят в 1945 г. Dr. Scott Harrington, "The History of Federal Involvement in Insurance Regulation" цитирует этот закон, утверждающий, что "никакой акт конгресса "не будет толковаться так, будто он упраздняет, ослабляет или заменяет собой" закон штата, принятый в целях регулирования или налогообложения страхования". См.: *Optional Federal Chartering of Insurance*, под ред. Peter Wallison.

509 Данные о предложенном Клинтонем и окончательно принятом бюджете на 2000 финансовый год можно найти на сайте NIMH, [www.nimh.nih.gov/about/2000budget.cfm](http://www.nimh.nih.gov/about/2000budget.cfm).

509 О 24-процентном увеличении гранта Community Health Services Block Grant см.: *NAM I E-News* 99-74, 2 февраля 1999.

511 Предложения на общенациональном уровне об обязательном лечении туберкулеза были выпущены программой лечения под прямым наблюдением (Directly Observed Treatment, DOT) отдела борьбы с туберкулезом Центра контроля над заболеваниями (Center for Disease Control, Division of Tuberculosis Elimination). Эта программа предусматривает еженедельные встречи с работниками здравоохранения, которые предоставляют лечение и следят за соблюдением его режима. Еще о рекомендациях центра см. на [www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm). Хотя все штаты принимают рекомендации программы DOT, ее осуществляют на уровне штатов и городов по мере необходимости. В штате Нью-Йорк, например, директивы по обязательному лечению туберкулеза выпускаются и проводятся в жизнь через Департамент здравоохранения штата (New York State Department of Health) в сотрудничестве с городскими и местными правительствами. New York State Department of Health оговаривает программу DOT, обеспечивающую "применение противотуберкулезных медикаментов под прямым надзором для лиц, не желающих или неспособных придерживаться планов предписанного медикаментозного лечения". См. [www.health.state.ny.us/nysdoh/search/index.htm](http://www.health.state.ny.us/nysdoh/search/index.htm). Более 80% больных туберкулезом в штате Нью-Йорк привлечены в программу DOT В городе Нью-Йорке указ комиссара по здравоохранению о подчинении противотуберкулезному лечению (Commissioner, Orders for Adherence to Anti-TB Treatment) гласит: "Департамент здравоохранения работает с поставщиками услуг здравоохранения в целях обеспечить подчинение противотуберкулезному лечению и охрану общественного здоровья. Большинство индивидов придерживаются предписанного лечения, когда они просвещены в отношении заболевания и имеют для этого стимулы и возможности, получают помощь в жилищных проблемах и усиленные социальные услуги и участвуют в домашних или выездных программах лечения под прямым наблюдением. Тем не менее если есть вероятность, что эти меры не сработают или когда они фактически не сработают, комиссар по здравоохранению облачен правом согласно разделу 11.47(d) Кодекса здравоохранения города Нью-Йорка, издавать любые указы, признанные необходимыми для охраны общественного здоровья". Дополнительную информацию см. на сайте New York City Department of Health [www.ci.nyc.ny.us/html/doh/html/tb/tb5a.html](http://www.ci.nyc.ny.us/html/doh/html/tb/tb5a.html). Статистический анализ обязательного лечения туберкулеза в городе Нью-Йорке см. в Rose Gasner

и др., "The Use of Legal Action in New York City to Ensure Treatment of Tuberculosis", *New England Journal of Medicine* 340, № 5, 1999.

513 Позиция ACLU по недобровольному лечению инвалидов по психическим заболеваниям изложена в Robert M. Levy и Leonard S. Rubinstein, *The Rights of People with Mental Disabilities*, с 25.

513 Еще о Willowbrook см. в David and Sheila Rothman, *The Willowbrook Wars*.

515 Структура бюджета Veterans Administration на здравоохранение в области психиатрии приведена в показаниях American Psychiatric Association (APA) департаменту по делам ветеранов 13 апреля 2000 г. и может быть найдена на сайте APA [www.psych.org](http://www.psych.org), если щелкнуть на "Public Policy and Advocacy" и затем на "APA Testimony."

515 Свидетельства о том, что психические отклонения наиболее часто встречаются среди ветеранов, я почерпнул из жизненных наблюдений депутата Мерси Каптур.

5)6 Статистические данные о том, что 25% ветеранов в госпиталях при Veterans Administration страдают психическими заболеваниями, можно найти на сайте APA [www.psych.org](http://www.psych.org), если щелкнуть на "Public Policy and Advocacy" и затем на "APA Testimony."

516 О том, что половина всех практикующих врачей так или иначе учились в системе здравоохранения VA, говорится на ее сайте: "В систему Veterans Administration в настоящее время входят 105 медицинских факультетов и институтов, 54 стоматологических и более 1140 других по всей стране. Более половины практикующих врачей в США проходят ту или иную форму подготовки в системе здравоохранения VA. Каждый год около 100 000 профессионалов в области здравоохранения проходят подготовку в центрах VA". См. [www.va.gov/Ahout\\_VA/Orgs/vha/index.htm](http://www.va.gov/Ahout_VA/Orgs/vha/index.htm).

523 Репортаж Kevin Heldman "7 1/2 Days" опубликован в *City Limits*, июнь-июль 1998 г.

527 Данные о проценте пациентов с депрессивными расстройствами взяты из Joanne Atay и др., "Additions and Resident Patients at End of Year, State and County Mental Hospitals, by Age and Diagnosis, by State, United States, 1998", издание U.S. Department of Health and Human Services, май 2000. Среди стационарных больных диагноз "аффективное расстройство" является вторым по распространенности диагнозом (12,7%), с. 53, среди амбулаторных эта цифра повышается до 22,7%, с. 3.

529 Сведения о бюджете на психиатрию Пенсильвании предоставила Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania. Благодарю Сюзан Роджерс из Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania за ее немалые усилия по поиску этих и других статистических данных.

529 Об эффективности местных программ и о том, что услуги местного здравоохранения "практически всегда более эффективны в смысле результата, чем услуги психиатрических заведений", говорится в *Amici Curiae Brief for the October 1998 Supreme Court Case of Tommy Olmstead, Commissioner of the Department of Human Resources of the State of Georgia*, и

др., vs. L.C. and E. W., Each by Jonathan Zimring, as *Guardian ad Litem and Next Friend*, подготовленном Consumers' Self-Help Clearinghouse при National Mental Health, с 24. Этот отчет ссылается на многочисленные исследования, подтверждающие эти выводы, два из которых особо актуальны: A. Kiesler, "Mental Hospitals and Alternative Care: Noninstitutionalization as Potential Public Policy for Mental Patients", *American Psychologist* 349 (1982), и Paul Carling, "Major Mental Illness, Housing, and Supports", *American Psychologist*, август 1990.

533 Взгляды Томаса Жажа выражены в его многочисленных трудах. Начинать чтение можно с его книг Thomas Szasz, *Cruel Compassion* и *Primary Values and Major Contentions*.

533 Рассказ об иске против Томаса Жажа см.: Kay Jamison, *Night Falls Fast*, с. 254.

533 Об отказе в уходе для душевнобольных с легкими расстройствами см.: Sally L. Satel, "Mentally Ill or Just Feeling Sad?", *New York Times*, 15 декабря 1999 г.

535 Образовательные программы фармацевтической промышленности весьма многообразны. На ежегодном собрании American Psychiatric Association (APA) спонсируемые индустрией форумы включают в себя презентации самых знаменитых психиатров в США, многие из которых получают от фармацевтических компаний гранты на независимые исследования. Сбытовики часто предоставляют врачам получить дальнейшую профессиональную подготовку; их работа позволяет врачам идти в ногу с новейшими достижениями, хотя эта просветительская деятельность, естественно, небескорыстна.

535 О стратегиях исследований и "интеллектуальной собственности" см.: Jonathan Rees, "Patents and intellectual property: A salvation for patient-oriented research?" *Lancet* 356 (2000). \*

538 Цитаты из David Healey, *The Antidepressant Era*, с 169.

538 Предположение о том, что расстройства душевного состояния поражают четверть мирового населения, исходят от Myrna Weissman и др., "Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder", *Journal of the American Medical Association* 276, № 4 (1996).

539 Цитаты из David Healy, *The Antidepressant Era*, с 163.

540 Идея о продаже антидепрессантов без рецепта — там же, с. 256—265.

541 О том, что SSRI не смертельны и не опасны даже при передозировке, говорится в J. T. Barbey and S. P. Roose, "SSRI safety in overdose", *Journal of Clinical Psychiatry* 59, suppl. 15(1998): "Умеренные передозировки — тридцатикратное превышение дневной дозы — вызывают незначительные симптомы или не вызывают вовсе". И лишь "очень высокие дозы — в 75 раз выше обычной нормы" — дают более серьезные последствия — "судороги, изменения в электрокардиограмме, помутнение сознания".

ГЛАВАХІ. ЭВОЛЮЦИЯ

543 Цитаты из книги Michael McGuire и Alfonso Troisi *Darwinian Psychiatry*, с. 150 и 157.

545 Цитата из книги C.S. Sherrington *The Integrative Action of the Nervous System*, с. 22.

546 Смит рассматривает эмоции и настроение в статье С.и.М. Smith "Evolutionary Biology and Psychiatry", *British Journal of Psychiatry* 162 (1993), с. 150.

547 Острое замечание Джека Кана см.: John Price, "Job's Battle with God", *ASCAP* 10, № 12 (1997). Дополнительную информацию см.: Jack Kahn, *Job's Illness: Loss, Grief and Integration: A Psychological Interpretation*.

547 Стивене и Прайс выражают свои взгляды в книге Anthony Stevens и John Price, *Evolutionary Psychiatry*.

547 Об обособленности орангутанов см.: Nancy Collinge, *Introduction to Primate Behavior*, с. 102—104.

548 Об особых формах поведения главенствующего самца см. *там же*, с. 143-157.

548 Существует обширная литература о соотношении депрессии и особенностей иерархической организации общества. Одна, пожалуй, из первых связанных формулировок теории — Leon Sloman и др., "Adaptive Function of Depression: Psycho-therapeutic Implications", *American Journal of Psychotherapy* 48, № 3 (1994).

548 Взгляды Бертчнелла изложены в John Birtchnell, *How Humans Relate*.

549 Рассел Гарднер излагает свои мысли об измененных механизмах доминирования у высших млекопитающих в целом ряде своих публикаций. Наиболее полное описание его идей о депрессии и социальном взаимодействии см. в John Price и др., "The Social Competition Hypothesis of Depression", *British Journal of Psychiatry* 164 (1994). Кроме того, см. в Russell Gardner, "Psychiatric Syndromes as Infrastructure for Intra-Specific Communication", in *Social Fabrics of the Mind*, под ред. M.R.A. Chance, и "Mechanisms in Manic-Depressive Disorder", *Archives of General Psychiatry* 39(1982).

550 Том Вер о депрессии, сне и стратегии сохранения энергии — см.: Tot Wehr, "Reply to Healy, D., Waterhouse, J.M.: The arcadian system and affective disorders: Clocks or rhythms", *Chronobiology International* 7(1990).

550 О теории "запаздывания генома" см.: Michael McGuire и Alfonso Troisi, *Darwinian Psychiatry*, с. 41.

551 Книга J.H. van den Berg была сначала издана под заголовком "*Metabletica*", который мне нравится больше. Приведенные здесь идеи разрабатываются на протяжении всего текста.

552 О проблемах свободы см. классическую книгу Erich Fromm, *Escape from Freedom*. Эрнст Бекер также исследует соотношение свободы и депрессии в Ernst Becker 77ie *Denial of Death* начиная со с. 213.

- 553 О повесившемся мальчике из постоянно переезжавшей семьи см.: George Colt, *The Enigma of Suicide*, с. 50.
- 553 Статистические данные о количестве товаров в овощных отделах взяты из Regina Schrambling, "Attention Supermarket Shoppers!", *Food and Wine*, октябрь 1995, с. 93.
- 555 Идеи Уотсона и Эндрюса я взял главным образом из их неизданной рукописи Paul J. Watson и Paul Andrews "An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche." Сокращенный вариант был опубликован *BASCAP* 11, № 5 (1998), под названием "Niche Change Model of Depression."
- 555 О том, что подавленное состояние духа не позволяет людям избирать чрезмерно трудные стратегии, см.: Randolph Nesse, "Evolutionary Explanations of Emotions", *Human Nature* 1, № 3 (1990). Его современные идеи о депрессии и эволюции см. в "Is Depression an Adaptation?", *Archives of General Psychiatry* 57, № 1 (2000).
- 556 Историю о скрипачке см. в Erica Goode, "Viewing Depression as a Tool for Survival", *New York Times*, 1 февраля 2000.
- 556 Идея о том, что депрессия провоцирует альтруизм, высказана в трудах Уотсона и Эндрюса. Я заимствую ее из их неопубликованных рукописей Paul J. Watson и Paul Andrews "An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche" и "Unipolar Depression and Human Social Life: An Evolutionary Analysis."
- 557 Взгляды Эдварда Хейгена излагаются в статье Edward Hagen, "The Defection Hypothesis of Depression: A Case Study", *ASCAP* 11, № 4 (1998).
- 558 О связи депрессии с личностной уязвимостью см.: K. Sakado и др., "The Association between the High Interpersonal Sensitivity Type of Personality and a Lifetime History of Depression in a Sample of Employed Japanese Adults", *Psychological Medicine* 29, № 5 (1999). О связи депрессии с повышенной чувствительностью к ситуациям, провоцирующим тревогу, см.: Steven Taylor и др., "Anxiety Sensitivity and Depression: How Are They Related?", *Journal of Abnormal Psychology* 105, № 3 (1996).
- 561 Идеи "триединого" мозга изложены в книге Paul MacLean, *The Triune Brain in Evolution*.
- 563 Тимоти Кроу излагает свои взгляды в целом ряде трудов. Самое четкое изложение его лингвистических принципов и теорий асимметрии мозга содержится в статье Timothy Crow, "A Darwinian Approach to the Origins of Psychosis", *British Journal of Psychiatry* 167 (1995).
- 563 О языке как функции мозговой асимметрии см.: Marian Annett, *Left, Right, Hand and Brain: The Right Shift Theory*, и Michael Corballis, *The Lopsided Ape: Evolution of the Generative Mind*.
- 563 О левополушарном инсульте у глухих см.: Oliver Sacks, *Seeing Voices*.
- 563 О глубинном знании грамматики см.: Noam Chomsky, *Reflections on Language*.

564 О специфических особенностях симптоматики при правополушарном инсульте см.: Susan Egelko и др., "Relationship Among CT Scans, Neurological Exam, and Neuropsychological Test Performance in Right-Brain-Damaged Stroke Patients", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 10, № 5 (1988).

564 Кроу излагает предположение о том, что шизофрения и аффективные расстройства — наша расплата за мозг, имеющий два полушария, см.: Timothy Crow "Is schizophrenia the price that *Homo sapiens* pays for language?", *Schizophrenia Research* 28 (1997).

564 Общую информацию об асимметрии префронтальной коры в связи с депрессией см. в Carrie Ellen Schaffer и др., "Frontal and Parietal Electroencephalogram Asymmetry in Depressed and Nondepressed Subjects", *Biological Psychiatry* 18, № 7(1983).

565 Об аномалиях кровотока в префронтальной коре у пациентов с депрессией см.: J. Scares and John Mann, "The functional neuroanatomy of mood disorders", *Journal of Psychiatric Research* 31 (1997), и M. George и др., "SPECT and PET imaging in mood disorders", *Journal of Clinical Psychiatry* 54(1993).

565 О нейрогенезисе см., напр., P. S. Eriksson "Neurogenesis in the adult human hippocampus", *Nature Medicine* 4(1998).

567 Подробное общее описание TMS см. в Eric Hollander, "TMS", *CNS Spectrums* 2, № 1 (1997).

567 О феномене нейропластичности, сравнительно новой теме, данные по которой еще только начинают появляться, см.: Richard Davidson, "Affective style, psychology and resilience: Brain mechanisms and plasticity", готовится к публикации в *American Psychologist* в 2001 году.

567 О возбуждении и торможении в левополушарной области коры см.: Richard Davidson и др., "Approach-Withdrawal and Cerebral Asymmetry: Emotional Expression and Brain Physiology I", *Journal of Personality and Social Psychology* 58, № 2 (1990). О мозговой асимметрии и иммунитете см.: Duck-Hee Kang и др., "Frontal Brain Asymmetry and Immune Function", *Behavioral Neuroscience* 105, № 6 (1991). О реакциях младенцев на разлуку с матерью см.: Richard Davidson и Nathan Fox, "Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants' Response to Maternal Separation", *Journal of Abnormal Psychology* 98, № 2 (1989);

567 Доводы в поддержку утверждений о том, что у большинства людей доминирует левое полушарие, см.: A.J. Tomarken "Psychometric properties of resting anterior EEG asymmetry: Temporal stability and internal consistency", *Psychophysiology* 29 (1992).

567 Идея о том, что активация правой фронтальной области мозга часто коррелирует с высоким уровнем гидрокортизона, рассматривается в N.H. Kalen и др., "Asymmetric frontal brain activity, Cortisol, and behavior associated with fearful temperament in Rhesus monkeys", *Behavioral Neuroscience* 112(1998).

567 Связь между языком, преимущественным использованием правой или левой руки и аффектом рассматривается в трудах Timothy Crow, напр., "Location of the Handedness Gene on the X and Y Chromosomes", *American Journal of Medical Genetics* 67 (1996) и "Evidence for Linkage to Psychosis and Cerebral Asymmetry (Relative Hand Skill) on the X Chromosome", *American Journal of Medical Genetics* 81(1998).

568 Строка из "Гамлета" — акт 2, сцена 2, строка 561.

569 То, что эволюционная теория пролет свет на современную психиатрию, — один из центральных аргументов книги Michael McGuire и Alfonso Troisi, *Darwinian Psychiatry*. Цитируемый отрывок — на с. 12.

## ГЛАВА XII. НАДЕЖДА

578 Энджел переезжала из Норристауна — психиатрической больницы — в Поттстаунский комплекс (Pottstown Community Residential Rehab (CRR)) и затем на South Keim Street, в так называемую Intensive Housing Programme, или Supported Housing Arrangement, предназначенную для прошедших программу CRR.

583 Цитаты из книги Thomas Nagel, *Possibility of Altruism*, с. 126 и 128—29.

586 О том, как депрессивные пациенты воспринимают возможность контролировать некоторые обстоятельства, см.: Shelley E. Taylor, *Positive Illusions*. Кроме того, о ряде экспериментов сообщил мне Роберто Геппа.

587 Замечание Фрейда содержится в его основополагающей работе "Печаль и меланхолия" (1912 г.), цит. по *A General Selection from the Works of Sigmund Freud*, под ред. John Rickman, с. 128.

587 Цитата из Shelley E. Taylor, *Positive Illusions*, с. 7 и 213.

589 Эмми Гат высказывает свои мысли в Emmy Gut, *Productive and Unproductive Depression*. См. гл. 3.-

589 Данные о лечении прозаком взяты из *Prozac Backlash*, с. 15.

590 Информацию о рейсе 800 TWA мне предоставил друг, потерявший родственника в этой катастрофе в июле 1996 г.

592 Цитата из "Даниэля Деронды" — на с. 251.

594 Эмили Диккинсон об отчаянии — в стихотворении на с. 318 изд. под ред. Thomas Johnson *The Complete Poems of Emily Dickinson*. Первая строка — "I cannot live with You" ("Я не могу жить с тобой").

594 Цитата из *Areopagitica* — в "Потерянном рае", с. 384. Первая цитата из "Потерянного рая" — из книги IX, строки 1070—1073, вторая — из книги XI, строки 137—140, третья — из книги XII, строки 641—649.

595 Знаменитое высказывание Федора Достоевского из романа "Идиот".

596 Еще о Хайдеггере и соотношении страдания и мысли см. его мону-ментальный шедевр "Бытие и время".

596 Слова Фридриха-Вильгельма-Йозефа фон Шеллинга взяты из работы "О сущности человеческой свободы" в его *Saemtliche Werke*, т. 7, с.

399. Благодарю Эндрю Бауи за помощь в понимании этого отрывка. Еще см.: Andrew Bowie, *Schelling and Modern European Philosophy*.

596 Строки о ясности сознания взяты из книги Julia Kristeva, *Black Sun*, с. 4 и 22.

599 Слова Шопенгауэра — из эссе "О страданиях мира" в *Essays and Aphorisms*, с. 45.

599 Легкомысленное замечание Теннесси Уильямса взято из его *Five O'clock Angel: Letters of Tennessee Williams to Maria St. Just, 1948-1982*, с 154. Благодарю неутомимую труженицу Эмму Лукич за то, что нашла эту цитату.



## ОТ АВТОРА

В конце 1999 года одна приятельница застала меня в приподнятом настроении и спросила, в чем дело. Я с энтузиазмом отвечал, что договорился о посещении деревенской психиатрической больницы в Польше, а также нашел несколько предсмертных записок от самоубийц, а боялся, что они утрачены. Она сокрушенно покачала головой и сказала, что это безумие пора прекратить. Теперь книга закончена, и я чувствую немалое облегчение. Безумие остановили вовремя.

Мой агент Эндрю Уайли подставляет мне плечо уже двенадцать лет. Он взялся за меня еще до публикации моей первой книги и с тех пор направляет мои усилия. Он неустанно помогал мне в этой работе; его дружба и пронизательность драгоценны. Я благодарен также сотруднице его агентства Wylie Agency Лизе Уолуорт, сделавшей начало работы таким приятным, и Джеффу Пастернаку, который благополучно обустроил все дальнейшее. Нэн Грэм, мой блестящий редактор в США, была неизменно щедра, великодушна и мудра и работала в полном согласии со мною; она оказалась именно таким радостным энтузиастом, какого я всегда надеялся отыскать. Брэнт Рамбл, ее способная помощница, поддерживала идею порядка посреди хаоса. Элисон Сэмюэл, мой редактор в Англии, была фантастически хорошим читателем и моим твердым сторонником. Благодарю Пэт Айзман, которая оказалась прекрасным, энергичным лидером американской издательской группы, Джулию Мелуччи, Бет Уэрэм и других, осуществлявших продвижение книги, равно как и Патрика Харгадона за его работу с прессой Великобритании. Кристофер Хейес координировал рекламную кампанию моей книги в Интернете; спасибо ему за это. Хотел бы также поблагодарить юриста Чака Гуджа за внимательное отношение к моим контрактам.

Главы этой книги уже печатались в журналах *The New Yorker*, *The New York Times Magazine* и *Food and Wine*. Я признателен Гине Браун за публикацию "An Anatomy of Depression" в *The New Yorker* в 1998 году. Я в настоящеем долгу перед Генри Файндером, моим редактором, в этом журнале. Ни у кого в мире нет такого благородного такта, эрудиции, благоразумия и преданности. Я бы никогда не взялся за такую трудную тему, если бы не уверенность в его великодушном терпении. Небольшой отрывок из книги вышел в *The New York Times Magazine*. Джек Розенталь предоставил мне неоценимую помощь в *Times*, а Адам Мосс поддерживал мою затянувшуюся работу по депрессии, бедности и политике, помогая докапываться до

истины в богатом многообразии житейских историй. Помогала мне и Дайан Кардуэлл, редактируя материал. Дейна Каунин от имени журнала *Food and Wine* в ключевые моменты отсылала меня к самым приятным из всех опробованных мною методов исцеления; благодарю ее за такое повторство. Стивен Россофф любезно пригласил меня провести исследование в Мичиганском университете для журнала *The University of Michigan Alumni Magazine*. Начало книги я написал во время пребывания на Вилле деи Пини Фонда Боньяско в Лигурии в феврале 1998 г. Я чрезвычайно высоко ценю щедрую поддержку со стороны Фонда.

За помощь в работе по Камбодже я благодарю Лори Бекелман, Фреда Фрумберга, Бернарда Кришну и Джона Стаббса. За помощь в работе по Гренландии благодарю прежде всего Рене Биргер Кристиансен и Лизбет Льягер; благодарности заслуживают также Флемминг Николайсен, Йоханна Ольсон и жители Иллиюминака. Я также благодарю Эрика Шпрунк-Йанссена и Ханне Школьдагер-Равн, без которых я не смог бы начать свой гренландский проект. За помощь в работе по Сенегалу я благодарен Дэвиду Хекту и Хелене Сайвет, чьи усилия далеко превосходят все, что делается по зову дружбы. Я благодарен Анне Аппльбаум и Радеку Сикорски за то, что они помогали мне в Польше. Я в долгу перед Энрико Маронне-Чинзано за существенную помощь в работе над 6-й главой. Я также благодарю Мэри Бисби-Бик и Криса Хэйеса за распространение молвы об этом проекте.

Множество друзей и профессионалов уделили время просмотру моих набросков. За воистину выдающееся редактирование я хотел бы поблагодарить двух моих внимательнейших читателей — д-ра Кэтрин Кинум и д-ра Клодию Суон. Их необычайная внимательность была бесценна и придавала бодрости, а глубина их видения и любовь позволили мне достичь некоего подобия ясности как в мыслях, так и в их изложении. Я также благодарен тем, кто прочел и дал отзывы на более поздние варианты рукописи: д-ру Дороти Арнстен, Саре Биллингхерст, Мэри Бисби-Бик, д-ру Ронде К. Гарелик, д-ру Дэвиду Гранду, Дженни Данхем, Бетси Джולי де Лотбинье, Кристиану Кэрилу, Дейне Каунин, Джону Дж. Харту, д-ру Стивену Хайману, Ив Кан, Фрэн Кирнен, Лу Маркартни-Снейп, д-ру Дэвиду Макдауэллу, Александре Манро, д-ру Рандольфу М. Нессе, д-ру Джули С. Питере, Маргарет Роббинс, д-ру Питеру Силлему, Аманде Смитсон, Дэвиду Соломону, Новарду Соломону, Бобу Уэду, Эдварду Уинстэду, Хелен Уитни и д-ру Ричарду А. Фридману, д-ру Ричарду К. Фридману.

Я хотел бы поблагодарить Филиппе де Монтебелло, Эмили Рэфферти и Харолда Холзера за замечательную поддержку этого проекта и за их великую щедрость в предоставлении мне полного доступа в музей Метрополитен.

Я в долгу перед Юджином Кори, Кэрол Царнеки и *Brave New Words* за то, что напечатали более 10 тысяч страниц записанных на пленку бесед. Я высоко ценю помощь Фреда Кортрайта за получение разрешений на приведенные в книге цитаты. Эмма Лукич без усталости находила ссылки, и я благодарен ей за помощь в работе.

Я благодарен многим профессионалам, нашедшим возможность поделиться со мною своими откровениями в начале моего проекта. Д-р Фредерик Эберштадт уделил мне немало времени и познакомил со многими людьми. Д-р Стивен Хайман из NIMH часто представлял в мое распоряжение себя и своих сотрудников. Д-р Кей Редфилд Джеймсон давала мне советы на ранних стадиях исследования и любезно пригласила меня на свою конференцию по проблеме самоубийства в 1996 году. Д-р Дэвид Макдауэлл был столь же щедр; он также провел меня сквозь тайны Американской ассоциации психитров, а это неоценимая услуга. Салли Минк из ассоциации Depression & Related Affective Disorders Association при клинике Университета Джонса Хопкинса проявляла неизменную щедрость, делясь своими многочисленными знакомствами и профессиональными откровениями. Д-р Рандольф Нессе первым ввел меня в область эволюционной психологии и тем самым глубоко повлиял на мой проект. Д-р Энн Стэнуикс делилась своей просветленной мудростью и предоставила много остроумных сентенций, которые я использовал. Д-р Питер Уайбрау щедро направлял меня ко многим вопросам общего характера, которые я поднимаю в книге.

Надеюсь, любому читателю очевидно, как много людей уделяли мне время. Всех, чьи идеи и воззрения стали моими, перечислить невозможно, но я хотел бы выразить признательность тем, с кем я встречался лично и проводил продолжительные беседы. Это д-р Дороти Арнстен, д-р Ричард Барон, Агата Белик-Робсон, д-р Рене Биргер Кристиансен, д-р Поуль Бисгор, д-р Джордж Браун, Дебора Бульвикль, д-р Джеймс Бэлленгер, д-р Мирна Вайссман, д-р Эллиот Валенстайн, д-р Томас Вер, д-р Анна Гальберштадт, д-р Эдвард Гарднер, д-р Дэйвид Гранд, д-р Джон Греден, д-р Мирослав Дабковски, Хейли Дарт, д-р Рэймонд деПауло, Карен Джонсон, д-р Парамджит Т. Джоши, сенатор Пит Доменичи, д-р Ричард Дэйвидсон, Мариан Кайнер, депутат Марси Каптур, д-р Херб Клидер, д-р Дон Клайн, д-р Дебора Кристи, Глэдис Кройцман, д-р Боб Левин, Сара Линге, д-р Рейнхард Лир, д-р Хуан Лопес, д-р Мелвин Макгинес, д-р Генри Маккертис, д-р Джон Манн, д-р Джин Миранда, д-р Уильям Норманд, Фали Нуон, Кристен Пейлман, депутат Мардж Рукима, д-р Арнольд Самерофф, д-р Сильвия Симпсон, д-р Колин Стайн, д-р Гленн Трейсманн, д-р Джеймс Уотсон, сенатор Пол Уэллстоун, Лори Флинн, д-р Эллен Фрэнк, д-р Ричард А. Фридман, депутат Боб Уайз, д-р Эмили Хойенстайн, сенатор Чак Шумер, д-р Джойс Чанг, Вики Эджсон, д-р М. Ябковски, д-р Мечислав Ярышевски и д-р Элизабет Янг.

По мере работы над книгой многие люди открывались мне, рассказывая свои трудные жизненные повести, и я радовался их откровенности и со многими из них подружился. Не было в моей жизни другой затеи, которая была бы столь печальной, но и никакая другая настолько не убеждала меня, что общение возможно, что мир сей — место для близости. Огромная благодарность людям, позволившим использовать свои рассказы в этой книге. Вот их имена; Лора Андерсон, Жанет Бенсхуф, Роберт Бурстин, Марк Вайсе, Сара Голд, Брайен Д'Амато, Уолт Дивайн, Рут-Энн Джейнссон, Амалия Джоэльсон, Карен Йозансен, Ив Кан, Амелия Лан-

ге, Карлита Льюис, Бетси де Лотбинье, Марта Меннинг, Перл Бейли Мэйсон, Тереза Морган, Дьери Прудент, Линн Риверс, Мэгги Роббинс, Джо Роджерс, Джоэл П. Смит, Тина Сонего, Энджел Старки и те, кого я назвал Лолли Вашингтон, Фрэнк Русакофф, Билл Стайн, Данкуил Стетсон, Клодия Уивер, Фред Уилсон и Шейла Хернандес. Эти и многие другие мужчины и женщины с достоинством поведали истории своей жизни; надеюсь, что мне удалось передать их мужество.

Поскольку это книга о депрессии, я особенно благодарю людей, без которых не выздоровел бы настолько, чтобы ее написать. Я благодарен многим врачам, лечившим меня от депрессии. Мне сильно повезло, что моя психика оказалась в их могучих руках. Работу врачей дополняла щедрость друзей, которых я перечислять не стану: они сами знают, как помогли мне выжить. Мой справочник средств от депрессии содержал бы в первой строке ту любовь, которую проявили ко мне эти верные и прекрасные люди; их добрый совет, чувство здравого смысла и разумное руководство определили для меня пространство, в пределах которого я мог благополучно пребывать в своем безумии. Благодарю Хуана и Амалию Фернандес, чья нежная забота и внимание позволили мне свободно работать.

Пока я не начал писать эту книгу, мне никогда не приходилось работать с помощником. Мне очень повезло, что я встретил талантливого художника Стивена Биттеролфа, который оторвал сотни часов от своих полотен и работал над "Демоном полуденным" также напряженно, как и я сам. Та доскональность, какой уж я сумел достичь, была бы невозможна без его помощи, а многие из моих идей сформировались его идеями. Без его вклада эта книга была бы совсем другой. Мало того; он проявил себя человеком большой души; его ум, привязанность и доброта были для меня источником постоянного наслаждения.

Когда у меня случился первый эпизод депрессии, моему отцу было 67 лет. Ему подобает хвала не только за любовь и щедрость, но и за гибкость ума и духа, позволявшую ему понимать и останавливать мою болезнь на протяжении последних шести лет. Не знаю никого, кто так прекрасно сочетал бы в себе воображение и жизнерадостность юности со взвешенной мудростью зрелости. Он всегда был и остается моей нерушимой опорой и огромным вдохновением. Я от всей души посвятил ему эту книгу.



## Об авторе

ЭНДРЮ СОЛОМОН родился в Нью-Йорке, получил образование в Йельском университете, затем окончил Jesus College в Кембридже, где первым из иностранцев был признан лучшим студентом выпуска. С 1988 года занимался изучением русского искусства и русских художников, которое завершилось написанием книги "Башня иронии: советские художники в эпоху гласности" (*The Irony Tower: Soviet Artists in a Time of Glasnost*, 1991); кон-

сультировал членов Совета государственной безопасности США по проблемам российско-американских отношений. Его первый роман, "Каменная лодка" (*A Stone Boat*, Faber, 1994), был одним из номинантов на соискание престижной премии газеты "Лос-Анджелес Тайме" за выдающиеся литературные достижения и вошел в список бестселлеров года по версии газеты Village Voice. Следующая книга, "Демон полуденный: анатомия депрессии", принесла автору 11 национальных книжных наград, включая американскую Национальную книжную премию 2001 года, была переведена более чем на 20 языков мира и вошла в шорт-лист номинантов на Пулитцеровскую премию; книга стала бестселлером во многих странах мира. В течение года с момента публикации только на английском языке книга разошлась тиражом 250 000 экземпляров. "Демон полуденный" признана Американской ассоциацией библиотек самой значительной книгой 2001 года и самой значительной книгой года по версии газеты *New York Times*. Газета *New York Times* называет ее "всеохватывающей, смелой, глубоко человеческой... книгой мудрой, исполненной широтой взглядов и жизненной энергией, книгой критической и одновременно поэтической, мужественной и полной сострадания".

Эндрю Соломон читает лекции о депрессии в разных странах мира, а также в Принстонском, Йельском, Стэнфордском, Гарвардском и Браунском университетах. Он — член советов колледжа Беркли и Йельского университета. Имея двойное гражданство, живет в Лондоне и Нью-Йорке.

ООО «Издательство «Добрая книга»  
121615, Москва, Рублевское ш., 16-3-261  
Адрес для переписки / e-mail: [mail@dkniga.ru](mailto:mail@dkniga.ru)

Подписано в печать 16.02.2004. Формат 70x100/16.  
Печать офсетная. Бумага офсетная. Объем 42 п. л.  
Тираж 5000 экз. Заказ № 2810

Отпечатано в полном соответствии  
с качеством предоставленных диапозитивов  
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат».  
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.