

РАХУЛ ДЖАНДИАЛ

автор бестселлера «Нейрофитнес. Рекомендации
нейрохирурга для улучшения работы мозга»



ЖИЗНЬ НА КОНЧИКЕ СКАЛЬПЕЛЯ

ИСТОРИИ НЕЙРОХИРУРГА
О НЕПРОСТЫХ РЕШЕНИЯХ, ПОТЕРЯХ
И НАДЕЖДЕ



МИОО

Рахул Джандиал
Жизнь на кончике скальпеля.
Истории нейрохирурга
о непростых решениях,
потерях и надежде
Серия «МИФ Здоровый образ жизни»
Серия «Сердце медицины»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=67893402

Жизнь на кончике скальпеля. Истории нейрохирурга о непростых решениях, потерях и надежде / Рахул Джандиал: Манн, Иванов и

Фербер; Москва; 2022

ISBN 9785001954408

Аннотация

Захватывающая история одного из ведущих нейрохирургов мира о ценных уроках, которые ему преподали пациенты.

Доктор Джандиал – последняя надежда для многих больных. Эта книга – его рассказ о стойкости, отваге и вере, которые он наблюдал у своих пациентов.

Читатели станут свидетелями удивительных операций – от запуска сердца собственной рукой до спасения женщины от

паралича и проведения операции на мозге, когда счет идет на секунды.

Доктор Джандиал делится воспоминаниями о трогательных жизненных историях, составляющих рабочие будни хирурга, который изо дня в день работает на пределе своих возможностей, балансируя между жизнью и смертью.

Для кого эта книга

Для тех, кто хочет узнать больше о жизни врачей.

Для любителей медицинских биографий и историй, в том числе книг Генри Маршалла, Пола Каланити и др.

Для поклонников сериалов «Клиника», «Доктор Хаус» и «Скорая помощь».

От автора

Мой опыт работы с пациентами стал уроком смелости, ранимости и гуманизма. Чтобы помочь страдающим, мне пришлось самому пострадать. То, что вы прочитаете в этой книге, отражает мое понимание врачебной этики и рассказывает историю борьбы, которую я разделил с моими пациентами.

В этой книге я делюсь уроками и осознаниями, полученными в личной жизни и профессиональной деятельности, а также тем, чему научили меня пациенты о нашем удивительном головном мозге и бесконечной ценности жизни. Я безмерно признателен моим пациентам. В самых тяжелых жизненных обстоятельствах они показали мне, что такое настоящая смелость, милосердие и истинная мудрость, заставили пересмотреть свое понимание жизни, потери и выживания. На этих страницах я делюсь тем, чему сам научился.

На русском языке публикуется впервые.

Содержание

Предисловие	6
1. Травма	9
Конец ознакомительного фрагмента.	30

**Рахул Джандиал
Жизнь на кончике
скальпеля. Истории
нейрохирурга о
непростых решениях,
потерях и надежде**

Научные редакторы Дмитрий Андреев и Ольга Сергеева

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Copyright © 2021 Rahul Jandial All rights reserved

© Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Манн, Иванов и Фербер», 2022

* * *

Предисловие

Когда я начинал писать эту книгу, то хотел рассказать о работе нейрохирурга, поведать о ее тонкостях, так сказать, из первых уст. Я планировал раскрыть то, что происходит, когда пациент лежит на операционном столе, а нейрохирурги смотрят на его мозг. А также то, как пациенты примиряются с переменами в своей жизни, после того как приходят в себя после наркоза.

Но у меня получилась совершенно другая книга. Я понял, что не смогу честно написать о своем опыте работы нейрохирургом без того, чтобы не рассказать о самом себе так же искренне и подробно, как пишу о своих пациентах.

Я – не только нейрохирург, но и нейробиолог, занимающийся исследованиями, которые, как я надеюсь, помогут сделать мои способности хирурга излишними и ненужными благодаря научному прогрессу. Но пока я занимаюсь тем, что вырезаю раковые опухоли из тел пациентов. Я много оперирую. Я – профессионал своего дела, однако специфика моей работы такова, что нередко все мои усилия оказываются напрасными.

Я помог тысячам пациентов прожить дольше. Не один раз на операционном столе я вырывал их из лап смерти. Иногда мне удавалось лишь на несколько месяцев продлить жизнь пациентов, но они могли увидеть, как их дети оканчивают

колледж. Бывало, что я причинял пациентам страшную боль, но ее можно было избежать. Я совершал ошибки, и болезненные воспоминания о них не покидали меня годами. Я принимал решения, которые помогали спасти жизни. Я принимал решения, которыми горжусь, но они были настолько непростыми с точки зрения профессиональной этики, что могли раз и навсегда положить конец моей карьере.

Я никогда не считал себя выше закона, но во время операций пациентов с серьезными травмами головного мозга попадал в ситуации, которые очень немногие могут себе представить. Я шел на страшные компромиссы – на неизбежный выбор, который иногда приходится делать хирургам и пациентам.

Говорят, что хирургов больше интересуют тонкости и специфика операции, чем сам пациент. Я никогда не придерживался такого мнения. Я никогда не считал анатомию главным фактором, который должен учитывать хирург. Для меня человек и его природа всегда были краеугольными понятиями. Хирургическая операция требует мастерства: это практика, в которой мой пациент и я сам оказываемся на острие скальпеля. Хирургу приходится принимать решения, и они редко бывают простыми.

Дилеммы, с которыми сталкиваются в своей работе нейрохирурги, проникают глубоко в суть того, что значит быть разумным, осознанным существом. Наша работа – это попытка исследовать чудо человеческого разума. Существует

ли более глубокая связь между двумя людьми, чем та, когда один из них разрешает другому разрезать себя и совершить операцию внутри своей головы? В моей практике бывают случаи, когда я оперирую под местной анестезией и пациент находится в сознании во время операции на головном мозге. Мой мозг и мозг пациента словно сливаются в единое целое.

Мой опыт работы с пациентами – это мастер-класс по хрупкости, мужеству и красоте человечества. Чтобы помочь страдающим, мне пришлось пострадать самому. То, что вы прочитаете в этой книге, отражает мое понимание врачебной этики и рассказывает историю борьбы, которую я разделил с моими пациентами.

В этой книге я делюсь уроками и озарениями, полученными в личной жизни и профессиональной деятельности, а также тем, что узнал благодаря моим пациентам о нашем удивительном головном мозге и бесконечной ценности жизни. Я безмерно признателен каждому из своих пациентов. В самых тяжелых жизненных обстоятельствах они показали мне, что такое настоящая смелость, милосердие и истинная мудрость, и заставили пересмотреть свое понимание жизни, потери и выживания. На этих страницах я делюсь с вами тем, что понял сам.

1. Травма

Я почувствовал, как все вокруг затряслось. Казалось, что начинается землетрясение, но на самом деле на крышу больницы приземлялся вертолет. Это означало, что в течение 60 секунд мне надо было занять свою позицию в операционной отделения травматологии. Шел первый год моей хирургической практики. Вертолет доставил женщину, в которую попала шальная пуля во время перестрелки. Ее быстро везли в операционную на каталке, и я увидел, что показатели артериального давления на мониторе стремительно падают. Проводивший операцию хирург сделал надрез между ее левыми четвертым и пятым ребрами, после чего приказал мне качать сердце пациентки. Я с трудом просунул ладонь в разрез между ребрами – у меня возникло ощущение, что я просовываю руку в зазор чуть приоткрытого окна. Моя ладонь ушла в ее грудь до запястья, и я почувствовал, как раздвигаются ребра. Я повернул ладонь, обхватил скользкое сердце у его основания и услышал скрип раздвигающихся ребер.

Мы еще не доехали до операционной и двигались по коридорам больницы. Не выпуская из ладони ее сердца, я запрыгнул на каталку, которую на всех парах везли в операционную. Повороты иногда были такими резкими, что мне приходилось не просто качать ее сердце, а держаться за него, чтобы не упустить. Мое предплечье было забрызгано теплой

кровью пострадавшей, а мускулы руки начинало сводить судорогой от периодического сжимания и разжимания ладони. Открытый массаж сердца в хирургической практике делают не так часто – только в случаях, когда пострадавший потерял больше половины крови. В этом случае ее остается в теле так мало, что она не заполняет сердце, которое перестает биться, а лишь вздрагивает.

Каталку довели до операционной, в которой раненую ждали два хирурга. Не говоря ни слова, один из них локтем оттолкнул меня от женщины. Я отпрянул назад, разжав ладонь, в которой держал ее сердце. Это и нужно было хирургу, который вместе с коллегой моментально занялся пациенткой. Хирурги тут же начали резать и обнаружили в ее груди и животе поврежденные артерии. Два анестезиолога стали делать переливание крови и с помощью капельниц вводить в ее тело медицинские препараты.

Организованный хаос операции продолжался четыре часа, врачи работали отчаянно быстро, но слаженно. Жизнь пациентки удалось спасти. Никогда до этого я не видел ничего более захватывающего и интересного. Непосвященным все происходившее показалось бы чем-то совершенно невообразимым. В некоторой степени неожиданным было даже то, что я сам оказался в операционной, ведь всего шестью годами ранее я бросил колледж. Там, в операционной, я ощутил чувство гордости за выбранную профессию, а само слово «хирургия» обрело для меня новое, более осмысленное

значение. Я увидел, как хирурги работали в паре, причем на самом высоком уровне.

Я хотел большего.

Я стал нейрохирургом со специализацией «удаление опухолей». Мне уже за сорок, я обследовал более 15 000 пациентов и прооперировал более 4000 человек. Хирургия способна не только задеть самые человеческие стороны нас самих, но и раскрыть нашу глубочайшую человечность.

Однако во время хирургической практики у меня были другие переживания. Ритм работы в травматологии совершенно иной, нежели в остальных отделениях больницы. Если человек попал в автокатастрофу или у него огнестрельные раны, ему требуется неотложная помощь. Пациента привозят в травматологию в одежде, из-за которой сложно определить, насколько сильно он пострадал. Времени для того, чтобы аккуратно снять одежду, у нас нет, поэтому каждую штанину от щиколотки до пояса быстро распарывают ножницами. От рубашки избавляются точно так же. На наготу хирурги не обращают внимания. Надо как можно быстрее увидеть места пулевых ранений или открытых переломов. Осмотреть ребра. Быть готовыми к тому, чтобы пробить в груди отверстия и выпустить попавший внутрь воздух. Сделать все возможное, чтобы спасти пациента, жизнь которого уходит, словно стремительно падающий самолет. Пилот должен успеть раскрыть парашют до удара о твердую, холодную землю. Хирурги – это последняя надежда пациента, оказав-

шегося в критической ситуации.

Спустя несколько дней после того, как мне пришлось держать в ладони сердце женщины, я снова оказался в травматологии. Глядя на то, что происходило в операционной, я вспомнил сцену, увиденную мной много лет назад. На полу, подобно вороху собранных граблями листьев, лежала срезанная с пациентов одежда самых разных форм, цветов и текстур. Не хватало только обуви, которая осталась на месте автокатастрофы.

Я заметил эту одежду периферийным зрением. Она напоминала странное, калейдоскопическое нагромождение карточек, используемых в тесте Роршаха, и я тут же вспомнил сцену, свидетелем которой стал в Лос-Анджелесе в возрасте 13 лет и память о которой была глубоко спрятана в моем подсознании.

Лос-Анджелес – крупный город, который раскинулся во всех направлениях, за исключением одного, ограниченного побережьем Тихого океана. В этом мегаполисе есть ничем не примечательный округ Серритос, где я катался на велосипеде воскресным днем в августе 1986 года. Неожиданно я услышал странный звук. Сначала он был тихим, но при этом врезался в память из-за незнакомой частоты и амплитуды. Слегка металлический, он начался с негромкого взрыва. Я огляделся по сторонам, чтобы увидеть источник звука, но ничего не обнаружил. Потом я посмотрел вверх. И тут звук изменился и стал похож на странный громкий скрип, словно

миллионы ногтей царапали школьную доску.

Я поехал в ту сторону, откуда раздавался звук. Помню, солнце стояло в зените, теней не было, и поблизости по обеим сторонам дороги не наблюдалось ни одного велосипедиста. Стоял полдень. В небе я увидел падающий пассажирский авиалайнер, оставлявший след, от которого он становился немного похож на елочную игрушку с петелькой. Я понял, что произошло и что еще должно было произойти совсем скоро.

После дикого визга моторов громкий удар самолета о землю показался настоящим облегчением. На главную улицу района Серритос, Кармелита-Роуд, которая вела к моей школе, а также на пешеходный переход над автострадой, на котором я стоял, словно осенние листья, начали падать обрывки одежды. Именно обрезки одежды на полу операционной напомнили мне тот день, когда я стал свидетелем последствий столкновения одномоторного самолета с авиалайнером компании Aeroméxico, заходившим на посадку над международным аэропортом Лос-Анджелеса.

В те годы авиакатастрофы не вызывали ассоциаций с трагедией 11 сентября. Тогда у городских властей еще не было понимания того, что необходимо сразу ограничить проход к месту катастрофы, поэтому я смог подойти очень близко. Я почувствовал запах бензина, сгоревшего пластика и обожженного металла. Кроме того, до меня долетел незнакомый запах, который мне пришлось не раз ощутить много лет спу-

стя. Это был запах обгоревших человеческих тел. Сперва я не мог понять, что это. Гораздо позднее, во время работы хирургом, этот запах стал мне хорошо знаком.

Перед моим внутренним взором неожиданно предстала сцена авиакатастрофы. Эта картинка возникла в мозгу – там, где в единое целое сливаются чувства и знания. Ее появление было неожиданным и совершенно безрадостным. Человеческий мозг можно сравнить с густым лесом, в котором когнитивная часть мозга с ее осознанными мыслями находится в самом верху крон деревьев, а чувства висцеральной области мозга – ниже, в ветвях и стволах, которые можно сопоставить со стволом головного мозга. Воспоминания о катастрофе всплыли из самых глубин этого леса.

Каждый из нас является суммой собственных воспоминаний, которые лежат в основе нашего понимания мира, соединяют нас с прошлым и самыми близкими нам людьми. Некоторые воспоминания могут быть не самого приятного толка. Большинство травматических воспоминаний со временем забываются и теряют свою остроту. Если же они остаются, то начинают нам мешать, не позволяя сконцентрироваться и нормально функционировать. Такие воспоминания появляются после психологической травмы и запускают в наши души длинные, разветвленные корни. Эти вредоносные посланцы из прошлого могут появляться совершенно без приглашения, и окончательно выкинуть их из головы крайне сложно. Очень важно правильно разобраться с подобными

травматическими воспоминаниями, поскольку крайне маловероятно, что кто-то из нас проживет жизнь без потерь, травм и разочарований.

Травматические переживания являются побочным эффектом человеческого существования. Большинство из нас уже пережили то или иное тяжелое событие, а кому-то это еще предстоит. Многим из нас суждено пройти через целый ряд подобных испытаний. Можно высказать предположение, что приблизительно три четверти населения Земли пережили по крайней мере одно травматическое событие. Человек мог стать свидетелем смерти или нанесения серьезной травмы, на него могли напасть, он мог пережить опасное заболевание или потерять кого-то из близких и любимых людей.

Я видел людей с самыми разными увечьями, которые сложно даже вообразить. Любая травма оставляет неизгладимый след на тех, кто ее пережил. Человек может физически измениться и продолжать жить с новым телом. Но кроме телесных перемен происходят изменения психологические, и избавиться от эмоциональных последствий травматического события обычно сложнее, чем пережить физическую реабилитацию.

После серьезной травмы пациенты часто попадают в больницу в бессознательном состоянии. Их привозят без документов, а члены их семей еще не знают, что с их близкими произошла трагедия. В США существует так называемая практика двух врачей, когда один из хирургов предлагает

план операции, а второй его подтверждает. Это означает, что им не нужно согласие пациента на спасение его жизни, хотя план может быть таким, что пациент мог и не согласиться, если бы находился в сознании¹.

Пациент приходит в сознание после окончания операции, когда все самое важное уже позади: ребра распилены, кишечник переложен по-новому, доля или доли головного мозга вырезаны, конечность ампутирована. Пациент постепенно приходит в себя и сначала не до конца понимает, что с ним произошло. Осознание того, что он жив, в сочетании с действием медицинских препаратов приводит к тому, что спасению рады почти все пациенты, включая даже тех, кто хотел покончить жизнь самоубийством. Они пока не понимают, что пройдет много времени до того момента, когда они вновь будут физически независимыми и забудут пережитый психологический шок.

После того как пациентов переводят из реанимации или снижают им количество болеутоляющих, я начинаю наблюдать изменения, которые с ними происходят. При этом не имеет никакого значения, поддерживают их близкие люди или нет. Некоторые неизбежно начинают мучиться чувством вины. Если же не они были причиной трагедии, пациенты испытывают благодарность за то, что остались живы, но сетуют на судьбу и печалются из-за того, что стали жертвой чу-

¹ В российской практике это называется консилиум, и минимальное количество участников – три врача. *Прим. науч. ред.*

шой ошибки. В этом случае они крайне редко винят самих себя. Однако если причиной катастрофы стала их собственная оплошность (например, пациент забыл пристегнуть ремень безопасности), люди погрязают в чувстве стыда и корят себя за то, что сами виноваты в своем несчастье.

Сейчас большинство моих пациентов приходят на прием в больницу, а почти все мои операции – плановые. Сообщение об онкологическом диагнозе повергает пациентов в шок. Некоторые получают печальную новость, уже лежа в больничной палате. Пациенты одеты не в свою обычную одежду – на них лишь тонкий больничный халат. Никаких колец, часов и других личных вещей. У моих пациентов злокачественные опухоли в головном или спинном мозге, которые снова вырастают после удаления. Нередко диагноз становится понятным только в процессе операции.

Когда мне приходится сообщать плохие новости, я обычно встаю или сажусь так, чтобы пациент смотрел на меня и не видел дверь. Взгляд в сторону двери – это классическая уловка пациентов, которые боятся того, что я им скажу. Они отвлекаются, несомненно, представляя побег из палаты и больницы, чтобы не слышать ужасные вести. Возможно, это прозвучит странно, но я обнаружил, что травма в моей собственной жизни подготовила меня к тому, чтобы помогать пациентам, испытывающим экзистенциальный страх опухоли мозга или других опасных для жизни состояний.

Я сообщаю пациентам диагноз с выражением (как мне хо-

чется надеяться) уверенности в том, что говорю правду, а также ощущением того, что мне больно произносить слова, которые я должен им сказать: «Это рак». После этих слов я замолкаю. Обычно последующие одна или две минуты проходят в тишине. Пациенту надо дать время, чтобы осознать, что его личный мир сильно изменился. Человек должен совладать со своими мыслями и справиться с чувствами, напрямую связанными с тем, кто он есть, что он пережил и что ему, возможно, еще предстоит пережить; с тем, что он раньше думал о таком диагнозе; а также мыслями о том, что будет с людьми, за которых он несет ответственность. Считается, что перед внутренним взглядом человека должна промелькнуть вся его жизнь, когда с последним вздохом его душа вылетает из тела в сторону белого света. Возможно, что все это не так. Однако нечто подобное точно происходит, когда человек слышит слово «рак». Я вижу, как резко меняется ритм его дыхания, как становится другим выражение лица. Многие реагируют на такой диагноз очень болезненно и раздражаются слезами.

Убедившись, что пациент совладал со своими чувствами, я начинаю вытягивать его из состояния свободного падения. Я говорю ему, что у него еще есть месяцы, но не десятилетия. От этой болезни не существует панацеи. Я говорю ему, что врачи будут биться за то, чтобы у него в запасе были годы. Годы без боли. Бесценные годы. Я обещаю, что буду помогать ему все это время – до тех пор, пока он захочет, что-

бы я был рядом. В отличие от автокатастрофы или инфаркта эмоциональная боль от онкологического диагноза со временем не притупляется, а, наоборот, усиливается.

Лечение – само по себе определенный вид травмы. Операция, химиотерапия и лучевая терапия приносят боль, доставляют огромные неудобства и меняют внешний вид человека. Но вполне возможно, что эмоциональные страдания окажутся еще страшнее. Женщины с диагнозом «рак груди» (шансы выжить превышают 90 %) считают, что самое неприятное в их случае не имеет никакого отношения к самому лечению. По их мнению, события на шкале от худшего к лучшему располагаются следующим образом: сообщение врача о том, что это рак; ожидание результатов диагностической операции, которая определяет масштаб распространения опухоли; ожидание операции по ее удалению.

Некоторые пациенты со злокачественной опухолью головного мозга быстро понимают, что от судьбы не убежишь. Они осознают, что смерть более чем реальна и уже не за горами. Неожиданно финишная черта их жизни оказывается совсем рядом, и они стремятся отодвинуть ее как можно дальше. Они готовы на все, чтобы выиграть несколько месяцев или лет. Пациент еле успевает прийти в себя от одной стадии лечения, чтобы узнать ее результаты и тут же начать следующую ступень. Я считаю, что вставать каждое утро и, несмотря ни на что, ехать в клинику – это настоящий героизм.

Пациенты, оказавшиеся на моем операционном столе по-

сле травмы, словно попали в неожиданный шторм, в то время как онкологические больные сами просят, чтобы их отвели в эпицентр цунами. Эти два вида пациентов переживают совершенно разный жизненный опыт. Лечение рака меняет тело пациента, и, когда все средства терапии исчерпаны, остаются паллиативные меры, после чего больного ждет еще одна травма. Умирание. Не сама смерть. Они переживают о том, что не смогут уйти «с достоинством».

Время лечит травмы и раны. Большинство из нас в состоянии пережить физические и эмоциональные травмы, которые подкидывает нам жизнь, не превращаясь в калек. Риск того, что травматическое событие вызовет серьезные и долгоиграющие последствия, варьируется в зависимости от того, как близко мы оказываемся от травмы в физическом и психологическом смысле, а также от нашей реакции на нее.

Тактики, которые помогают нам сразу после получения травмы, со временем теряют свою эффективность. Непосредственно после травмы можно мысленно отгородиться от трагедии, и такой подход работает, однако проблема способна вернуться самым неожиданным и неприятным образом. Это очень похоже на то, что происходит, когда человек получает удар по черепу. Если его ударили молотком или он упал на голову, ткань мозга моментально реагирует на клеточном уровне. Пострадавшие участки мозга и нейроны быстро окружают специальные клетки нервной ткани, которые не позволяют поражению распространиться на здоровые ней-

роны. Нейроглия предотвращает эффект домино. Как и сами нейроны, она имеет огромное значение. Во время операции нейроглию видно невооруженным глазом, она похожа на шрам – матовая, желтоватая окантовка на фоне белого мозга. Нейроглия защищает здоровую часть мозга от распространения поражения, но только на некоторое время. Однако со временем глиоз (или разрастание астроглии) может стать причиной появления нездоровых электрических разрядов или импульсов. Получается, что на биологическом уровне непосредственная реакция организма на травму является защитной, но со временем может причинить вред. На уровне человеческого поведения происходит то же самое. Воспоминания о травме могут вернуться самым неожиданным образом, вызывая депрессию, тревожность, а также целый ряд варьирующихся от пациента к пациенту неприятных симптомов, что приводит к состоянию, получившему общее название посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

ПТСР невозможно определить по результатам анализа крови или любых других анализов. Его можно только диагностировать по симптомам, которые некоторые люди испытывают после перенесенной травмы. Аббревиатура ПТСР вошла в популярный лексикон: ее упростили, смягчили и теперь часто используют для описания реакции людей на неприятности и неудобства повседневной жизни. Однако медицинский диагноз ПТСР – дело совсем не шуточное. Врачи выделяют три вида симптомов этого заболевания:

многократное переживание травмы в ночных кошмарах или флешбэках; избегание эмоциональной привязанности; и гипертребовательность, в результате которой пациент легко пугается, раздражается и быстро впадает в состояние гнева. При этом довольно сложно утверждать, люди какого типа и какого пола более склонны к этому заболеванию. Например, жертвами ПТСР могут стать солдаты, которые никогда не участвовали в боевых действиях, а от последствий травматического переживания сексуального характера чаще мучаются мужчины, чем женщины.

Невозможно составить четкий контрольный список симптомов, которые наблюдаются у людей, страдающих от последствий той или иной травмы, что, впрочем, не делает их страдания менее реальными.

Головному мозгу приходится перерабатывать массу информации, поэтому он настроен так, чтобы ему было проще забывать, чем запоминать. Мозг воспринимает происходящее широкими мазками и не фиксирует прошлое до последнего пикселя. Мы забываем бытовые мелочи (телефонный номер или где вчера парковали машину) для того, чтобы сохранить в памяти что-то важное. Этот механизм называется адаптивным забыванием. Большинство воспоминаний тускнеют, как старая фотография, теряют свою эмоциональную заряженность, лишаются многих подробностей и деталей, однако воспоминания и визуальные образы травматического переживания (например, клетчатая рубашка нападав-

шего или красная машина непосредственно перед столкновением с ней) могут периодически появляться без приглашения. Из-за этого человек способен начать бояться людей, мест и предметов, присутствовавших в момент трагедии.

Воспоминания по своей природе являются весьма хрупкими конструкциями. Их можно сравнить со скульптурами, вылепленными из еще не высохшей глины. Мы мгновенно воспринимаем новую информацию (скажем, пароль от Wi-Fi), однако, чтобы ее запомнить, требуется время. Мозг должен понимать, что имеет дело с важной информацией, и «записать» ее где-то в глубине нейронного облака. Процесс запоминания может ускорить эмоциональный фактор, который помогает избежать необходимого для запоминания многократного повторения, и таким образом сэкономить время. Воспоминания не хранятся в одном файле на жестком диске. Память скорее напоминает сеть, в которой отдельные части воспоминания хранятся в разных местах мозга.

Подкрепленные эмоциями воспоминания закрепляются в мозге в течение нескольких часов. Как только воспоминание сохранено, «окно» закрывается, и изменить его уже очень сложно. А это в свою очередь означает: то, что человек делает непосредственно после травматического события – до того, как воспоминание раз и навсегда сохранилось, – играет огромную роль в том, какими будут у человека последствия травмы и станут ли его в дальнейшем беспокоить травматические воспоминания. Во время Французской революции

около гильотины сидели les tricoteuses (*фр.* – вязальщицы), которые вязали во время казни. Судя по всему, они не страдали от ПТСР, потому что каким-то образом вязание защищало их от происходящего вокруг².

Британский психолог Эмили Холмс считает, что визуальные пространственные задания, как, например, вязание, способны предотвратить создание в сознании травматических воспоминаний. Она пришла к выводу, что игра в тетрис до окончательного запоминания травматического опыта в будущем помогает избавиться от флешбэков. Участники эксперимента, которые во время просмотра видео с кровавыми последствиями автокатастроф набирали на клавиатуре определенный набор букв, пережили меньше флешбэков, чем те, которые ничего не делали по ходу ролика. Однако те, кто во время просмотра выполнял задание вербального характера (называли числа, каждое из которых было на три больше предыдущего), получили больше травматических воспоминаний.

Дарвин высказал предположение, что нецелесообразно затянувшийся уход или избегание ставит животное в невыгод-

² Вязальщицы Робеспьера – собирательное название женщин в революционной Франции, ревностных сторонниц якобинской диктатуры, присутствовавших на заседаниях Конвента, революционного трибунала и у гильотины во время проведения казней с рукоделием в руках. Во Франции до начала революционной эпохи слово «вязальщица» использовалось в качестве уничижительного и оскорбительного обозначения женщин из народа, которые были вынуждены заниматься вязанием для торговцев и крупных предприятий. *Прим. ред.*

ное положение. Избегание ставит и нас в невыгодное положение, когда речь идет о травматических воспоминаниях. При правильных условиях воспоминание о травмирующих событиях может исцелить эмоциональную травму и привести к исчезновению страха посредством процесса примирения, или реконсолидации.

Создание воспоминания – это не одномоментная и неизменная процедура, как, например, ваяние скульптуры из камня. Память податлива и пластична. Если человек что-то вспоминает, он должен потом реконсолидировать, то есть снова запомнить воспоминание. Это биологический процесс: благодаря синтезу нового протеина воспоминания могут меняться, если им создать для этого определенные условия, и к старым воспоминаниям могут быть добавлены новые контекст и информация.

Любопытно, что иногда травмы могут стать причиной личностного роста, то есть происходит процесс, противоположный ПТСР. Посттравматический рост – это позитивные психологические изменения, возникшие в результате преодоления травмы. В результате у человека происходит переоценка приоритетов и ценностей, появляются новые возможности и перспективы. Личностный рост после травмы вполне реален, но только для тех, кто готов вложить силы и время в осознание того, что его мир сильно изменился и с этим фактом необходимо примириться.

Некоторые пациенты, ощутившие стресс и тревожность

сразу после того, как им сообщили онкологический диагноз, со временем могут добиться состояния посттравматического роста. Однако для этого необходим элемент борьбы. Например, люди после инсульта или подростки, пережившие торнадо, которые обдумывали, что с ними произошло, и стремились воспроизвести в уме все случившееся в позитивном ключе, получали хорошие шансы на посттравматический рост. Этот акт позитивного размышления называется навязчивым позитивным мышлением.

Как ни странно, но те, кто с трудом пережил серьезные психологические потрясения, получают больше возможностей для роста, чем те, кто обладает большей устойчивостью. Речь идет не об уменьшении боли или усилении ощущения благополучия, а об уровне функционирования человека, превышающем тот, который был у него до получения травмы. Люди, которые более эффективно справляются с трудностями, могут и не достичь необходимого уровня посттравматического роста, потому что их восприятие опыта не доходит до критического уровня сейсмичности: для того, чтобы стать причиной роста, событие недостаточно их встряхнуло.

Невзгоды способны стать источником посттравматического роста. Вызванное травмой процветание может показаться нелогичным, однако оно реально может произойти на основе субъективного опыта самой травмы. Те, кто приходит к благополучию после травмы, способны переосмыслить ее и взглянуть на нее под другим углом. В интервью с людьми,

пережившими травму (в данном случае не имеет значения какую), красной нитью прослеживается признание произошедшего события. Один из таких людей сказал следующее: «Мы не выбираем проблемы, стоящие перед нами, но мы можем, должны сделать выбор и изменить себя». Другой человек произнес слова, которые лично я слышал много раз: «Я стал таким, какой я есть, благодаря тому, что произошло».

Один из моих пациентов до получения онкологического диагноза постоянно волновался и переживал. Члены его семьи были удивлены тем, что после постановки диагноза он совершенно перестал беспокоиться. Он говорил, что у него уже нет времени на переживания. Другая пациентка отреагировала на диагноз «рак груди на поздней стадии» тем, что начала еще больше отдаваться работе (на которую ходила между сеансами терапии). Она была водителем автобуса и говорила, что это занятие позволяет ей найти баланс между мыслями о своем заболевании и забыванием о нем. Несмотря на травму, которую неизбежно причиняет онкологический диагноз, эти люди его осознали и по-своему преуспели в жизни.

Когда мы принимаемся распутывать нить воспоминаний, наш мозг начинает подбрасывать нам картинки, запахи и ощущения. В тот день в операционной вид вороха одежды на полу напомнил мне о падающих на землю, словно осенние листья, обрывках одежды пассажиров после авиакатастрофы. Воспоминание той сцены хранилось в глубинах моего мозга 15 лет. И тут же в операционной я вспомнил запах

обгоревших человеческих тел и горящего авиационного топлива. Сейчас по роду своей деятельности я легко распознаю эти запахи. Мы не в состоянии контролировать появление подобных воспоминаний и их влияние на нас. Но мне повезло. Когда мне пришлось воспроизвести в памяти сцену авиакатастрофы, у меня уже сложилось профессиональное отношение к травме, и потому ее психологическое влияние было не таким сильным. Но оно могло бы оказаться гораздо более травматическим, если бы у меня была другая профессия.

Большинство людей стараются избегать травмы, а вот хирургам жизнь без нее не в радость. По крайней мере, я говорю за себя. Я был молодым стажером в больнице и отчаянно нуждался в практике. Когда поступает новый пациент, на пейджере хирурга появляется сообщение «Реанимация», после чего надо срочно бежать в операционную.

После того как вступил в силу закон о необходимости пристегивать ремень безопасности во время езды, жизнь дежурных хирургов в реанимации сильно изменилась, поскольку пациентов после аварий стало значительно меньше. Все реже и реже поступали запросы на проведение срединной лапаротомии³. Сотни молодых хирургов, которые шли в хирургию не ради денег, осознали, что практики будет становиться меньше и меньше.

³ Лапаротомия – хирургическое вмешательство, представляющее собой разрезание тела в области живота (разрез брюшной стенки для получения полного или частичного доступа к органам брюшной полости). *Прим. науч. ред.*

Постепенно в отделении реанимации снижалось количество операций. Передавая пациентов следующей смене, мы жаловались на то, что за все время дежурства было слишком мало случаев, требующих нашего вмешательства. За сутки работы могло поступить лишь 12 вызовов в операционную: десять из отделения интенсивной терапии и два – из общего отделения. И ни одной операции. Расписываясь за окончание смены, мы громко сетовали на то, что не получили возможности оперировать. Поймите меня правильно. Мы не хотели, чтобы люди попадали в катастрофы. Мы просто жаловались на отсутствие возможности использовать наши руки и навыки по назначению – спасать человеческие жизни.

В отделении реанимации решение об операции на животе или грудной клетке принимал возглавлявший команду опытный главный хирург. На руки и ноги накладывали шины – за конечности брались в последнюю очередь. В случае нейрохирургов все складывалось иначе. Тогда их было так мало, что в ночные смены во всей больнице практически никогда не имелось ни одного специалиста. Именно поэтому в случае поступления соответствующего пациента даже нейрохирург-практикант имел право определять показания к операции.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

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