Содержание

Пролог 11

Глава 1 Может ли горе быть формой расстройства? 21

Глава 2 Смех 37

Глава 3 Технология 51

Глава 4 Восприятие 86

Глава 5 Лекарство 114

Глава 6 Удаление воспоминаний 125

Глава 7 Ритуалы 137

Глава 8 Расширение определений 155

Глава 9 Сообщество в эпоху одиночества 172

Глава 10 Дом 192

Благодарности 199

Примечания 201

Глава 1
Может ли горе быть формой расстройства?

Многим из того, что, как нам кажется, мы знаем о горе, мы обязаны Фрейду. В 1915 году он жил в Вене; империя Габсбургов воевала тогда с Великобританией, Россией и Францией. Среди пациентов, с которыми он занимался психотерапией, хватало богатых русских, бежавших из страны, но по мере того, как разгоралась Первая мировая война, клиентов становилось все меньше, а времени — все больше.

Опираясь на три десятилетия психоанализа, Фрейд сформулировал идею "работы" скорби в труде "Скорбь и меланхолия"[1], согласно которой "скорбь побуждает «я» отказаться от объекта, объявив его мертвым"*. Лучше всего скорректировать свою жизнь и построить новые отношения. Затем можно двигаться дальше. "Фактически же «я» после завершения работы скорби вновь становится свободным и безудержным", — писал Фрейд. "Победу одерживает уважение к реальности".

Фрейд также подчеркивал, что реакция горя может возникнуть не только из-за смерти человека, но и из-за потери места, идеала или взгляда на мир. Во всех случаях, хотя в этом нет вины скорбящего человека, если он недостаточно занят своей "работой", он рискует столкнуться с психологиче-

* "Скорбь и меланхолия" (1917). Здесь и далее цитаты в переводе В. Мазина. (*Прим. перев.*)

скими и физическими проблемами. И все же не все справляются с горем. В некоторых случаях, например, у тех, кто винит себя в утрате, горе может не утихнуть никогда — то, что Фрейд назвал "патологической формой" скорби[2].

Возможно, сам Фрейд страдал именно так, когда в 1920 году от испанского гриппа умерла его дочь Софи[3]. Даже спустя почти десять лет после ее смерти в письме к швейцарскому психиатру[4] Людвигу Бинсвангеру он заявлял, что его горе "безутешно" и что он сохраняет постоянную связь с ней. Однако в целом за столетие, прошедшее с момента публикации работы "Скорбь и меланхолия", на Западе, похоже, возобладало относительно простое представление о горе: со временем человек отделяет себя от того, что или кого он потерял.

В 1940-х годах немецко-американский психиатр Эрих Линдеманн также выделил "патологическое" или "острое горе" — частично опираясь на описанное Фрейдом понятие патологического горя, которое тот отличал от обычного. Он определял его по наличию физической боли, одержимости умершим, чувства вины и враждебности, а также по изменению поведения. Линдеманн тоже отделял этот вид горя[5] (особенно при интенсивном переживании этих симптомов) от обычного[6].

Примерно два десятилетия спустя, в 1960-х годах, летальность горя стала очевидной, когда несколько количественных исследований показали, что чувство тяжелой утраты укорачивает жизнь. В работе "Смертность вдовцов"[7], опубликованной в 1963 году в журнале *The Lancet*, были проанализированы данные почти пяти тысяч пожилых вдовцов Великобритании за пять лет. Авторы пришли к выводу, что в течение шести месяцев после утраты вдовцы умирали "значительно чаще", чем женатые мужчины, — что, вероятно, объяснялось их горем. К аналогичному заключению пришло проводившееся в течение шести лет исследование, результаты которого были опубликованы в 1967 году в *British Medical Journal* в статье под названием "Смертность при тяжелой утрате"[8].

В начале этой работы приводится двустишие английского литератора Генри Уоттона[9]:

> Сначала умер он; ей не понравилось
> Жить без него, и в свой черед преставилась*.

Несмотря на всю важность такой информации, явный вывод о том, что горе может сократить жизнь, как оказалось, не особо вдохновил людей на его масштабное социальное переосмысление. Процесс скорби у пациентов и отношение врачей к нему, похоже, практически не изменились. Прошло не так много времени с середины XX века, когда людям Великого поколения** предписывалось сдерживать эмоциональные переживания и слова о горе и утрате в значительной степени подавлялись. Даже после появления понятий патологической скорби Фрейда и патологического горя Линдеманна большинство ученых — и культурное мышление в целом — по-прежнему считали горе обычным синонимом печали, не поддающимся лечению, — состоянием, которое нужно просто пережить, причем обычно в одиночку.

Но в 1990-х годах социолог Холли Пригерсон, опираясь на Фрейда и Линдеманна (и в некоторой степени на британского психоаналитика Джона Боулби с его "теорией привязанности"[10]), предположила, что определенный тип горя действительно может оказаться патологическим и не все и не всегда могут с ним справиться.

Получив кандидатскую степень по социологии в Стэнфорде, Пригерсон поступила в постдокторантуру в Западный

* Эпиграмма на смерть жены сэра Альберта Мортона. Перевод Е. Поникарова. Сэр Альберт Мортон умер в 1625 году, а Элизабет Эпсли, леди Мортон, скончалась в 1626-м. Нужно заметить, что Генри Уоттон (1568–1639) не знал, что вдова собиралась выйти замуж повторно, иначе, возможно, и не написал бы эту эпиграмму. (*Прим. перев.*)

** Великое поколение (Величайшее поколение) — поколение американцев, родившихся в 1901–1927 годах, то есть люди, которые сформировались под влиянием Великой депрессии и участвовали во Второй мировой войне. (*Прим. перев.*)

научно-медицинский психиатрический институт в Питтсбурге. На еженедельных встречах психиатры и исследователи обсуждали реакцию некоторых пациентов, переживших тяжелую утрату, на обычные методы лечения депрессии — например, психотерапию и прием антидепрессантов. Даже когда депрессия отступала, "симптомы горя" у них, как ни странно, не проходили. Пригерсон пришла к выводу, что такое горе является чем-то большим, нежели простая печаль, и отличается от депрессии.

На одной из своих еженедельных встреч[11] с психиатрами и руководителем лаборатории Пригерсон подняла этот вопрос: депрессия уходила, а горе — нет. Позднее она и три ее соавтора отмечали в статье в журнале *Annual Review of Clinical Psychology*, что присутствовавшие психиатры по большому счету проигнорировали ее сообщение; по ее словам, они настаивали на том, что "высокий уровень горя пациентов не вызывает озабоченности у психиатров", поскольку "он не указывает на какую-либо тревожную реакцию на тяжелую утрату".

По сути, доминировала идея[12] о том, что любое горе — это "нормальная, если не здоровая, адаптивная реакция на потерю", как писала Пригерсон с соавторами. Однако, когда одного из психиатров попросили доказать это — то есть предоставить подтверждения тому, что "интенсивное горе является безобидным", — он признался, что не знает о таковых, и предложил Пригерсон изучить возможные различия в симптомах между горем и депрессией, связанной с тяжелой утратой.

Депрессия, тревожность и последствия утрат уже исследовались, но симптомы интенсивного, хронического, разрушительного горя, которое Пригерсон решила считать совершенно отдельным опытом, казалось, требовали более глубокого изучения.

В свете этого я по-новому взглянул на свое собственное горе. Бывает горе, которое не ослабевает. Которое не меня-

ется. Постоянное, острое, меняющее жизнь. Мне казалось, что мало кто уделяет ему должное внимание. В то же время трудно было поверить, что о горе — древнем и фундаментальном состоянии человека — можно выяснить что-то новое.

Итоговый вывод вызвал немало споров. Что, если некий вид горя настолько изнурителен и длителен, что действительно является расстройством? Можно ли такое горе частично вылечить с помощью какой-нибудь специализированной терапии? В частности, с помощью фармацевтических средств?

В 1997 году Пригерсон и Пол Мациевски[13] (ныне специалист по биостатистике в медицине и радиологии) организовали конференцию, чтобы разработать критерии для этой формы горя. Участники двухдневного семинара, где присутствовали, в частности, нозологи*, эксперты по посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР) и депрессии, психиатры Кэтрин Шир и Марди Хоровиц, пришли к выводу, что предварительные данные действительно подтверждают необходимость выработки критериев для диагностируемой с медицинской точки зрения формы горя.

Американская психиатрическая ассоциация (APA) публикует список официально признанных и диагностируемых расстройств под названием "Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам" (DSM)**. DSM информирует о способах диагностики заболеваний и о том, покрывает ли их страховка, и сильно влияет на то, одобрит ли Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA)[14] соответствующие лекарственные препараты и методы лечения.

DSM не всегда попадало в точку в своей диагностике. Например, в первом издании DSM в 1952 году гомосексу-

* Нозология (др.-греч. νόσος — "болезнь" и λόγος — "слово, учение") — учение о болезнях. (*Прим. перев.*)

** DSM — это внутриамериканская классификация, в России и мире используется МКБ. Принципиальных расхождений между ними нет, но есть множество различий в нюансах. *(Прим. науч. ред.)*

альность числилась в качестве психического расстройства, а окончательно ее убрали ("полное исключение из классификации"[15]) только в 2013 году. Тем не менее DSM остается самым уважаемым и влиятельным руководством в американской психиатрии. Фиксируя, какие состояния считаются психическими расстройствами, а какие — нет, оно также определяет, какие виды лечения будут оплачивать страховщики.

В 1994 году DSM-4[16] рекомендовал врачам выдерживать паузу в два месяца, прежде чем диагностировать у пациента серьезное депрессивное расстройство, связанное со смертью близкого родственника. Это получило название "исключение в связи с тяжелой утратой"[17]. По большинству показателей два месяца — слишком короткий срок, чтобы справиться с негативными чувствами и болью, связанными с горем. Но DSM по-прежнему неявно считало, что симптоматика депрессии и определенного вида горя — по сути одно и то же. Пригерсон и другие фиксировали, что методы лечения, которые помогают при депрессии, не работали при этой форме горя.

В 2013 году в DSM-5 добавили "стойкое комплексное расстройство тяжелой утраты"[18] (*persistent complex bereavement disorder*) в качестве "состояния, подлежащего дальнейшему изучению". Спустя почти десять лет, в марте 2022 года, APA добавила в качестве официального диагноза в последнюю версию DSM-5-TR "пролонгированную реакцию горя" (*prolonged grief disorder*)*, узаконив его после борьбы, продолжавшейся на протяжении практически всей карьеры Пригерсон, включавшей работу в Йельском университете, Гарвардской медицинской школе и (в настоящее время) в Медицинском колледже Вейла Корнеллского университета в Нью-Йорке.

* Есть представление о *disease* — болезни и *disorder* — расстройстве. Корректней было бы говорить о "пролонгированном расстройстве горевания", но по-русски такой термин звучит коряво. *(Прим. науч. ред.)*

Включение ПРГ[19] в список APA позволяет врачам "отличать обычное горе от горя стойкого, продолжительного и выводящего из строя", как пишет APA. Для установления ПРГ требуется наличие как минимум трех симптомов, наблюдающихся почти каждый день в течение последнего месяца или более, причем со дня смерти близкого человека должно пройти не менее года. Это чувство тяжелой утраты также должно длиться дольше, чем "можно было бы ожидать на основании социальных, культурных или религиозных норм". Среди симптомов — "нарушение идентичности", "выраженное чувство отрицания", избегание, сильная эмоциональная боль или оцепенение, чувство бессмысленности и одиночества, а также "трудности реинтеграции". (В 2019 году Всемирная организация здравоохранения[20] (ВОЗ) добавила собственную версию пролонгированной реакции горя в одиннадцатую версию "Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем" — МКБ-11.)

ПРГ — это не просто сильное горе или горе, которое длится какое-то время; это горе, которое "не меняется со временем", как сообщила мне Мэри-Фрэнсис О'Коннор. О'Коннор, ассоциированный профессор психологии, возглавляющая Лабораторию горя, утраты и социального стресса (GLASS) в Аризонском университете, и другие сторонники включения ПРГ в DSM считают, что расстройство ПРГ существовало всегда, просто раньше его не понимали и не называли должным образом.

Пол Аппельбаум, который участвовал в пересмотре DSM-5[21], соглашается, что люди давно и открыто страдают от этой патологической формы горя. "Существовали вдовы и вдовцы[22], которые до конца жизни носили черное, уклонялись от социальных контактов и посвящали остаток жизни памяти умерших мужей или жен", — рассказал он в интервью *New York Times*. По словам Пригерсон, реакция ПРГ наблюдалась у некоторых из тех, чье горе было канонизи-

ровано и превращено в культурные ориентиры. Пригерсон сказала мне, что, судя по собственному описанию, от ПРГ "наверняка" страдал Клайв Льюис, который пытался преодолеть горе, вызванное смертью жены, погружаясь в него; он вел записи о своих переживаниях, а позже опубликовал книгу "Исследуя горе"*[23].

Вивиан Пендер, президент APA[24] в тот период, когда диагноз ПРГ добавили в DSM, объяснила решение о включении, указав на скорость и размах трагедии и утраты в современном обществе. Кроме ковида, люди сталкиваются с утратами вследствие "наводнений, пожаров, ураганов и применения огнестрельного оружия", отмечалось в пресс-релизе APA того времени. "Горе в таких обстоятельствах[25] — это нормально, но до определенной степени и не большую часть почти каждого дня на протяжении нескольких месяцев", — указала Пендер.

Мы действительно являемся свидетелями огромного количества утрат. Включите телевизор, полистайте ленту *Reddit*, посмотрите новости: утраты наводняют мир. Если учесть, что любой из нас может продолжать функционировать под натиском трагедий, можно предположить, что уровень толерантности человека по крайней мере к такому своего рода вуайеристскому горю достаточно высок. Огромное количество утрат[26] сегодня может означать, что все больше людей страдают от ПРГ — согласно данным APA.

По словам Пригерсон, признание такого диагноза полезно, в частности, тем, что ПРГ коррелирует с суицидальными мыслями, а это значит, что лечение ПРГ может оказаться ключом к сохранению человеческих жизней. Пригерсон отмечает, что люди, переживающие горе в соответствии с критериями этого заболевания, обычно чувствуют осуждение со стороны близких. Если дать название тому, что они испытывают, идентифицировав объективное расстрой-

* Русский перевод: Льюис К. С. *Настигнут радостью. Исследуя горе*. М.: АСТ, 2022. (*Прим. перев.*)

ство, это может ослабить подобное ощущение. Легитимизация ПРГ также поможет привлечь к нему внимание и, как надеются его сторонники, привести к дальнейшим прорывам в его лечении.

Диагноз ПРГ встретил негативную реакцию, поскольку, по мнению некоторых критиков, он относит вполне нормальный опыт переживания горя к ненормальному. Но это "ошибочная критика", не соглашается Пригерсон — в частности, потому, что ПРГ не является нормальным горем. "Отказывать в этом диагнозе, потому что [критики] считают, что это обозначение «нормального» процесса, — все равно что сказать, что всем бывает грустно, поэтому никому нельзя диагностировать депрессию и лечить ее; все ощущают тревогу, поэтому никому нельзя диагностировать тревожное расстройство и лечить его — даже людям с экстремальным уровнем панических атак".

Критики также утверждают, что, классифицируя этот вид горя как расстройство, можно еще больше стигматизировать любое горе, тогда как на самом деле оно — даже то, которое соответствует порогу ПРГ, — не должно попадать в сферу компетенции медицины. Они считают, что людям, которым требуется время для переживания горя, могут поставить ненужный диагноз, а затем, вероятно, назначат лекарства и терапию, в которых они, возможно, на самом деле и не нуждаются.

Как сказала мне профессор Школы социальной работы Университета штата Аризона Джоанна Каччиаторе, скорбящим людям всех типов действительно требуются любовь, чувство безопасности и принятия, присутствие других людей и социальная поддержка. Каччиаторе — которая специализируется на травматическом горе и возглавляет неправительственную организацию, занимающуюся семьями, в которых умер ребенок, — отмечает, что после тяжелой утраты, даже спустя год или более, у вас будут совершенно естественным образом проявляться многие из симптомов, характер-

ных для ПРГ. По ее словам, в этом нет ничего ненормального. “Разве можно ожидать работоспособности от людей, чьи дети погибли в Сэнди-Хук*, год спустя? — спрашивает она. — Все, что связано с этим диагнозом, подвергает определенных людей риску получить его, а значит, речь идет скорее о том, что с человеком неладно, а не о том, что с ним произошло”.

“Меня — как и многих других людей — тревожит исчезновение нормализации горя, — говорила мне Нэнси Бернс, профессор социологии из Университета Дрейка в Айове. — Я также обеспокоена тем, что горе стали рассматривать как часть наших проблем с психическим здоровьем, а это совершенно неверно; мы должны разделять их, потому что, конечно, иногда скорбящие люди также испытывают некоторые проблемы с ментальным здоровьем, но само по себе горе не является психическим заболеванием”.

Критика более широкой диагностической культуры[27] часто применяется и по отношению к ПРГ. Артур Клейнман, психиатр и профессор медицинской антропологии в Гарварде, отмечал в 2013 году (еще до появления официального диагноза ПРГ), что в психиатрической практике немедицинские проблемы часто переосмысливаются как медицинские. В журнале *The Lancet* он писал, например, “застенчивость как тревожное расстройство” или “люди, находящиеся на краю аутистического спектра, который включает синдром Аспергера, не умеют устанавливать социальные отношения”. Клейнман назвал это “культурным сдвигом”, призванным “переформатировать опыт, который раньше считался морально порочным, религиозно греховным, вызывающим опасения или просто отклонением, в медицинские проблемы болезни и нетрудоспособности”.

Определенной критике подвергаются также и современные исследования, проводимые с налтрексоном —

* В начальной школе в Сэнди-Хук (район города Ньютаун, Коннектикут) в 2012 году произошло массовое убийство. (*Прим. перев.*)

антагонистом опиоидных рецепторов, предположительно полезным для лечения ПРГ. В настоящее время налтрексон изучает Джонатан Сингер, ассистент-профессор кафедры клинической психологии Техасского технологического университета. ПРГ может проявляться как форма дистанцирования от умершего. Если лечить ее каким-либо препаратом, вызывающим привыкание, — например, налтрексоном, — может быть, удастся теоретически избавиться от симптомов зависимости от умершего и свести на нет самое болезненное горе?

В 2023 году Пригерсон и Сингер совместно написали работу[28], в которой обратились к этим и другим критическим замечаниям, отметив, что "обвинения в корыстной медикализации горя или «проталкивании таблеток», относящиеся к проведению рандомизированных контролируемых испытаний новых лекарственных препаратов для ПРГ, — это оскорбление научных исследований новых, необходимых и востребованных методов лечения". Кроме того, они отметили, что "было показано, что скорбящие, отвечающие критериям ПРГ, получают пользу от специализированного целенаправленного лечения этого заболевания", и подавляющее большинство их сообщают, что заинтересованы в лечении.

Согласно официальным критериям руководства DSM, для диагностирования ПРГ взрослые должны горевать в течение двенадцати месяцев, для детей и подростков этот срок составляет шесть месяцев; впрочем, Шир говорит, что сама она станет лечить и взрослого, если тот обратится к ней всего через шесть месяцев*. Двенадцатимесячный срок для взрослых, по-видимому, был определен отчасти для того, чтобы смягчить реакцию общественности и более четко отделить ПРГ от типичного горя. "Чтобы учесть выраженную в пуб-

* В российской медицинской практике жесткого формального критерия нет, но врачебное сообщество скорее склоняется к консенсусу в шесть месяцев. *(Прим. науч. ред.)*

личных комментариях обеспокоенность[29] по поводу патологизации обычного горя и диагностирования связанного с горем расстройства «слишком рано» после смерти, в критериях ПРГ, содержащихся в DSM-5-TR, уточняется, что с момента смерти должно пройти двенадцать месяцев", — пишут Пригерсон, Мациевски и другие.

Мне кажется, что все стороны добросовестно стремятся к благородной цели — помочь людям. Споры вызывает только способ достижения этой цели. Поскольку горе — это настолько базовое состояние людей в целом и конкретных личностей, что в этой дискуссии часто разгораются страсти.

Впервые прочитав о ПРГ, я заподозрил, что это расстройство может найтись и у меня, хотя не был в этом уверен. Многие из перечисленных симптомов ПРГ были мне знакомы: нарушение идентичности, ощущение бессмысленности жизни, избегание напоминаний о том, что человек умер, — однако самым ярким симптомом являлось эмоциональное оцепенение. После потери мамы я плакал всего однажды, и когда люди спрашивали меня, как я себя чувствую, я смотрел куда-то сквозь них. *У меня все хорошо*. Внешне я был "в порядке" — даже если внутренне чувствовал себя разбитым и оцепенелым.

Я нашел несколько предварительных тестов на пролонгированную реакцию горя. Один из них, опубликованный в журнале[30] *JAMA Psychiatry* (соавтором этой статьи была Пригерсон), заявлен как "полезная мера самодиагностики, которую можно использовать для отслеживания синдрома и оценки его тяжести". Если вы набрали тридцать или более баллов, это "соответствует диагнозу ПРГ и является показанием для дальнейшего обследования и лечения".

По сути, этот опросник обобщает симптомы с помощью тринадцати вопросов, подобных нижеприведенным; на каждый из них можно ответить "Абсолютно нет", "Незначительно", "В некоторой степени", "Довольно сильно" или "Чрезмерно":

- Чувствуете ли вы тоску или печаль по умершему человеку?
- Трудно ли вам справляться с повседневными делами, потому что вы много думаете об умершем человеке?
- Чувствуете ли вы себя одиноко без умершего?

Количество набранных мною баллов соответствовало диагнозу ПРГ. Если вы начнете опрашивать других людей, то окажется, что примерно 1[31]–7 %[32] скорбящих подпадают под параметры диагноза ПРГ. В случае неестественных смертей[33], таких как самоубийства, убийства и несчастные случаи, этот показатель гораздо выше.

Тест я прошел, но по-прежнему было непонятно, что делать — как из-за новизны диагноза, так и из-за замешательства по поводу того, что именно этот тест означает для меня и моего конкретного горя. Но даже без дальнейшего обследования и формального лечения предварительные результаты теста побудили меня начать рассматривать свое горе (как бы я его ни определял) как нечто обоснованное и реальное, как часть моей жизни, с которой социально допустимо бороться и даже пытаться вылечить, что я уже и пытался делать, хоть и бессистемно.

Диагноз ПРГ появился во время других прорывных исследований горя, в том числе при исследованиях "стойких" скорбящих[34], которые, по словам клинического психолога Колумбийского университета Джорджа Бонанно, не проявляют особых признаков горя даже после травмы или утраты; такие люди, по-видимому, вовсе не являются редкостью.

В исследовании 2021 года Бонанно[35], возглавляющий Лабораторию утрат, травм и эмоций Колумбийского университета, и его команда проследили более чем за двумя тысячами испытуемых, переживших различные жизненные травмы (например, увольнение, развод или смерть супруга), а затем сопоставили их с кластерами генов каждого человека. С помощью глубоких нейронных сетей ученые обнаружили,

что кластеры генов отчасти способны предсказать, кто оказывался устойчив, кто выздоравливал, у кого развилась депрессия, у кого она становилась хронической. Мне кажется, что после того, как APA и ВОЗ узаконили диагноз ПРГ, изучение утрат продолжит расширяться — возможно, с помощью неожиданных и неоднозначных методов.

■ ■ ■

На протяжении уже почти столетия мы располагаем научными доказательствами того, насколько изнурительными могут быть некоторые виды горя, как они могут коренным образом менять жизнь и даже приближать ее окончание. Более серьезный вопрос, на мой взгляд, заключается в том, что лучше всего с этим делать.

Эволюция научных представлений о горе давно рождает страсти и интриги. Моя цель — не столько ввязаться в какие-то дискуссии, сколько показать, что добавление ПРГ в DSM — лишь один из многих убедительных и показательных примеров того, как мы продолжаем учиться, изучать и обмениваться мнениями о различных проявлениях горя.

С учетом фундаментальности этого понятия меня поразили новые грани проявления горя. В последнее время ученые осветили и переосмыслили множество его аспектов, и для меня этот вопрос — центральный и крайне личный. К тому моменту, как я вернулся в Америку в надежде встретиться с Дейссеротом, я уже несколько лет шел по извилистому пути, справляясь с глубинами телесной скорби через смех и связь сожаления и скорби при технологическом воссоздании умершей. Я также нашел различные способы подхода к горю как к чему-то, что нужно разделить и пережить вместе с другими людьми — например, сообщество званых ужинов по всей территории США, “Учебный тренинг по расставанию” в Северной Калифорнии и поездка

на кладбище в окрестностях Мехико, которая позволила переосмыслить "закрытие"*.

Я следовал туда, куда вела моя заинтересованность. Мой опыт не является картой какого-то одного диагноза (не в последнюю очередь потому, что мои попытки "лечения" предшествовали кодификации ПРГ); это личное путешествие. Например, я не участвовал в состоящей из шестнадцати сессий психотерапевтической программе Шир[36], однако заглянул в науку о памяти. Важен и язык. Независимо от того, согласны ли вы с включением ПРГ в DSM или нет, это понятие существует как отдельный термин со своим набором критериев, и его методы лечения не имеют отношения к стандартному горю, поэтому я постарался указать, какие виды потенциального лечения предназначены конкретно для ПРГ (например, налтрексон), а какие — для "горя" в целом (например, смехотерапия и большая часть всего остального). (Если не указано иное, упоминания о "горе" не следует смешивать с ПРГ, затяжной реакцией горя или любым другим вариантом, диагностируемым в медицине.)

Честно говоря, в годы после смерти мамы я, как и большинство людей, переживающих горе, не мыслил такими терминами, как "адаптивный" и "дезадаптивный", "нормальный" и "ненормальный". Мне было просто больно. В течение следующих нескольких лет я тянулся к тому, за что мог ухватиться, к тому, что, как я надеялся, поможет мне разобраться со своими ощущениями. Несомненно, это весьма человеческое побуждение — искать нечто, что притупит или изменит боль.

* Плохо переводимое на русский язык понятие *closure* в сфере психологии обозначает этап переживания той или иной травмы, на котором факт случившегося субъективно обретает для человека определенность и завершенность, позволяя ему изолировать это событие в своем прошлом и отстраниться от него в достаточной степени, чтобы двигаться дальше. Важно почеркнуть, что этот этап не является окончательным в процессе осмысления травмы и не определяет конец ее влияния на дальнейшую жизнь человека. *(Прим. ред.)*

Однако сегодня мы можем привнести новшества в переживание горя; у нас появились возможные способы лечения с помощью технологий, галлюциногенов, нейронауки и других средств, о которых пойдет речь в этой книге. Эти возможности поражают воображение. Но книга расскажет и о том, как я чувствовал себя в одиночестве на краю света, спотыкался, заблуждался и пытался заниматься самолечением, а также о том, что вернуло меня обратно.

Мое собственное горе не является чем-то исключительным. В нашем мире история парня, переживающего смерть мамы, вероятно, не сдвинет дело. Однако примечательно то, насколько стандартна моя история, как горе приходит к каждому и как мало мы знаем, *как* горевать — независимо от сути утраты. Я надеюсь, что после прочтения этой книги вы будете лучше понимать, куда может привести горе в будущем, как с ним лучше всего обращаться и как — что, возможно, важнее всего — его можно по-новому понимать.