

ПРЕДИСЛОВИЕ К ШЕСТОМУ ИЗДАНИЮ

Прошло двадцать пять лет с тех пор, как эта книга была впервые опубликована в виде общего обзора различных подходов к лечению тревожных расстройств. В течение этого времени книга была достаточно хорошо принята, донесла информацию до многих людей и была переведена на многие языки в разных странах.

Почти за четыре десятилетия в области тревожных расстройств многое изменилось. В 80-х и 90-х годах в качестве основного подхода к лечению всех тревожных расстройств стала использоваться когнитивно-поведенческая терапия. В XXI веке происходила дальнейшая специализация в этой области, с выходом многочисленных книг и программ и созданием специальных организаций, посвященных каждому из основных тревожных расстройств (например, Фонд ОК для обсессивно-компульсивного расстройства). В последние годы появилось множество веб-сайтов, посвященных тревоге, среди них и мой веб-сайт, Helpforanxiety.com. Национальная организация, представляющая тревожные расстройства, изменила свое название с Американской ассоциации по исследованию тревожных расстройств на Американскую ассоциацию по исследованию тревожно-депрессивных расстройств, признавая распространенность депрессии среди многих людей, борющихся с тревогой.

Новое издание этой книги содержит целый ряд изменений по сравнению с предыдущими изданиями. Вот основные из этих изменений.

- ✓ Глава 1 (Тревожные расстройства). Описания тревожных расстройств обновлены, с тем чтобы привести их в соответствие с новым диагностическим руководством по поведенческим расстройствам, которое используют все практикующие специалисты в области психического здоровья, — *«Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам — пятое издание (DSM-5)»*, опубликованное в 2013 году.
- ✓ Глава 2 (Основные причины тревожных расстройств). Описания биологических причин панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства и обсессивно-компульсивного

расстройства обновлены с учетом последних исследований в области нейробиологии.

- ✓ Глава 6 (Преодоление панических атак). Добавлены стратегии использования различных способов работы с *копинг-утверждениями*¹ при панических атаках.
- ✓ Глава 7 (Помощь при фобиях: экспозиция). Глава существенно переработана, с тем чтобы отразить недавнее новое исследование экспозиции. Глава завершается кратким изложением факторов, способствующих успешной экспозиционной терапии.
- ✓ Глава 15 (Питание). Глава обновлена: пересмотрено «Руководство по питанию для снижения стресса/беспокойства», а также добавлены новые натуральные пищевые добавки с успокаивающим действием, например аминокислота теанин.
- ✓ Глава 16 (Расстройства и состояния организма, которые могут вызывать и усиливать тревогу). Глава пересмотрена, включен новый материал о предменструальном синдроме и менопаузе.
- ✓ Глава 17 (Лекарственное лечение тревоги). Глава обновлена, включены лекарства от тревоги и депрессии, которые начали использовать совсем недавно, например антидепрессанты, относящиеся к модуляторам и стимуляторам серотонина, виибрид и бринтелликс.
- ✓ Глава 19 (Смысл жизни). Раздел «Поиск и реализация ваших индивидуальных целей» расширен, теперь в него включены материалы по определению ценностей, установлению личных целей и принятию решительных действий на основе этих целей. Многие из этих материалов основаны на недавно разработанной популярной форме терапии, называемой «терапия принятия и ответственности» (ТПО). Предыдущее (пятое) издание книги содержало краткую главу о ТПО, и большая часть материала из этой главы включена в главу 19 нового (шестого) издания.

Наблюдаемый в последние годы рост распространенности тревожных расстройств происходит из-за того, что современная жизнь связана с постоянным стрессом. Ряд социальных условий, таких как продолжающийся экономический спад, неравенство в заработной плате, политическая поляризация и загрязнение окружающей среды, а также неотложные проблемы с системой здравоохранения, школами, перенаселенностью

¹ *Копинг, копинговые стратегии* (англ. coping, coping strategy) — ряд мер, которые предпринимает человек, чтобы справиться (англ. to cope with) со стрессом. — Примеч. ред.

городов, пищевой промышленностью и технологической сложностью — все это создает напряжение и способствует увеличению стресса в нашей жизни. В таком обществе многие люди чувствуют тревожность, и у некоторых возникают тревожные расстройства.

К счастью, способы решения проблем, связанных с тревогой и тревожными расстройствами, существуют. Я надеюсь, что различные меры, предлагаемые в этой книге, обеспечат вам широкий выбор ресурсов, чтобы вы могли лучше справляться с тревогой во всех формах, в которых она может проявляться в эту эпоху перемен.

1

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Сьюзен внезапно просыпается почти каждую ночь, через пару часов после засыпания, с чувством стеснения в горле, учащенным сердцебиением, головокружением и страхом, что она умрет. Она дрожит всем телом и понятия не имеет, почему это с ней происходит. После многих бессонных ночей, беспокойных хождений по гостиной и попыток взять себя в руки она решает пойти к врачу, чтобы проверить сердце.

У Синди, помощника врача, бывают такие же приступы, как и у Сьюзен, когда она вынуждена находиться в закрытом помещении среди незнакомых людей. Она боится потерять контроль над собой, а еще боится того, что о ней подумают другие, если это произойдет. В последнее время она избегает ходить в какие-либо магазины без своего парня, кроме супермаркета рядом с домом. Также она вынуждена убегать из ресторанов и кинотеатров во время свиданий. Теперь она начинает задумываться, сможет ли справляться со своей работой. Она заставляет себя ходить на работу, но после нескольких минут, проведенных среди коллег, на нее накатывает страх потерять контроль над собой. Внезапно она начинает чувствовать, что *должна* уйти.

Стив занимает ответственную должность инженера-программиста, но чувствует, что не может продвигаться в карьере из-за своей неспособности участвовать в совещаниях. Он не может даже просто сидеть на совещаниях, не говоря уже о том, чтобы высказать свое мнение. Вчера начальник спросил его, сможет ли он выступить с докладом о своей части крупного проекта. В тот момент Стив очень занервничал и лишился дара речи. Он покинул кабинет, бормоча, что на следующий день сообщит начальнику о своем выступлении. Про себя он думал об увольнении.

Майк настолько смущен из-за необычного страха, который он испытывает в последние несколько месяцев, что не может сказать об этом никому, даже своей жене. За рулем автомобиля его часто охватывает страх, что он кого-то сбил, возможно животное. Несмотря на то, что нет никакого «звука удара», говорящего о том, что подобное произошло, он чувствует себя вынужденным развернуться и снова проехать маршрут,

который он только что проделал, чтобы быть абсолютно уверенным. В последнее время его паранойя стала настолько сильной, что он вынужден повторить свой путь три или четыре раза, дабы убедиться, что ничего не произошло. Майк — уникальный успешный профессионал, и он чувствует себя чрезвычайно униженным из-за этой навязчивой привычки. Он начинает задаваться вопросом, не сходит ли он с ума.

Сьюзен, Синди, Стив и Майк испытывают тревогу. Но это не обычная тревога. Их ощущения в двух фундаментальных аспектах отличаются от «нормальной» тревоги, которую люди испытывают в повседневной жизни. Во-первых, их тревога вышла из-под контроля. Все они чувствуют себя бессильными влиять на происходящее. Это чувство бессилия, в свою очередь, создает еще большую тревогу. Во-вторых, тревога мешает нормальному течению их жизни. У Сьюзен нарушен сон. Синди и Стив могут потерять работу. А Майк утратил способность эффективно водить машину и приезжать вовремя.

Примеры Сьюзен, Синди, Стива и Майка иллюстрируют четыре типа тревожных расстройств: паническое расстройство, агорафобию, социофобию и обсессивно-компульсивное расстройство. Далее в этой главе вы найдете подробные характеристики каждого конкретного тревожного расстройства. Но сначала давайте рассмотрим то общее, что все их объединяет. Какова природа тревоги?

Природа тревоги

Вы сможете лучше осмыслить природу тревоги, если поймете, чем она отличается от других чувств. Например, тревогу можно отличить от страха несколькими способами. Когда вы боитесь, ваш страх обычно связан с каким-то конкретным внешним объектом или ситуацией. Событие, которого вы боитесь, обычно находится в границах возможного. Вы можете бояться, что не уложитесь в срок, не сдадите экзамен, не сможете оплатить счета или будете отвергнуты кем-то, кому хотите понравиться. Страх может быть связан с внезапным выбросом адреналина, мыслями о непосредственной опасности и необходимостью спастись. С другой стороны, когда вы испытываете тревогу, то часто не можете сказать, с чем конкретно она связана. Тревога сосредоточена больше на внутреннем, чем на внешнем. Это ответ на неопределенную, отдаленную или даже нераспознанную опасность. Вы можете тревожиться об «утрате контроля» над собой или какой-то ситуацией. Или можете чувствовать смутную тревогу по поводу того, что «происходит что-то плохое».

Тревога влияет на все наше существо. Это одновременно и физиологическая, и поведенческая, и психологическая реакция. На физиологическом уровне тревога может включать системные реакции организма, такие как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение, тошнота, сухость во рту или потливость. На поведенческом уровне она может саботировать нашу способность действовать, выражать себя или контролировать определенные повседневные ситуации.

Психологически тревога — это субъективное состояние опасения и беспокойства. В своей крайней форме она может приводить к деперсонализации и даже страху смерти или страху сойти с ума.

Тот факт, что тревога может влиять на нас на физиологическом, поведенческом и психологическом уровнях, имеет важное значение для подхода к избавлению от нее. Полная программа избавления от тревожного расстройства должна проводиться на всех трех уровнях, чтобы:

- 1) уменьшить физиологическую реактивность;
- 2) устранить поведение избегания;
- 3) изменить субъективные интерпретации (или «внутренний диалог»), которые закрепляют состояние опасения и беспокойства.

Тревога может проявляться в разных формах и с разными уровнями выраженности. Степень ее тяжести варьируется от простого приступа беспокойства до полномасштабной панической атаки, сопровождающейся ощущением сильного сердцебиения, дезориентацией и ужасом. Тревога, которая не связана с какой-либо конкретной ситуацией, возникающая неожиданно, «как гром среди ясного неба», называется беспредметной тревогой или, в более серьезных случаях, *спонтанной панической атакой*. Приступ беспредметной тревоги и спонтанную паническую атаку можно отличить по тому, испытываете ли вы одновременно четыре или более из следующих симптомов (наличие четырех или более симптомов определяет паническую атаку):

- ✓ одышка;
- ✓ ощущение сильного сердцебиения (учащенное или нерегулярное сердцебиение);
- ✓ дрожь или тремор;
- ✓ потливость;
- ✓ удушье;
- ✓ тошнота или боль в животе;
- ✓ онемение или покалывание в кистях и стопах;
- ✓ головокружение или неустойчивость;
- ✓ ощущение отрешенности или деперсонализация;

- ✓ ощущение жара или озноб;
- ✓ страх смерти;
- ✓ страх сойти с ума или потерять контроль.

Если ваша тревога возникает *только* в ответ на конкретную ситуацию, это называется *ситуационной* или *фобической тревожностью*. Ситуационная тревожность отличается от обычного страха тем, что имеет тенденцию быть чрезмерной. Если вы испытываете чрезмерное опасение по поводу вождения на автостраде, посещения врача или высказывания недовольства супругу, это может квалифицироваться как ситуационная тревожность. Ситуационная тревожность становится *фобической*, когда вы начинаете *избегать* ситуации: вообще перестаете ездить по автостраде, посещать врача или высказывать недовольство супругу. Другими словами, фобическая тревожность — это ситуационная тревожность, которая включает постоянное избегание определенной ситуации.

Часто тревогу можно вызвать, просто подумав о конкретной ситуации. Когда вы переживаете стресс по поводу того, что может случиться, если вам придется столкнуться с одной из ваших фобических ситуаций, вы испытываете то, что называется *тревогой ожидания*. В своих более мягких формах тревога ожидания неотличима от обычного «беспокойства». Но иногда становится такой сильной, что ее называют *паникой ожидания*.

Существует важное различие между спонтанной тревогой (или паникой) и тревогой (или паникой) ожидания. Спонтанная тревога, как правило, возникает внезапно, очень быстро достигает пика, а затем постепенно стихает. Пик обычно достигается в течение пяти минут, после чего следует период постепенного спада, в течение часа или более. Напротив, тревога ожидания обычно постепенно нарастает в ответ на возникновение угрожающей ситуации или даже при мыслях об этом, а затем быстро спадает. Вы можете испытывать «безумное беспокойство» по поводу чего-либо в течение часа или более, а затем отпустить его, когда ум найдет что-то другое, чем себя занять.

Тревога и тревожные расстройства

Тревога — неизбежная часть жизни в современном обществе. Важно понимать, что в повседневной жизни возникает множество ситуаций, на которые *необходимо* и *разумно* реагировать с некоторой тревогой. Если бы мы не чувствовали *никакой* тревоги в ответ на обычные проблемы, связанные с возможной потерей или неудачей, это было бы неправильно. Эта книга может быть полезна любому человеку, который испытывает обычные, нормальные тревожные реакции (другими словами, каждому).

Она также предназначена для тех, кто имеет дело со специфическими тревожными расстройствами. Включение в повседневную жизнь упражнений, дыхательных практик, релаксации и правильных пищевых привычек, а также осмысление своего внутреннего диалога, заблуждений, чувств, способов самоутверждения и уровня самооценки — все это поможет сделать вашу жизнь более сбалансированной и менее тревожной, независимо от характера и степени выраженности тревоги, с которой вам приходится иметь дело.

Болезненная тревога в отличие от обычного беспокойства *более интенсивна* (например, панические атаки), *длится дольше* (может сохраняться в течение нескольких месяцев или дольше вместо того, чтобы пройти после прекращения стрессовой ситуации), нередко *приводит к фобиям*, которые мешают жизни.

Критерии диагностики специфических тревожных расстройств были установлены Американской психиатрической ассоциацией и перечислены в популярном диагностическом руководстве, используемом специалистами в области психического здоровья. Это руководство называется *DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам — пятое издание)*. Следующие далее описания различных тревожных расстройств основаны на критериях *DSM-5*, как и опросник для самодиагностики в конце этой главы. Эта книга может помочь вам, даже если ваше специфическое тревожное расстройство или реакция не соответствует ни одной из диагностических категорий *DSM-5*. В то же время не переживайте понапрасну, если ваша реакция точно описана в одной из диагностических категорий. В вашей компании окажутся приблизительно 15 процентов взрослых и 20 процентов подростков в Соединенных Штатах.

В книге описаны тревожные расстройства у подростков и взрослых. Читателям, интересующимся тревожными расстройствами у детей, такими как страх разлуки или избирательная немота, следует изучить их описания в *DSM-5* и обратиться к соответствующим книгам. В разделе «Литература для дальнейшего изучения» в конце этой главы приведен краткий список рекомендуемых книг о тревожных расстройствах у детей.

Паническое расстройство

Паническое расстройство характеризуется внезапными приступами крайнего опасения или сильного страха, которые случаются «как гром среди ясного неба», без какой-либо видимой причины. Выраженная паника обычно длится не более нескольких минут, но в редких случаях может возвращаться «волнами» в течение периода до двух часов. Во время

приступа паники могут возникнуть любые из перечисленных ниже симптомов:

- ✓ одышка, удушье или ощущение удушья;
- ✓ ощущение сильного сердцебиения — учащенная частота сердечных сокращений;
- ✓ головокружение, неустойчивость или обморок;
- ✓ дрожь или тремор;
- ✓ потливость;
- ✓ тошнота или боль в животе;
- ✓ чувство нереальности — как будто вы смотрите на себя «со стороны» (деперсонализация);
- ✓ онемение или покалывание в кистях и стопах;
- ✓ приступы жара или озноба;
- ✓ боль или дискомфорт в груди;
- ✓ страх сойти с ума или потерять контроль;
- ✓ страх смерти.

При полномасштабной панической атаке имеются по крайней мере четыре из этих симптомов, и два или три из них — при *панической атаке с ограниченными симптомами*.

Ваши симптомы будут диагностированы как паническое расстройство, если: 1) у вас было две или более панические атаки и 2) по крайней мере после одного из этих приступов следовал один (или более) месяц постоянного опасения повторной панической атаки или беспокойства о возможных последствиях следующей панической атаки. Важно осознавать, что паническое расстройство само по себе не подразумевает никаких фобий. Паника не возникает из-за того, что вы думаете, приближаетесь или на самом деле входите в фобическую ситуацию. Наоборот, она случается спонтанно, неожиданно и без видимой причины. Заметное указание или повод для приступа отсутствует. Кроме того, панические атаки не связаны с физиологическими эффектами лекарственных средств (рецептурных или психоактивных) или состоянием здоровья.

Частота панических атак различается у разных людей. У одного человека могут случиться две или три панические атаки, а следующая — только через несколько лет или вообще никогда. У другого человека может быть несколько панических атак, за которыми следует период без паники, а через месяц или два панические атаки возвращаются. Иногда за первоначальной панической атакой могут следовать повторяющиеся приступы три или более раз в неделю до тех пор, пока человек не обратится за лечением. Во всех этих случаях между паническими атаками

существует тенденция к развитию *тревоги ожидания* или опасения, связанного со страхом следующего приступа. Это опасение по поводу повторной панической атаки является одним из отличительных признаков панического расстройства.

Если вы страдаете паническим расстройством, вы можете быть очень напуганы своими симптомами и решите обратиться к врачам, чтобы найти медицинскую причину. Ощущение сильного сердцебиения и нерегулярное сердцебиение могут повлечь назначение ЭКГ и других обследований сердца, результаты которых в большинстве случаев оказываются нормальными. (Иногда паническому расстройству может сопутствовать пролапс митрального клапана, доброкачественная аритмия сердца.) К счастью, все больше врачей знают о паническом расстройстве и могут отличить его от чисто физических жалоб.

Диагноз панического расстройства ставится только после исключения возможных медицинских причин, включая гипогликемию, гипертиреоз, реакцию на избыток кофеина или отказ от алкоголя, транквилизаторов или успокаивающих средств. Причины панического расстройства включают в себя сочетание наследственности, химического дисбаланса в головном мозге и недавно перенесенного стресса. Внезапная потеря или серьезные изменения в жизни могут провоцировать возникновение панических атак.

Паническое расстройство, как правило, возникает в позднем подростковом возрасте или в возрасте от 20 до 30 лет. Примерно у половины людей, страдающих паническим расстройством, оно возникло в возрасте до 24 лет. Приблизительно в трети случаев паника осложняется развитием агорафобии (как описано в следующем разделе). От двух до трех процентов населения страдают «чистым» паническим расстройством, в то время как примерно пять процентов, или один из каждых 20 человек, страдают паническими атаками, осложненными агорафобией. Совсем у немногих людей паническое расстройство развивается в детстве или после 65 лет. У женщин вероятность развития панического расстройства примерно в два раза больше, чем у мужчин. У американцев европеоидной расы паническое расстройство диагностируется чаще, чем в других этнических группах.

Курение сигарет увеличивает риск панического расстройства (Isensee et al., 2003). Около 30 процентов людей с паническим расстройством употребляют алкоголь для самолечения (Mental Health America, 2007), что часто ухудшает их симптомы, когда эффект алкоголя проходит. Марихуана у некоторых людей часто провоцирует панику. Приблизительно у одной четверти людей, страдающих паническими атаками, иногда возникают *ночные* панические атаки (приступ паники в момент пробуждения).

Одной из причин панического расстройства является чрезмерная активность отделов мозга, известных как гипоталамус и миндалевидное тело (амигдала). Более подробная информация о нейробиологии панического расстройства изложена в главе 2.

Современные методы лечения

Все описанные ниже методы считаются новейшими методами лечения панического расстройства.

Обучение релаксации. Ежедневная практика брюшного дыхания и глубокой мышечной релаксации (например прогрессирующей мышечной релаксации) помогает уменьшить *физические* симптомы паники, а также тревогу ожидания, которую вы можете испытывать по поводу возникновения панической атаки. Кроме того, для уменьшения тревоги может быть рекомендована программа физических упражнений. (См. главы 4 и 5.)

Лечение для контроля паники. Выявление и устранение «катастрофичных» мыслей (таких как «Я в ловушке!», «Я сойду с ума!» или «У меня будет сердечный приступ!»), которые, как правило, провоцируют панические атаки. (См. главу 6.)

Интероцептивная экспозиция. Практика добровольного подвергания *физическим симптомам* паники, таким как учащенное сердцебиение, потливость ладоней, одышка или головокружение. Такие симптомы создаются намеренно, обычно в кабинете психотерапевта. Например, головокружение возникает при вращении в кресле, а учащенное сердцебиение — при беге вверх и вниз по лестнице. Многократное подвергание неприятным физическим симптомам способствует *процессу десенсибилизации*, что означает «достижение меньшей чувствительности», или привыканию к этим симптомам до такой степени, что они больше не вызывают страх. (См. главу 7.)

Лекарственное лечение. Для уменьшения выраженности симптомов паники могут использоваться антидепрессанты, известные как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, или сокращенно СИОЗС, например золофт, лексапро, целекса и симбалта, или бензодиазепины, например ксанакс, ативан и клонопин. (См. главу 17.) Такие лекарства лучше всего использовать в сочетании с первыми тремя методами, описанными выше. Одним из минусов лекарственного лечения панического расстройства является то, что более чем у 50 процентов людей может возникнуть рецидив, если прекратить лечение через год или более после его начала.

Изменение образа жизни и личности. Некоторые изменения в образе жизни, которые могут уменьшить подверженность паническим атакам,

включают управление стрессом, регулярные физические упражнения, устранение из диеты стимуляторов и сахаров, замедление ритма жизни и выделение «времени для отдыха», а также изменение установок в отношении перфекционизма, чрезмерной потребности нравиться другим и чрезмерной потребности в контроле. (Эти вопросы рассматриваются в главах 4, 5, 10 и 15.)

Агорафобия

Слово *агорафобия* означает боязнь открытых пространств, однако суть агорафобии заключается в страхе панических атак. Если вы страдаете агорафобией, вы боитесь оказаться в ситуациях, когда затруднительно сразу вернуться в безопасное место или может быть недоступна помощь, если у вас внезапно начнется паническая атака. Вы можете избегать, например, продуктовых магазинов или автострад не столько из-за их собственных характеристик, сколько потому, что в случае паники будет затруднительно сразу же вернуться в безопасное место и возникнет неловкая ситуация. Страх смущения играет главную роль. Большинство агорафобов боятся не только панических атак, но и *того, что подумают другие люди*, если увидят их во время панической атаки.

Агорафобы часто избегают целого ряда ситуаций. Некоторые из самых распространенных включают:

- ✓ многолюдные общественные места, такие как продуктовые магазины, универмаги или рестораны;
- ✓ закрытые или ограниченные места, такие как туннели, мосты, театры или парикмахерское кресло;
- ✓ общественный транспорт — поезда, автобусы, метро или самолеты;
- ✓ стояние в очереди или нахождение в толпе;
- ✓ нахождение дома в одиночестве.

Пожалуй, самая распространенный отличительный признак агорафобии — это тревога, связанная с нахождением далеко от дома или далеко от «надежного человека» (обычно это супруг, партнер, родитель или кто-то, к кому у вас есть базовая привязанность). Вы можете полностью избегать вождения в одиночку или бояться выезжать в одиночку за пределы определенного небольшого расстояния от дома. В более тяжелых случаях агорафоб в состоянии отойти всего на несколько метров от дома в одиночку или вообще не в состоянии выйти из дома. В отдельных случаях может ограничить себя одной комнатой в своем доме.

Для установления диагноза агорафобии пациент должен избегать как минимум двух из перечисленных выше ситуаций или больше. Как правило, он вообще избегает этих ситуаций или может переносить их, если его кто-то сопровождает, но при этом испытывает сильную тревогу.

Если у вас агорафобия, вы не только страдаете от фобии в разных ситуациях, но и, как правило, испытываете тревогу значительную часть времени. Эта тревога возникает из-за *ожидания того*, что вы *можете* оказаться в ситуации, в которой будете испытывать панику. Например, что произойдет, если вас попросят пойти куда-нибудь, куда вы обычно избегаете ходить, и вам будет нужно как-то это объяснить? Или что будет, если вы вдруг останетесь один? Кроме того, из-за серьезных ограничений в вашей деятельности и жизни вы можете испытывать депрессию. Депрессия возникает из-за того, что вы чувствуете себя «в тисках», в состоянии, которое не можете контролировать или бессильны изменить.

Агорафобия во многих случаях, по всей видимости, вызывается паническим расстройством. Сначала у вас просто возникают панические атаки, которые наступают без видимой причины (паническое расстройство). Однако через некоторое время вы начинаете осознавать, что приступы случаются чаще в замкнутых пространствах вдали от дома или когда вы один. Вы начинаете бояться таких ситуаций. Агорафобия развивается, когда вы начинаете избегать этих ситуаций в реальности из-за страха паники. С этого момента могут начаться небольшие, умеренные или серьезные проблемы. В легком случае вы можете чувствовать себя некомфортно в замкнутых пространствах, но в реальности не избегать их. Вы продолжаете работать или делать покупки самостоятельно, но не хотите отдаляться от дома. В случае умеренной тяжести вы начинаете избегать некоторых ситуаций, таких как общественный транспорт, лифты, поездки далеко от дома или посещение ресторанов. Однако ваше ограничение носит лишь частичный характер, и вы в состоянии находиться далеко от дома один или с надежным для вас человеком, даже если испытываете некоторый дискомфорт. Тяжелая агорафобия характеризуется полным ограничением деятельности до такой степени, что вы не можете покинуть свой дом без сопровождения.

В настоящее время неизвестно, почему у одних людей с паническими атаками развивается агорафобия, а у других — нет. (Есть небольшое число людей, страдающих только агорафобией без панических атак.) Также непонятно, почему у некоторых людей она протекает гораздо тяжелее, чем у других. Известно, что агорафобия возникает в результате комбинации наследственности и внешних факторов. Страдающие агорафобией могут иметь родителя, родного брата или сестру или другого родственника, у которого тоже есть эта проблема. Если один однояйцевый близнец

страдает агорафобией, у другого тоже высока вероятность ее развития. С точки зрения внешних факторов, существуют определенные типы обстоятельств в детстве, которые предрасполагают ребенка к агорафобии. Это включает воспитание родителями, которые: 1) перфекционисты и сверхкритичны, 2) чрезмерно опекающие и/или 3) крайне тревожные, настолько, что передают своему ребенку установку: мир — «опасное место». Наследственные и внешние причины агорафобии и других тревожных расстройств будут более подробно рассмотрены в следующей главе.

Агорафобия влияет на людей во всех сферах жизни и на всех уровнях социально-экономического положения. В каждый конкретный момент времени около двух процентов взрослых и подростков в Соединенных Штатах страдают агорафобией. Приблизительно 80 процентов агорафобов составляют женщины, хотя в последнее время этот процент уменьшается. Можно предположить, что процент женщин и мужчин с агорафобией будет иметь тенденцию к выравниванию, поскольку ожидается, что женщины все больше станут отдавать предпочтение работе с полной занятостью и будут меньше времени проводить дома.

Агорафобия имеет более высокий риск возникновения в старшем подростковом и молодом возрасте. Второй период повышенного риска наступает позднее, после 40 лет. К сожалению, при отсутствии соответствующего лечения агорафобия, как правило, становится хроническим и рецидивирующим заболеванием. Полная ремиссия без лечения происходит редко, примерно в 10 процентах случаев.

Современные методы лечения

Обучение релаксации, лечение для контроля паники и интероцептивная экспозиция. Поскольку агорафобия обычно обусловлена страхом панических атак, используются те же методы лечения, которые были описаны для панического расстройства. (См. главы 4 и 6.)

Экспозиция. Экспозиционная терапия означает, что вы подвергаетесь или сталкиваетесь с внушающей страх ситуацией. Экспозиция проводится постепенно, шаг за шагом, сначала в воображении, а затем уже в реальной жизни (см. главу 7). Например, если вы боялись отъезжать далеко от дома, то постепенно, с небольшим шагом, увеличиваете это расстояние. Сначала вас сопровождает помощник в одной машине с вами, затем он может ехать следом в другой машине, а потом, наконец, вы будете практиковаться ездить самостоятельно. Или если вы боитесь быть дома один, то человек, который обычно остается с вами, уходит сначала всего на несколько минут, а затем постепенно увеличивает время отсутствия.

В итоге вы научитесь сталкиваться со всеми ситуациями, которых избегали, и проживать их.

Когнитивная психотерапия. Цель когнитивной психотерапии — помочь заменить преувеличенные, вызывающие страх мысли о панике и фобиях на более реалистичные и благоприятные взгляды. Вы научитесь определять вредные мысли, критически их рассматривать и менять на конструктивные. (См. главы 8 и 9.)

Лекарственное лечение. При современном лечении агорафобии часто используются лекарства. В более тяжелых случаях, когда люди привязаны к дому или сильно ограничены в своих возможностях, в первую очередь обычно используются СИОЗС, например золофт, лексапро, целекса или симбалта. Также могут использоваться низкие дозы транквилизаторов, таких как ксанакс или клонопин, чтобы помочь справиться с начальными этапами экспозиции. (См. главу 17.)

Тренировка уверенности в себе. Поскольку агорафобам часто бывает трудно постоять за себя и свои права, лечение часто включает тренировку уверенности в себе. (См. главу 13.)

Групповая терапия. Лечение агорафобии может быть очень эффективно в групповой обстановке. Группа дает большую поддержку как в плане понимания того, что вы не одиноки, так и при выполнении еженедельных домашних заданий.

Причины тревожных расстройств

Отдаленные предрасполагающие факторы

1. Наследственность.
2. Обстоятельства в детстве.
 - ✓ Ваши родители передали вам слишком настороженный взгляд на мир.
 - ✓ Ваши родители чрезмерно критичны и устанавливают слишком высокие стандарты.
 - ✓ Вам свойственны эмоциональная незащищенность и зависимость.
 - ✓ Ваши родители подавляют ваше выражение чувств и самоутверждение.
3. Накопленный со временем стресс.

Биологические причины

1. Физиология паники.
2. Панические атаки.
3. Генерализованная тревожность.
4. Обсессивно-компульсивное расстройство.
5. Заболевания, которые могут вызвать панические атаки или тревогу.

Краткосрочные провоцирующие факторы

1. Стрессовые факторы, провоцирующие панические атаки.
 - ✓ Утрата близкого человека.
 - ✓ Сильная перемена в жизни.
 - ✓ Стимуляторы и психоактивные вещества.
2. Обусловливание и начало фобий.
3. Травма, простые фобии и посттравматическое стрессовое расстройство.

Поддерживающие факторы

1. Избегание фобических ситуаций.
2. Тревожный внутренний диалог.
3. Заблуждения.
4. Сдерживание чувств.
5. Недостаточная уверенность в себе.
6. Отсутствие навыков заботы о себе.
7. Мышечное напряжение.
8. Стимуляторы и другие диетические факторы.
9. Стрессовый образ жизни.
10. Отсутствие смысла и понимания цели жизни.

Отдаленные предрасполагающие факторы

Наследственность

Передаются ли тревожные расстройства по наследству? Ограниченные данные, существующие на сегодняшний день, утверждают, что передаются — по крайней мере частично. Например, по оценкам, от 15 до 25 процентов детей, выросших как минимум с одним родителем, страдающим агорафобией, сами становятся агорафобами, в то время как уровень агорафобии среди населения в целом составляет всего пять процентов. Однако этот факт сам по себе не доказывает, что агорафобия наследуется, поскольку можно утверждать, что дети *учатся* у своих родителей быть агорафобами.

Более убедительные данные получены в ходе исследований однояйцевых близнецов, которые, как известно, имеют одинаковый набор генов. Если у одного однояйцевого близнеца имеется тревожное расстройство, вероятность того, что у другого однояйцевого близнеца будет такое же расстройство, составляет от 31 до 88 процентов в зависимости от рассматриваемого исследования. Для сравнения, при изучении разнояйцевых близнецов (чьи гены сходны не более чем гены братьев и сестер, рожденных в разное время) эта вероятность гораздо ниже. Если у одного разнояйцевого близнеца имеется тревожное расстройство, шансы, что у другого оно тоже будет, составляют от 0 до 38 процентов — опять же в зависимости от исследования. Наличие такого же набора генов, как и у кого-то другого с фобиями или тревогой, повышает *вероятность* возникновения аналогичной проблемы *более чем в два раза*. Интересно, что процентная доля разнояйцевых близнецов в популяции, как правило, выше, чем частота тревожных расстройств (примерно от 8 до 10 процентов). Это доказывает, что воспитание в одной семье — наличие одинакового родительского подхода — по крайней мере в чем-то способствует развитию тревожных расстройств. По-видимому, влияние оказывают и природа, и воспитание.

А что же наследуется? Согласно современным исследованиям агорафобия, социофобия и даже панические атаки не наследуются от родителей. По-видимому, по наследству передается *общий тип личности*, который предрасполагает к чрезмерной тревоге. Это беспокойный, возбудимый, реактивный тип личности; таких людей любой слегка угрожающий раздражитель легче выводит из себя по сравнению с типом личности людей без тревожных расстройств. Если вы родились с таким очень реактивным характером, у вас может развиваться то или иное тревожное расстройство

в зависимости от особенностей вашего окружения и воспитания. Например, разовьется ли у вас агорафобия или социофобия, может зависеть от того, насколько вы научились стыдиться в ситуациях, когда от вас ожидают достижения определенных результатов. Будут ли у вас панические атаки, может зависеть от характера и степени стресса, который вы испытывали в подростковом и юношеском возрасте. Иными словами, в то время как наследственность может привести к тому, что вы родитесь с более реактивной, возбудимой нервной системой, детские переживания, обусловленность и стресс формируют определенный тип тревожного расстройства, которое впоследствии возникает.

В ходе последних исследований в области генетики поведения начинают находить специфические гены, связанные с тревожными расстройствами. Например, семнадцатая хромосома (у всех нас 23 хромосомы) содержит ген, известный как SERT (ген транспортера серотонина), который участвует в выработке нейромедиатора головного мозга серотонина. Люди с «короткой» формой гена, как правило, более предрасположены к развитию тревожных расстройств (а также расстройств настроения, таких как депрессия), тогда как люди с «длинной» формой гена имеют некоторую степень защиты от развития проблем с тревогой, несмотря на стресс в детском и взрослом возрасте.

Обстоятельства в детстве

Какие детские переживания или семейная обстановка могут предрасполагать к развитию определенного тревожного расстройства? К сожалению, было проведено совсем мало исследований по этой теме. Исследователи обнаружили, что паническим атакам и агорафобии во взрослом возрасте часто предшествует тревожное расстройство в детстве, вызванное разлукой. Это состояние, при котором дети испытывают тревогу, панику или физические симптомы, когда они разлучаются с родителями, например, когда ходят в школу или даже перед сном. Позже, будучи взрослыми, эти люди испытывают тревогу, когда разлучаются с «надежным» человеком или покидают безопасное место. Предметом гипотез являются прежде всего условия, которые могут привести к тревожному расстройству разлуки.

Ниже описаны переживаемые в детстве обстоятельства, которые могут предрасполагать к развитию тревожных расстройств. Выводы основаны на моем опыте работы с клиентами в течение нескольких лет. Эти факторы особенно актуальны, если у вас агорафобия или социальная фобия, но могут быть применимы и к другим тревожным расстройствам.

- ✓ *Ваши родители передали вам слишком настороженный взгляд на мир.*

Родители людей с фобиями обычно либо сами имеют фобии, либо более склонны к чувству страха и тревоге, чем в среднем. Часто они чрезмерно обеспокоены потенциальными опасностями, угрожающими их ребенку. Скорее всего, они говорят такие фразы, как: «Не выходи на улицу, когда идет дождь — простудишься», «Не смотри так много телевизор. Ты испортишь глаза» или «Будь очень осторожен» — снова и снова. Чем больше они передают свое опасливое, излишне осторожное отношение к миру своему ребенку, тем больше этот ребенок начинает видеть мир как «опасное» место. Когда вы узнаете, что внешний мир является угрожающим, то автоматически ограничиваете свой поиск и готовность к принятию риска. Вы растете с тенденцией к избыточному беспокойству и чрезмерной озабоченностью безопасностью.

✓ *Ваши родители чрезмерно критичны и устанавливают слишком высокие стандарты.*

Дети, растущие с критичными родителями-перфекционистами, никогда не уверены в своей приемлемости. Они всегда сомневаются в том, достаточно ли они хороши и чего достойны. В результате они постоянно стремятся радовать своих родителей и ищут их одобрения. Взрослея, также чрезмерно стремятся угодить, «хорошо выглядеть» и «быть милыми» ценой своих истинных чувств и способности к самоутверждению. Постоянно испытывая неуверенность в себе в детстве, можно стать очень зависимым от надежного человека или безопасного места, ограничивать себя от общественных или социальных ситуаций, где существует риск «потерять лицо». Как правило, такие люди часто перенимают ценности своих родителей, становясь исключительными перфекционистами и чрезмерно самокритичными (а также критикующими других).

✓ *Эмоциональная незащищенность и зависимость.*

До возраста четырех-пяти лет дети находятся в полной зависимости от своих родителей, особенно от матери. Любые условия, которые формируют чувство небезопасности в этот период, могут привести к чрезмерной зависимости от родителей в дальнейшем. По-видимому, общим источником чувства небезопасности для людей, у которых впоследствии развиваются тревожные расстройства, является чрезмерный критицизм и перфекционистские стандарты со стороны родителей. *Однако переживание отсутствия внимания, неприятия, покинутости в результате развода или смерти, а также физического или сексуального насилия тоже могут вызывать чувство базовой небезопасности (и эмоциональную зависимость), которое создает предпосылки для тревожных расстройств.*

Воспитание в семье, в которой один или оба родителя алкоголики, тоже является распространенным способствующим фактором у 20–25 процентов клиентов, с которыми я работал. Как описано в ряде популярных книг на эту тему, взрослые дети алкоголиков имеют такие качества, как: 1) заикленность на контроле, 2) избегание чувств, 3) трудности с доверием другим людям, 4) чрезмерная ответственность, 5) максимализм и 6) чрезмерное стремление угодить другим ценой собственных потребностей. Хотя не у всех взрослых детей алкоголиков развиваются тревожные расстройства, вышеуказанные качества часто наблюдаются у многих людей, имеющих проблемы с паникой и/или фобиями.

Общей чертой в опыте взрослых детей алкоголиков, взрослых, переживших другие формы насилия, и большинства людей, у которых развиваются тревожные расстройства, является глубоко укоренившееся чувство небезопасности. Возможно, степень ощущения небезопасности и то, как ребенок на это реагирует, определяют, возникнет ли у него в дальнейшем определенный тип тревожного расстройства и, скажем, аддиктивный тип личности или какое-либо другое нарушение поведения. Когда дети компенсируют чувство небезопасности *чрезмерной зависимостью*, создаются предпосылки для необходимости в опоре на надежного человека или безопасного места в более позднем возрасте. Это частая предпосылка для развития агорафобии.

✓ *Ваши родители подавляют ваше выражение чувств и самоутверждение.*

Родители могут не только содействовать зависимости, но и подавлять вашу врожденную способность к выражению своих чувств и самоутверждению. Например, когда вы были ребенком, вам могли постоянно делать замечания или наказывать за то, что вы высказывались, совершали необдуманные поступки или злились. В результате вы воспитывались с ограничительным, даже карательным отношением к выражению своих побуждений и чувств. Если эти побуждения и чувства подавляются в течение длительного периода времени, их внезапное проявление в состоянии стресса может вызывать тревогу и даже панику. Часто люди, которые научились сдерживать свои чувства и самовыражение в детстве, напряжены, более склонны к тревожности и неспособны к самовыражению, когда становятся взрослыми. Несомненно, эта форма подавления в детстве также может привести к депрессии и пассивности в дальнейшем. В обоих случаях обучение выражению своих чувств и приобретение большей уверенности в себе имеет выраженный благоприятный эффект.

Возможно, информация о четырех только что рассмотренных факторах побудила вас задуматься о том, что произошло во время вашего детства.

Используйте *опросник о семейных предпосылках*, чтобы понять, какие обстоятельства в вашей семье могли повлиять на ваши проблемы с тревогой.

Опросник о семейных предпосылках

Используйте этот опросник, чтобы проанализировать свое детство. Можете ли вы определить, какие условия могли способствовать существующей проблеме с тревогой?

1. У ваших родителей были панические атаки или фобии?
2. У вашего брата, сестры, дедушки, бабушки или другого родственника были панические атаки или фобии?
3. У ваших родителей была излишняя склонность к беспокойству?
4. Ваши родители были слишком обеспокоены потенциальными опасностями, которые могли угрожать вам или другим членам семьи?
5. Ваши родители поощряли исследование внешнего мира или они культивировали осторожность, подозрение или недоверие?
6. Считаете ли вы, что ваши родители были слишком критичны или требовательны к вам? Если да, то что вы чувствовали в ответ на эту критику?

☐ Оскорбление или унижение	☐ Стыд или вину
☐ Боль или отверженность	☐ Злость или возмущение
7. Будучи ребенком, вы могли свободно выражать свои чувства и побуждения? Как в вашей семье относились к чувствам?

☐ Открыто выражали чувства	☐ Чувства карались
☐ Чувства подавлялись	
8. Когда вы плакали, это воспринималось нормально? Что ваши родители делали, когда вы плакали?
9. Могли ли вы выражать злость? Что ваши родители делали, когда вы злились?
10. Какова была ваша роль в семье? Как вас воспринимали по сравнению с другими детьми в семье?
11. Вы считаете, что росли с чувством неуверенности в себе? Что из перечисленного ниже могло способствовать чувству небезопасности?

☐ Чрезмерная критика со стороны родителей.
☐ Неадекватное наказание.
☐ Родители заставляли чувствовать стыд.

- ☐ Родители заставляли чувствовать вину.
- ☐ Пренебрежение со стороны родителей.
- ☐ Один или оба родителя бросили вас из-за смерти или развода.
- ☐ Физическое насилие.
- ☐ Сексуальное насилие.
- ☐ Родительский алкоголизм.

12. Если вы росли с чувством небезопасности, как вы реагировали на это?

- ☐ Вы стали сильно зависеть от вашей семьи. (Вам было сложно жить отдельно от родителей?)
- ☐ Вы стали очень независимым от вашей семьи. (Вы рано стали жить отдельно от родителей?)
- ☐ Вы злились и бунтовали.

Накопленный со временем стресс

Третьим фактором, способствующим развитию тревожных расстройств, является влияние *накопленного* со временем стресса. Когда стресс продолжается без перерыва в течение определенного периода времени, например нескольких месяцев или лет, он имеет тенденцию накапливаться. Этот стресс более стойкий, чем обычный временный стресс из-за переезда, отпуска или краткосрочных финансовых проблем. Стресс может накапливаться из-за неразрешенных психологических конфликтов, продолжающихся в течение многих лет. Также это может быть связано с трудностями в одной из сфер вашей жизни, например проблем с браком или физическим здоровьем, которые сохраняются в течение длительного периода времени. Наконец, это может быть связано с наложением большого количества *жизненных событий*. Жизненные события включают в себя изменения в течение жизни, которые требуют корректировки и изменения приоритетов, таких как отъезд на учебу в институте, смена работы, вступление в брак или окончание близких отношений, переезд на новое место, рождение ребенка или отъезд детей из семьи. В то время как одно или два жизненных события в год являются обычным и посильным переживанием, ряд многих событий в течение одного или двух лет может привести к состоянию хронического стресса и истощения.

Концепция жизненных событий возникла на основе работ д-ра Томаса Холмса и д-ра Ричарда Рэйха, которые разработали инструмент под названием «Опросник жизненных событий» (также известный как «Шкала социальной реадaptации») для оценки количества и серьезности

жизненных событий, случившихся за двухлетний период. Они использовали этот опросник специально для прогнозирования риска развития соматических болезней. Вместе с тем этот опросник также может использоваться в качестве общей меры накопленного стресса. Вы можете оценить собственный уровень накопленного стресса, заполнив «Опросник жизненных событий» в этой главе.

Опросник жизненных событий

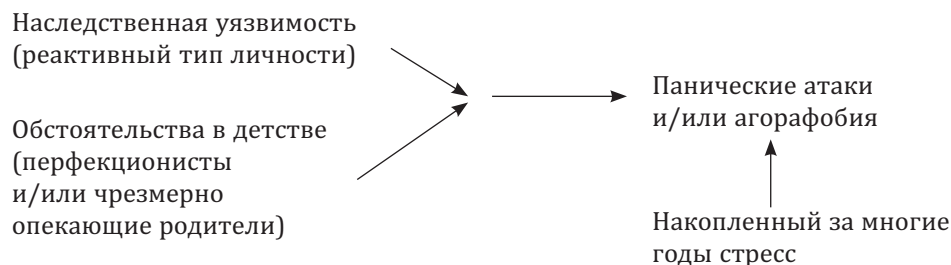
Жизненное событие	Средний показатель стресса
Смерть супруга/супруги	100
Развод	73
Разделение семьи	65
Лишение свободы	63
Смерть близкого родственника	63
Травма или болезнь	53
Брак	50
Увольнение с работы	47
Супружеские проблемы	45
Выход на пенсию	45
Проблемы со здоровьем у близкого родственника	44
Беременность	40
Проблемы сексуального характера	39
Появление нового члена семьи	39
Реорганизация работы	39
Изменение материального положения	38
Смерть близкого друга	37
Смена работы	36
Изменение частоты семейных скандалов	35
Ипотека или кредит для крупной покупки (например, дома)	31

Жизненное событие	Средний показатель стресса
Досрочное погашение ипотеки или кредита	30
Изменение должностных обязанностей	29
Отъезд детей из семьи	29
Проблемы с родственниками со стороны супруга	29
Выдающееся личное достижение	28
Начало или прекращение работы супругом	26
Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
Изменение условий жизни	25
Пересмотр привычек	24
Проблемы с руководителем	23
Изменение рабочего времени или условий работы	20
Изменение места жительства	20
Смена школы	20
Изменение отдыха	19
Изменения в церковных мероприятиях	19
Изменение в общественной деятельности	18
Небольшой кредит или ссуда (например, для покупки машины или телевизора)	17
Изменение режима сна	16
Изменение частоты семейных встреч	15
Изменение привычек в еде	15
Отпуск, каникулы	13
Период праздников	12
Незначительное нарушение закона	11

Определите, какие жизненные события произошли в вашей жизни за последние два года, и сложите соответствующие баллы для получения общей оценки стресса. Например, если вы в течение последних двух лет

вступили в брак, поменяли работу, сменили место жительства и два раза уходили в отпуск, ваша общая оценка стресса составит $50 + 36 + 20 + 13 + 13 = 132$ балла. Если ваша общая оценка стресса меньше 150 баллов, вы менее подвержены влиянию накопленного стресса. Если она находится между 150 и 300 баллами, вы можете страдать от хронического стресса; это зависит от того, как вы восприняли и справились с конкретными жизненными событиями. Если ваша оценка превышает 300 баллов, скорее всего, вы испытываете негативное влияние накопленного стресса. Обратите внимание, что оценки стресса, приведенные в вышеупомянутом опроснике, являются усреднением результатов многих людей. Степень стрессового воздействия любого конкретного события зависит от того, как вы его воспринимаете.

Уже много лет известно, что стресс может увеличивать риск развития психосоматических расстройств, таких как повышенное артериальное давление, головные боли или язвенная болезнь. Только недавно было признано, что *психологические расстройства* также могут быть результатом накопленного стресса. Стресс в течение долгого времени может влиять на нейроэндокринные регуляторные системы головного мозга, которые играют важную роль в расстройствах настроения, таких как депрессия и тревожные расстройства. Стресс по своему действию специфичен, просто он больше всего отражается на самом слабом месте в организме. Если это сердечно-сосудистая система, то у вас может развиться повышенное артериальное давление или мигрень. Если это нейроэндокринная и нейромедиаторная системы головного мозга, вы будете более подвержены развитию расстройств поведения, таких как перепады настроения, генерализованное тревожное расстройство или паническое расстройство. Иными словами, в зависимости от конкретного места вашей наибольшей уязвимости накопленный стресс может вызывать головную боль, чрезмерную усталость или панические атаки. Это уязвимое место может, в свою очередь, зависеть от наследственности. Вероятно, гены, накопленный стресс и обстоятельства в детстве способствуют возникновению конкретного тревожного расстройства, как показано на этой диаграмме:



При изучении отдаленных причин оказывается, что ни *одна* из них сама по себе не может быть достаточной для того, чтобы вызвать определенное тревожное расстройство. Вы можете прожить 20 лет с наследственной предрасположенностью к паническим атакам и при этом никогда не иметь их. А после 20 лет жизненные события могут привести к накопленному стрессу, достаточному для активации того, что было только потенциалом, — и у вас возникнет первая паническая атака. Если в детстве вы испытывали чувство неуверенности и вас учили, что внешний мир опасен, у вас может развиться агорафобия. Если будучи ребенком вы стеснялись высказываться, возможно, ваш конкретный тип фобического избегания будет менее территориальным и более социальным (иными словами, социофобией).

Биологические причины

К *биологическим причинам* относится физиологический дисбаланс в организме или головном мозге, связанный с тревожными расстройствами. Важно признать, что такой дисбаланс не обязательно является *первопричиной* тревожных расстройств и может быть вызван следующими факторами:

- ✓ специфической наследственной предрасположенностью;
- ✓ накопленным со временем стрессом;
- ✓ наследственной предрасположенностью, *проявившейся* из-за накопленного стресса.

Следует вновь подчеркнуть: вероятно, и гены, и история жизни, и стресс вместе, в совокупности приводят к дисбалансу, лежащему в основе тревожных расстройств.

Недавние исследования указывают на то, что разные типы тревожных расстройств объясняются по-разному с биологической точки зрения. Тип нарушения функции, связанный со спонтанными паническими атаками, вероятно, отличается от типа, связанного с генерализованным тревожным расстройством. И оба они, в свою очередь, отличаются от физиологического дисбаланса, связанного с обсессивно-компульсивным расстройством. Каждый из них отдельно обсуждается ниже.

Наши знания о биологических причинах тревожных расстройств все еще весьма гипотетические и неполные. Механизмы работы головного мозга, рассмотренные в этой главе, которые обсуждаются после начального раздела о физиологии паники, следует рассматривать как гипотетические, а не как доказанные факты.

Также важно понимать, что даже если при вашем конкретном тревожном расстройстве может иметь место физиологический дисбаланс в головном мозге, нет никаких оснований полагать, что вы не можете его исправить. *Если вы готовы изменить образ жизни, чтобы снизить стресс и повысить уровень физического самочувствия, любой физиологический дисбаланс, связанный с паникой, фобиями, тревогой или навязчивыми идеями, будет иметь тенденцию к уменьшению и, возможно, исчезнет вообще.* Эти изменения в образе жизни включают в себя выделение времени для ежедневного отдыха, программу упражнений, правильное питание, социальную поддержку и заботу о себе. (См. соответствующие главы в этой рабочей тетради.) Альтернативный способ исправления биологического дисбаланса — положиться на лекарства, отпускаемые по рецепту, которые специфически изменяют функционирование головного мозга. Хотя лекарства хорошо помогают в преодолении физиологических причин тревожных расстройств, на мой взгляд, их следует рассматривать как последнюю линию защиты. Часто можно исправить физический дисбаланс, *просто* улучшив свой уровень здоровья и самочувствия.

Далее в этом разделе вы узнаете о механизмах работы головного мозга, которые, согласно данным недавних исследований, лежат в основе панических атак, генерализованного тревожного расстройства и обсессивно-компульсивного расстройства. Однако сначала рассмотрим то, что изучено гораздо лучше — базовую физиологию панической атаки.

Физиология паники

Что происходит с организмом во время панической атаки? Паника — экстремальный вариант реакции на тревогу, которым организм *естественным образом* отвечает на любой тип угрозы. Много лет назад Уолтер Кэннон описал это как *ответ «бей или беги»*. Это врожденный механизм, который позволяет всем высшим животным быстро мобилизовать большое количество энергии, чтобы реагировать на хищников или другие непосредственные угрозы выживанию. Эта реакция на сигнал тревоги хорошо помогает нам в ситуациях, представляющих реальную опасность. К сожалению, большинство из нас реагируют как «бей или беги» также в ответ на любую ситуацию, которая рассматривается как *психологически* опасная, угрожающая или невыносимая. Ссора с супругом или необходимость встать и пойти на работу после плохого ночного сна может вызвать выраженную стрессовую реакцию, потому что вы *воспринимаете* ее как угрожающую или невыносимую, даже если она не представляет прямой опасности для выживания.

В случае панической атаки угроза может вообще отсутствовать — реакция может возникнуть «на ровном месте» без какого-либо видимого

повода. Каким-то образом естественная реакция «бей или беги» выходит из-под контроля. То, что это происходит в отрыве от контекста и без видимой причины, говорит о том, что механизмы головного мозга, которые контролируют эту реакцию, не функционируют должным образом. Современные гипотезы о природе этой дисфункции описаны в следующем разделе. Физиология самой панической атаки, однако, изучена лучше.

Наша нервная система имеет два отдельных механизма действия: *произвольный* и *непроизвольный*. У нас есть соматическая нервная система, которая управляет мышцами и подчиняется нашему прямому приказу. В свою очередь, наша вегетативная нервная система регулирует автоматические функции, обычно не подчиняющиеся произвольному контролю, такие как сердцебиение, дыхание и пищеварение. Вегетативная нервная система подразделяется на два отдела: *симпатический* и *парасимпатический*. Симпатическая нервная система отвечает за мобилизацию ряда реакций во всем организме, когда мы испытываем эмоции или возбуждение. Парасимпатическая нервная система выполняет противоположную функцию. Она поддерживает нормальное, бесперебойное функционирование различных внутренних органов в то время, когда мы спокойны и находимся в состоянии покоя.

Во время панической атаки симпатическая нервная система быстро и интенсивно запускает несколько различных реакций организма. Во-первых, она запускает выделение надпочечниками большого количества адреналина. При этом мы чувствуем внезапный «толчок», часто сопровождаемый чувством страха или ужаса. В течение нескольких секунд избыток адреналина может вызвать: 1) учащенное сердцебиение, 2) учащенное и поверхностное дыхание, 3) обильное потоотделение, 4) дрожь и тряску и 5) холод в руках и ногах. Симпатическая нервная система также вызывает сокращения мышц (самый крайний случай — когда животные «замирают» от страха), что может привести к сильному сжатию в груди или горле и страху, невозможности дышать. Другие реакции, вызываемые симпатической нервной системой, включают избыточное выделение желудочной кислоты, угнетение пищеварения, выброс эритроцитов из селезенки, выброс накопленного сахара из печени, увеличение скорости обмена веществ и расширение зрачков.

Все эти реакции в меньшей степени происходят, когда мы испытываем эмоции или возбуждение. При панической атаке они достигают такого экстремального уровня, что мы чувствуем потрясение и ужас, и у нас возникает сильное стремление бежать. Важно понимать, что адреналин, высвобождаемый во время панической атаки, обычно обратно всасывается печенью и почками в течение нескольких минут. Если вы можете «пережить» физические симптомы панической атаки, не борясь с ними

и не говоря себе, как они ужасны, они, как правило, исчезнут через короткое время. В главе 6 будут описаны методы обучения наблюдению, а не реагированию на физические симптомы паники. Путем правильного дыхания и позитивных, успокаивающих утверждений вы можете научиться управлять паникой, а не пугаться, провоцируя гораздо более интенсивную реакцию.

В то время как физиология паники хорошо изучена, механизмы в головном мозге, которые инициируют эти физиологические реакции, исследованы меньше. В следующем разделе представлены две последние гипотезы об определенных дисбалансах в головном мозге, которые, как считается, вызывают панические атаки.

Панические атаки

Наш головной мозг, безусловно, самая сложная система в организме, состоящая более чем из ста миллиардов клеток, или нейронов. В любой момент времени миллионы нервных импульсов передаются по многочисленным путям, которые соединяют различные области мозга. Каждый раз при передаче отдельного нервного импульса из одной нервной клетки в другую он должен пересекать пространство. Отдельные нервные клетки разделены крошечными пространствами, называемыми *синапсами*. Уже давно известно, что процесс, посредством которого нервный импульс передается по синапсу, по природе является химическим. Микроскопические количества химических веществ, выделяемых в синапс, позволяют передавать нервный импульс от одного нейрона к другому. Эти химические вещества называются *нейромедиаторами*; в головном мозге их насчитывается более 20 разных типов.

По-видимому, в головном мозге существуют различные системы, которые особенно чувствительны к определенным нейромедиаторам. Каждая система состоит из обширной сети нервных клеток (*нейронов*), которые чувствительны к определенному нейромедиатору. Одна система, называемая *норадренергической*, особенно чувствительна к нейромедиатору, называемому *норадреналином*. Другая система, *серотонинергическая*, содержит нейроны, особенно чувствительные к нейромедиатору, называемому *серотонином*. Еще одна система, *глутаматергическая*, особенно чувствительна к стимулирующему нейромедиатору *глутамату*. Эти три системы имеют большое количество рецепторных участков (участков на нервных клетках, которые реагируют на нейромедиаторы) в определенных областях головного мозга, которые активируются во время панической атаки. В частности, считается, что область головного мозга под названием *амигдала* играет главную роль в инициации паники. Исследо-

вания показали, что амигдала действует не в одиночку, а совместно с множеством других структур, все из которых участвуют в стимулировании паники. Эти структуры включают в себя «высшие» мозговые центры, такие как префронтальная кора и островок, служащие для модулирования сенсорной информации, интерпретируя ее как «опасную» или «безопасную». Такая информация хранится в памяти в отделе мозга, который называется *гиппокамп*. Высшие мозговые центры и гиппокамп взаимодействуют непосредственно с амигдалой. Амигдала, в свою очередь, инициирует панику, стимулируя множество других структур мозга, в том числе: 1) *голубое пятно (locus coeruleus)*, которое способствует общему поведенческому и физиологическому возбуждению, 2) *гипоталамус*, который регулирует выброс адреналина (через гипофиз, стимулирующий работу надпочечников), а также активизирует симпатическую нервную систему (см. предыдущий раздел), 3) *центральное серое вещество мозга*, которое стимулирует защитное и избегающее поведение, и, наконец, 4) *парабрахиальное ядро*, которое вызывает усиление дыхания.

Панические атаки более вероятны, когда вся эта система в головном мозге *чрезмерно чувствительна*, возможно, из-за того, что раньше она активировалась слишком часто, слишком интенсивно, или и то и другое. Таким образом, неврологической основой для паники является не просто «химический дисбаланс», как, возможно, сказал вам врач, а чрезмерно чувствительная «система управления страхом», включающая все вышеперечисленные структуры головного мозга. Исследователи полагают, что недостаток нейромедиаторов серотонина и норадреналина может способствовать *недостаточному ингибированию* амигдалы, голубого пятна и связанных с ними структур, составляющих эту систему управления страхом. Вот почему антидепрессанты СИОЗС и антидепрессанты СИОЗСН, которые влияют на метаболизм серотонина и/или норадреналина, находящихся во всем головном мозге, могут уменьшать панические атаки (а также другие тревожные расстройства). Трициклические антидепрессанты, более старый класс антидепрессантов, тоже могут быть эффективны в снижении симптомов тревожных расстройств. (Дополнительной информации об этих различных типах антидепрессантов вы найдете в главе 17.) В течение двух-четырех недель эти препараты, по-видимому, способны *стабилизировать* и *уменьшать чувствительность* слишком чувствительной амигдалы, голубого пятна и связанной с ними системы управления страхом.

Что *вызывает* исходную чрезмерную чувствительность системы управления страхом, в настоящее время остается неясным. Одна из гипотез состоит в том, что изменения в этой системе могут происходить как в результате острого стресса, так и в результате длительного воздействия

множества стрессовых факторов по прошествии времени. Хотя эта гипотеза остается недоказанной, похоже, что *накопленный стресс вносит важный вклад в начало панических атак* (как обсуждалось ранее в этой главе). Если гипотеза о стрессе, изменяющем амигдалу и систему управления страхом, окажется верной, можно будет сделать важный вывод: *самым эффективным долгосрочным лечением дисфункции мозга, связанной с паническим расстройством, является последовательная и комплексная программа по снижению стресса в вашей жизни*. Лекарства, безусловно, могут помочь в краткосрочной перспективе стабилизировать структуры головного мозга, которые участвуют в процессах паники и тревоги. И все же без изменений в образе жизни, таких как регулярная релаксация и физические упражнения, оптимальное распределение времени, правильное питание, личная поддержка и конструктивный подход (изменений, которые позволят вам жить более спокойно), после отмены лекарств паника и тревога будут иметь тенденцию возвращаться.

Еще одна гипотеза о причинах панических атак связана с префронтальной корой. Это «высший» корковый центр мозга, который вступает в действие *после* активации амигдалы с внезапным страхом в ответ на потенциальную угрозу. Префронтальная кора помогает нам оценить окружающую среду, чтобы увидеть, есть ли на самом деле настоящая угроза или нет. Если окажется, что никакой угрозы нет, префронтальная кора оказывает «нисходящее влияние» на амигдалу, так что можно отклонить потенциальную угрозу и прекратить панику. Считается, что у людей, склонных к паническому расстройству, эта связь между префронтальной корой и амигдалой может быть нарушена. То есть префронтальная кора не способна адекватно снизить активность амигдалы, позволяя страху расти, пока не начнется полномасштабная паническая атака.

Генерализованная тревожность

Бензодиазепиновые транквилизаторы, такие как ксанакс, ативан и клонопин, могут эффективно снижать тревогу при генерализованном тревожном расстройстве (ГТР), а также при других тревожных расстройствах (включая тревогу ожидания при фобиях). Было обнаружено, что система ГАМК — специфическая рецепторная система в головном мозге — обладает исключительной чувствительностью к бензодиазепиновым препаратам. Эта система состоит из нейронов, чувствительных к нейромедиатору под названием гамма-аминомасляная кислота (сокращенно ГАМК). В норме ГАМК функционирует в головном мозге как *ингибирующий* нейромедиатор — она в основном подавляет или «понижает» активность мозга, особенно лимбическую систему, которая является центром эмоций

в мозге. Таким образом, ГАМК связана с естественной успокаивающей реакцией самого мозга. Когда человек принимает лекарства, которые повышают активность системы ГАМК, его тревога уменьшается.

По-видимому, бензодиазепиновые транквилизаторы, такие как ксанакс, стимулируют систему ГАМК, повышая ее активность, с таким же эффектом, как у самого нейромедиатора ГАМК. Именно поэтому эти транквилизаторы понижают тревогу, а также любую другую форму эмоционального возбуждения.

Что происходит с системой ГАМК у людей с хронической тревогой? Было предложено несколько гипотез. У них может быть дефицит самой ГАМК, что приводит к меньшей ингибирующей активности системы. Или может быть дефицит некоего естественного бензодиазепинового вещества в мозге (пока не обнаруженного), что приводит к снижению активности системы ГАМК. Возможно, имеется слишком много ГАМК-рецепторов относительно количества доступной ГАМК. Ситуация здесь довольно сложная, потому что активация мозга (а следовательно, и тревога) контролируется не только системой ГАМК, но и системами серотонина и норадреналина (а также и другими системами нейромедиаторов). Кроме того, исследования мозга показывают, что все эти системы взаимодействуют и модулируют друг друга. Суть в том, что все эти системы играют роль в нейробиологической основе генерализованного тревожного расстройства.

Обсессивно-компульсивное расстройство

Рассуждения о генерализованном тревожном расстройстве применимы и к обсессивно-компульсивному расстройству (ОКР). Эффективность специфических лекарств, таких как кломипрамин (анафранил), и антидепрессантов СИОЗС (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина) — флуоксетина (прозак), сертралина (золофт), пароксетина (паксил) и флувоксамина (лювокс) — в снижении обсессивно-компульсивных симптомов говорит о возможных биологических механизмах обсессивно-компульсивного расстройства. Известно, что эти препараты увеличивают в головном мозге количество специфического нейромедиатора, серотонина. Они делают это более эффективно, чем другие классы антидепрессантов. Итак, мы знаем, что серотонин (и серотониновая система головного мозга) играет важную роль в нейробиологической основе ОКР.

Исследования выявили в головном мозге «нервную цепь» ОКР, включающую три структуры: *глазнично-лобную кору, таламус и хвостатое ядро*. Эти структуры определяют цепь, или «петлю», которая, как показали исследования с визуализацией головного мозга, у людей с ОКР явля-

ется чрезмерно активной. Когда мы беспокоимся, глазнично-лобная кора посылает сигнал беспокойства в таламус, который, в свою очередь, отправляет сигнал обратно (через хвостатое ядро) в глазнично-лобную кору для интерпретации. В норме этот цикл происходит только один раз или несколько раз. У людей с ОКР из-за нарушения в хвостатом ядре этот сигнал передается туда-обратно и циркулирует по петле много раз. По-видимому, СИОЗС действуют путем понижения избыточной активности этой ОКР цепи. Многие серотониновые нейроны в головном мозге имеют ингибирующую функцию, и в структурах, составляющих петлю ОКР, наблюдается избыток этих ингибирующих нейронов, особенно в хвостатом ядре. Таким образом, увеличение серотонина в головном мозге повышает активность ингибирующих серотониновых нейронов, которые, в свою очередь, «тормозят» избыточную активность в цепи ОКР.

Другая структура мозга, связанная с ОКР, — *передняя часть поясной извилины*. Одна из функций поясной извилины — обеспечение возможности легко переключать внимание с одной темы на другую. Когда поясная извилина не функционирует должным образом, мы можем легче «погрязнуть» или привязаться к определенной теме, как это происходит, когда мы на чем-то зацikliваемся. По-видимому, препараты СИОЗС помогают поясной извилине работать лучше. Исследования мозга также показали, что когнитивно-поведенческая терапия, особенно техника конфронтации с подавлением тревожной реакции, может нормализовать функции мозга в структурах, связанных с ОКР. Таким образом, чисто психологическое вмешательство приводит к устойчивым изменениям в работе мозга, аналогичным тем, которые могут достигаться с помощью лекарств.

Заболевания, которые могут вызвать панические атаки или тревогу

Физиология паники, описанная в начале этого раздела, хорошо известна. Однако разные предполагаемые объяснения биологических механизмов, в которых участвуют различные нейромедиаторные системы мозга, на сегодняшний день пока гипотетичны. Важно помнить, что эти биологические гипотезы применимы к большинству, *но не ко всем случаям* панических атак и генерализованной тревожности. Иногда панические реакции или тревога могут возникать из-за нарушений, которые очень далеки от общепризнанных тревожных расстройств. Например, гипертиреоз и гипогликемия могут приводить к паническим атакам, которые, судя по всему, идентичны наблюдаемым при паническом расстройстве. Недостаточность кальция или магния или аллергия на определенные

пищевые добавки тоже могут вызывать панику или тревогу. Когда эти нарушения корректируются, тревога исчезает.

Любое из следующих ниже нарушений может быть причиной панических атак или генерализованной тревожности. Первые шесть из них встречаются чаще всего.

✓ ***Синдром гипервентиляции.***

Быстрое неглубокое дыхание на уровне грудной клетки иногда может приводить к чрезмерному снижению уровня углекислого газа в циркулирующей крови. Это приводит к симптомам, очень похожим на симптомы панической атаки: головокружение, чувство нереальности, одышка, дрожь и/или покалывание в руках, ногах или губах. Эти симптомы, в свою очередь, могут восприниматься как опасные и вызвать истинную паническую атаку. (См. раздел о брюшном дыхании в главе 4.)

✓ ***Гипогликемия.***

У многих людей уровень сахара в крови может упасть слишком низко в результате неправильного питания или обычного стресса. Когда это происходит, у таких людей возникает ряд симптомов, похожих на панические реакции: тревога, дрожь, головокружение, слабость и дезориентация. Гипогликемия может вызвать панические атаки или, что бывает чаще, может усугублять панические реакции, вызванные другими факторами. (См. главу 15.)

✓ ***Гипертиреоз.***

Чрезмерная секреция гормона щитовидной железы может приводить к ощущению сильного (учащенного) сердцебиения, потоотделению и генерализованной тревожности. Другие симптомы гипертиреоза включают потерю веса, повышенную температуру тела, бессонницу и экзофтальм (выпячивание глаз). Если вы испытываете некоторые из вышеперечисленных симптомов, вы можете попросить врача назначить вам исследование гормональной активности щитовидной железы, чтобы увидеть, способствует ли это нарушение вашим симптомам тревоги или паники. (См. главу 16 для получения дополнительной информации о том, как расстройства щитовидной железы могут влиять на тревожность.)

✓ ***Пролапс митрального клапана.***

Пролапс митрального клапана является безопасным состоянием, которое вызывает ощущение сильного сердцебиения. Это обусловлено небольшим дефектом клапана, разделяющего верхнюю и нижнюю камеры в левой половине сердца. Кровь движется через митральный клапан, проходя из

верхней камеры в нижнюю. При пролапсе клапан закрывается не полностью, и часть крови может течь обратно из нижней камеры в верхнюю, в результате чего сердце начинает биться неритмично. Обусловленное этим нарушение сердечного ритма может приводить в замешательство, так что некоторые люди начинают паниковать, но это *не* опасно. Пролапс митрального клапана *не* является причиной сердечного приступа.

По неясным причинам пролапс митрального клапана у людей с паническим расстройством встречается чаще, чем у остальных. В тяжелых случаях можно применять для его лечения бета-блокаторы, например индерал.

✓ **Предменструальный синдром (ПМС).**

Для женщин важно наблюдать за тем, ухудшаются ли панические реакции (или генерализованная тревожность) за какое-то время до начала менструации. Если это так, то лечения ПМС может быть достаточно, чтобы облегчить вашу проблему с паникой или тревогой. Лечение обычно предполагает коррекцию диеты и занятия физическими упражнениями, прием пищевых добавок, таких как витамин B₆, а в некоторых случаях — натурального прогестерона. (См. главу 16.)

✓ **Расстройства внутреннего уха.**

У небольшой части населения панические атаки, по-видимому, связаны с нарушением равновесия, вызванным отеком внутреннего уха (из-за инфекции, аллергии, синдрома Меньера или других проблем). Если головокружение и/или неустойчивость являются *существенной* частью вашей проблемы с тревогой или паникой, вы можете обратиться к отоларингологу, чтобы проверить лабиринт внутреннего уха.

Другие заболевания и медицинские состояния, которые могут вызвать панику или тревогу:

- ✓ острая реакция на кокаин, амфетамины, кофеин, аспартам, препараты для подавления аппетита, лекарства от бронхиальной астмы, стероиды или другие стимуляторы;
- ✓ отказ от алкоголя, седативных средств или транквилизаторов;
- ✓ тиреотоксикоз;
- ✓ синдром Кушинга;
- ✓ опухоль надпочечников;
- ✓ заболевание парашитовидной железы;
- ✓ сложные парциальные судорожные приступы (эпилепсия височной доли);