

АВТОРЫ БЕСТСЕЛЛЕРОВ ПО ПСИХОЛОГИИ

Павел Федоренко • Илья Качай

Поменяй СЕБЯ

Психосоматика
беспокойств,
стрессов
и депрессий



ПРАКТИЧЕСКОЕ
РУКОВОДСТВО
ПО БЫСТРОМУ
ИЗБАВЛЕНИЮ

Умный тренинг, меняющий жизнь



Умный тренинг, меняющий жизнь

Павел Федоренко

**Поменяй себя! Психосоматика
беспокойств, стрессов и депрессий.
Практическое руководство
по быстрому избавлению**

«Издательство АСТ»

2022

УДК 616.85
ББК 56.12

Федоренко П. А.

Поменяй себя! Психосоматика беспокойств, стрессов и депрессий. Практическое руководство по быстрому избавлению / П. А. Федоренко — «Издательство АСТ», 2022 — (Умный тренинг, меняющий жизнь)

ISBN 978-5-17-152184-4

Мечтаете о спокойной жизни, полной радости, хорошего настроения, спокойствия и положительных эмоций? Идеальное средство достижения мечты — практическое руководство по изменению бесполезных привычек мышления и поведения, провоцирующих и поддерживающих тревоги, депрессии, переживания, стрессы. Психосоматические расстройства, следствием которых являются бессонница, вегетосудистая дистония, негативные установки, эффективно преодолеваются с помощью упражнений, техник, практик и приемов, которыми делятся в своей книге авторы. Важно, что особое внимание они уделяют методам предотвращения рецидивов. От психосоматических расстройств можно и нужно избавляться. Да, понадобится терпение, время и желание быть здоровым, но все в ваших руках! В формате PDF А4 сохранен издательский макет.

УДК 616.85

ББК 56.12

ISBN 978-5-17-152184-4

© Федоренко П. А., 2022

© Издательство АСТ, 2022

Содержание

Предисловие	8
Часть I	10
Глава 1	10
Структура тревоги	10
Связь тревоги и воспитания	11
Две главные проблемы избыточной тревоги	11
Глава 2	12
Три типа «токсичной» тревоги	12
«Виды» избыточной тревоги	12
Глава 3	14
Элементы тревожного мышления	14
Треугольник тревоги	14
Когнитивная модель тревоги	15
Когнитивный фундамент тревожных расстройств	15
Конкретность страхов, лежащих в основе тревоги	16
Глава 4	17
Условность и ограниченность диагностических наименований	17
Трансдиагностический подход	17
Проблемы навешивания медицинских диагнозов-ярлыков	18
Глава 5	19
Стресс – расплата за выживание	19
Стресс и дистресс	19
Основные факторы стресса	19
Подробный перечень стрессовых факторов	20
Стрессогенное мышление	21
Порочный круг избегания стресса	21
Непродуктивные способы преодоления стресса	22
Часть II	23
Глава 6	23
Устройство нервной системы	23
Устройство вегетативной нервной системы	23
Инстинкт самосохранения	24
Большой порочный круг избыточной тревоги	25
Порочный круг мышечного напряжения	25
Психофизическая проблема	26
Симптом «нечаянно» нагрянет	26
«Глухой телефон» с симптомами стресса	27
Глава 7	28
Гиперактивация симпатического отдела	28
Нашумевший псевдодиагноз	28
Неполный перечень симптомов вегетососудистой дистонии	28
Ложные интерпретации симптомов тревоги	29
Ментальные ловушки вегетососудистой дистонии	30
Правда и мифы о вегетососудистой дистонии	31
Мыслетворные симптомы	31

Глава 8	32
Порочный круг гиподинамии	32
Эволюция vs. гиподинамия	32
Польза от регулярной физической активности	33
Типичные оправдания при отказе от физических нагрузок	33
Список физических занятий	34
Глава 9	35
Ключ № 1. Принятие	35
Ключ № 2. Безразличие	35
Ключ № 3. Дружба	35
Ключ № 4. Продолжение дел	35
Часть III	37
Глава 10	37
Определение ипохондрического тревожного расстройства	37
Порочный круг избыточной тревоги при ипохондрии	37
Дискриминация по соматическому признаку	38
Биопсихосоциальная модель тревожных расстройств	38
Глава 11	39
Воспитательные факторы	39
Трансгенерационные психотравмы	39
Биологические и психологические факторы	40
Виды ятрогенного эффекта	40
Порочный круг ятрогенной гипералгезии	41
Порочный круг синдрома «белого халата»	41
Эволюционные корни ипохондрии	42
Глава 12	43
Избегание контакта с собой	43
Компенсация неудовлетворенных потребностей	43
Избегание решения актуальных проблем	43
Глава 13	44
Особенности ипохондрического мышления	44
Особенности ипохондрического поведения	44
Типичное поведение людей с ипохондрией	44
Парадоксальное ипохондрическое восприятие	45
Формула ипохондрии	45
Перфекционизм здоровья	46
Утопические идеалы ортохондрии	46
Искаженные ипохондрические интерпретации	47
Специфическая ипохондрическая логика	47
Иррациональные верования, поддерживающие ипохондрию	48
Три группы иррациональных верований при ипохондрии	49
Порочный круг негативной внутренней картины болезни	49
Глава 14	51
Бесконечный каскад обследований	51
Скитания по разным специалистам	51
Поиск гарантий и определенности	51
Парадоксальная ипохондрическая логика	52
Безрезультатная гипердиагностика	52
Усиление ипохондрических сомнений	53

Ятрогенная коммуникация	53
Симптоматическое и нецелесообразное лечение	53
Глава 15	55
Бедные не болеют, богатые не выздоравливают	55
Лечить нельзя помиловать	55
Конец ознакомительного фрагмента.	56

Павел Федоренко, Илья Качай
Поменяй себя! Психосоматика
беспокойств, стрессов и депрессий.
Практическое руководство
по быстрому избавлению



Издательство
АСТ

© Федоренко П., 2022
© Качай И., 2022
© ООО «Издательство АСТ», 2022

Предисловие

Данная книга – полноценное практическое руководство по изменению бесполезных привычек мышления и неадаптивных стратегий поведения, способствующих формированию и поддержанию тревоги по поводу здоровья и депрессии. В работе также рассматриваются особенности избыточного стресса, специфика психосоматических расстройств (к числу которых относится и пресловутая вегетососудистая дистония (ВСД)), порочные механизмы бессонницы, а также сопутствующие всем вышеперечисленным проблемам процессы постоянной мыслительной жвачки в виде самокопания, самокритики и сожалений о прошлом. Обширный и доступно изложенный теоретический материал дополняется множеством эффективных практических упражнений, техник, тактик, методик и приемов. Отдельная часть книги посвящена стратегиям предотвращения рецидивов (повторного возвращения симптомов).

Методологическим фундаментом настоящей работы предстают ключевые постулаты и принципы когнитивной терапии Аарона Бека, рационально-эмоционально-поведенческой терапии Альберта Эллиса, а также краткосрочной стратегической терапии Джорджио Нардонэ, которые являются, образно говоря, тремя китами современной когнитивно-поведенческой психотерапии. На основе концептуального синтеза методов трех этих психотерапевтических направлений в данной книге раскрываются как специфика, так и способы изменения бесполезных мыслей и непродуктивных моделей поведения, которые лишь подпитывают различные невротические состояния.

Необходимо отметить, что данную книгу можно представить как своего рода содержательное продолжение одной из предыдущих работ авторов – «Как изменить мышление, принять себя и стать счастливым. Когнитивно-поведенческая терапия», в которой полноценно раскрываются практические техники и упражнения по изменению искаженных мыслей и иррациональных верований, создающих избыточные стрессовые эмоции и ведущих к неадаптивному поведению. Действительно, рассмотренные в вышеуказанной работе теоретические и практические принципы в рамках настоящей книги раскрываются с новой стороны, поскольку адаптируются применительно к конкретным эмоциональным проблемам. Таким образом, внимательно изучив книгу, вы получите огромный объем ценной информации о природе различных невротических состояний, а самое главное – **освоите эффективные практические инструменты для изменения бесполезных мыслей и неадаптивных действий, порождающих и поддерживающих эти расстройства.**

Уникальность настоящей работы состоит в том, что она будет полезна и для вдумчивого читателя, желающего обрести свободу от беспокоящих его эмоциональных проблем, и для специалистов (психологов, психотерапевтов, психиатров и студентов, осваивающих эти профессии), и для родственников и близких тех людей, которые столкнулись с описываемыми в книге сложностями. Названия подглавок и упражнений, которые актуальны для родных и близких тех, кто сейчас страдает от описываемых в книге невротических состояний, отмечены **двумя звездочками (**)**, хотя им также полезно ознакомиться и с остальным материалом, касающимся расстройства, которым страдает значимый для них человек. Если же вы открыли эту книгу, потому что сами хотите преодолеть ту или иную эмоциональную проблему, то позвольте порекомендовать вам **не спешить охватить и воплотить в жизнь все и сразу** – именно такой подход и стал одной из причин вашего нынешнего состояния.

Вдумчиво читайте книгу и перечитывайте те фрагменты работы, которые непонятны для вас с первого раза. Если во время чтения книги вы столкнетесь с материалом, который станет триггером для вашей тревоги или других негативных эмоций, можете сразу же применять описанные здесь техники для проработки своих переживаний. Мы старались преподнести теоретический и практический материал ясно, четко и доступно и сопроводить его наглядными приме-

рами. Действительно, данная книга содержит большое количество поясняющих схем и таблиц, которые пригодятся вам в том числе и для самостоятельной практической работы. Какие-то техники и упражнения окажутся для вас более эффективными, а какие-то будут выглядеть менее понятными. Это вполне естественно, ведь идеального способа избавления от эмоциональных проблем, который подходил бы всем людям, не существует.

Как не существует и волшебной таблетки, приняв которую, вы в одночасье почувствуете себя лучше. Если хотите преодолеть беспокоящее вас эмоциональное расстройство, придется систематически и регулярно практиковаться. Не верьте на слово, что представленные в этой книге техники эффективны (хотя они действительно эффективны). Проверяйте это на собственном опыте, ведь опытное знание – самое ценное и самое полезное. Одно дело – просто прочитать умную книжку и «головой все понять», и совсем другое – опробовать предлагаемые методики, что называется, на своей шкуре.

При создании данной книги авторы использовали огромное количество трудов и материалов таких ярких зарубежных и отечественных представителей когнитивно-поведенческой и краткосрочной стратегической терапии, как А. Бартолетти, Дж. Батлер, А. Бек, Дж. Бек, Дж. Беннетт-Леви, Д. Бернс, Р. Бранч, В. Брим, Дж. Брэнтли, Я. ван Никерк, П. Вацлавик, Д. Вестбрук, Н. А. Власов, Дж. Вуд, С. Геддес, К. Гермер, С. Гиллихан, С. Гранет, Р. Гринберг, Д. Гринбергер, Д. Добсон, К. Добсон, К. Дойл, М. Дэвис, М. Дюга, Д. Кларк, У. Кнаус, Д. В. Ковпак, Т. Корбой, К. Коуи, Р. Лихи, Т. Лихнер, М. Маккей, М. М. Манухин, М. Мацца, Н. Моррисон, Дж. Мэннинг, Ш. Найсли, Дж. Нардонэ, К. Нефф, К. Падески, А. Палмер, А. Поллард, Кл. Портелли, В. Ю. Разуваев, С. Рего, М. Ри, Н. Риджуэй, М. Робишо, В. Г. Ромек, Е. А. Ромек, Х. Руф, П. Салковскис, Д. Сандерс, К. Свит, М. Сейф, Э. Сильвер, М. Скин, Л. Смит, Л. Сокол, К. Спрингер, Д. Толин, Р. Уиллсон, С. Уинстон, А. Уэллс, П. Фаннинг, С. Фейдер, М. Феннелл, Э. Фoa, М. Фокс, Э. Хакманн, Э. Харви, Дж. Хершфилд, Ф. Чаллакомбе, Ч. Эллиотт, А. Эллис, Г. Эмери, Э. Эшельман, Э. Ядин и других. Авторы бережно отнеслись к научно-практическим разработкам вышеперечисленных представителей современной психотерапии и, конечно же, отразили в работе собственный терапевтический и практический опыт.

Вне всякого сомнения, никакая книга не сможет заменить работу с квалифицированным психотерапевтом, поскольку грамотный и опытный специалист, скорее всего, поможет вам увидеть и исправить ошибки в мышлении и поведении, которых вы не замечаете, но из-за которых страдаете, и подвести вас к открытиям и осознаниям, активное претворение которых в жизнь позволит устранить ограничивающие вашу жизнь трудности. При всем при этом стоит заметить, что нередко и такие случаи, когда вдумчивое и настойчивое претворение в жизнь описанных в книгах по самопомощи техник (при условии, что эти техники эффективны и применяются правильно) приводит к более качественному результату, нежели работа со специалистом. В любом случае эта книга действительно поможет вам сэкономить весьма существенную сумму, если вы читаете ее до обращения к психотерапевту или будете читать ее параллельно с работой с когнитивно-поведенческим терапевтом. Никуда не спешите, но и не откладывайте работу в долгий ящик. Двигайтесь в своем темпе, и тогда у вас все обязательно получится.

Приятного чтения, интересных открытий и продуктивной работы!

Часть I

Избыточная тревога и стресс

Глава 1

Природа тревоги

Структура тревоги

В своих прошлых работах мы достаточно подробно раскрывали природу избыточной тревоги, ее источники, функции, симптомы и признаки¹, поэтому в этой главе мы остановимся только на ключевых аспектах, связанных с тревогой, тем более что в следующих главах книги будут детально описаны ее проявления. Итак, тревога – это эмоция, возникающая вследствие автоматически проносящихся в голове мыслей, предсказывающих негативное или катастрофическое будущее: «А что если?..», «А вдруг?..»

Тревога является следствием предсказаний в мыслях опасностей для физического, психического или социального благополучия человека. Основой тревожных мыслей выступает предположение, что в будущем должно произойти нечто «ужасное» – настолько, что человек не сможет с этим справиться.

В отличие от страха, который сигнализирует о реальной или предполагаемой, но всегда непосредственной угрозе в настоящем моменте времени, тревога обладает более диффузной природой и направлена на мрачное будущее. В основе разных эпизодов тревоги можно увидеть так называемый базовый страх, который и заставляет человека тревожиться, о чем мы еще будем говорить в дальнейшем в связи с конкретными тревожными расстройствами.

Эволюционные корни тревоги

Физиологическим фундаментом тревожных реакций является **инстинкт самосохранения**, доставшийся нам от диких предков и выражающийся в виде набора защитных реакций «беги», «сражайся» и «замри», срабатывающих в ответ на реальную или воображаемую опасность. Иными словами, при появлении тревоги физиологические и поведенческие реакции человека обуславливаются тремя этими эволюционно выработанными стратегиями реагирования на опасность. Но если в опасные доисторические времена тревога на самом деле помогала выживать нашим далеким предкам, то сегодня некогда полезные сигналы тревоги у многих людей становятся чрезмерными и неуместными, потворствуя появлению различных тревожных расстройств и невротических состояний, о которых и повествует данная книга.

Избыточная тревога – это не личностный недостаток человека, а сформированный эволюцией необходимый защитный механизм, который не так актуален в современных безопасных (в сравнении с древностью) условиях.

¹ Более подробная информация о природе тревоги представлена в книге: Федоренко П. А. Качай И. С. Взять под контроль: страхи, тревоги, депрессию и стресс. Программа управления своими эмоциями» М.: АСТ, 2021. 288 с.

Связь тревоги и воспитания

У тревожных взрослых были гипертревожные и гиперопекающие родители, чрезмерно и навязчиво оберегающие своих детей от «опасного» мира, но в то же время совмещающие в своей модели воспитания гиперопеку с отсутствием подлинной заботы и поддержки. Родители тревожных детей часто обращают их внимание на потенциальные внешние и внутренние опасности и угрозы («*Цыгане украдут*», «*Надень шапку, а то заболеешь менингитом*»), а также концентрируют их внимание на телесных ощущениях («*Ты не заболела?*», «*Ты неважно выглядишь!*»). Весьма часто тревожные родители отвергают эмоции детей, в связи с чем те начинают подавлять не только эмоции, но даже потребности, полагая, что все равно не найдут поддержки, в которой в условиях «опасного» мира они, как им кажется, нуждаются как в воздухе. В итоге у детей формируются установки, что мир – это опасное место, другие люди – агрессивные и жестокие, а сам человек – плохой или беспомощный. Однако обвинять своих родителей в «плохом» воспитании не стоит, поскольку каждый родитель воспитывает детей так, как в свое время воспитывали его. Как гласят известные психотерапевтические шутки, любому ребенку, как бы хорошо он ни был воспитан, всегда найдется что сказать психотерапевту, поскольку абсолютно все, у кого есть родители, нуждаются в психотерапии, даже если они этого не осознают.

Две главные проблемы избыточной тревоги

Первая проблема избыточной тревоги заключается в том, что она очень часто бывает ложной. Действительно, тревога возникает как при наличии реальной опасности, так и при мыслях об опасности, которой на самом деле не существует. Однако поскольку даже при ложных сигналах тревоги человек *чувствует* себя в опасности, он не может быстро осознать, что эти сигналы – ложные. **Вторая проблема тревоги состоит в ее бесполезности.** Судите сами: тревога направлена, главным образом, на преодоление физических угроз, в современных условиях практически не встречающихся, однако точно так же возникает при мыслях о социальной опасности, при которой тревога бесполезна. Конечно, если бы человек абсолютно не испытывал тревоги и страха, то погиб бы под колесами первой же машины, поскольку попросту не ощущал бы угрозы, а поэтому полное устранение тревоги было бы опасным. Однако в тех многочисленных случаях, когда тревога является ложной и бесполезной, когда она запускается без реальной угрозы и начинает часто подавать сигналы опасности там и тогда, когда этого не требуется, такая тревога становится тревожным расстройством, ограничивающим жизнь человека.

Глава 2

Типы и виды тревоги

Три типа «токсичной» тревоги

Если условно классифицировать избыточную тревогу, можно выделить три типа такой «токсичной» тревоги. Итак, тревога может быть *по какому-то одному конкретному поводу*; она, как вы уже знаете, порождается катастрофическими мыслями – в данном случае об определенном событии или явлении. Во-вторых, тревога может выражаться в виде переживаний *по нескольким различным поводам* (или даже, что называется, «без повода»); такая тревога вызывается цепочкой катастрофических мыслей о событиях и явлениях в самых разных сферах жизни. Наконец, часто люди испытывают так называемую *метатревогу* – тревогу по поводу тревоги, к которой приводят иррациональные верования о тех или иных негативных последствиях самой тревоги, о чем мы еще подробно поговорим далее. Словно иллюстрируя последний из вышеописанных типов тревоги, американский психотерапевт Д. Бернс пишет о том, что «главная разница между людьми, которые страдают от депрессии и тревоги, и людьми, с которыми этого не бывает, – в том, что первые имеют склонность застревать в своем дурном настроении... Люди, которые не страдают от депрессии и тревоги, расстраиваются так же часто, но они знают, как можно быстро освободиться от плохого настроения».

«Виды» избыточной тревоги

Избыточная тревога может выражаться в разных формах – в виде страхов конкретных предметов и явлений, собственных физических ощущений и симптомов, нежелательных мыслей и побуждений, наличия скрытых соматических или психических заболеваний, критики и осуждения со стороны других людей, а также негативных событий в непредсказуемом и неконтролируемом будущем. Говоря иначе, избыточная тревога может проявляться в форме самых разных тревожных расстройств, в связи с чем тревогу очень условно разделяют на изолированную (тогда речь идет о конкретных фобиях), паническую (здесь мы имеем дело с паническими атаками), ментальную (такая тревога имеет место при навязчивых состояниях), ипохондрическую (связанную с беспокойством по поводу собственного здоровья), социальную (вызываемую страхом негативной оценки окружающих²), а также генерализованную (беспокойство по разным поводам) (табл. 1).

Таблица 1

«Виды» избыточной тревоги

² Пошаговая инструкция по избавлению от социофобии и развитию уверенности в себе описана в книге: Федоренко П. А., Качай И. С. Как перестать тревожиться, бояться и переживать. Твое будущее без социофобии. – М.: АСТ, 2022. 258 с.

«Вид» тревоги	Объект тревоги	Содержание страха
Изолированная тревога (изолированные фобии)	Предметы, явления и процессы	Страх конкретных объектов, явлений или ситуаций, объективно не представляющих опасности
Паническая тревога (Панические атаки)	Физические ощущения	Внезапный приступ страха смерти, утраты контроля, потери сознания или будущих панических приступов
Ментальная тревога (Навязчивые состояния)	Вторгающиеся мысли и образы	Страх совершить неконтролируемое действие или не вынести сомнений
Ипохондрическая Тревога (Ипохондрия)	Состояние организма	Страх наличия физических болезней при нормальных результатах медицинских обследований
Социальная тревога (Социофобия)	Публичные ситуации	Страх негативной оценки со стороны других людей (страх быть униженным и отвергнутым)
Генерализованная тревога (Общая тревожность)	Неопределенность будущего	Страх самых разных негативных и катастрофических событий в неопределенном будущем

Глава 3

Особенности тревожного мышления

Элементы тревожного мышления

Тревога возникает из-за *преувеличения степени вероятности и серьезности потенциальной угрозы*, а также из-за *недооценки собственных возможностей совладания с опасностью (внешних и внутренних ресурсов) и признаков безопасности какой-либо ситуации*. Во время эпизодов тревоги человек избыточно концентрируется на мыслях об опасности и своей беспомощности и неспособности справиться с тревожащей ситуацией, что приводит к невозможности более трезвого рассмотрения менее угрожающих вариантов развития событий, ведь в моменты сильной тревоги довольно сложно мыслить рационально. Таким образом, тревога возникает при *переоценке рисков и недооценке ресурсов* и отступает, если более реалистично оценить степень вероятности и серьезности той или иной опасности (рационально оценить риски) или повысить уверенность в своей способности совладать с угрозой, а также обнаружить свидетельства безопасности ситуации (рационально оценить ресурсы).

Треугольник тревоги

Итак, в этой книге мы опираемся на когнитивно-поведенческую модель тревоги, согласно которой искаженные автоматические мысли³, характеризующиеся переоценкой степени вероятности и серьезности опасности, а также недооценкой способностей совладания и признаков безопасности, приводят к тревоге, которая проявляется в виде телесных симптомов и побуждает к защитному⁴ или избегающему поведению. Таким образом, искаженные катастрофические автоматические мысли вызывают тревогу, которая, в свою очередь, обуславливает телесную и поведенческую реакции. Однако существует обратный цикл: испытывая тревогу, человек начинает избыточно фокусироваться на мыслях об опасности и сильнее верить в них за счет эффекта тоннельного восприятия; мышечное напряжение, создаваемое тревогой, дает мозгу сигнал об опасности и необходимости бегства; защитное и избегающее поведение подкрепляет тревогу и изначальные мысли об опасности, поскольку в этом случае человек не получает опыта безопасности столкновения с пугающим стимулом (рис. 1).

³ *Автоматические мысли* – спонтанно и молниеносно возникающие в конкретных ситуациях отрывочные и обрывочные слова, образы, картинки, представления, воспоминания или фантазии, которые человек может практически не осознавать, но которые могут приводить к избыточным стрессовым эмоциям, телесным симптомам и проблемному поведению.

⁴ *Защитное поведение* – «ритуальные» «спасительные» действия, направленные на быстрое снижение тревоги в момент ее появления, которые поддерживают и усиливают тревогу в долгосрочной перспективе.



Рис. 1. Треугольник тревоги

Когнитивная модель тревоги

Говоря предельно общо, активация одного «угла» треугольника тревоги приводит к усилению двух остальных: тревожные мысли ведут к тревоге и защитному/избегающему поведению; тревога (и ее телесные симптомы) способствует усилению тревожного поведения и мышления; наконец, тревожное (защитное/избегающее) поведение подпитывает тревожные мысли и эмоции. Таким образом, мысли, эмоции, телесные реакции и поведение тесно связаны между собой и образуют единую систему.

В этой связи изменения в одной из вышерассмотренных сфер могут существенно повлиять на изменения во всех остальных сферах. Но ключевым элементом, на который человек может оказывать непосредственное влияние, является мышление (и, как следствие, поведение).

В качестве дополнения к вышерассмотренной когнитивной модели тревоги, наглядно представленной в форме треугольника тревоги, стоит привести квартет правил тревоги, выявленных американским психотерапевтом Р. Лихи. Среди этих правил значатся поиск внешних и внутренних опасностей, катастрофизация обнаруженных опасностей, избыточный контроль внешнего и внутреннего мира, а также избегание пугающих стимулов и самой тревоги.

Когнитивный фундамент тревожных расстройств

Таким образом, общим когнитивным фундаментом различных тревожных расстройств и «видов» тревоги является, с одной стороны, **катастрофизация рисков** (преувеличение вероятности и серьезности опасности), а с другой – **недооценка ресурсов** (внешних и внутренних) и **признаков безопасности внутреннего** (ощущение, мысль, чувство) **или внешнего** (объективная ситуация) **стимула**. Иными словами, тревога становится тревожным расстройством в результате искаженной когнитивной оценки рисков и ресурсов, что заставляет организм работать в избыточном формате, несмотря на отсутствие реальных опасностей, и призывает человека выживать в условиях мира, убегая от выдуманных угроз, сражаясь с ними или прячась от них. В силу наличия общего когнитивного фундамента тревожных расстройств терапевтические интервенции⁵, направленные на преодоление различных тревожных состояний, будут схожими и могут различаться лишь в аспекте работы со специфическими симптомами, присущими конкретному тревожному расстройству. В этой связи для любых тревожных

⁵ *Терапевтические интервенции* – инструменты вмешательства в дисфункциональные модели мышления и поведения с целью их изменения для улучшения качества повседневного функционирования человека.

расстройств будут актуальны такие терапевтические интервенции, как *когнитивная реструктуризация* (направленная на реалистичную оценку степени вероятности и серьезности худших исходов и учитывание имеющихся внутренних и внешних ресурсов и признаков безопасности), а также *преодоление избегающего и защитного поведения*, лишаящего человека возможности опытным путем проверить свои тревожные предсказания.

Конкретность страхов, лежащих в основе тревоги

Важной особенностью любых тревожных расстройств является специфическое (конкретное) содержание страхов, которые являются фундаментом избыточной тревоги. В этом отношении важно заметить, что не бывает «просто страхов», поскольку страх всегда конкретен, это всегда страх чего-то или кого-то. А посему, несмотря на схожесть когнитивных и поведенческих интервенций для всех тревожных расстройств (когнитивная реструктуризация и преодоление избегающего и защитного поведения), их использование будет специфическим в зависимости от конкретного страха, лежащего в основе того или иного тревожного состояния. Поясним это на примере. Скажем, человек испытывает страх полета на самолете. Казалось бы, здесь все понятно. Но чего именно он боится? Если он боится смерти в результате авиакатастрофы, то речь идет об авиафобии. Если его больше пугает сам факт высоты (удаленности от земли на условные десять тысяч метров), то это уже акрофобия. Если человек боится испытать паническую атаку во время полета на самолете, то в этом случае мы имеем дело с паническим расстройством с агорафобией (ложной авиафобией). Страх потерять контроль и испытать импульс открыть аварийный выход во время полета может говорить об обсессивно-компульсивном расстройстве. Если же человек боится испытать смущение в присутствии других пассажиров при нахождении в салоне самолета, то налицо социофобия. Итак, механизм генерации избыточной тревоги в случае любых тревожных расстройств одинаковый (преувеличение вероятности и серьезности опасности и недооценка ресурсов и признаков безопасности), однако лежащий в основе тревоги конкретный страх задает специфичность конкретного тревожного расстройства и делает эти расстройства своеобразными и отличающимися друг от друга.

Глава 4

Специфика диагностики тревожных расстройств

Условность и ограниченность диагностических наименований

Любому человеку, столкнувшемуся с различными проявлениями и «видами» избыточной тревоги, очень важно осознавать условность и ограниченность этих диагностических наименований. Действительно, диагностические критерии тех или иных тревожных расстройств весьма размыты и представляют собой произвольно «изобретенные» психиатрами временные и симптоматические рамки. В частности, не совсем понятно, почему, например, общее фоновое беспокойство должно длиться именно полгода и ни днем меньше, для того чтобы поставить ярлык-диагноз «генерализованное тревожное расстройство». Или почему подавленное состояние должно продолжаться больше двух недель, прежде чем можно будет говорить о депрессии.

Поэтому следует понимать, что любые тревожные расстройства – это вымышленные «заболевания», которых не существует, в отличие, например, от самой тревоги, панических атак, навязчивых мыслей и действий, социальных переживаний или подавленности.

Нет абсолютно никакой необходимости и пользы в том, чтобы навешивать на эти состояния свехобобщающие и поляризующие ярлыки-диагнозы, априори не способные отразить всего многообразия и сложности человеческих переживаний. Это никак не поможет эффективно менять привычки искаженного мышления и неадаптивного поведения, которые и создают, и поддерживают эти эмоциональные проблемы.

Трансдиагностический подход

Необходимо учитывать, что диагностические критерии постоянно меняются, и теперь, например, обсессивно-компульсивное расстройство, согласно новой медицинской классификации, не относится к тревожным расстройствам, что не отменяет важности и возможности преодоления навязчивых состояний. За всю историю развития психиатрии можно насчитать огромное количество беспрестанно пересматривавшихся типологий тех же депрессивных состояний, однако, чтобы успешно помогать людям справляться с депрессией, врачу-психиатру или иному специалисту не обязательно знать все эти диагностические коллизии (к слову сказать, сейчас насчитывается порядка 40 видов депрессий). К тому же, сколько бы человек ни прикладывал бумажку с диагнозом к органам, в которых он чувствует физиологические проявления избыточной тревоги, это никак не поможет ему начать выполнять активные действия для решения его эмоциональных проблем, а, что скорее, только ухудшит его эмоциональное состояние. В этой связи многие современные направления психотерапии все чаще используют так называемый трансдиагностический подход, согласно которому «тип», «класс» или «вид» того или иного эмоционального расстройства не так важен, как и диагноз, который, как известно, рождает болезнь и за которым зачастую теряется сам человек и упускается из виду индивидуальная специфика его мышления и поведения.

Проблемы навешивания медицинских диагнозов-ярлыков

К другим проблемам, связанным с выставлением медицинских диагнозов-ярлыков в случае с тревожными расстройствами, относятся следующие негативные факторы и последствия:

- за счет постановки диагноза человеку может напрасно приписываться «патология», ведь тревожные состояния встречаются довольно часто;
- в силу постановки диагноза тревожного расстройства человек, который и так из-за избыточной тревоги может ощущать себя неполноценным и стыдиться своих состояний, может чувствовать себя только хуже;
- по причине постановки диагноза человек может сделать поспешные и ложные выводы о том, что его тревожные состояния вызваны биологическими причинами, устраняемыми сугубо медикаментозными способами, или считать себя «психически больным»;
- постановка диагноза может спровоцировать у человека мысли о безнадежности и бесперспективности самостоятельного преодоления тревоги, якобы являющейся следствием неподвластных человеку сил.

При этом важно понимать, что длительность, интенсивность и частота возникновения тревоги никак не коррелируют с продолжительностью ее преодоления, поскольку избавление от сильной тревоги может быть быстрым, а преодоление легкой тревоги может занять длительное время. В любом случае различные проявления и «виды» избыточной тревоги – это эмоциональные проблемы, являющиеся следствием неадаптивных привычек мышления и поведения. **Тревогу создает только сам человек, и поэтому только он сам может ее преодолеть.**

Хорошая новость заключается в том, что если постепенно изменять свои бесполезные мысли и непродуктивные действия на более рациональные и полезные, то тревожные расстройства и невротические состояния постепенно сходят на нет за счет такой последовательной и систематической работы.

Глава 5

Природа стресса и дистресса

Стресс – расплата за выживание

Важно понимать, что стрессовые реакции являются не личностным недостатком человека, а проявлением инстинкта самосохранения и приспособительными механизмами организма, сформировавшимися с целью выживания у наших диких предшественников. Если бы не хронический стресс, который испытывали наши древние предки, никого из нас сейчас попросту бы не существовало. Несмотря на то что современному человеку не грозит повсеместная опасность, как это было в первобытном окружении, стресс все равно будет присутствовать в жизни любого человека. Если бы люди вообще не испытывали стресса, то умерли бы в ближайшее время, поскольку не чувствовали бы никакой опасности. Таким образом, стресс необходим и даже полезен, а вот отсутствие всякого стресса стоило бы человеку жизни: без стрессов человек не мог бы нормально адаптироваться к тем или иным изменениям в окружающей среде и постоянно обрекал бы себя на опасность.

Стресс и дистресс

Однако одно дело – испытывать небольшие ситуативные стрессы, с которыми организм способен легко справляться, и совсем другое – подвергаться дистрессу (серии серьезных стрессов) и находиться в хроническом эмоциональном напряжении. Если стресс может благотворно влиять на продуктивность и успеваемость человека, то дистресс истощает ресурсы организма и ухудшает физическое и психологическое состояние человека, что не может не сказываться на качестве его повседневной жизни. Иными словами, когда человек подвергается хроническому эмоциональному стрессу, то и его соматические реакции, являющиеся следствием такого дистресса, также становятся хроническими. Нельзя не заметить, что дистресс и избыточный уровень эмоционального напряжения могут приводить к различным эмоциональным расстройствам и невротическим состояниям – симптомам так называемой вегетососудистой дистонии, ипохондрическим переживаниям, паническим атакам, навязчивым мыслям и действиям, общему фоновому беспокойству, бессоннице и иным невротическим проблемам.

Основные факторы стресса

Среди всех стрессогенных факторов наиболее распространенными являются следующие группы источников избыточного напряжения:

- **ситуационные** – необходимость приспособляться к изменяющимся условиям жизни;
- **социальные** – конфликты в межличностных и официальных отношениях;
- **телесные** – проблемы в соматической сфере (симптомы, болезни, травмы и операции);
- **когнитивные** – дисфункциональные привычки мышления, порождающие избыточные негативные эмоции.

Подробный перечень стрессовых факторов

Если детализировать вышепредставленные группы источников стресса, можно выделить около 50 стрессовых факторов, рассмотренных в нижеприведенном перечне, составленном на основе списка стрессовых событий Ю. С. Пайкеля:

- серьезное заболевание;
- госпитализация родственника;
- смерть близкого/родственника;
- конфликты с родственниками;
- начало учебы;
- подготовка к экзаменам;
- неудача в учебе;
- смена места учебы;
- окончание учебы;
- конфликт с коллегой/начальником;
- изменение рабочего графика;
- изменение условий работы;
- понижение в должности;
- повышение в должности;
- увольнение с работы;
- смена места работы;
- месячная безработица;
- финансовые проблемы;
- разорение бизнеса;
- наличие большого долга;
- утрата ценных личных вещей;
- нарушение закона;
- судебный иск/вызов в суд;
- заведение уголовного дела;
- начало совместного проживания;
- помолвка/бракосочетание;
- конфликт с партнером/супругом;
- супружеское примирение;
- временный разъезд супругов;
- нежелательная беременность;
- желательная беременность;
- рождение ребенка/усыновление;
- аборт/выкидыш;
- смерть ребенка;
- измена мужа/жены;
- разрыв личных отношений;
- развод;
- смерть жены/мужа;
- призыв сына в армию;
- отъезд сына/дочери;
- бракосочетание сына/дочери;
- менопауза;
- выход на пенсию;

- смена места жительства;
- переезд в другой город;
- переезд в другую страну;
- появление нового человека в доме;
- отделение от значимого человека и т. д.

Стрессогенное мышление

Главным источником эмоционального стресса являются именно дисфункциональные привычки мышления. Действительно, только отношение к тем или иным событиям и обстоятельствам определяет уровень стресса, который человек может испытать. Даже современные определения посттравматического стрессового расстройства и психологической травмы включают в себя не только само травмирующее событие, но и его интерпретацию человеком. В этом отношении стрессоустойчивые люди, обладающие гибким мышлением, оценивают факторы, которые другие считают источниками стресса, не столько как опасность, сколько как возможность для личностного или профессионального развития. Неспроста китайский иероглиф «кризис» состоит из двух элементов, первый из которых означает опасность, а второй – возможность.

Порочный круг избегания стресса

Таким образом, залог благополучия человека состоит не в отсутствии стрессов и не в умении избегать любых переживаний, а в развитии навыков стрессоустойчивости. Действительно, попытки избегания стресса зачастую только усугубляют стресс, поскольку бегство от проблем только добавляет напряжение к уже имеющемуся стрессу, ведь накопившиеся проблемы не решаются, а множатся, и к тому же появляются новые проблемы.



Рис. 2. Порочный круг избегания стресса

По причине накопления старых и возникновения новых проблем человек испытывает более сильный стресс, мешающий эффективно справляться как с проблемами, так и с самим стрессом. В конечном итоге человек может испытывать стресс из-за самого стресса, что как раз и ведет к вышеописанному дистрессу (рис. 2). Однако формирование нового, более рационального и реалистичного мышления и устранение неадаптивных моделей поведения способ-

ствует не только эффективному решению проблем, развитию стрессоустойчивости и саморазвитию, но и профилактике различных эмоциональных расстройств и дистресса.

Непродуктивные способы преодоления стресса

К непродуктивным способам совладания со стрессовыми ситуациями, усиливающим риск возникновения дистресса, относятся следующие неадаптивные стратегии поведения:

- злоупотребление алкоголем и сигаретами;
- прибегание к наркотическим веществам;
- прием успокоительных без рецепта врача;
- злоупотребление энергетиками/кофеиносодержащими напитками;
- переедание или недоедание;
- чрезмерно долгий или короткий сон;
- избыточный шопинг;
- чрезмерная погруженность в работу;
- попытки решить все проблемы сразу;
- обесценивание или игнорирование проблем;
- прокрастинация (откладывание выполнения важных дел);
- избегание неприятных ситуаций и людей, ассоциирующихся с обязанностями;
- слишком частые жалобы, поиски утешений и заверений;
- перекладывание ответственности на других людей и обстоятельства (позиция жертвы);
- избыточные переживания о грядущих неприятностях;
- частые размышления о прошлых ошибках, проблемах и страданиях;
- избыточный контроль за другими людьми;
- обвинения других людей и вспышки гнева и агрессии по отношению к близким;
- подавление избыточных негативных эмоций и т. д.

Часть II

Психосоматические симптомы

Глава 6

Психофизиологические механизмы

Устройство нервной системы

Чтобы человек мог преодолевать различные невротические состояния, эмоциональные расстройства и проявления дистресса, ему важно понимать и физиологические законы их функционирования, и основы устройства нервной системы. Нервная система человека состоит из двух отделов – регулируемого (он включает в себя головной и спинной мозг и позволяет человеку совершать контролируемые действия) и автономного (он самостоятельно регулирует работу внутренних органов и секретий и не зависит от желаний человека) (рис. 3).

Устройство вегетативной нервной системы

Автономный отдел нервной системы называется вегетативной нервной системой, которая, в свою очередь, подразделяется на симпатический и парасимпатический отделы.



Рис. 3. Устройство нервной системы



Рис. 4. Устройство вегетативной нервной системы

Если симпатический отдел отвечает за мобилизацию организма при реальной или даже представляемой в мыслях угрозе, то парасимпатический отдел расслабляет организм при

отсутствии каких бы то ни было угрожающих событий или мыслей о потенциальной опасности (рис. 4).

Инстинкт самосохранения

В основе инстинкта самосохранения лежат выработанные эволюцией защитные реакции «беги», «сражайся» и «замри», доставшиеся человеку от древних и диких предков (рис. 5).

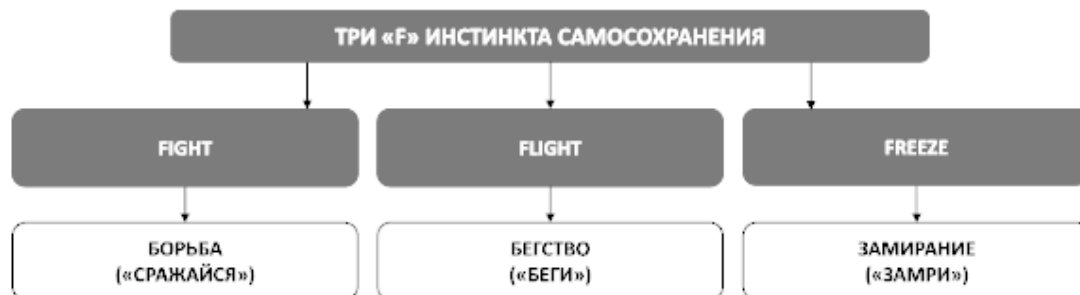


Рис. 5. Три «F» инстинкта самосохранения

Эти защитные механизмы срабатывают в ответ на реальную или воображаемую опасность и сопровождаются выбросом гормонов стресса (в том числе адреналина), что и приводит организм в состояние повышенной боевой или оборонительной готовности. Иными словами, любая опасная или воспринимающаяся как опасная ситуация приводит в действие симпатический отдел вегетативной нервной системы, который мобилизует организм для бегства или сражения с целью выживания, создавая телесные симптомы – учащенное сердцебиение и дыхание, повышенное артериальное давление, мышечное напряжение и др. Но иногда вегетативная нервная система начинает «газовать», когда ситуация к тому не располагает, и вместо парасимпатического отдела запускается симпатический (например, человек готовится ко сну, а сердце стучит, давление повышено, мышцы напряжены и т. п.). Говоря иначе, реакция возбуждения не так быстро сменяется реакцией расслабления.

Порочный круг избыточной тревоги

В такие моменты человек может начать бояться своих симптомов, тем самым усиливая общий уровень тревоги, которая, в свою очередь, усиливает старые и порождает новые симптомы, что незаметно заводит человека в порочный круг избыточной тревоги (рис. 6).

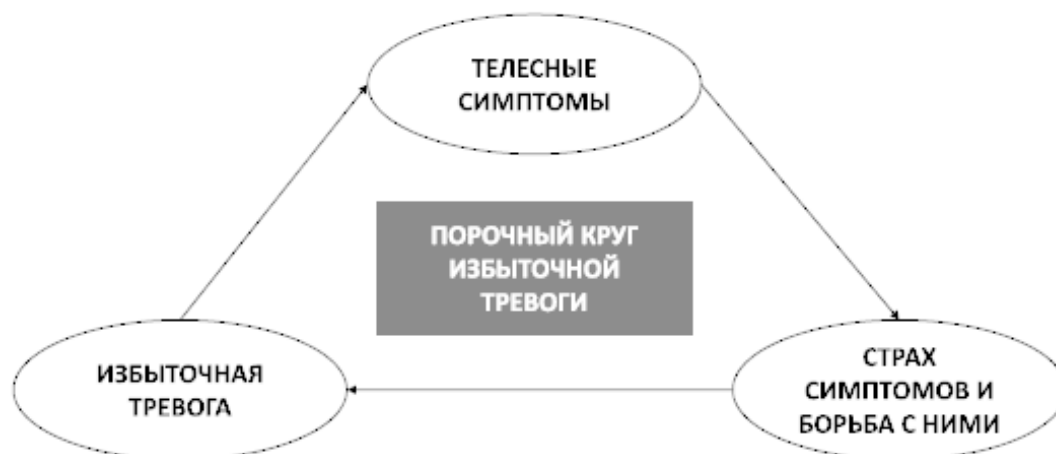


Рис. 6. Порочный круг избыточной тревоги

Большой порочный круг избыточной тревоги

Если рассматривать порочный круг избыточной тревоги более подробно, можно получить следующую порочную цепочку мыслей и эмоций, подпитывающих тревогу. Итак, катастрофические

мысли вызывают тревогу, которая, в свою очередь, усиливает веру в катастрофические мысли и производит еще больше тревожных мыслей, которые приводят к очередному усилению эмоции тревоги. Человек интерпретирует усилившуюся тревогу как свидетельство реальной опасности, иными словами, прибегает к эмоциональной аргументации («Если я испытываю тревогу, значит, я действительно в опасности, иначе бы я так не тревожился»).

При этом головой он понимает, что, несмотря на кажущуюся реалистичность катастрофических мыслей, они все-таки иррациональны, но на эмоциональном уровне может верить в их обоснованность из-за эмоциональной аргументации, а также по причине эффекта тоннельного восприятия, о котором мы уже говорили: находясь в тревожном состоянии, человек думает только об угрозах. Более того, человек может требовать от себя отсутствие тревоги («Я не должен тревожиться»), тем самым невольно сосредотачивая свое внимание на тревоге и усиливая ее, что ведет к бессмысленной и беспощадной борьбе с тревогой, а также к возникновению вторичных эмоций по поводу тревоги – гнева, отчаяния, подавленности, вины, стыда и прочих (рис. 7).



Рис. 7. Большой порочный круг избыточной тревоги

Порочный круг мышечного напряжения

Таким образом, частые, длительные и интенсивные дисфункциональные эмоции (гнев, обида, тревога, стыд, вина, подавленность), порождаемые неадаптивными привычками мышления, не могут не сказываться на физическом самочувствии человека. В частности, наиболее стрессовые эмоции – тревога и гнев – неизменно проявляются в виде мышечного напряжения, которое, в свою очередь, сигнализирует мозгу об опасности и необходимости активации соответствующих защитных реакций («беги» или «сражайся»), обуславливающих усиление, соответственно, тревоги или гнева (рис. 8).

Психофизическая проблема

Этот порочный круг возникает потому, что психика и тело неразрывно связаны между собой, о чем еще в XVII веке так или иначе говорил французский философ Р. Декарт, заявляя о так называемой психофизической проблеме. Поэтому где избыточные эмоции – там телесное напряжение, а где телесное напряжение – там избыточные эмоции.



Рис. 8. Порочный круг мышечного напряжения

Однако, будучи «воспитанными» и «культурными», закованными в систему социальных и культурных предписаний, люди часто подавляют, а не выражают свои эмоции, из-за чего возникающее мышечное напряжение не расходуется физически (человек не сражается и не бежит), а накапливается, что приводит к болям, зажимам, спазмам и многочисленным симптомам в самых разных органах и системах организма.

Симптом «нечаянно» нагрывает

Тело обмануть невозможно, ведь оно неизбежно будет реагировать на избыточные эмоциональные реакции, а если и попытаться его обхитрить, оно обязательно «ответит» дополнительным напряжением и симптомами. Важно понимать: тело «узнает» о стрессовых реакциях гораздо раньше, чем человек успевает осознать, что находится во власти той же тревоги или гнева. В этой связи мышечное напряжение довольно часто является индикатором острых или хронических стрессов. Действительно, еще Гиппократ замечал, что **если не заботиться о своем психологическом состоянии, это непременно скажется и на физическом самочувствии**. Неслучайно в понятие «здоровье» входит не только соматическое, но и психологическое благополучие, которые на деле оказываются неразрывно связанными между собой явлениями. Однако в восприятии многих людей психика и соматика остаются двумя отдельными друг от друга субстанциями, по причине чего, ощутив физические симптомы вследствие стресса, большинство людей, во-первых, не свяжут эти ощущения с испытанными ранее стрессовыми эмоциями, а во-вторых, могут проинтерпретировать их как признак серьезного и опасного соматического заболевания, иными словами, как какую-то физиологическую патологию.

«Глухой телефон» с симптомами стресса

Так люди оказываются в вышеописанном порочном круге избыточной тревоги, поскольку не осознают, что их неприятные телесные симптомы являются следствием избыточного эмоционального напряжения, в то время как в действительности к симптомам стресса могут относиться практически все известные медицине физиологические проявления. В этом отношении неспособность распознавать физические симптомы эмоционального стресса, равно как и подавление избыточных негативных эмоций, можно считать наиболее частой причиной психосоматических (соматоформных) расстройств, к числу которых относится и пресловутая вегетососудистая (нейроциркуляторная) дистония. Как замечают известные психотерапевты Дж. Нардонэ и А. Бартолетти, «наше тело говорит с нами, но не всегда находит в нас экспертов-переводчиков. Иногда мы принимаем сигнал усталости за болезнь, кашель за эмфизему легких, боли в суставах за признак опухоли. В других случаях мы просто не слушаем тело, заставляем его замолчать или... забываем про него. Вот только потом, когда его первоначальный шепот уже превратился в крик, мы вынуждены прислушаться к нему».

Глава 7

Природа вегетососудистой дистонии

Гиперактивация симпатического отдела

Вегетососудистая дистония (ВСД) – это разбалансировка симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, которая регулирует работу внутренних органов и секретий и не зависит от желаний человека. Иными словами, вегетососудистая дистония – это функциональный (обратимый) сбой в работе сосудов, которые напрягаются, когда нужно расслабляться, и расслабляются, когда следовало бы напрячься. Различная симптоматика вегетососудистой дистонии является следствием высокого уровня вегетативного нервного напряжения, когда вегетативная нервная система, метафорически говоря, постепенно «истончается» в силу того, что «педаль газа» симпатического отдела вегетативной нервной системы довольно часто будто бы наполовину нажата вследствие высокого уровня тревоги, который зачастую даже не осознается человеком с симптомами так называемой вегетососудистой (нейроциркуляторной) дистонии. Такая гиперактивация симпатического отдела вегетативной нервной системы приводит к тому, что человек начинает более остро чувствовать симптоматику, но пока не пугается ее, как при паническом расстройстве (могут появляться более яркие реакции на свет, звук или прикосновения, которые воспринимаются как раздражающие).

Нашумевший псевдодиагноз

Вегетососудистая дистония – не болезнь, а сугубо эмоциональная проблема, поскольку разнообразные и многочисленные соматические симптомы вегетососудистой дистонии являются следствием и «масками» избыточного уровня тревоги и эмоционального напряжения. Важно понимать, что вегетососудистой дистонии как медицинского диагноза попросту не существует, ведь в международной классификации болезней нет такого словосочетания. Врачи ставят этот псевдодиагноз, когда не знают, какой диагноз поставить, поскольку по итогам медицинских обследований человек здоров, но все равно жалуется на симптомы. Словосочетанием «вегетососудистая дистония» описывается синдром – набор симптомов, на которые жалуется врачу пациент и которые врач тщательно фиксирует. Но поскольку симптомы проявляются телесно, человек ошибочно начинает лечить только тело, что не приносит результата в отрыве от работы с искаженным мышлением, которое как раз и создает избыточные эмоциональные реакции, проявляющиеся в телесной сфере. Борьба с симптомами бесполезна еще и потому, что при неизменном уровне тревоги они могут часто меняться, однако со снижением уровня тревоги постепенно проходят.

Неполный перечень симптомов вегетососудистой дистонии

Крайне важно понимать, что все телесные симптомы вегетососудистой дистонии являются следствием избыточной тревоги. Ниже приводится перечень возможных симптомов, порождаемых избыточной тревогой:

- тахикардия (учащенное сердцебиение);
- аритмия (нарушение ритма сердца);
- экстрасистолия (дополнительный удар сердца);
- кардиалгия (боль в области сердца);

- дереализация (ощущение отчужденности от мира);
- деперсонализация (ощущение отчужденности от тела);
- головокружение;
- дурнота;
- неустойчивость/шаткость походки;
- слабость в ногах и ощущение «ватных» ног;
- повышение артериального давления;
- «предобморочное» состояние;
- покалывания и онемения конечностей (парестезии);
- межреберная невралгия;
- стеснение и боль в груди;
- ощущение удушья и нехватки воздуха;
- затрудненное/поверхностное/учащенное дыхание;
- утрата автоматизма дыхания;
- одышка;
- трудности с глотанием;
- «ком» в горле;
- тошнота;
- рвота;
- диарея (понос);
- метеоризм;
- частое мочеиспускание;
- тяжесть и боль в желудке;
- сухость во рту;
- отрыжка;
- ухудшение/помутнение/нечеткость зрения;
- «мушки» в глазах;
- «шум» в ушах;
- приливы жара;
- приливы холода и озноб;
- повышенное потоотделение (гипергидроз);
- покраснение кожи (гиперемия);
- кожный зуд, жжение и покалывание кожи;
- повышенная температура (неинфекционный субфебрилитет);
- внутренняя дрожь и тремор;
- дрожь и тремор конечностей;
- напряжение мышц;
- мышечные подергивания и вздрагивания;
- подергивание века;
- мышечные спазмы и боли;
- слабость и усталость (астения);
- головная боль напряжения;
- бессонница;
- ухудшение аппетита и др.

Ложные интерпретации симптомов тревоги

Несмотря на то что многие люди, страдающие от симптомов вегетососудистой дистонии, не сильно их боятся, как это происходит в случае с паническими атаками, зачастую телес-

ные симптомы тревоги трактуются людьми в катастрофическом русле. Примеры таких ложных интерпретаций телесных симптомов тревоги приведены в нижерасположенной таблице (табл. 2).

Таблица 2

Типичные ложные интерпретации симптомов тревоги

Симптом тревоги	Ложные интерпретации
Тахикардия, дискомфорт, стеснение или боль в груди, за грудиной или в области сердца	«У меня сердечный приступ!» «Мое сердце сейчас разорвется!» «Сердце не должно так стучать, это опасно!»
Одышка, затрудненное дыхание, ощущение удушья и нехватки воздуха, «ком» в горле	«Мне не хватает воздуха!» «Я сейчас задохнусь!» «Я перестану дышать и умру!»
Головокружение, нечеткость зрения, шаткость походки, «предобморочное» состояние	«Я сейчас потеряю сознание и упаду!» «Я теряю контроль и схожу с ума!» «У меня инсульт или опухоль мозга!»
Покалывания и онемения конечностей (парестезии)	«Меня сейчас парализует!» «Я болен чем-то ужасным и неизлечимым!» «Сейчас будет инфаркт или инсульт!»
Внутренняя дрожь и тремор, дрожь и тремор конечностей	«Сейчас меня накроет жуткая паника!» «Я сорвусь и потеряю над собой контроль!» «Мой организм не выдержит напряжения!»
Дереализация/деперсонализация, спутанность и скачки мыслей, плохая концентрация внимания	«Я теряю контроль над своим рассудком!» «У меня сейчас начнутся судороги!» «Это симптом какой-то страшной болезни!»
Тошнота, спазмы и дискомфорт в животе, расстройства пищеварения	«Сейчас мне станет очень плохо!» «Меня вырвет, и это будет страшный позор!» «Я наверняка заболел чем-то серьезным!»
Любые интенсивные симптомы тревоги, беспокойство, напряжение, возбуждение	«Тревога и паника точно меня прикончат!» «Я схожу с ума и заболеваю шизофренией!» «Все заметят мои симптомы, и я опозорюсь!»

Ментальные ловушки вегетососудистой дистонии

Несмотря на многоликость симптомов вегетососудистой дистонии, многие люди задаются вопросом о том, как отличить эти симптомы от проявлений органических заболеваний. Ниже представлен ряд критериев, по которым можно предварительно понимать, что причиной симптомов является избыточный уровень тревоги, а не какая-то «скрытая патология»:

- симптомы многочисленны и часто меняются;
- симптомы устойчивы, но не приводят к ожидаемым «ужасным» исходам;
- симптомы возникают после стрессов (и даже отложено – спустя какое-то время);
- симптомы имеют необычный характер;
- симптомы не соответствуют объективным данным обследований и анализов;
- симптомы не связаны с факторами, которые обычно могут их провоцировать;
- безуспешный поиск помощи у врачей и «целителей»;
- безрезультатность назначенного врачом соматического лечения.

В действительности симптомы вегетососудистой дистонии в широком смысле являются проявлением здоровья, которое может ощущаться как болезнь и трактоваться как разруха в многострадальном организме, а возникающие симптомы могут выступать для человека ложным подтверждением его тревожных представлений и катастрофических прогнозов.

Правда и мифы о вегетососудистой дистонии

Таким образом, следует сформулировать ключевые положения относительно природы вегетососудистой дистонии и, что называется, отделить зерна от плевел, разведя по разные стороны баррикад факты и домыслы об этом пресловутом псевдодиагнозе.

Итак, правда о вегетососудистой дистонии в следующем:

- симптомы ВСД – это безопасное проявление инстинкта самосохранения;
- симптомы ВСД – это адаптационные реакции организма, выработанные эволюцией;
- симптомы ВСД – это здоровое и необходимое поведение организма;
- симптомы ВСД – это выраженные показатели крепкого физического здоровья;
- симптомы ВСД – это вариант нормального функционирования организма;
- симптомы ВСД – это «маски» избыточной тревоги и ее следствие.

К мифам о вегетососудистой дистонии относятся следующие широко распространенные заблуждения:

- симптомы ВСД – это болезнь;
- симптомы ВСД – это неизлечимая болезнь;
- симптомы ВСД – это на всю жизнь;
- симптомы ВСД – это предикторы болезней и смерти;
- симптомы ВСД – это расплата за прямохождение;
- симптомы ВСД – это следствие генетических проблем;
- симптомы ВСД – это следствие экологических проблем;
- симптомы ВСД – это следствие жизни в мегаполисе.

Мыслетворные симптомы

Итак, причиной различных симптомов вегетососудистой дистонии является избыточный уровень тревоги, возникающий из-за напряжения вегетативной нервной системы. Симптомы вегетососудистой дистонии, какими бы неприятными они ни были, являются не признаком заболевания, а следствием искаженного мышления, создающего тревогу, не способную проявляться иначе как телесными симптомами. Эффективная работа по преодолению симптомов вегетососудистой дистонии не может ограничиваться одними физическими упражнениями, поскольку главной причиной этих симптомов является искаженное мышление.

Глава 8

Физическая активность при вегетососудистой дистонии

Порочный круг гиподинамии

Нельзя не отметить тот факт, что люди, испытывающие соматические симптомы стресса и избыточно переживающие за свое здоровье, как это ни странно, далеко не всегда стремятся вести здоровый образ жизни и не учитывают, что физиологические симптомы часто выступают прямым следствием их не вполне адаптивного образа жизни.

В частности, одной из немаловажных причин физических симптомов соматоформных расстройств (телесной симптоматики вегетососудистой дистонии) является гиподинамия – малоподвижный образ жизни (рис. 9).



Рис. 9. Порочный круг гиподинамии

Эволюция vs. гиподинамия

Действительно, заложенные в человеке эволюционные механизмы отнюдь не предполагали ставшего сегодня практически повсеместным сидячего образа жизни, который особенно остро дает о себе знать после 30, когда эластичность мышц и суставов постепенно утрачивается. В этом отношении физическая активность выступает важным (хотя и не главным) элементом преодоления телесных симптомов, создаваемых избыточными стрессовыми эмоциями, и самым доступным и натуральным «лекарством от стресса».

Упражнение «Физическая активация»

Запланируйте не менее получаса ежедневной физической активности и спонтанно проявляйте ее, периодически разминаясь во время сидячей работы, используя более длинный путь при походе в магазин, чаще пользуясь лестницей и т. д. Начните с ежедневной часовой прогулки, постепенно переходя к более длительным, интенсивным и целенаправленным упражнениям. Экспериментируйте с разными вариантами увеличения физической активности, стараясь связать ее с теми видами деятельности, которые приносят вам удовольствие, поскольку только через получение удовольствия от физической активности можно сделать эту активность регулярной и систематической. Увеличивайте активность любыми удобными для вас спосо-

бами, подобрав оптимальный вид нагрузок, который придется вам по вкусу (зарядка, бассейн, фитнес, тренажеры и т. д.), и практикуйте понравившийся вам вариант на протяжении нескольких недель. При выполнении физических занятий не пытайтесь достичь чемпионских рекордов, ведь главной задачей является достижение систематической физической активности. За любое выполнение запланированных физических занятий награждайте себя приятными занятиями и вещами и не критикуйте себя за пропуски – в этом случае просто вернитесь к занятиям без дополнительных заминок. Помните, что движение – это жизнь для вас и смерть для ваших симптомов: начав двигаться более активно, вы практически сразу почувствуете себя лучше.

Полезьа от регулярной физической активности

Чтобы замотивировать себя на более активный в физическом плане образ жизни, напoмните себе о пользе регулярных физических нагрузок:

- улучшение настроения за счет выработки эндорфинов;
- повышение уровня энергичности и степени удовлетворенности жизнью;
- улучшение общего самочувствия и внешнего вида;
- улучшение концентрации внимания, памяти и других когнитивных процессов;
- позитивное отвлечение от сожалений о прошлом и переживаний о будущем;
- уменьшение частоты, длительности и выраженности избыточных негативных эмоций;
- уменьшение физиологических проявлений стресса – мышечных болей и спазмов;
- повышение порога утомляемости и ослабление усталости;
- нормализация качества сна;
- нормализация сердечного ритма, артериального давления;
- улучшение функционирования сердца, сосудов, легких;
- улучшение кровообращения и обмена веществ;
- общее укрепление иммунитета;
- общее тонизирование организма;
- профилактика развития многочисленных заболеваний;
- продление жизни;
- повышение стрессоустойчивости и др.

Типичные оправдания при отказе от физических нагрузок

Также приведем распространенные оправдания при отказе от выполнения физических упражнений и коротко поясним, почему такие оправдания – это действительно всего лишь оправдания:

- **занятость** – полчаса в день для физической активности найдется у каждого человека;
- **недоступность тренажерного зала** – есть множество домашних или уличных упражнений;
- **медицинские противопоказания** – есть множество простых, но эффективных техник;
- **глупый вид** – вряд ли кто-то осуждает людей, занимающихся физической активностью;
- **отсутствие желания** – основная мотивация появится в ходе выполнения упражнений;
- **усталость** – утомление как раз и поддерживается отсутствием физических нагрузок;
- **прокрастинация (откладывание дел на потом)** – подходящее время никогда не наступит;
- **бесполезность** – одними физическими нагрузками проблему избыточного стресса не решить, но это важный элемент комплексной работы.

Список физических занятий

Ниже представлен список физических занятий, которые вы можете выполнять, тренируя свое тело, а заодно и улучшая психологическое, эмоциональное состояние:

- часовая пешая прогулка;
- велосипедная прогулка;
- катание на лыжах/коньках/роликах;
- подтягивания на турнике;
- прыжки на месте;
- прыжки со скакалкой;
- приседания и отжимания;
- йога;
- фитнес;
- бег;
- плавание;
- жим штанги лежа;
- упражнения с гантелями или гирей;
- планка;
- упражнения на растяжку мышц;
- упражнения на пресс;
- игровые виды спорта (футбол, баскетбол, волейбол, настольный теннис и т. д.).

Глава 9

Ключи к свободе от симптомов вегетососудистой дистонии

Ключ № 1. Принятие

Переживания по поводу телесных симптомов и попытки избавления от них только усугубляют тревогу и порождают дополнительное напряжение, что приводит к усилению прежней и возникновению новой симптоматики. Поэтому все, что вам следует делать при появлении каких-либо симптомов, – принимать их, иными словами, давать им быть и осознанно отказываться от борьбы с ними. Всякий раз напоминайте себе, что все ваши симптомы являются всего лишь следствием избыточной тревоги, с понижением уровня которой симптомы будут постепенно ослабевать и уходить. Помните, что принятие не означает смирения или стремления к получению удовольствия от симптомов. **Принятие означает разрешение симптомам быть столько, сколько они захотят, и осознанный отказ от любых попыток борьбы и контроля.** Многим людям, избавившимся от телесных симптомов избыточной тревоги, спустя время кажется, что их никогда и не было, в то время как, когда эти симптомы были, им, так же как и вам, казалось, что они никогда не закончатся. Важно понимать, что **любые симптомы – это временное явление, поскольку они исчезают с понижением уровня тревоги.**

Ключ № 2. Безразличие

Выработайте привычку не обращать внимания на свои симптомы или, по крайней мере, относиться к ним проще. Помните, что, несмотря на все неприятные ощущения, которые вызывают симптомы, вы так или иначе проживаете и переносите их. В этой связи нет никакого смысла в том, чтобы дополнительно напрягаться и переживать из-за симптомов, ведь они как раз и являются следствием напряжения и переживаний. Очень странно пытаться избавиться от симптомов тем же способом, который и привел вас к ним, поэтому проявляйте к любым ощущениям искреннее равнодушие, безразличие и апатию.

Ключ № 3. Дружба

Странно дружить с симптомами вегетососудистой дистонии, но в данном случае речь идет не о дружбе в буквальном смысле, а о принятии симптомов. Позвольте любым вашим дискомфортным ощущениям располагаться в вашем организме и не пытайтесь их прогнать – это невозможно сделать усилием воли. Воспринимайте ваши симптомы как старых и не очень тактичных друзей, которые не желают покидать квартиру вашего организма, несмотря на то что, очевидно, засиделись. Пусть гостят столько, сколько захотят, пусть часть из них останется у вас ночевать, пусть некоторые из них снова зайдут к вам в гости без приглашения. Принимайте своих «друзей» такими, какие они есть.

Ключ № 4. Продолжение дел

Телесные симптомы неприятны и дискомфортны, но отнюдь не ужасны и тем более не смертельны. Многие люди в стрессовых ситуациях испытывают такие же и даже еще более красочные ощущения, но все равно продолжают действовать. Вам будет полезно поступать так же: продолжайте выполнять намеченные дела, несмотря на временный физический дискомфорт, и, более того, ежедневно осознанно стремитесь к выполнению дискомфортных дел и вхожде-

нию в пугающие ситуации, чтобы столкнуться с дискомфортом и прожить его на физическом уровне. Эта тактика позволит вам убедиться в безопасности и переносимости ваших симптомов. Помните о том, что 90 процентов дискомфорта обусловлено вашим восприятием симптомов, и лишь 10 процентов дискомфорта – ими самими.

Часть III

Ипохондрия, или Страх болезней

Глава 10

Природа ипохондрии

Определение ипохондрического тревожного расстройства

Ипохондрия (ипохондрическое тревожное расстройство, тревожно-ипохондрический синдром) – избыточные, болезненные и навязчивые переживания человека по поводу физического состояния своего организма в целом или работы каких-то определенных органов в связи с часто возникающими тревожными подозрениями на наличие или возможность серьезных болезней, могущих привести к внезапной и молниеносной или длительной и мучительной смерти.

При этом беспокойство по поводу здоровья сохраняется, несмотря на нормальные результаты медицинских обследований, положительные высказывания врачей и полное физическое благополучие. Помимо этого, ипохондрия проявляется в тревожных мыслях о наличии опасного для здоровья или жизни заболевания (физического или психического), которое было продиагностировано неправильно или которое не смогли обнаружить (некомпетентные) врачи, а также в обесценивании результатов медицинских анализов и инструментальных методов обследований.

Порочный круг избыточной тревоги при ипохондрии

При ипохондрии люди избыточно прислушиваются к тому, как функционирует их организм, настойчиво ищут признаки отклонений и нарушений в его работе и фокусируются на любых необычных с их точки зрения ощущениях и симптомах, искаженно интерпретируя вполне нормальные физические проявления функционирования организма или естественные изменения во внешнем виде как свидетельства или предвестники смертельно опасного и неизлечимого заболевания или медицинской катастрофы, что еще больше усиливает фокус невротического внимания к любым необычным соматическим проявлениям. **Настойчивый мониторинг собственного самочувствия как раз и приводит к появлению у человека самых разных субъективно ощущаемых неприятных симптомов** (например, к той же межреберной невралгии, в связи с чем интересно заметить, что само понятие «ипохондрия» переводится с древнегреческого языка как «подреберье»).

Неспроста еще немецкий писатель и философ И. В. Гете замечал: «Если человек займется исследованием своего организма или морального состояния, то непременно признает себя больным».

Кроме этого, будучи избыточным беспокойством по поводу здоровья, ипохондрия может существенно снижать качество жизни человека и ограничивать личную, социальную, семейную, учебную, трудовую, бытовую, творческую и другие сферы жизни – вплоть до полной социальной изоляции на фоне тотального погружения в «болезнь», что часто приводит к депрессивным состояниям.

Итак, человек, чрезмерно переживающий о своем здоровье, может длительное время находиться в порочном круге избыточной тревоги, характерном для ипохондрических переживаний (рис. 10).



Рис. 10. Порочный круг избыточной тревоги при ипохондрии

Дискриминация по соматическому признаку

Важно понимать, что человек действительно чувствует соматические симптомы, выступающие для него доказательством серьезных проблем со здоровьем. Любопытно, что медицина достаточно долго обесценивала ипохондрические переживания людей, считая психосоматические симптомы, на которые они жалуются, плодом «больной фантазии» и «творческого воображения». Иными словами, медицина принимала во внимание психологический дискомфорт человека только при наличии у него очевидных физических проблем. Такое во многом механистическое отношение медицины к человеку с ипохондрическими переживаниями, игнорирующее психофизическую проблему, заявленную еще Декартом, а также обесценивающее роль когнитивных, эмоциональных и поведенческих факторов в становлении и поддержании ипохондрии, сыграло существенную роль в стигматизации людей с ипохондрией.

Биопсихосоциальная модель тревожных расстройств

Только относительно недавно произошел сдвиг в понимании подлинности эмоционального дискомфорта человека с ипохондрией (даже если его симптоматика не находит «разумных объяснений» с точки зрения медицины) и роли эмоционального состояния и стрессовых факторов в формировании телесных симптомов. Иными словами, современная медицина (и психотерапия) учитывает многие факторы в генезе соматических нарушений, поскольку опирается на биопсихосоциальную модель, согласно которой и *биологические* (наследственность, физические травмы, инфекции, интоксикации), и *психологические* (особенности воспитания, семейные конфликты, эмоциональный дистресс), и *социальные* (культурные предписания, особенности образования, личные и семейные отношения) факторы могут играть определенную роль в развитии соматических дисфункций.

Глава 11

Источники и предпосылки развития ипохондрии

Воспитательные факторы

В качестве предпосылок формирования ипохондрического тревожного расстройства можно выделить ряд факторов, к которым относятся особенности воспитания, а также биологические и психологические причины. К воспитательным факторам можно причислить следующие:

- чрезмерная бдительность родителей в отношении любых признаков болезни ребенка;
- катастрофическая трактовка родителями ухудшения физического состояния ребенка;
- устраивание ребенку постельного режима при малейших признаках недомогания;
- освобождение ребенка от обязательств и активностей при малейших признаках недомогания;
- посещение больницы или вызов врача на дом при малейших признаках недомогания ребенка;
- развитие ребенка в атмосфере «домашнего лазарета» или в окружении медицинских атрибутов (лекарств, приборов, предметов и т. д.);
- «многослойное» одевание ребенка при выходе на улицу из-за страха переохлаждения;
- запрещение ребенку посещать места общественного питания из-за страха инфекций;
- навязывание ребенку «правильного» образа питания из-за страха кишечных болезней;
- избегание употребления «плохих» слов (связанных с болезнью или смертью) при ребенке;
- чрезмерная бдительность родителей в отношении собственных признаков болезней;
- частые обращения родителей к врачам по поводу собственных страхов болезней;
- навязчивые действия родителей (частые измерения пульса, давления, температуры);
- наличие у родителей иных явно проявляющихся фобий, не связанных со здоровьем;
- частое припоминание родителями родственников, умерших от различных заболеваний;
- «поучительные» разговоры о заболеваниях, которые могут приводить к внезапной или мучительной смерти;
- прямое или косвенное транслирование родителями ребенку хрупкости его организма;
- стремление ребенка скрывать любые симптомы из-за страха родительского наказания;
- различные формы гиперопеки со стороны родителей по отношению к ребенку и т. д.

Трансгенерационные психотравмы

Вне всякого сомнения, место родителей могут занимать бабушки и дедушки, тети и дяди и другие родственники, однако в любом случае вышеописанные способы воспитания будут способствовать гипербдительности и гиперчувствительности ребенка в отношении работы собственного организма, что является прямой дорогой к научению ипохондрическим страхам. Важно учитывать, что ребенок как губка впитывает модели поведения родителей или других значимых людей. И даже если они всеми силами стараются не показывать ребенку свою тревожность, он все равно увидит и услышит, чего нужно бояться, что – контролировать, а чего – избегать. Следует подчеркнуть, что довольно часто способ воспитания передается «по наследству» – от бабушек (дедушек) к мамам (папам), от мам (пап) к дочерям (сыновьям) и так далее, что позволяет говорить о так называемых трансгенерационных травмах, когда родители невольно обучают своих детей тому, как тревожиться, в том

числе по поводу собственного здоровья. Как пишет врач-психотерапевт Д. В. Ковпак, та же бабушка может невольно показывать, «что позволило ей дожить до своих лет: капает себе корвалол, хватается за сердце... А если ребенок капризничает, [бабушка] ложится на пол и притворяется мертвой, после чего оживает и закатывает воспитывающую тираду, как ее все хотят в гроб свести. И как после этого он (ребенок) будет себя вести? У него сформированы готовые схемы и заданы образцы поведения: за какое место хвататься, о чем думать и во что верить».

Биологические и психологические факторы

Среди биологических и психологических факторов формирования ипохондрии можно выделить следующие:

- перенесенные серьезные заболевания в детском или подростковом периоде жизни;
- опыт длительного стационарного лечения в детском или подростковом возрасте;
- опыт травматического физического воздействия в детстве, полученный в ходе игры;
- серьезная болезнь во взрослом возрасте, приведшая к ощущению «уязвимости»;
- острый стресс в результате ошибочно диагностированного серьезного заболевания;
- вынужденное ухаживание за болеющим или умирающим родственником;
- вынужденное наблюдение за «угасанием» из-за болезни другого человека;
- смерть от серьезной болезни родного, близкого или значимого человека;
- наблюдение травматических событий, воспринятых как пережитые самим человеком;
- информация о тяжелых болезнях или смертях других, полученная от знакомых;
- «сенсационные» известия о болезнях и неправильном лечении, полученные из СМИ;
- изменения в работе организма, вызванные употреблением психоактивных веществ;
- естественные возрастные изменения в функционировании организма;
- неспособность распознавать физические симптомы эмоционального стресса;
- ятрогенная⁶ и эффект ноцебо⁷ как следствие взаимодействия с врачом или медицинской информацией и др.

Виды ятрогенного эффекта

Ятрогенный эффект и эффект ноцебо – достаточно часто встречающиеся явления в жизни человека с ипохондрическими переживаниями. На основе работ Дж. Нардонэ и А. Бартолетти мы выделили и сформулировали пять видов такого ятрогенного эффекта:

• **катастрофическая коммуникация**: высказывание врачом предположений о возможных заболеваниях пациента («Возможно, у вас проблемы с печенью») и рассуждения о гипотетических исходах и статистической вероятности болезни («Эта опухоль может перерасти в злокачественную») вызывает ятрогенный эффект (и/или эффект ноцебо) – усиление у пациента сомнений и появление негативных ожиданий, становящихся самосбывающимся пророчеством;

• **терапевтический экстремизм**: сознательное озвучивание врачом катастрофических прогнозов с целью усиления мотивации пациента следовать предписаниям врача («Если вы продолжите так питаться, то скоро случится инфаркт»), что в действительности только ослабляет мотивацию пациента и усиливает его сопротивление необходимым изменениям своего образа жизни;

⁶ *Ятрогенная* – ухудшение эмоционального (физического) состояния человека, невольно спровоцированное высказываниями или действиями врача или медицинского работника.

⁷ *Эффект ноцебо* – ухудшение самочувствия человека или появление у него симптомов вследствие собственных негативных ожиданий от действия препарата или события.

- **терминологическая интоксикация** : избыточное использование врачом страшно звучащей для пациента медицинской терминологии (в силу привычки или переоценки уровня медицинской грамотности пациента) вне осознания пагубного влияния этих терминов на эмоциональное состояние человека, который довольно часто боится попросить врача расшифровать значение этих слов в силу собственных иррациональных верований и убеждений;

- **избыточная информированность** : информирование пациента о возможных побочных действиях выписанного врачом препарата (а также самостоятельное ознакомление человека с побочными эффектами в инструкции к лекарству или получение информации об опыте приема препарата другими людьми на интернет-форумах) усиливает вероятность возникновения у человека этих побочных эффектов после приема лекарства в силу эффекта ноцебо;

- **эффект отсутствующей болезни** : игнорирование положительных и нейтральных сведений и фокусировка внимания на негативных данных в различных медицинских документах (результатах анализов, диагностических заключениях и т. д.), а также непреднамеренная концентрация внимания на отрицательных возможностях (например, во фразе «Не обнаружено признаков эпилепсии» частица «не» игнорируется, а слово «эпилепсия» настораживает).

Порочный круг ятрогенной гипералгезии

Нельзя не сказать и о том, что во время осуществления инвазивных медицинских процедур (выполняющихся путем проникновения через кожу или слизистые) человек с ипохондрией, услышав доброжелательные слова врача о возможных болевых ощущениях во время проведения процедуры, нередко оказывается в порочном круге так называемой ятрогенной гипералгезии (последнее слово означает повышение чувствительности к боли), суть которого раскрывается в нижеприведенной схеме (рис. 11).



Рис. 11. Порочный круг ятрогенной гипералгезии

Порочный круг синдрома «белого халата»

Что уж говорить об известном многим людям с ипохондрией синдроме «белого халата», который, как и в случае с порочным кругом ятрогенной гипералгезии, может срабатывать как самосбывающееся пророчество, как показано на расположенной ниже схеме (рис. 12).



Рис. 12. Порочный круг синдрома «белого халата»

Эволюционные корни ипохондрии

Необходимо заметить, что люди с ипохондрией, как правило, обладают искаженными глубинными представлениями о себе как о больных, слабых, уязвимых и беспомощных, в то время как на самом деле нередко обладают здоровьем, которому позавидовали бы врачи, к которым они обращаются за многочисленными подтверждениями. Конечно же, ипохондрия не является свидетельством плохих качеств человека, а представляет собой всего лишь чрезмерно развитую способность предвидеть опасности, доставшуюся нам от наших древних предков, живших в по-настоящему опасных условиях. Действительно, пристальное внимание к работе своего организма может способствовать выявлению опасного заболевания на ранней стадии (если оно по той или иной причине появится), что, в свою очередь, повышает шансы на выживание индивида, а значит, и на дальнейшую передачу генетического материала. В этом отношении продуктивное беспокойство по поводу здоровья помогает человеку поддерживать физическое благополучие, в то время как ипохондрия, будучи непродуктивным беспокойством о здоровье, является чрезмерной реакцией.

Так или иначе, ипохондрию можно определить как избыточно развитый эволюционный механизм выживания, направленный на спасение собственной жизни.

Глава 12

Причины ипохондрических переживаний

Избегание контакта с собой

То, что человеку с ипохондрией его самочувствие кажется главной проблемой, – зачастую является всего лишь вершиной айсберга, скрытая часть которого представляет собой внутренние противоречия, образовавшиеся в результате иррациональных верований, однако человек, как говорится, ищет не там, где потерял, а там, где светло. Действительно, довольно часто ипохондрические переживания выступают для человека способом отвлечения от более серьезных и менее осознаваемых внутренних проблем и внешних конфликтов, возникающих на фоне неудовлетворенных потребностей. Как замечает врач-психотерапевт Д. В. Ковпак, **ипохондрия может временно помогать человеку не сталкиваться с внутренней пустотой и чувством неполноценности и избегать контакта с самим собой, ведь, переживая за свое здоровье, человек всегда как будто находится при деле: «Сейчас выздоровею и как начну жить!»** В этом отношении человеку, страдающему ипохондрией, даже в ходе психотерапии может потребоваться определенное время для осознания этих более глубоких проблем и смещения фокуса внимания с симптомов на актуальные трудности, которые доселе игнорировались на фоне беспокойств о здоровье.

Компенсация неудовлетворенных потребностей

В этой связи справедливо замечание американского психотерапевта Р. Лихи: «Некоторые пациенты не могут распознать... что действительно не так с их жизнью и отношениями. Они сосредотачиваются на своих... симптомах, а не на межличностных конфликтах, с которыми сталкиваются. Быть озабоченным своими... ощущениями, нежели отношениями с другим человеком, может стать менее угрожающим». В то же время, как подчеркивает клинический психолог Н. А. Власов, отношения, выстраивающиеся вокруг ипохондрических переживаний человека, зачастую являются отражением более глубоких проблем в системе его межличностных взаимодействий. Кстати говоря, избыточное стремление к ведению здорового образа жизни тоже может быть не самым здоровым способом компенсации тех или иных не удовлетворяющихся потребностей или даже в некоторой степени болезненной зависимостью. С другой стороны, специалист по краткосрочной стратегической терапии А. Бартолетти замечает, что «идея о том, что существующий симптом всего лишь прикрывает более серьезную проблему, – один из самых ужасных психоаналитических стереотипов».

Избегание решения актуальных проблем

Тем не менее, практика показывает, что ипохондрия во многих случаях выполняет функцию избегания в самом широком смысле – избегания жизни и решения актуальных проблем. Действительно, довольно часто даже вынужденное переключение внимания с симптомов и ипохондрических страхов на более приятные или важные занятия может приводить к временному исчезновению беспокоящих человека симптомов. Как пишет поведенческий психотерапевт В. Г. Ромек, «иногда, уехав куда-нибудь в Таиланд на пару недель, человек оказывается захвачен новыми впечатлениями, именно там он начинает, наконец, жить счастливой жизнью, но процесс возвращения оказывается тем более болезненным».

Глава 13

Особенности мышления и поведения при ипохондрии

Особенности ипохондрического мышления

Как уже замечалось ранее, в основе различных «видов» тревоги можно обнаружить так называемый базовый страх. В случае с ипохондрией базовый страх может касаться собственной внезапной и скоростижной смерти (прерывающей жизненные планы), невыносимых физических и моральных страданий (из-за прогрессирующих болезней), инвалидности, «невыносимой» неопределенности, страданий родных и близких (наблюдающих за «угасанием» человека), заключения в психиатрическую больницу и т. д. Непосредственно сама тревога по поводу здоровья вызывается назойливыми тревожными мыслями по типу «а что если?..», которые характеризуются гиперболизацией нежелательного негативного исхода в будущем (например, скоростижная или мучительная смерть в результате болезни), затрагивают значимые для человека цели и ценности (здоровье и физическое благополучие) и ведут к избыточному (гиперконтролирующему) или, наоборот, избегающему поведению.

Особенности ипохондрического поведения

Действительно, навязчивые ипохондрические переживания очень часто воспринимаются как увеличивающие риски появления болезни, если быстро не погасить тревогу за счет выполнения «спасительных» защитных действий в виде, например, самостоятельного обследования тела, лихорадочного измерения пульса, давления и температуры, мысленного сканирования организма, поиска беспокоящих симптомов в интернете, частых медицинских обследований, настырных звонков своему лечащему или знакомому врачу и т. д. При этом человек с ипохондрией может искать заверений не только у врачей, но и у своих близких и знакомых («Как ты думаешь, это нормальное ощущение?», «У тебя такое было?», «Скажи, что у меня нет этой болезни!»), а сами поиски заверений могут быть скрытыми (скажем, «случайное» упоминание в разговоре с кем-либо пугающего симптома с последующим отслеживанием реакции собеседника). И наоборот, люди с избыточной тревогой о здоровье могут избегать, например, эмоционального стресса и физических нагрузок (чтобы не спугнуть «хрустальное» спокойствие и не навредить «рассыпающемуся на части» организму). Такие люди стремятся к недостижимому идеалу счастливой и спокойной жизни, частые сравнения себя с которым всякий раз оказываются болезненными, поскольку напоминают о несовершенстве собственного самочувствия, что запускает новую волну беспокойств и страданий.

Типичное поведение людей с ипохондрией

Если подробнее рассматривать варианты неадаптивного поведения человека с ипохондрическими переживаниями, можно выделить следующие непродуктивные стратегии, которые только подпитывают тревогу о здоровье:

- частые измерения пульса, давления, температуры, уровня кислорода в крови и т. д.;
- пристальное изучение кожи на наличие трещин, ссадин, родинок, пятен, шишечек и т. д.;
- ощупывание или разглядывание своего тела в зеркале с целью выявления отклонений;
- избыточная фокусировка на любых телесных ощущениях, особенно на необычных;
- мысленное сканирование своего организма на наличие симптомов и дискомфорта;

- выполнение физических упражнений с целью доказать работоспособность организма;
- частые звонки врачам, в скорую помощь и в различные медицинские организации;
- постоянное обсуждение симптомов и переживаний с родными, близкими и друзьями;
- мониторинг своих симптомов на медицинских сайтах и специфических форумах;
- прохождение экспресс-тестов и опросников для самодиагностики в интернете;
- частые навязчивые медицинские обследования и пересдачи одних и тех же анализов;
- обесценивание и дискредитация хороших результатов медицинских обследований;
- попытки получить от близких людей заверения в отсутствии заболеваний;
- отвержение заверений близких и даже врачей в отсутствии болезней и патологий;
- частая смена врачей вследствие неверия в их компетентность или порядочность;
- избегание обращений к врачам и любой информации, связанной со здоровьем и болезнями;
- избегание ежегодных или плановых профилактических медицинских осмотров;
- избегание мест, ассоциирующихся с болезнями и смертью (больница, кладбище и т. д.);
- избегание физической активности, занятий сексом, употребления кофеина и т. д.

Парадоксальное ипохондрическое восприятие

Многие люди с ипохондрией скорее предпочтут точное знание о том, что они заболеют чем-то серьезным, чем жизнь в «невыносимой» неопределенности и неизвестности. Интересно и, на первый взгляд, парадоксально, что **люди с тревогой о здоровье часто достаточно спокойно реагируют на реальные медицинские проблемы, при выявлении которых их ипохондрические страхи нередко отходят на второй план** – так больший (обоснованный и реалистичный) страх побеждает меньший (необоснованный и преувеличенный). Поэтому в действительности никакого особого парадокса здесь нет, ведь гипотетические проблемы со здоровьем решить невозможно (поскольку иначе требовалось бы достичь стопроцентных гарантий отсутствия любых болезней в будущем, что невозможно), в то время как реальными соматическими недугами человек вполне способен управлять. При этом стоит отметить, что признание имеющегося соматического заболевания вовсе не тождественно обреченному смирению перед лицом неизбежного трагического исхода. Неспроста Дж. Нардонэ и А. Бартолетти замечают, что **«при любом течении болезни сохранять надежду, здоровую привязанность к жизни и поиск благополучия является важным терапевтическим фактором, который усиливает эффект действия препаратов даже в тяжелых случаях с неблагоприятным прогнозом»**.

Формула ипохондрии

Как и любая другая, тревога, вызванная ипохондрическими переживаниями, образуется вследствие *преувеличения степени вероятности и серьезности* негативных сценариев развития событий (в данном случае болезней), а также в результате *недооценки внешних и внутренних ресурсов* (способностей совладания с болезнью) и *реальных признаков безопасности* (в том числе признаков здоровья) (рис. 13).



Рис. 13. Формула ипохондрии

Перфекционизм здоровья

Следует отметить, что автоматически возникающие катастрофические мысли о наличии невыявленного опасного заболевания или возможности заболеть страшной болезнью в будущем являются следствием иррациональных представлений человека о том, что у него «никогда не должно быть неприятных телесных симптомов» и что его самочувствие «всегда должно быть идеальным» или, по крайней мере, «очень хорошим». Чем сильнее человек верит в эти иррациональные представления и перфекционистские стандарты здоровья, тем чаще он будет истолковывать нормальные физиологические проявления здорового функционирования организма (шишечки, пятнышки, родинки, головные боли, учащенное сердцебиение и т. д.) как аномальные события и признаки серьезной болезни и тем чаще будет «находить» у себя неизлечимые заболевания. Говоря иначе, **чем выше и «идеальнее» у человека его собственная норма здоровья, тем чаще он будет катастрофизировать любые отклонения от этой завышенной нормы** и воспринимать любое несовершенство в работе своего организма как свидетельство или предвестник опасного заболевания.

Утопические идеалы ортохондрии

Таким образом, люди с ипохондрическими переживаниями игнорируют тот факт, что здоровье абсолютно любого человека неидеально и что физиологические симптомы могут быть проявлением неидеального здоровья и, по сути, являться обычным явлением повседневной жизни. Поддерживая иррациональную идею о неизменности физического состояния своего организма, исходящую из механистического восприятия собственного тела, априори «не могущего» иметь никаких дискомфортных ощущений или даже болезней, человек неизбежно будет трактовать любые (даже функциональные) изменения в работе своего тела как катастрофу. Такого рода перфекционистские стандарты в отношении собственного самочувствия и утопические идеалы ортохондрии (абстрактных представлений о полном физическом безмолвии тела) выступают благодатной почвой для развития и поддержания ипохондрии. В этой связи весьма наглядна и уместна метафора Дж. Нардонэ и А. Бартолетти: «Ипохондрик... не принимает человеческую участь, которая нас всех объединяет. Он, словно современный Дон Кихот, воюющий со смертью и заболеваниями, с врагом невидимым, но явным и неизбежным, и в этой борьбе он подвергается... страданию из-за того, что еще (к счастью) не произошло».

Искаженные ипохондрические интерпретации

Варианты искаженных катастрофических интерпретаций соматических проявлений в случае с ипохондрией, речь о которых шла выше, представлены ниже (табл. 3).

Таблица 3

Искаженные ипохондрические интерпретации

СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ
Трещины, ссадины, пятна и родинки на коже	«Рак кожи»
Увеличение лимфоузлов	«Рак крови», «СПИД»
Функциональные сбои в работе сердца (экстрасистолии)	«Инфаркт»
Охриплость и осиплость голоса	«Рак ротоглотки»
Кашель и затрудненное дыхание	«Рак легких»
Изжога, тошнота, рвота, диарея, запор	«Рак желудка», «Язва желудка», «Рак кишечника», «Язва кишечника»
Головная боль напряжения	«Рак головного мозга», «Аневризма сосудов головного мозга»
Дереализация или деперсонализация и нечеткость зрения	«Шизофрения», «Инсульт», «Склероз»
Покалывание и онемение конечностей (парестезии)	«Рассеянный склероз», «Боковой амиотрофический склероз»
Подергивание мышц конечностей и слабость в теле	«Рассеянный склероз», «Боковой амиотрофический склероз»

Специфическая ипохондрическая логика

Наглядные отличия между логиками человека с избыточной тревогой о здоровье и человека без ипохондрических переживаний, сформулированные на основе материалов выступления врача-психотерапевта Д. В. Ковпака, проиллюстрированы в приведенной ниже таблице (табл. 4).

Таблица 4

Отличия логик человека без ипохондрии и человека с ипохондрией

ЛОГИКА ЧЕЛОВЕКА БЕЗ ИПОХОНДРИИ	ЛОГИКА ЧЕЛОВЕКА С ИПОХОНДРИЕЙ
«Я испытывал этот симптом сто раз, и ничего ужасного не случилось, поэтому я точно вынесу его и в сто первый раз»	«За эти сто раз какой-то орган мог истончиться или ослабнуть, поэтому сто первого раза мне точно не пережить»
«Если не происходит никаких ужасов, то нет смысла предсказывать негативное будущее»	«Катастрофы еще не произошло, но она может случиться в любой момент, поэтому нужно все время быть начеку»
«Есть смысл принимать неопределенность и действовать несмотря на дискомфорт»	«Я должен добиться гарантий, даже если потрачу на обследования всю свою жизнь»
«Я не стал более счастливым и здоровым от прислушивания к своему организму»	«Мне нужно контролировать свои ощущения, чтобы продлить свое существование»

Иррациональные верования, поддерживающие ипохондрию

В основе автоматических ипохондрических мыслей (как и в основе любых дисфункциональных автоматических мыслей) лежат различные иррациональные верования – *правила* (убеждения, выражающиеся в форме долженствований), *условные предположения* (убеждения, выстроенные по формуле «если..., то...») и *отношения* (убеждения, раскрывающие определенную позицию человека), касающиеся вопросов здоровья и болезней. Примерами такого рода иррациональных верований могут служить следующие утверждения.

- «Я должен контролировать работу своего организма, а иначе могу пропустить болезнь».
- «Я должен постоянно проверять свои органы, чтобы убедиться, что все в порядке».
- «Я должен осматривать, ощупывать себя и прислушиваться к себе, а иначе заболею».
- «Я должен следить за симптомами, а иначе пропущу страшную болезнь, и будет поздно».
- «Я должен ответственно относиться к здоровью, а иначе произойдет непоправимое».
- «Я должен достичь гарантий в отношении отсутствия у себя возможных заболеваний».
- «Я должен точно знать, насколько вероятно появление этой болезни в моем случае».
- «Я должен знать все новости и разработки по поводу беспокоящей меня болезни».
- «Я ответствен только тогда, когда делаю все возможное для устранения сомнений».
- «Только полное обследование и развернутые анализы могут исключить заболевание».
- «Обследования будут точными только при наличии симптома во время обследования».
- «Если я буду часто обращаться к врачам, то сумею предотвратить опасную болезнь».
- «Если врач направляет меня на анализы и обследования, значит я точно чем-то болен».
- «Большинство врачей некомпетентны, поэтому пропускают серьезные заболевания».
- «Интернет – лучший способ для объяснения симптомов и диагностики заболеваний».
- «Сверка моих симптомов с симптомами болезней в интернете спасает мне жизнь».
- «Поиск симптомов в интернете убеждает меня в их безопасности и снижает тревогу».
- «Если я перестану сверять симптомы в интернете, то моя тревога будет бесконечной».
- «Если я перестану контролировать организм, тревога будет постоянно усиливаться».
- «Я должен всегда чувствовать себя идеально, и мое тело должно быть симметричным».
- «Любые необычные ощущения или изменения облика тела опасны для здоровья».
- «В здоровом организме не должно быть дискомфортных ощущений и симптомов».
- «Если у меня возникают необычные симптомы, значит я болен чем-то серьезным».
- «Если симптом не проходит после приема лекарств, значит у меня серьезная болезнь».

- «Я должен находить точные объяснения любых необычных ощущений в своем теле».
- «Я больше подвержен болезням, чем остальные, а мое здоровье слабее, чем у других».
- «Если я чем-то заболею, то не справлюсь с этим заболеванием или его последствиями».
- «Если я чем-то заболею, то не смогу вынести симптомы и проявления заболевания».
- «Если я чем-то заболею, то стану неинтересен окружающим, и все от меня откажутся».
- «Если я чем-то заболею, то стану обузой для своих близких, и это будет просто ужасно».
- «Если я заболею и умру, то попаду в ад и обреку себя на вечные посмертные мучения».
- «Если я умру, то мои близкие этого не переживут или будут страдать до конца жизни».
- «Если я умру, то никто даже не вспомнит обо мне и не будет сожалеть о моей смерти».
- «Если у меня возникают мысли о болезни и смерти, это предвестник скорой смерти».
- «Если у меня возникают мысли о болезни и смерти, я должен срочно что-то сделать».
- «Если я буду часто думать о болезни, то буду искушать судьбу и на самом деле заболею».
- «Если я буду часто думать о хорошем самочувствии или внешнем виде, то заболею».
- «Если я буду испытывать чрезмерную обиду, то обязательно заболею онкологией».
- «Если я буду избыточно тревожиться, то мое сердце не выдержит такой нагрузки».
- «Если я буду избыточно тревожиться, то мои сосуды лопнут от такого стресса».
- «Если я буду избыточно тревожиться, то сойду с ума и потеряю контроль над собой».
- «Если я буду избыточно тревожиться, то не смогу успокоиться, и тревога будет вечной».
- «Если я не буду беспокоиться о своем здоровье, то не распознаю болезнь вовремя».
- «Если я не буду беспокоиться о своем здоровье, то это значит, что я безответственный».
- «Если я не буду беспокоиться о здоровье, то буду эмоционально не готов к болезни»

и др.

Три группы иррациональных верований при ипохондрии

Если обобщить все вышеприведенные примеры иррациональных верований, можно выделить три группы таких искаженных представлений по поводу здоровья и болезней:

- **гиперответственность и гиперконтроль** – иррациональные верования о необходимости нести ответственность за собственное здоровье и контролировать возможные заболевания;
- **катастрофизация и низкая переносимость фрустрации** – иррациональные верования о здоровье, «ужасности» и «невыносимости» проявлений болезней и «ужасности» смерти;
- **магическое мышление и эмоциональная аргументация** – иррациональные верования об опасности тревоги и ее негативном влиянии на физическое и психологическое здоровье.

Порочный круг негативной внутренней картины болезни

Говоря об особенностях мышления и поведения человека с ипохондрией, нельзя не обратить внимание на тот факт, что последний зачастую имеет во всех смыслах достаточно болезненное представление о себе, или, как сказали бы специалисты, внутреннюю картину болезни. Действительно, картина эта у человека, страдающего ипохондрией, часто оказывается очень мрачной, поскольку воспринимает он себя как больного, слабого и беспомощного. По причине таких негативных представлений о себе человек неизбежно воспроизводит соответствующее «болезненное» поведение, говоря иначе, ведет себя как тяжело больной человек. Следствием частого обращения к этим нездоровым стратегиям поведения является усугубление его и без того неидеального (вежливо говоря) эмоционального состояния, которое ведет лишь к усилению беспокоящих человека телесных симптомов, которые, в свою очередь, только подтвер-

ждут исходные негативные представления о себе. В результате человек может достаточно долгое время находиться в порочном круге негативной внутренней картины болезни (расстройства) (рис. 14).



Рис. 14. Порочный круг негативной внутренней картины болезни (расстройства)

Глава 14

Феномен поликлинического лабиринта

Бесконечный каскад обследований

Выставляя человеку псевдодиагноз соматоформного расстройства (или той же пресловутой вегетососудистой (нейроциркуляторной) дистонии, или дисфункции вегетативной нервной системы), врачи зачастую не объясняют пациенту, что на самом деле с ним происходит, или, что тоже случается, объясняют так красочно или заумно, что человеку становится только хуже. А из-за того, что избыточная тревога проявляется многогранно, множеством соматических симптомов, на которых и фиксируется человек, он начинает блуждать в поликлиническом лабиринте, переходя от одного врача к другому и тратя все больше денег, сил и времени на все новые и новые бессмысленные (и зачастую дорогостоящие) обследования, что, естественно, не приводит ни к обнаружению причин симптомов, ни к их исчезновению. Действительно, в силу того что при неизменно высоком уровне тревоги симптомы могут видоизменяться и «перескакивать» на другой орган, человек обращается к новым врачам (неврологам, кардиологам, эндокринологам, гастроэнтерологам), подозревая патологию в соответствующих органах и системах организма и не подозревая, что беспокоящие его симптомы имеют сугубо эмоциональную (психологическую), а не органическую природу. Таким образом, не получая однозначных сведений и заветных гарантий полного физического здоровья (и даже получая утешающие результаты анализов), человек продолжает настойчиво обследовать свой «многострадальный» и продолжающий «барахлить» организм.

Скитания по разным специалистам

Скитания человека по поликлиническому лабиринту затягиваются также из-за того, что каждый врач может полагать, что источник всех бед беспокоящегося за здоровье человека находится именно в подвластном его специализации органе, и видеть только телесный компонент эмоциональных расстройств, ошибочно узнавая в каждом человеке «своего» пациента. Бывает и обратная ситуация, когда врач действительно не знает, чем может быть полезен пациенту (поскольку по его медицинскому профилю человек абсолютно здоров), и «отфутболивает» его к другому специалисту, а тот, в свою очередь, – к третьему и так далее. Когда тот или иной врач не находит у человека ничего такого, что могло бы быть причиной его плохого самочувствия (или просто устает от назойливости ипохондрического пациента), и отправляет его к коллегам, человек продолжает блуждать по поликлиническому лабиринту, меняя специалистов под стать меняющимся симптомам. Слоняясь по коридорам поликлиник, больниц и платных медицинских центров в поисках «истины», человек попутно растревоживает себя мыслями о том, что врачи не направляли бы его к другим специалистам или на новые обследования, если бы были точно уверены в том, что он полностью здоров.

Поиск гарантий и определенности

Или же человек может думать о том, что его заболевание настолько серьезное и сложное, что врачи попросту скрывают от него настоящие результаты обследований из-за нежелания расстраивать его или в силу незнания того, как лечить эту «мутную» болезнь. Для избыточного пекущегося о своем здоровье человека все получается как в анекдоте с элементами черного юмора: «Вот как умрете, тогда и приходите!» Перемещаясь от специалиста к специалисту, сда-

вая одни анализы за другими, проводя все новые и новые (более углубленные и всесторонние) обследования и осуществляя иные виды медицинского «шопинга», человек стремится получить «окончательные» и «точные» сведения о своем полном физическом здоровье в настоящем или даже в будущем. Однако чем больше человек обращается за медицинскими заверениями в надежде все-таки достичь несуществующих гарантий и устранить неопределенность в сфере здоровья, тем, во-первых, больше находит некритичных отклонений, по поводу которых начинает дополнительно переживать, тем, во-вторых, больше получает противоречивой информации о своем здоровье, что также не добавляет спокойствия, и тем, в-третьих, больше ложно убеждается в наличии у себя пока что невыявленной (или даже неизвестной медицине!) серьезной болезни, что только подпитывает его навязчивые ипохондрические сомнения.

Парадоксальная ипохондрическая логика

Так работает парадоксальная ипохондрическая логика: «Если какую-то болезнь нельзя подтвердить, значит, нельзя и исключить ее (скрытого) наличия!» Необходимо отметить, что избыточные медицинские обследования могут приводить не только к дополнительным переживаниям (когда у человека находят безвредное, но страшно звучащее отклонение), но и к ненужным медицинским интервенциям (когда это безвредное отклонение начинают лечить и даже оперировать, что может приводить к новым, более серьезным медицинским проблемам или напрасной трате сил и денег). Так или иначе, чем больше человек ищет медицинских заверений посредством сдачи различных анализов, обращения за «вторыми» («третьими», «четвертыми» и т. д.) мнениями врачей, прохождения многочисленных обследований и поиска причин симптомов в интернете, тем больше он утрачивает контакт с собственным организмом и тем больше перестает доверять своим физическим ощущениям. Иными словами, за счет поиска медицинских заверений человек неосознанно стремится убежать от своих симптомов в сферу рациональных объяснений и диагнозов, где нет места дискомфортным ощущениям. Также любопытно, что человек с психосоматическими симптомами зачастую демонстрирует двойственное отношение врачам и обследованиям: с одной стороны, он боится, что у него могут обнаружить какое-то неизлечимое заболевание, а с другой – стремится пройти как можно больше анализов и процедур.

Безрезультатная гипердиагностика

Неспроста еще античный философ Гераклит замечал, что люди обращаются к врачам для того, чтобы избавиться от страданий, но при этом боятся страданий, которые врачи могут причинить. Однако не только переживающий за свое здоровье человек, но даже и сам врач может говорить о необходимости проведения дополнительных обследований и обращения к другим специалистам (либо по причине искреннего желания помочь, либо в силу страха возможных обвинений в халатности со стороны пациента или начальства, либо с целью хотя бы на время избавиться от постоянно жалующегося пациента). Таким образом, человек продолжает допытывать самых разных специалистов, прося заверений и навязчиво требуя более точных и развернутых обследований, что зачастую приводит к столкновению с «отвергающим», «поверхностным», «высокомерным» и «холодным» отношением со стороны врачей, устающих от достаточно специфической и весьма непростой коммуникации с ипохондрическим пациентом. Однако, каждый раз возобновляя свои крестовые походы по врачам в поисках более эмпатичных специалистов и компетентных объяснений симптомов, человек в результате очередных обследований не находит ничего такого, что могло бы быть органической причиной его симптомов. Не подтверждаются и опасения о страшных болезнях.

Усиление ипохондрических сомнений

В итоге человек может прийти к выводу, что все врачи – идиоты, ничего не смыслящие в медицине, или что у него невероятно сложный или пока еще неизвестный науке случай – синдром, который впоследствии назовут его именем (вероятно, посмертно). Возможен и такой вариант, когда человек начинает подозревать, что он сам сошел с ума, поскольку врачи в один голос говорят, что с ним все в порядке, а он все равно продолжает испытывать неприятные симптомы. Сомнения в собственном соматическом благополучии могут подогреваться неоднозначной и противоречивой медицинской информацией, полученной от разных врачей, сочувствующих знакомых, у которых «были такие же состояния», и, конечно, из интернет-ресурсов. Но даже однозначная информация об отсутствии болезней, которая по идее должна развеять все сомнения человека, часто дискредитируется им: «Врач не понял всей тяжести моего состояния!», «Специалист не дослушал мой рассказ до конца и поэтому мог что-то упустить!», «Врач говорил о том, что я здоров, недостаточно убедительно!» и т. д. Недостаточно убедительные (с точки зрения человека) слова врача («С вами все хорошо, но если что-то будет беспокоить, то приходите») могут восприниматься человеком как повод для очередных опасений: «Врач считает, что я все-таки недостаточно здоров!»

Ятрогенная коммуникация

Не стоит забывать и о ятрогенных факторах в коммуникации врача и пациента. Специалист может невольно спровоцировать ухудшение состояния человека путем высказываний о чисто гипотетических заболеваниях, исходах и статистических вероятностях осложнений, из которых тревожное восприятие человека с ипохондрией запомнит «самую нужную» информацию и проигнорирует или обесценит положительные или нейтральные сведения. Таким образом, пытаясь найти источник и избавиться от нежелательных симптомов, имеющих психоэмоциональный генез, человек борется со следствием, вместо того чтобы устранить причину этих симптомов – избыточный уровень тревоги, который, в свою очередь, является следствием дисфункциональных и неадаптивных привычек мышления и поведения. Однако некоторые врачи, идя навстречу желанию человека получить хоть какую-то таблетку или стремясь эмоционально отстраниться от (часто) непростого общения с ипохондрикком, прибегают к так называемому симптоматическому лечению соматоформных расстройств, что называется, вынося за скобки причину этих проблем (избыточную тревогу), что приводит только к временному ослаблению симптомов, в то время как их причины остаются нетронутыми.

Симптоматическое и нецелесообразное лечение

В силу вышеописанной настойчивости ипохондрического пациента, а также искреннего желания врача помочь человеку хотя бы временно почувствовать себя лучше (или из-за стремления специалиста отбиться от обстрелов жалобами ипохондрика, осознанно или неосознанно требующего еще и эмоциональной поддержки от врача), симптоматическое лечение может стать хроническим, что зачастую приводит к усугублению и хронификации беспокоящих человека симптомов (например, злоупотребление анальгетиками для купирования головной боли может приводить к хронической мигрени). Кроме этого, некоторые врачи для купирования избыточной тревоги назначают лекарства, которые обычно прописываются для лечения органических проблем, что опять же не устраняет причину эмоционального расстройства – неадаптивные привычки мышления и поведения – и только подкрепляет убежденность человека в наличии у него реальной органической болезни («Иначе бы врач не сказал мне принимать эти

препараты!»). Стоит ли говорить о том, что когда (в силу известной ипохондрической настойчивости) человек посетит несколько таких врачей, то количество принимаемых им бессмысленных по своей сути лекарств (сочетание которых также может привести к непредсказуемым эффектам) может оказаться весьма впечатляющим.

Глава 15

Специфика современного медицинского бизнеса

Бедные не болеют, богатые не выздоравливают

Нельзя не упомянуть и о том, что многие организации из сферы медицинского бизнеса не учат человека тому, как справляться с той или иной болезнью или как ее не допускать, а зачастую только лечат или избыточно диагностируют человека. Это происходит потому, что современному медицинскому бизнесу выгодно, чтобы человек болел как можно чаще, пусть даже и несуществующими болезнями, такими как «вегетососудистая дистония» или «дисфункция вегетативной нервной системы». Все как в известном высказывании Михаила Задорнова: «Мечта российских [и не только] врачей – чтобы бедные никогда не болели, а богатые никогда не выздоравливали». Кстати, та же неврастения зачастую является всего лишь обозначением негативных состояний, на которые жалуется человек, и выставляется врачами точно по такому же принципу, как и пресловутая вегетососудистая дистония. Как замечает поведенческий психотерапевт В. Г. Ромек, традиционная модель здравоохранения строится на негативном подкреплении, говоря иначе, опирается на принцип, согласно которому (якобы) чем меньше боли, тем больше счастья, а чем больше боли, тем меньше счастья, что необязательно, а зачастую и вовсе является неправдой, ведь можно иметь множество заболеваний, но при этом оставаться деятельным и счастливым.

Лечить нельзя помиловать

Ведя разговор об ипохондрии, уместно привести известную шутку врачей: «Не бывает абсолютно здоровых людей – бывают недообследованные». Еще одно красноречивое высказывание врачей говорит само за себя: «Здоровый человек – это тот, кто считает себя здоровым, а больной – тот, кто считает себя больным». Смысл последней фразы удачно дополняется утверждением психотерапевтов Дж. Нардонэ и А. Бартолетти: «Умереть от болезни в какой-то момент жизни лучше, чем прожить всю жизнь как больной человек». Ну и, конечно, нельзя не вспомнить слова великой актрисы Фаины Раневской: «Здоровье – это когда каждый день болит в другом месте». Не стоит забывать и о том, что медицина по-прежнему зачастую отделяет психику от тела и лечит последнее, не спрашивая пациентов об их душевном состоянии, в то время как давно известно, что **тело и психика тесно и даже неразрывно связаны между собой**

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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