

Джоржио Нардонэ

Если вам трудно дышать

Панические атаки, вызванные
ощущением нехватки воздуха,
и их лечение



Краткосрочная Стратегическая
терапия

Современные методы в психотерапии

Джорджио Нардонэ

**Если вам трудно дышать.
Панические атаки, вызванные
ощущением нехватки
воздуха, и их лечение**

«И-трейд»

2020

Нардонэ Д.

Если вам трудно дышать. Панические атаки, вызванные ощущением нехватки воздуха, и их лечение / Д. Нардонэ — «И-трейд», 2020 — (Современные методы в психотерапии)

ISBN 978-5-00144-639-2

Попытка справиться с проблемой «воздушного голода», когда человек испытывает страх от невозможности дышать и старается вдыхать более интенсивно, часто приводит к парадоксальному эффекту усиления одышки и чувства удушья. На стратегическом языке «попытка решения проблемы» закрепляет и ухудшает проблему. В книге рассматривается процесс самоиндуцированной одышки: механизмы, последствия и стратегии преодоления проблемы. Читатель, знакомый с подходом автора, сможет углубить изучение операционального метода, который позволяет с самого начала осуществлять терапевтическое вмешательство в такие переживания наиболее эффективным способом. Книга предназначена для специалистов-психотерапевтов, психологов, медиков, студентов означенных специальностей и других читателей, интересующихся современной психологией и решением человеческих проблем. В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

ISBN 978-5-00144-639-2

© Нардонэ Д., 2020

© И-трейд, 2020

Содержание

Введение.	6
Глава 1.	8
Типичные ошибки в диагностике и лечении	10
Глава 2.	12
Диагностическое переопределение	12
Конец ознакомительного фрагмента.	13

Дж. Нардонэ
Если вам трудно дышать.
*Панические атаки, вызванные ощущением
нехватки воздуха, и их лечение*

Научный редактор канд. психол. наук Е. Первышева

© 2020, Adriano Salani Editore

© 2024-25, ООО «И-трейд»

Введение.

Самая естественная – и самая страшная из всех смертей

Страх! Это наследие дикой жизни, которого ни одно животное не может избежать.

Джек Лондон. Белый Клык

Конечно, нет ничего удивительного в том, что среди различных форм панических атак, связанных со страхом смерти, наиболее часто встречается та, которая выражается в ощущении нехватки воздуха вплоть до полной асфиксии. Поступление в организм меньшего количества воздуха служит красноречивым предупреждением о риске смерти или возможности обморока с сопутствующей ему неминуемой опасной потерей сознания.

Патологоанатомы обращают внимание, что у трупа человека, умершего от удушья, задыхнувшегося или утонувшего, в состоянии трупного окоченения сохраняется выражение сильнейшей паники, предшествующей потере сознания. Не случайно одна из самых мучительных пыток, придуманных человеком с целью выпытать информацию, в том числе секретную, заключается в том, что на лицо и нос подвергаемого пытке льют воду, при этом сам он обездвижен, а его голова откинута назад.

Ощущения, что наше горло с силой сжато, достаточно для того, чтобы испытать сильную эмоцию страха и жизненно необходимую потребность как можно скорее выйти из этого состояния. В конце концов, жажда жизни с самого начала и до самого конца проявляется через процесс нашего дыхания, поэтому вполне нормально, что нарушение дыхания так пугает нас и вызывает панику в её наиболее тяжелой форме. Кроме этого, для асфиксии, в отличие, например, от возникающего внезапно инфаркта, характерны учащающиеся вдохи, в результате чего субъект до последнего осознает, что происходит, и его страх растет все больше, превращаясь в неудержимую панику.

Принимая во внимание, что сам страх того, что человек не может дышать, является причиной, вероятно, наиболее стремительно приводящей к панической реакции, тем не менее, следует отметить, что эта реакция сама по себе является причиной ощущения нехватки воздуха. То есть паническая атака, часто вызванная другими причинами, запускает реакцию затрудненного дыхания и «воздушного голода» или одышки. Во время панической атаки физиологическая реакция тревоги как активатора организма действительно проявляется значительно сильнее пороговых показателей её функциональности, вплоть до того, что она становится дисфункциональной и изменяет наши физиологические параметры, вызывая пугающее ощущение потери контроля над жизненно важными функциями и, прежде всего, над дыханием.

Вся медицинская литература, касающаяся как одышки, так и гипервентиляции, называет чрезмерно повышенную тревогу и состояние паники психогенными факторами, оказывающими значительное влияние на клиническое проявление этих нарушений. В диагностических классификациях рассматривается такое явление, как «психогенная одышка», которая, так же как гипервентиляция, характеризуется «воздушным голодом» и свойственна как хроническому генерализованному тревожному расстройству, так и острым паническим атакам.

Таким образом, клинические данные подчеркивают взаимную зависимость между физиологией дыхания и психологическими реакциями, связанными с восприятием страха и связанными с ним механизмами активации защитных реакций. Но в отличие от эмоционального и функционального реагирования на реальную угрозу, немотивированная тревога порождает дисфункциональное реагирование, поскольку именно защитная попытка получить как

можно больше воздуха, как это ни парадоксально, вызывает эффект одышки. Действительно, если мы вдыхаем больше, чем нужно, и в ускоренном темпе, то дыхательный процесс нарушается, в легкие поступает избыточное количество воздуха, который препятствует выходу того, который поступил ранее. Нарушение процесса дыхания блокирует движение воздуха, создается противодействие между воздухом, который человеку естественным образом необходимо выдохнуть, и воздухом, который с усилием вдыхается; таким образом, возникает своего рода «короткое замыкание дыхательного процесса». Отсюда чувство удушья, головокружение и постуральные боли – симптомы, которые еще больше усиливают страх, заставляющий того, кто его испытывает, теперь уже в состоянии паники делать вдохи все чаще и чаще – и так до тех пор, пока он не упадет в обморок. Именно потеря чувств, как это ни парадоксально, позволяет организму, вышедшему из-под контроля испуганного сознания, восстановить дыхательный процесс. В тот момент, когда человек приходит в себя, он чувствует себя опустошенным физически, но еще больше – будучи погруженным в бездну психогенной одышки и паники, которую она вызывает, – напуганным психологически, ведь, как писал Овидий, «потерпевший кораблекрушение и тихой воды страшится».

Глава 1.

Механизм паники от самоиндуцированного удушья

*Страх боли приводит нас к еще более сильной боли.
Эпикур*

Как мы показали во введении, механизм процесса дыхания и механизм страха находятся в круговой причинно-следственной связи и взаимно влияют друг на друга, что обуславливает психофизиологическую эскалацию, проявляющуюся в панике и настоящей одышке.

Это означает, что в отличие от других форм фобий, скажем, таких как страх потерять контроль и совершить безрассудные действия (например, выброститься из окна или убить собственного ребенка), перерастающий в паническую атаку без каких-либо изменений на органическом уровне, в рассматриваемом случае физиология и психологическое состояние тревожности являются «соучастниками преступления». То есть причиной эскалации психофизиологических реакций, нарушающих спонтанный процесс дыхания, могут быть как воображаемый страх, так и реальное затруднение дыхания; это провоцирует ощущение воздушного голода, побуждая человека увеличивать количество вдохов вплоть до кризиса одышки, вызванной гипервентиляцией.

Однако этот формирующийся коварный дисфункциональный механизм не является прямым следствием ни нарушения дыхания, ни страха, представляя собой реакцию на оба эти нежелательные ощущения. Именно попытка решить проблему за счет более интенсивных вдохов, совершаемых в ускоренном ритме, вызывает парадоксальный эффект одышки и ощущение удушья. Со стратегической точки зрения мы имеем дело с неуспешной попыткой решения возникшей проблемы, приводящей к её усугублению вплоть до вызова крайне тяжелых последствий.

Как утверждал Олдос Хаксли: «Реальность – это не то, что с нами происходит, а то, что мы делаем с тем, что с нами происходит». И действительно страх, вызванный ощущением нехватки воздуха, заставляет нас реагировать «рационально» и пытаться вдохнуть побольше так же, как и ощущение нарушения дыхания, которое может вызвать страх удушья, побуждает нас, чтобы получить больше воздуха, делать глубокие вдохи, что кажется нам «вполне логичным», и, таким образом, справиться с проблемой.

Такое решение на деле дает парадоксальный эффект: проблема не решается, а усугубляется; сторонники здравого смысла и рационального мышления будут считать этот способ решения определенно «глупым», поскольку очевидно, что если слишком сильно заталкивать воздух в легкие, не позволяя выходить воздуху, уже находящемуся внутри, то мы вызовем одышку, которая, в свою очередь, создаст ощущение удушья и настоящую асфиксию.

Однако сторонники здравого смысла забывают, что, когда мы имеем дело с глубоко укоренившимся древним страхом, реакция организма носит экстренный характер и активизируется незамедлительно, задолго до того, как это дойдет до осознания.

К тому времени, когда включается сознание, парадоксальный механизм уже активирован, в результате этого у человека развивается паника, и усугубляется ощущение удушья от уже имеющейся одышки. Таким образом, сознание не в силах ни предотвратить, ни остановить этот дисфункциональный процесс, начавшийся намного раньше, чем наш разум позволит это осознать.

Современная нейробиология реконструировала, что именно происходит, когда человек охвачен паникой. Так, в 2003 году группа исследователей из Национального института здравоохранения США (англ. National Institute of Health) показала с помощью компьютерной томогра-

фии процессы, сопутствующие превращению страха в панику (Nardone, 2003). Возникающее противоречивое явление представляет собой немедленную реакцию, реализуемую за тысячные доли секунды, на состояние тревоги, которая активируется старейшими областями нашего мозга, ответственными за борьбу с опасностью, в ответ на угрожающий стимул.

Одновременно с этим гораздо более медленная активация происходит в более современных областях мозга, в результате чего запускаются когнитивные процессы, направленные на восприятие явления, в отношении которого центрами древней части мозга без участия сознания уже активирована защитная реакция. Таким образом, сознание сталкивается не столько с первоначальным угрожающим стимулом, сколько с уже начавшейся борьбой между инстинктом выживания и внезапной агрессией, воспринятой как таковая самыми примитивными механизмами активации страха.

На сегодняшний день нам известно, что сознание имеет очень мало возможностей контролировать умственные процессы. Как продемонстрировал американский нейробиолог Джозеф Леду (2002), кора головного мозга имеет мало власти над палеоэнцефалом, древнейшей частью мозга, в то время как последняя оказывает на кору головного мозга значительное влияние. Другими словами, именно восприятие и эмоции определяют наши непосредственные реакции, происходящие вне контроля сознания, в немалой степени и потому, что оно начинает обрабатывать их только тогда, когда они уже имеют место (Nardone, 2003). Очевидно, что этот факт противоречит когнитивным теориям, согласно которым наши действия должны целенаправленно управляться сознанием.

Это объясняет спонтанную активацию реакции выживания у человека в случае угрозы его естественному дыхательному процессу; таким образом, если человек ощущает нехватку воздуха, он стремится вдохнуть его побольше, что в конечном итоге может привести к тому, что человек сам парадоксальным образом вызовет у себя асфиксию и панику.

Понимание вредоносного механизма, приводящего к панической атаке, связанной с тем, что человек боится, что не сможет дышать и умрет от удушья, позволяет нам определить ряд важных факторов, которые будут полезны как для осуществления эффективной и быстрой терапии, так и для понимания механизмов возникновения нарушений работы дыхательной системы, таких как хроническая гипервентиляция и другие дисфункции, оказывающие воздействие на работу всего организма.

Этим вопросам мы посвятим следующую главу, а сейчас мы считаем важным пролить свет на то, что, учитывая выявленную динамику явления, может быть функциональным и нефункциональным для терапии. Далее, в третьей главе, мы рассмотрим терапевтические методы, специально разработанные и доказавшие свою эффективность при работе с пациентами с данной психопатологией.

Типичные ошибки в диагностике и лечении

Первый вывод, сделанный в ходе изучения рассматриваемой проблемы, состоит в том, что её решение должно в обязательном порядке включать восстановление естественного здорового дыхания, без одышки и гипервентиляции и, следовательно, ощущения асфиксии. Хотя это и звучит банально, но при лечении психогенных патологий специалисты слишком часто сосредотачиваются на психике, «забывая» или «недооценивая» здоровую физиологию организма.

Несмотря на то, что сегодня медицинское и психологическое сообщества полностью согласны с тем, что нет ничего физиологического, что не было бы также и психологическим, и наоборот, традиционные психотерапевтические вмешательства все же уделяют намного больше внимания психическому, чем физиологии. Однако верно и обратное, и паника от самоиндуцированной асфиксии может сводиться только к физиологии, ориентируя терапию исключительно на различные методы лечения дыхательных путей или на фармакологическую терапию, направленную на преодоление физиологической дисфункции, а не на очевидно сложную системную динамику.

Как уже было показано, инстинктивный механизм восприятия/эмоции/страха может либо вызвать «нехватку воздуха», которая провоцирует одышку, либо быть её результатом, значительно усиливающим её выраженность. Иными словами, даже психиатрическая терапия на основе применения анксиолитиков и антидепрессантов хотя и позволяет снизить уровень тревоги, не является эффективной для устранения страха, испытываемого из-за нехватки воздуха. Но самое главное, она не способна оказать никакого влияния на «механику вдоха», являющуюся дисфункциональной реакцией организма, которую он активирует с целью выживания в ответ на восприятие угрозы удушья.

Как мы подробно разберем позже, этот шаг требует настоящей перестройки дыхательного процесса с помощью специальных упражнений в сочетании с необходимым количеством суггестивных техник, благодаря которым выполнение этих упражнений станет возможным.

Одной из наиболее частых терапевтических ошибок, в том числе при правильно поставленном диагнозе, является подход, основанный на объяснении пациенту механизма патологии и прямых указаниях, касающихся лечения. Мы имеем в виду психологическую терапию, основанную на когнитивных аспектах, предполагающую объяснение пациенту особенностей его проблемы и побуждение его добровольно изменить собственные дисфункциональные психофизиологические реакции. Это равносильно утверждению, что субъект, вопреки тому, что было продемонстрировано, может сознательно контролировать свои реакции, вызываемые деятельностью его древней части мозга.

Неслучайно в сфере психологии чрезвычайно стоек миф о том, что главное место на Олимпе управления нашими действиями и мыслями занимают сознание и познавательные процессы, несмотря на бесчисленные научные доказательства того, что более 80 % нашей физиологической и психологической деятельности происходит без участия сознания (LeDoux, 2002; Koch, 2012). Даже эмпирические данные, получаемые в ходе клинической практики и показывающие неэффективность сознательных усилий по отношению ко всем психопатологиям с компульсивной симптоматикой, то есть таким психопатологиям, при которых реакции субъекта не опосредованы сознательным контролем, как, например, в случае паники и обсессивно-компульсивного расстройства, не способны пошатнуть этот теоретический подход, лежащий в основе большинства форм психотерапии (Nardone, Salvini, 2013).

Чисто философская идея о том, что познать что-то означает научиться этим управлять, настолько глубоко укоренилась в западной культуре, что стала восприниматься, как бесспорный математический постулат; пагубные последствия этого убеждения, постоянно опроверга-

емого фактами (Nardone, 2017), можно обнаружить в любой области человеческой деятельности, но особую опасность они представляют в рамках тех дисциплин, которые касаются решения проблем и сохранения здоровья людей, то есть психологии и медицины.

Иллюзия возможности сознательного контроля над всеми функциями нашего организма всегда была очень привлекательной для человека и подталкивала его к разработке стратегий и методов умственного контроля над своими реакциями. Хотя это и принесло важные плоды для повышения уровня производительности в таких областях, как спорт, искусство, управление, науки и так далее, но в сфере работы с патологиями, и особенно психологического характера, это приводит к обратным результатам.

И даже в области науки о производительности показатели повышаются за счет того, чему было дано определение «обученное бессознательное» (Nardone, Bartoli, 2019), а именно за счет обучения тому, как усилить свои способности действовать в состоянии «перформативного транса», представляющего собой такое психическое состояние, при котором субъекту путем длительного обучения удается высвободить все свои ресурсы благодаря блокировке процессов сознательного контроля (Nardone, Bartoli, 2019; Нардонэ, Бартоли «Как выйти за пределы своих возможностей»).

Однако, вернемся к феномену самоиндуцированного ощущения удушья от «воздушного голода» и совершения человеком усиленных вдохов в ускоренном ритме, что провоцирует одышку. Четкого осознания происходящего недостаточно, чтобы заблокировать эскалацию дисфункциональных процессов, во-первых, потому что осознание, как мы уже подчеркивали, приходит с запозданием по сравнению с реакциями, активированными деятельностью древнейшей части мозга, а, во-вторых, потому что наиболее молодая часть мозга не способна деактивировать то, что активировано его древней частью, что прекрасно демонстрируют исследования нейробиологов. И, наконец, как хорошо известно из исследований панических атак и их терапии (Nardone, 2016), попытка сознательного контроля над панической атакой вместо того, чтобы уменьшить ее, в конечном итоге, наоборот, её усиливает (Nardone, 1993, 2003).

И диагностика, и лечение панического расстройства, вызванного самоиндуцированной одышкой или, как её определяют в медицине, тревожной или психогенной одышкой, должны учитывать динамику взаимного влияния между физиологическими и психологическими явлениями, таким образом, чтобы достигнуть цели преодоления расстройства на обоих уровнях. Действительно, работа только с одним из этих двух аспектов данной патологии приводит к частичным результатам и, в конечном итоге, субъект снова увязает в инвалидизирующем расстройстве. Итак, чтобы терапевтическое вмешательство было эффективным, оно должно воздействовать одновременно и на умственную психологическую ловушку (Nardone, 2013; Психологические ловушки), и на физиологические механизмы дыхания, то есть включать в себя одновременно и психологическую терапию, и восстановление дыхательного процесса.

Глава 2.

Лечение паники, вызванной самоиндуцированной одышкой

Мы не осмеливаемся на многие вещи, потому что они трудные, но они трудные именно потому, что мы не осмеливаемся сделать их.

Сенека

Диагностическое переопределение

Первым шагом в терапии «воздушного голода» и следующего за ним механизма, приводящего к «созданию» паники из-за самоиндуцированной асфиксии, несомненно, является четкое и точное определение её особенностей во время первой беседы терапевта с пациентом. Обычно такие пациенты приходят на терапию, имея состояние тревоги, превышающее порог функциональности, и постоянный страх перед удушьем, при этом они совершенно не отдают себе отчета, что они сами создают ситуацию, жертвами которой себя ощущают. Поэтому помочь им обнаружить эту коварную ловушку, в которую они угодили, – это не только диагностический этап работы, но и начало самой терапии.

Психотерапевт-эксперт в процессе диагностики помогает пациенту осознать, как функционирует наводящее на него страх расстройство с помощью дискриминирующих вопросов¹, перемежающихся кратким перефразированием² для усиления эффекта произведенного открытия.

Например: «Вы испытываете чувство пугающей нехватки воздуха постоянно или только тогда, когда контролируете свое дыхание?». А также: «Когда вы чувствуете, что вам не хватает воздуха, вы пытаетесь увеличить его количество, вдыхая, или пытаетесь расслабиться?». Или: «Когда вы дышите глубже и чаще, вы чувствуете, что одышка исчезает или усиливается?». Обычно ответы пациента, страдающего этим расстройством, показывают, что ощущение нехватки воздуха резко возрастает, когда он начинает прислушиваться к своему дыханию и контролировать его, и это заставляет его пытаться вдохнуть еще больше, но чем больше он вдыхает, тем больше ему не хватает воздуха.

¹ Стратегические вопросы, предусмотренные в структуре стратегического диалога (Nardone, Salvini, 2004; Стратегический диалог) и имеющие целью привести пациента к быстрому пониманию характеристик его проблемы, которая должна быть решена в ходе терапии (прим. авторов).

² В процессе стратегического диалога, имеющего структуру спирали, после каждого двух-трех вопросов следует перефразирование, когда собеседника просят подтвердить, правильно ли было понято то, что он сказал до этого момента («Поправьте меня, если я ошибаюсь. Из того, что вы сказали, я понял, что...»). Перефразирование выполняет тройную цель: оно способствует построению отношений с пациентом за счет постановки терапевта в стратегическое положение «снизу» (*one-down*), позволяет достигать согласия с пациентом, активируя у него процесс самоубеждения, а также представляет собой инструмент проверки и самокоррекции для терапевта (прим. авторов).

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.