

ЧАСТЬ 2. РАЗУМ

---



**СРК -  
ЭТО  
НЕ НАВСЕГДА**

---

ЕЛЕНА СЕМЁНОВА

18+

**Елена Семёнова**  
**СРК - это не навсегда.**  
**Часть 2. Разум**

*<https://litres.ru/73225127>  
SelfPub; 2026*

**Аннотация**

СРК живёт не только в кишечнике, но и в голове. Эта книга о том, как тревога, перфекционизм и старые обиды превращаются в физическую боль. Вы получите ключи, чтобы разорвать порочный круг «стресс-симптом», и практические инструменты, чтобы перезагрузить диалог между вашей психикой и телом. Исцеление начинается изнутри.

Администрация сайта Литрес не несет ответственности за представленную информацию. Могут иметься медицинские противопоказания, необходима консультация специалиста.

# Содержание

Предисловие	4
Часть 2. Разум. Что думает психология про СРК?	7
Конец ознакомительного фрагмента.	86

# Елена Семёнова

## СРК - это не навсегда.

### Часть 2. Разум

#### Предисловие

Если вы держите в руках эту книгу, ваш путь к жизни без симптомов СРК уже начался. Возможно, вы только что закончили первую часть, посвященную биологии, и теперь ясно видите «механику» происходящего в вашем теле. А возможно, вы пришли сюда напрямую, уже интуитивно чувствуя, что корни вашего состояния тесно переплетены с мыслями, эмоциями и жизненным опытом.

Какой бы ни была ваша отправная точка, добро пожаловать на самый важный этап путешествия.

В первой книге мы разбирали, как работает система «мозг–кишечник» при СРК. Мы говорили на языке нервов, рецепторов, микробиома и воспалительных реакций. Это был необходимый и мощный первый шаг – перестать бояться неизвестности и понять тело как сложную, но познаваемую систему.

Теперь пришло время задать главные вопросы: Почему эта система дала сбой? Что пытается сказать нам тело через

хронические спазмы, боль и дискомфорт? И самое важное – как мы можем найти причины этой глубокой связи, чтобы кишечник перестал быть барометром нашего стресса и превратился из источника страданий в союзника?

Эта книга – о психологии СРК. Но не в бытовом смысле «это все нервы», а в самом глубоком и практическом. Мы будем исследовать, как тревога, перфекционизм, вытесненные травмы и привычные паттерны мышления буквально «записываются» в теле, формируя устойчивые петли обратной связи, которые и поддерживают симптомы.

Вы узнаете:

- Как невысказанные эмоции становятся физическим напряжением в кишечнике.
- Почему гиперконтроль и желание все предвидеть истощают вашу нервную систему и провоцируют обострения.
- Как детский и взрослый опыт формирует условные рефлексы, при которых обычная ситуация становится для тела сигналом тревоги.
- И самое главное – конкретные психологические инструменты и рекомендации, которые помогут вам разорвать эти порочные круги, перезагрузить диалог между мозгом и телом и создать новые, здоровые нейронные пути.

Я верю, что СРК – это не приговор, а код, который можно расшифровать, и механизм, который можно перенастроить. Первая часть дала вам карту местности. Эта часть даст вам ключи и рычаги управления.

Давайте сделаем следующий шаг – от пассивного понимания к активному исцелению. От знания о своем состоянии – к глубокому диалогу с собой и реальным изменениям.

## Часть 2. Разум. Что думает психология про СРК?

Если первая книга отвечала на вопрос «Как?», то эта часть задается вопросами «Почему?» и «Зачем?». Почему кишечник реагирует спазмом на важную встречу? Зачем тело выбирает такой мучительный язык для выражения внутреннего напряжения?

СРК давно перестал считаться исключительно гастроэнтерологическим диагнозом. Сегодня это признанный психосоматический феномен, мост между душевным состоянием и физическим здоровьем. В этой главе мы исследуем эту связь. Как тревога, перфекционизм, подавленные эмоции и травматический опыт «записываются» в телесную память кишечника? Мы поговорим о петле «мозг-кишечник», о роли нервной системы в обострениях и о том, какие психологические ключи могут помочь разорвать порочный круг «стресс → симптом → еще больший стресс». Это путь от восприятия себя как «поломанного» к пониманию себя как целостной системы, где исцеление разума – неотъемлемая часть исцеления тела.

### **Психологические корни СРК**

**Соматизация при синдроме раздраженного кишечника: связь психики и тела**

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – одно из самых распространенных функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. Однако его природа остается сложной и многогранной. Современные исследования подтверждают, что у 30–50% пациентов с СРК наблюдаются соматоформные расстройства, при которых эмоциональный дистресс трансформируется в физические симптомы.

Метаанализ, опубликованный в *World Journal of Gastroenterology* (2021), показал, что 45% пациентов с СРК соответствуют критериям соматизации. Это подтверждается и исследованиями из *Journal of Psychosomatic Research* (2022), где у таких пациентов чаще выявлялись тревожные и депрессивные расстройства. При этом симптомы СРК – боль в животе, вздутие, нарушения стула – не имеют органической причины, что указывает на психосоматический компонент.

Один из ключевых механизмов соматизации – дисрегуляция оси «мозг–кишечник». Исследование *Gut* (2020) продемонстрировало, что у пациентов с СРК повышен уровень кортизола, что свидетельствует о хроническом стрессе. Это нарушает моторику кишечника и усиливает висцеральную гиперчувствительность. Другая работа (*Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2023) выявила, что у таких пациентов снижена активность префронтальной коры, отвечающей за контроль над эмоциями, что усугубляет соматические проявления.

Интересно, что эффективность психотерапии при СРК также подтверждает роль психики. Рандомизированное контролируемое исследование (*American Journal of Gastroenterology*, 2022) показало, что когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) снижает выраженность симптомов СРК у 60% пациентов. Аналогичные результаты дала и терапия, направленная на снижение стресса (*Mindfulness-Based Therapy, Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2021).

Таким образом, связь между соматизацией и СРК неоспорима. Современная медицина все чаще рассматривает это расстройство через призму биопсихосоциальной модели, где психическое состояние играет ключевую роль.

Люди с синдромом раздраженного кишечника (СРК), обращающиеся за психологической помощью, чаще всего испытывают трудности, связанные с тревожными расстройствами.

Исследования показывают, что у 30–40% пациентов с СРК диагностируется генерализованное тревожное расстройство или панические атаки (*Laird et al., 2022, American Journal of Gastroenterology*). Многие из них отмечают, что симптомы СРК усиливаются в периоды стресса, а страх внезапного дискомфорта (например, боли или неконтролируемых позывов в туалет) заставляет избегать социальных ситуаций.

Не менее распространена депрессия – ею страдают около 25% пациентов с СРК (*Henningsen et al., 2022, Journal*

of Psychosomatic Research). Хронические боли, усталость и ограничения в питании снижают качество жизни, что приводит к подавленному настроению, чувству безнадежности и даже суицидальным мыслям в тяжелых случаях.

Еще одна частая проблема – ипохондрия и чрезмерная фиксация на телесных симптомах. Пациенты могут многократно проходить обследования, несмотря на отсутствие патологий, поскольку убеждены, что врачи «что-то пропустили». Это характерно для соматоформных расстройств, которые встречаются у 20–30% людей с СРК (Rief et al., 2021, Psychosomatic Medicine).

Многие пациенты также сталкиваются с социальной изоляцией. Из-за страха обострений они отказываются от встреч, путешествий или даже работы, что усугубляет чувство одиночества. В таких случаях часто выявляется социофобия или избегающее поведение (Labus et al., 2023, Clinical Gastroenterology and Hepatology).

Наконец, у значительной части людей с СРК обнаруживается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Исследования (Seng et al., 2021, Psychological Trauma) показывают, что у таких пациентов в анамнезе часто есть детские травмы, физическое или эмоциональное насилие, что повышает риск развития функциональных нарушений ЖКТ.

Эти проблемы решаются с помощью когнитивно-поведенческой терапии, методов релаксации и работы с травмой. Важно, что улучшение психического состояния обычно при-

водит и к смягчению симптомов СРК, подтверждая связь между психологическим и физическим здоровьем.

Вот и выходит, что синдром раздражённого кишечника – это не просто проблема пищеварения, а комплексное расстройство, в котором тесно переплетены тело и психика. Как показывают исследования, тревога, депрессия, стресс и неотработанные психологические травмы могут напрямую влиять на симптомы СРК, усиливая боль и дискомфорт.

Обращение к психологу – не признак слабости, а важный шаг к улучшению качества жизни. Когнитивно-поведенческая терапия, методы управления стрессом и проработка глубинных переживаний не только помогают снизить тревожность, но и уменьшают проявления СРК. Если лекарства дают лишь временное облегчение, возможно, именно работа с психологом станет тем недостающим звеном, которое поможет разорвать порочный круг «стресс – боль – ещё больший стресс».

Здоровье кишечника начинается с гармонии в голове – не стоит игнорировать эту связь.

**СРК: 10 основных запросов к психологу, когда болит не только живот**

Ко мне за психологической помощью часто обращаются люди с диагнозом «синдром раздражённого кишечника» (СРК). На первых сессиях мы, конечно, говорим о симптомах – о боли, о питании, о том, как болезнь мешает жить. Но когда этот необходимый этап пройден и становится яс-

но, что человек не один на один с проблемой, разговор неизбежно меняется. Постепенно, иногда очень осторожно, на поверхность начинают всплывать темы, которые и являются настоящей почвой для этого физического недуга. Опыт показывает, что за диагнозом СРК часто скрываются одни и те же глубинные психологические запросы. Их можно условно объединить в десять ключевых групп. Эти десять частых запросов из моей личной практики.

Как ни странно, на первом месте практически всегда оказывается не боль и не дискомфорт, а вопрос об отсутствии своего места в жизни. Человек описывает ощущение, что он живёт чужую жизнь, играет не свою роль. Возможно, он работает не по той профессии, о которой мечтал – родители настояли на «надёжном» варианте, а собственные желания были отложены в долгий ящик. Он чувствует себя не в своей тарелке среди коллег или даже друзей, как будто он немного чужой, не такой, как все. Эта базовая экзистенциальная неуверенность, чувство, что «почва под ногами» непрочная, создаёт перманентный, фоновый стресс. И тело, особенно такой чувствительный орган, как кишечник, отвечает на этот стресс спазмом и болью – словно на физическом уровне отказывается принимать и «переваривать» ту реальность, в которой оказалась душа.

Второй запрос, тесно связанный с первым, – это хроническая, всепроникающая тревожность. Она выходит далеко за рамки беспокойства о здоровье. Это состояние постоянно-

го ожидания худшего, тотальной небезопасности мира. Мозг работает как сканер, непрерывно проверяя: «А вдруг станет плохо в дороге?», «А что, если я не справлюсь с проектом?», «А если я кого-то подведу?». Эта тревога часто проецируется вовне – человек тревожится за близких, за работу, за будущее, но корень её всегда внутри. Кишечник, тесно связанный с нервной системой, чутко реагирует на постоянный выброс гормонов стресса. Возникает замкнутый круг: тревога провоцирует симптомы, а страх перед симптомами усиливает тревогу.

Логичным следствием такой тревоги становится гиперответственность. Это попытка взять под контроль хотя бы внешний мир, если с внутренним не получается. Человек неосознанно назначает себя ответственным за настроение партнёра, за микроклимат в семье, за успех общего дела. Он убеждён, что если будет всё идеально планировать и всё предусматривать, то сможет избежать катастрофы. Но тело своим непредсказуемым поведением постоянно напоминает, что полный контроль – иллюзия. Эта изматывающая борьба за управление всем и вся приводит к глубочайшему истощению.

Рядом с гиперответственностью всегда стоит её верная спутница – токсичное чувство вины. Это не просто сожаление о конкретной ошибке, а фоновое убеждение в собственной «плохости» или неполноценности. Человек винит себя за свою болезнь, за то, что из-за него меняются планы се-

мы, за свою «слабость». Внутренний критик шепчет: «Если бы ты был сильнее, этого бы не было». Это чувство съедает изнутри и полностью блокирует заботу о себе, которая так необходима.

Часто, исследуя эти чувства, мы выходим на более ранние слои – на незавершённые истории отношений с родителями. Речь не обязательно о травме, но почти всегда – о невысказанности. О невыплаканных обидах, о неполученном признании, об усвоенном правиле «быть удобным», чтобы тебя любили. Внутри взрослого человека продолжает жить тот ребёнок, который всё ещё ждёт одобрения или боится вызвать недовольство. Этот внутренний конфликт между «хочу» и «надо» создаёт хроническое напряжение, которое тело вынуждено носить в себе.

Эти паттерны неизбежно влияют на взрослые партнёрские отношения. Человеку чрезвычайно сложно выстраивать здоровые границы, открыто просить о помощи, выражать несогласие или гнев. Симптом иногда становится невербальным языком: способом отдалиться, когда эмоциональная близость пугает, или, наоборот, немым криком о внимании. Физическая боль порой кажется менее рискованной, чем душевная уязвимость.

Чтобы справиться с грузом этих переживаний, психика часто выбирает путь бегства – различные зависимости. Это может быть не только алкоголь, но и соцсети, работа, шопинг, компульсивные отношения. Это попытка заглушить

внутреннюю боль и заполнить пустоту. Но тело не обмануть – такой образ жизни лишь истощает ресурсы нервной системы, и симптомы усиливаются.

Накопление этих проблем может привести к состоянию экзистенциальной дезадаптации – ощущению полной неуместности в мире. Человек чувствует себя чужим не только в обществе, но и в собственном теле, которое стало источником мучений. Это глубокое отчуждение, потеря связи с собой и смыслом происходящего.

Часто следствием становится депрессия, понимаемая не как грусть, а как полное истощение ресурсов. Энергии не остаётся даже на простые дела, апатия и безнадёжность кажутся единственной реальностью. Это сигнал организма, что больше так жить нельзя.

И, наконец, последний по списку, но не по значимости запрос – это непрожитый гнев, подавленная агрессия. В культуре, где злиться «нехорошо», а уж тем более людям с повышенным чувством ответственности, эта энергия не находит выхода. Она превращается в аутоагрессию и находит свой путь через тело. Спазм кишечника может быть прямым физическим выражением сдержанной ярости, обиды, которую годами «проглатывали» и «переваривали» молча.

Эти десять тем редко существуют по отдельности. Они переплетаются, усиливая друг друга. СРК в этой картине – не причина, а следствие. Своеобразный, мучительный, но очень наглядный сигнал о том, что внутренний мир требует внима-

ния и перестройки. Работа с психологом – это попытка расшифровать этот сигнал, перевести язык симптомов в слова, дать непрожитым чувствам право на существование. Чтобы напряжение наконец нашло здоровый выход, а тело перестало быть заложником нерешённых душевных задач.

## **Психологический портрет человека с СРК: почему болит живот, когда молчит душа?**

Все, кто живет с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Позвольте мне, как психологу с более чем десятилетним опытом работы в этой сфере, поделиться с вами наблюдениями, которые выросли из сотен часов консультаций. За эти годы я видела одну и ту же удивительную закономерность. Ко мне редко приходят люди, чья работа не связана с глубоким анализом и рефлексией. Чаще всего это тонко чувствующие, интеллигентные люди, часто с высшим образованием, те, для кого слова «неудобно» и «простите» стали вторым языком, кто готов сто раз подумать, чтобы никого не обидеть, и предпочтет промолчать, чем создать конфликт. Я долго думала, что это просто совпадение. Но когда я начала изучать научные данные, я поняла: всем моим выводам есть строгие, доказательные объяснения. Ваши личные истории – это не случайность, а часть общей, научно подтвержденной картины.

Оказывается, современные исследования рисуют очень четкий психологический профиль, характерный для многих людей с СРК. Речь не о болезни, а о врожденных особен-

ностях работы вашей нервной системы и психики. Прежде всего, это высокий уровень нейротицизма – фундаментальной черты, которая означает, что ваша психика изначально настроена на высокую чувствительность. Вы как высокоточный прибор, который улавливает малейшие нюансы стресса, настроения окружающих и внутренних ощущений. Именно эта чувствительность лежит в основе ключевого феномена – катастрофизации interoцептивных ощущений. Обычный, в общем-то, сигнал от кишечника – легкий спазм, урчание – ваш мозг склонен интерпретировать не как досадную помеху, а как сигнал катастрофы. Мысль «у меня просто булькает в животе» мгновенно превращается в сценарий ужаса: «сейчас будет приступ, я опозорюсь, мне не выбраться, это конец». Эта мысль запускает в организме панику, выброс адреналина, который, по закону обратной связи, еще сильнее зажимает кишечник, замыкая порочный круг.

Но почему для вас так невыносима сама мысль о «позоре»? Потому что в основе часто лежит глубинный страх отвержения и потребность в социальном одобрении. Многие из вас – перфекционисты, предъявляющие к себе невероятно высокие требования. Вы уверены, что должны быть удобными, безупречными, чтобы вас не осудили и, самое главное, чтобы случайно не обидеть другого человека. Эта черта идеально укладывается в концепцию «личности типа D» (дистрессовый тип). «D» – это не диагноз, а научное обозначение двух вещей: склонности испытывать много негативных

эмоций (негативная аффективность) и, что ключевое, – социального торможения. То есть, привычки сдерживать и подавлять эти эмоции, не показывать их миру. Улыбаться, когда внутри все рвется от гнева или тонет в тревоге. Вы годами можете носить в себе непрожитые обиды, невысказанный гнев и хроническое напряжение, потому что выразить их – значит рискнуть быть непонятым или причинить боль другому. И весь этот кокон из непрожитых чувств находит себе единственный, «разрешенный» выход – через тело, через спазмированный кишечник, который становится физическим воплощением внутреннего зажима.

Очень часто я наблюдаю у клиентов с СРК явление алекситимии – трудности в распознавании и описании собственных чувств. На вопрос «Что вы чувствуете?» вы часто искренне отвечаете: «Дискомфорт в животе» или «Спазм». Вы научились «чувствовать» тревогу и стресс не как душевные состояния, а как телесные симптомы. И этому есть объяснение. Исследования, такие как работы Эмерана Майера, показывают, что среди людей с СРК статистически выше распространенность детских психотравм – эмоционального пренебрежения, насилия, отсутствия безопасной привязанности. Ребенок, выросший в такой среде, усваивает: проявлять чувства опасно, мои потребности никому не интересны, чтобы выжить, нужно быть тихим и удобным. Эта детская стратегия во взрослом возрасте превращается в черту характера и, увы, в физиологическую реальность СРК через ось «ки-

шечник-мозг». Это двусторонняя магистраль, где стресс из мозга (кортизол, нервные импульсы) ухудшает состояние кишечника, а сигналы от воспаленного, раздраженного кишечника, в свою очередь, усиливают тревогу и депрессию в мозгу. Неудивительно, что СРК так часто соседствует с тревожными расстройствами и депрессией, а также с другими соматоформными расстройствами, когда душевная боль находит выход в физических симптомах.

Итак, усредненный портрет человека с СРК выглядит так: Это человек, чья внутренняя жизнь напоминает бурлящий океан, скрытый под маской спокойствия и корректности. Его движущие силы – высокий перфекционизм и глубокий, часто неосознаваемый страх социального отвержения. Он гиперответственен по отношению к другим, но хронически пренебрегает собственными потребностями и границами. Его нервная система пребывает в состоянии постоянной, фоновой тревожной готовности, а непроявленные эмоции – особенно гнев и обида – годами копятся внутри, не находя вербального выхода, и прорываются наружу единственным доступным для них способом: через физический симптом, через боль и спазм, через диалог тела, который заменяет собой прямой и честный разговор.

Конечно, это не прямое указание, и вы – уникальная личность. Но, как показывает моя практика и множество современных исследований, практически каждый, кто живет с СРК, узнает в этом портрете себя по большинству призна-

ков. Понимание этой глубокой связи – не для того, чтобы найти виноватого, а для того, чтобы найти путь к исцелению. Это ключ, который позволяет наконец-то перевести язык тела обратно на язык чувств и начать новый, более честный и бережный диалог с самим собой. Ваше тело не враг, оно – самый преданный, хоть и очень громкий, крик вашей души, которая так долго ждала, когда ее услышат.

## **Почему мы не замечаем истинных причин своих болезней**

В 1920-х годах швейцарский психолог Жан Пиаже провел серию экспериментов, которые стали классикой психологии развития. В одном из них ребенок усаживался за стол, напротив которого располагалась кукла. Сначала Пиаже просил ребенка нарисовать саму куклу – с этим заданием не возникало никаких трудностей. Однако когда психолог просил изобразить то, что видит эта кукла, происходило нечто удивительное. Ребенок снова рисовал предметы такими, какими видел их сам со своего места. То есть, если со своего положения он видел вазу с цветами в профиль, то и в рисунке «от лица куклы» изображал ту же вазу в профиль, хотя с позиции куклы должен был быть виден совершенно другой ракурс – например, фронтальный вид вазы и другой узор на ней.

Детский разум был буквально заключен в рамки единственной известной ему перспективы – своей собственной. Этот феномен, названный Пиаже «эгоцентризмом», ярко демонстрирует фундаментальную особенность человеческого

сознания: мы с трудом можем выйти за пределы собственной точки зрения. Важно отметить, что последующие исследования показали – эта особенность преодолевается с развитием, и уже к 7-8 годам дети успешно справляются с такими задачами.

Но что действительно поразительно – во взрослом возрасте мы часто продолжаем испытывать подобные трудности, но уже в отношении самих себя. Наше восприятие собственной жизни, мыслей и эмоций может искажаться под влиянием личного опыта, травм и социальных условностей. Именно в этих «слепых зонах» самовосприятия иногда кроются корни определенных психологических трудностей, которые могут влиять и на физическое здоровье.

Современная наука давно признает сложную взаимосвязь между психикой и телом. И что психосоматические явления – реально существующий феномен, но здесь важно подчеркнуть: они представляют собой лишь один из множества факторов, влияющих на здоровье. Понятно, что не следует рассматривать психологические аспекты как единственную причину заболеваний. Многие болезни имеют сложную биохимическую, генетическую и физиологическую природу, требующую профессиональной медицинской диагностики и лечения.

Но когда мы говорим о случаях, где психологический компонент действительно значим, может наблюдаться парадоксальная картина: симптом, будучи источником страда-

ний, одновременно служит способом адаптации к внутреннему конфликту, то есть становится решением для скрытой, неосознаваемой проблемы. Психотерапевты и специалисты по психосоматике давно наблюдают эту связь. Болезнь может быть мощным, хотя и разрушительным, способом регуляции внутреннего напряжения. Она решает определенные задачи бессознательного: например, дает законное право на отдых в ситуации, когда человек не позволяет себе остановиться; обеспечивает заботу и внимание, которых он не умеет просить прямо; оправдывает неудачи, защищая от страха несоответствия ожиданиям; или даже служит наказанием себе за мнимые или реальные проступки, утоляя чувство вины и стыда. Это не симуляция. Это глубоко укорененная программа выживания психики, которая выбирает путь через тело, потому что другой путь – осознание и прямое столкновение с проблемой – кажется ей еще более опасным.

Ключевое слово здесь – «адаптация», а не «симуляция». Это сложные бессознательные процессы, требующие внимательного изучения вместе со специалистами.

Каковы же эти истинные проблемы, которые болезнь так старательно маскирует?

Часто это базовые, экзистенциальные вещи. Непрожитое горе, которое было запрещено проявлять. Хроническое чувство собственной «недостаточности» и страх быть отвергнутым. Подавленная агрессия, которая не находит здорового выхода и начинает «поедать» организм изнутри, находя вы-

ражение в аутоиммунных процессах или воспалениях. Глубокая экзистенциальная тревога, которую человек пытается «забетонировать» контролем, ведущим к тревожным расстройствам и паническим атакам. Непризнание своих истинных желаний и потребностей, вынуждающее душу «кричать» через симптомы. Конфликт между социальной маской и теневыми, непринятыми частями личности. Болезнь в этой парадигме – это крик души, говорящей на единственном языке, которым она еще может достучаться до своего «хозяина», поглощенного игрой в условно нормальную жизнь.

Изменение этого укоренившегося состояния – задача, требующая времени и терпения. Невозможно за несколько дней или недель распутать нейронные сети, которые формировались и укреплялись десятилетиями. Современные исследования в области нейропластичности подтверждают, что наш мозг обладает способностью к перестройке. Однако формирование новых нейронных путей – это процесс, требующий повторения и практики, подобно изучению нового музыкального инструмента. Старые, «болезненные» сети – это не просто электрические импульсы. Это структурные ансамбли с укрепленными синаптическими связями, которые буквально имеют больший «вес» и «авторитет» в нашей психической организации. Они подкреплены не только нейронами, но и всей биохимией тела – гормональными паттернами, мышечными зажимами, измененным клеточным метаболизмом.

Именно поэтому простое интеллектуальное понимание причины болезни часто бывает недостаточным. Осознание должно спуститься с уровня ума на уровень тела, интегрироваться в ощущения и повседневные поведенческие реакции. Такая глубокая перестройка возможна через терапию, практики осознанности, работу с телом, которые позволяют мягко обойти сопротивление ума и вступить в прямой диалог с бессознательным. Это медленный путь возвращения к себе – не тому, кем мы себя считаем, а тому, кто мы есть на самом деле, за всеми наслоениями травм и защит. Это мужественный процесс – увидеть, наконец, мир не только со своей привычной точки, но и с перспективы тех частей нас, которые мы так долго игнорировали и от которых пытались убежать в болезнь.

Современные исследования в области нейропластичности, включая работы таких ученых как Норман Дойдж и Эрик Кандель, подтверждают: наш мозг действительно обладает способностью к перестройке. Однако формирование новых нейронных связей – процесс, требующий времени и постоянных усилий, сравнимый с обучением сложному навыку. Старые нейронные сети, сформированные за годы жизни, действительно имеют структурные особенности, но их изменение – задача комплексная, где психологическая работа должна идти рука об руку с медицинским наблюдением при необходимости.

Это путь постепенного расширения самопонимания, где

важно сохранять баланс между принятием ответственности за свое психологическое состояние и пониманием биологических аспектов здоровья.

Ключевой момент эксперимента Пиаже заключался не просто в неспособности ребенка увидеть мир глазами куклы. Глубинная проблема – в отсутствии понимания, что существует сама возможность другой перспективы, и что эта перспектива системно меняет всю картину.

Точно так же мы, взрослые, часто заперты в единственной перспективе восприятия собственной жизни. Мы видим свою болезнь, хроническую усталость, тревогу или повторяющиеся неудачи как отдельные, изолированные факты. Мы смотрим на них исключительно изнутри своей привычной роли – «я, который болеет» или «я, которому не везет». Но мы редко предпринимаем попытку занять позицию того самого «наблюдателя» – увидеть всю систему целиком: как наш образ жизни, выстроенные годами привычки, неосознанные выборы и подавленные эмоции формируют ту самую почву, на которой закономерно произрастают эти симптомы.

Причинно-следственные связи существуют, но они остаются невидимыми, потому что находятся за границей нашей привычной точки обзора. Мы видим следствие – больную спину, но не видим причину – годами накопленное мышечное напряжение от постоянной скрытой тревоги. Мы видим следствие – выгорание, но отказываемся увидеть причину –

внутренний запрет на отдых, воспринимаемый как слабость. Пока мы не совершим это усилие – мысленно сесть «на место куклы» и окинуть взглядом всю картину нашей жизни со стороны, – эти связи будут оставаться разорванными, а значит, любое лечение будет работать лишь со следствиями, оставляя корень проблемы нетронутым.

Важно помнить: поиск психологических причин не заменяет медицинскую диагностику. Здоровье – это комплексная система, где психическое и физическое взаимосвязаны, но ни одна из этих составляющих не должна рассматриваться изолированно.

### **Почему мы сопротивляемся выздоровлению: 10 признаков вторичной выгоды от болезни**

В основе нашего существования лежит фундаментальный принцип – стремление к выживанию и благополучию. Иногда наш психический аппарат, этот совершенный и одновременно хрупкий механизм, находит для этого удивительные, а зачастую и парадоксальные пути. Одним из таких феноменов является вторичная выгода – бессознательная мотивация сохранять симптом или болезненное состояние, потому что оно решает какую-то скрытую психологическую или социальную проблему. Это не симуляция, где человек осознанно притворяется. Здесь симптом реален – мигрень выводит из строя, паническая атака мучительна, а хроническая боль истощает. Но в ткани этой реальной болезни вплетена невидимая нить выгоды, которая делает выздоровление внутрен-

не опасным, будто отказ от страдания откроет путь к чему-то ещё более пугающему.

Чтобы понять глубину этого механизма, можно обратиться к миру животных. Классическое исследование, проведённое американским биологом Джорджем Эйкеном в середине XX века, наблюдало за поведением раненых или больных особей в стае. Он отметил, что такое животное получает не только очевидные минусы – уязвимость перед хищниками, но и своеобразные плюсы: снижение агрессии со стороны сородичей, возможность остаться в безопасном логове, доступ к пище без необходимости борьбы за неё. Это прототип вторичной выгоды на биологическом уровне: симптом изменяет социальное окружение в пользу больного. У человека этот процесс усложняется до бесконечности, перемещаясь в сферу психологии и сложных социальных связей.

Итак, как же распознать эту невидимую тень, отбрасываемую нашей болезнью? Признаки часто переплетены, и их осознание требует искренности и мужества.

Первый и самый яркий сигнал – это закономерность, с которой симптомы обостряются или появляются в определённых ситуациях. Например, приступ мигрени накатывает не в случайный момент, а именно накануне важного совещания, от которого человек подсознательно хочет уклониться. Здесь болезнь становится билетом к временной свободе от непосильной ответственности.

Второй признак – болезнь становится мощным инстру-

ментом управления отношениями. Она может удерживать рядом партнёра, который уже эмоционально отдалился, или, наоборот, отталкивать того, чьё внимание стало удушающим. Человек может не осознавать, как его состояние диктует правила другим, но близкие часто чувствуют себя в ловушке: оставить «больного» – значит проявить жестокость.

Третий аспект – болезнь как способ получить заботу, нежность и внимание, которых не хватает в здоровом состоянии. В современном мире, где ценятся сила и самостоятельность, признаться в потребности быть опекаемым сложно. Болезнь же даёт на это полное социальное разрешение. Исследования в области психосоматики, такие как работы профессора Аллана Шора, показывают, как дефицит эмпатичного контакта в раннем возрасте может во взрослой жизни трансформироваться в соматические симптомы, неосознанно призванные вызвать именно ту отзывчивость, которой не хватало.

Четвёртый признак – это когда болезнь служит оправданием неудач или нереализованности. «Я бы добился многого, если бы не моё здоровье» – эта фраза может быть и горькой правдой, и удобным щитом, защищающим хрупкую самооценку от столкновения со страхом провала или отсутствием истинных желаний. Пятый, тесно связанный с этим, момент – болезнь как легитимный способ уйти от требований, ожиданий и давления. Она становится непререкаемым аргументом для сокращения рабочей нагрузки, отказа от социальных обязательств, требующих большого напряжения.

Шестой признак – болезнь как язык, на котором говорит непрожитое горе, непереносимая эмоция или внутренний конфликт. Психолог и исследователь Джон Сарно, известный своими работами по синдрому напряжения мышц, прямо указывал на то, как подавленный гнев или тревога находят выход через хронические боли в спине. Тело буквально «соматизирует» то, что психика не может переработать и выразить иначе.

Седьмое наблюдение – своеобразная «привычка к болезни». Когда состояние длится долго, оно становится частью идентичности. Человек начинает определять себя через свою хворь: «я – хронический больной». Мысль о выздоровлении в этом случае пугает неопределённостью: «Кто я без своей болезни? Как мне строить жизнь?». Это погружает нас в восьмой признак – сопротивление лечению. Оно может проявляться в «забывании» таблеток, неявке на процедуры, постоянном поиске новых врачей, когда предыдущее лечение начинает давать эффект. Бессознательное саботирует процесс, потому что исцеление грозит потерей важной психологической функции.

Девятый аспект – это эмоциональная вторичная выгода. Болезнь может служить моральным разрешением на проявление «запрещённых» чувств: раздражительности, плача, гнева. В здоровом состоянии человек может считать эти эмоции неприемлемыми, но в роли больного он получает для них индульгенцию.

И, наконец, десятый, самый глубокий признак – когда болезнь служит защитой от экзистенциальной тревоги, заполняя внутреннюю пустоту. Постоянная борьба с недугом придаёт жизни драматический смысл и структуру, отвлекает от вопросов о цели и предназначении. Это сложный и тонкий механизм, который психотерапевт Ирвин Ялом описывал как один из способов, которым люди противостоят осознанию собственной смертности и свободы.

Распознавание этих признаков – не повод для самообвинения или обвинения других. Это ключ к пониманию глубинной логики страдания. Работа со вторичной выгодой – деликатный процесс, требующий часто помощи психотерапевта. Он заключается не в том, чтобы отнять у человека эту «выгоду», обвинив его в намеренности, а в том, чтобы помочь найти сознательные, здоровые и эффективные способы удовлетворения тех же потребностей – в заботе, безопасности, уважении, праве на слабость и выражение чувств. Когда человек учится получать это, открыто говоря о своих нуждах и выстраивая отношения на новой основе, симптом, как верный солдат, выполнивший свою миссию, часто отступает, уступая место подлинной, а не болезненной, свободе.

**Лаодикийский кишечник: Как «тёплая» позиция мешает победить СРК**

В самом сердце одного из загадочных текстов человечества – Откровения Иоанна Богослова – звучит поразительно резкая и неудобная фраза, обращенная не к отъявленным

грешникам, а к вполне благополучной Лаодикийской общине: «О, если бы ты был холоден или горяч! Но ты, ни холоден, ни горяч, ты – тёпл, и потому извергну тебя из уст Моих». Это не приговор злу, а приговор безжизненности. Лаодикия славилась своим тёплым водопроводом: вода, добываясь из целебных горячих источников, становилась противной, ни полезной для лечения, ни освежающей для питья. От неё лишь тошнило. В этой метафоре – ключ к пониманию одной из самых парадоксальных и мучительных ловушек человеческой психики, которая напрямую ведет нас к вопросу о хронических недугах и о том, почему для некоторых путь к облегчению оказывается непреодолимым.

Психологический подтекст этого высказывания выходит далеко за рамки религии. «Тёплость» – это не про отсутствие действий, а про особый, коварный вид бездействия, замаскированный под движение. Это позиция человека, который достаточно страдает, чтобы постоянно жаловаться, но недостаточно отчаялся, чтобы по-настоящему измениться. Он не «холоден» – то есть не может смириться и принять свою боль как данность, отпустив контроль, – и не «горяч» – то есть не способен на яростную, всепоглощающую решимость сломать порочный круг. Он пребывает в зыбком, комфортном, и в то же время дискомфортном пространстве между. Он исследует диеты, но срывается; читает о стрессе, но продолжает жить в нём; жалуется на симптомы, но отказывается видеть их глубинную связь со своей историей и эмоциями.

Эта «тёплая» позиция – психологический эквивалент той самой лаодикийской воды: она не лечит и не освежает, она лишь поддерживает состояние хронической, фоновой тошноты души и тела. И именно это состояние является питательной средой для таких функциональных расстройств, как СРК.

Когда мы говорим о СРК, современная наука всё чаще говорит на языке психонейрогастроэнтерологии. Это не просто «нервный кишечник». Это самый сложный диалог по оси «мозг – кишечник», где эмоциональное состояние, травматический опыт и хронический стресс напрямую влияют на моторику, чувствительность и микрофлору пищеварительного тракта. Мозг, находящийся в постоянной «тёплой» тревоге – не в панике, а в фоновом режиме ожидания угрозы, – посылает кишечнику искаженные сигналы, а тот, в свою очередь, своими спазмами и болями усиливает сигналы обратно в мозг. Замыкается порочный круг. И вот здесь вступает в силу жестокий парадокс: невозможно разорвать этот круг, оставаясь в тех самых психологических, эмоциональных и поведенческих «водах», в которых он сформировался. Нельзя вылечить расстройство, корни которого уходят в паттерны мышления и реакции на стресс, продолжая думать и реагировать по-старому. Мозг, создавший проблему, не может быть тем же самым инструментом, который находит радикально новое решение без внешней помощи, без «инструктора».

Вот почему не всем суждено избавиться от СРК. Не потому, что это неизлечимо – исследования доказывают обратное. А потому, что путь к исцелению требует мужества перейти из состояния «тёплого» страдания в состояние «горячего» – решительного и часто болезненного – исследования себя. Требуется перестать быть пассивным объектом симптомов и стать активным субъектом своей жизни. И здесь на помощь приходит психотерапия, выступая тем самым необходимым внешним катализатором. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), например, имеющая убедительную доказательную базу в лечении СРК, не работает с симптомами напрямую. Она работает с тем, что их поддерживает: с катастрофизирующими мыслями («эта боль никогда не кончится»), избегающим поведением (отказ от социальной активности из-за страха перед симптомами), перфекционизмом и неумением выставлять границы – теми самыми «тёплыми» паттернами. Она учит мозг новым, более адаптивным способам обработки стресса и боли. Терапия, основанная на осознанности, учит не бороться с симптомами («горячее» сопротивление) и не погружаться в них с головой («холодная» капитуляция), а наблюдать их с принятием, меняя сам тип взаимоотношений с собственным телом.

Сделать первый шаг к психологу – это и есть тот акт «горячего» решения, который вырывает человека из тёплого болота. Это признание: «Да, я не справляюсь в одиночку. Моих внутренних ресурсов недостаточно, потому что они и яв-

ляются частью проблемы». Это шаг в сторону изменения не столько обстоятельств, сколько себя в этих обстоятельствах. Современные данные нейровизуализации показывают, что успешная работа с психологом при таких расстройствах буквально меняет активность мозговых структур, связанных с болью и эмоциональной регуляцией. Она не «успокаивает нервы», она перепрограммирует диалог.

Таким образом, судьба избавления от СРК – или любого другого психосоматического страдания – решается не в кабинете гастроэнтеролога, хотя его роль важна, а на той внутренней развилке, где человек делает выбор: остаться в «тёплой» знакомости муки, где есть вторичные выгоды (внимание, право не действовать, оправдание неудач), или вступить на «горячий», незнакомый и пугающий путь личностной трансформации. Истинное исцеление начинается не тогда, когда проходит боль, а тогда, когда заканчивается внутреннее сопротивление переменам, когда жалость к себе сменяется ответственностью за себя. В этом и заключена вечная мудрость древнего текста: быть «тёплым» – самая большая опасность, потому что это иллюзия жизни, за которой следует не взлёт, а тихое, но окончательное извержение из потока собственных возможностей.

**Всегда виноват ГДУХО. Как наши мысли и чувства становятся болезнями**

Как часто, сталкиваясь с собственной реакцией, чувством или поступком, мы задаем себе один и тот же мучитель-

ный вопрос: «Почему я так поступил?» Мы виним характер, слабую волю, «испорченную» психику или просто «такая жизнь». Мы ищем простое объяснение в надежде найти такой же простой выход. Но человеческая природа нелинейна. Она – сложнейший гобелен, где каждая нить не просто существует сама по себе, а переплетается с другими, создавая уникальный, часто неочевидный узор. Чтобы понять этот узор и заглянуть вглубь механизмов, управляющих нашей жизнью, я предлагаю обратиться к метафоре ГДУХО.

ГДУХО – это не диагноз и не ярлык. Это карта, на которую нанесены четыре фундаментальных измерений человеческого бытия, неразрывно связанных между собой. Это Генетика, Детские установки, Химия и Обстоятельства (ГДУХО).

В самом начале нашего пути стоит Генетика. Это тот фундаментальный код, тот стартовый капитал, с которым мы приходим в этот мир. Это не приговор, написанный на роду, но – предрасположенность. Одни из нас генетически более склонны к тревожности, другие – к импульсивности, у кого-то выше риск определенных заболеваний, а кто-то от природы обладает более устойчивой нервной системой. Наша генетика задает «диапазон», в котором будет звучать мелодия нашей жизни. Она влияет на то, как быстро мы реагируем на стресс, как легко формируются те или иные нейронные связи, даже на наши вкусовые предпочтения. Мы не можем поменять сами гены, но современная наука все яснее

говорит об эпигенетике – о том, что наш образ жизни, питание и даже мышление могут «включать» или «выключать» определенные гены. Таким образом, генетика – это не статичная данность, а динамичный потенциал.

На этот генетический фундамент почти сразу же начинают наноситься узоры Детских установок (ДУ). Мозг ребенка – это совершенный инструмент для обучения, и он учится выживать и адаптироваться в той среде, в которую попал. Эти уроки – «будь сильным», «не доверяй», «ты должен быть лучшим», «твои чувства не важны» – записываются не в виде слов, а в виде устойчивых нейронных сетей, шаблонов восприятия и реакций. Эти программы работают в фоновом режиме, «исподтишка». Взрослый человек может логически понимать, что он ценен, но глубинная установка «со мной что-то не так», сформированная в семь лет, будет продолжать диктовать его выбор в отношениях, карьере и отношении к себе. Эти установки – психический слепок с тех ранних уроков жизни, и именно они являются главным объектом работы в психотерапии. Их можно переписать, создав новые, более здоровые нейронные пути через осознание и новый опыт.

Но где проходит граница между психикой, управляемой этими установками, и телом? Ее нет. Их связывает третий элемент – Химия (Х). Наши мысли, чувства и детские травмы имеют прямую материальную проекцию в нашем теле – в виде гормонов и нейромедиаторов. Хронический стресс, по-

рожденный установкой «я должен все контролировать», повышает уровень кортизола, который, в свою очередь, влияет на иммунитет, сон и метаболизм. Чувство паники – это не только страх, но и выброс адреналина. Чувство глубокой связи и удовлетворения – это работа окситоцина и дофамина. Наша «Химия» напрямую зависит от того, что мы едим, как мы спим, двигаемся ли мы. Она же меняется под воздействием наших мыслей. Медитация может снизить уровень гормонов стресса, а практика благодарности – повысить уровень серотонина. Это улица с двусторонним движением: тело влияет на душу, а душа – на тело, и игнорировать эту связь значит смотреть на человека с одним закрытым глазом.

И все это великолепие разворачивается в реальном времени в поле постоянно меняющихся Обстоятельств (О). Мозг никогда не принимает решения в вакууме. Он всегда делает это здесь и сейчас, основываясь на текущих условиях. Решение, принятое вами в состоянии усталости, голода или холода, будет фундаментально отличаться от решения, принятого вами в состоянии покоя, сытости и безопасности. Уставший мозг склонен к негативным когнитивным искажениям, голодный – к раздражительности и импульсивным поступкам. Обстоятельства – это тот контекст, который включает одни нейронные сети и отключает другие, запускает одни химические процессы и подавляет иные.

Вот почему ГДУХО – это не просто набор букв, а единая, переплетенная система. Генетическая предрасположенность

к тревоге (Г) может не проявиться, если в детстве (ДУ) ребенок получил надежную привязанность и поддержку, которая сформировала устойчивые нейронные сети. Но если эта предрасположенность есть, а детские установки ее усилили («мир опасен»), то хронически повышенный кортизол (Х) станет фоном жизни. И в стрессовой ситуации на работе (О) этот человек среагирует не просто на само событие, а всей этой сложной, многослойной историей, которая воплотится в паническую атаку или приступ самобичевания.

Именно поэтому так важно вспоминать о ГДУХО в моменты дискомфорта, вины или безжалостного анализа собственных ошибок. Когда вы корите себя за «срыв» или «слабость», остановитесь и спросите: что сейчас говорит мой ГДУХО?

Возможно, ваша вспышка гнева – это не «плохой характер», а следствие детской установки «меня не слышат» (ДУ), которая сработала в условиях недосыпа (Х) и стрессового дедлайна (О). А ваша генетическая чувствительность (Г) лишь сделала реакцию более яркой.

Чувство вины, которое гложет вас днями, – это не просто «совесть». Возможно, это старая программа «я должен быть идеальным» (ДУ), которая столкнулась с реальными ограничениями ваших сил, вызванными, например, гормональным сбоем (Х) в период жизненных перемен (О).

Понимание ГДУХО – это акт глубокого сострадания к себе. Это переход от вопроса «В чем моя вина?» к вопро-

су «Что со мной происходит?». Это признание того, что вы – это сложная, живая, биопсихосоциальная система. Вы не просто ваша «воля», вы – воплощенный опыт, текущая химия и реагирующий на среду организм.

Работать с собой – значит не ломать себя через колено, а учиться искусно настраивать этот сложный инструмент. Менять то, что можно изменить: прорабатывать детские установки в терапии, корректировать образ жизни для влияния на химию тела, учиться управлять своим восприятием обстоятельств. И с сочувствием принимать то, что изменить нельзя, – свою генетическую уникальность, часть прошлого опыта, – находя способы жить в гармонии и с этими аспектами себя.

Помнить о ГДУХО – значит видеть за одним поступком целую вселенную причин и связей. Это возможность перестать быть строгим судьей для самого себя и стать, наконец, внимательным и мудрым исследователем собственной удивительной жизни.

Именно через призму ГДУХО особенно четко видна связь между душевным состоянием и физическим недомоганием. Когда тело вдруг выходит из строя – будь то навязчивая мигрень, внезапная аллергия или непроходящая простуда, – оно редко «ломается» просто так. Часто это – крик всей системы, последнее звено в цепи, начало которой лежит в невидимых глазу процессах.

Ваша генетическая предрасположенность к головным бо-

лям (Г) может десятилетиями молчать, пока ее не пробудит к жизни внутренний конфликт. Например, установка «я не имею права на отдых» (ДУ), столкнувшись с периодом аврала на работе (О), создает в организме состояние перманентного стресса. Уровень гормонов напряжения (Х) зашкаливает, сосуды приходят в гипертонус – и вот уже знакомая боль сжимает виски, материализуя невысказанное «у меня от этого голова болит». Тело, не будучи услышанным на языке чувств, вынуждено говорить с нами на языке симптомов.

Таким образом, болезнь или постоянный дискомфорт – это не враг, а информационное сообщение от всей системы ГДУХО. Это указание на то, что где-то произошел сбой: возможно, старая детская программа (ДУ) истощила ваши адаптивные ресурсы, нарушив химический баланс (Х), и ваше тело, с его унаследованной «чувствительностью» (Г), стало тем местом, где этот внутренний пожар проявился ярче всего. Расшифровывая это сообщение, мы получаем ключ не просто к устранению симптома, а к глубокому исцелению, затрагивающему все уровни нашего бытия.

Р. S. Концепция ГДУХО – это моя авторская интегративная модель, которая объединяет данные современных нейронаук, психологии и медицины. Она создана для того, чтобы помочь системно взглянуть на причины вашего поведения и состояния, и не является строгой научной классификацией.

**Как СРК «запирает» людей дома, защищая от жестокости жизни**

Для многих людей синдром раздражённого кишечника становится невидимой тюрьмой. Страх внезапных симптомов заставляет их добровольно запираяться дома, избегая встреч, работы и простых радостей. Общество часто не понимает эту «стыдную» болезнь – но и сами пациенты перестают понимать мир за стенами своего убежища.

И тогда СРК превращается в парадоксального защитника – болезнь, которая изолирует, но и спасает от боли социального неприятия.

Исследования подтверждают связь СРК и социофобии. Метаанализ 39 исследований (Fadgyas-Stanculete, 2020) показал: 39% пациентов с СРК страдают тревожными расстройствами. В работе Lee et al. (2021) социальная фобия выявлена у 38,7% больных СРК против 15% в контрольной группе.

Нейровизуализация (Tillisch, 2019) выявила общие паттерны активации островковой доли при СРК и социальной тревоге.

Социофобия – это не просто застенчивость или дискомфорт в людных местах. Это интенсивный, изнурительный страх перед социальными ситуациями, где человек чувствует себя оцениваемым или наблюдаемым. Многие ошибочно считают это редким явлением, но социофобия входит в тройку самых распространённых психических расстройств, уступая только депрессии и алкоголизму.

Недавние исследования выявили удивительную связь

между социофобией и терморегуляцией тела. Учёные из Каролинского института (2023) обнаружили, что люди с социальной тревожностью часто испытывают субъективное ощущение жара в стрессовых ситуациях, хотя реальная температура их тела не повышается. Этот феномен, названный «фантомным перегревом», объясняется гиперактивностью островковой доли мозга, отвечающей за интерпретацию телесных сигналов.

Генетическая предрасположенность к социофобии проявляется через определённые вариации гена SLC6A4, отвечающего за транспортировку серотонина. Исследование JAMA Psychiatry (2021) показало, что носители этих вариаций имеют на 30-40% более высокий риск развития расстройства. Это объясняет, почему у некоторых людей тревожность проявляется уже в раннем детстве, независимо от условий воспитания.

Нарушение обработки эмоциональной информации – ещё одна характерная особенность социофобии. Голландские учёные из Университета Лейдена (2020) установили, что мозг людей с этим расстройством склонен интерпретировать нейтральные выражения лиц как негативные. fMRI-сканирование выявило гиперактивность миндалевидного тела – области мозга, ответственной за реакции страха.

Неожиданную роль в развитии социофобии играет микробиом кишечника. Исследование University College Cork (2022) показало, что у пациентов с социальной тревожно-

стью часто наблюдается дефицит бактерий *Lactobacillus* и *Bifidobacterium*, влияющих на выработку успокаивающего нейромедиатора ГАВА. Эксперименты на животных подтвердили, что восстановление баланса микробиоты уменьшает тревожное поведение.

Особенность восприятия времени у социофобов была изучена в Университете Огайо (2023). Оказалось, что они субъективно удлиняют продолжительность социальных взаимодействий – пятиминутный разговор может ощущаться как десятиминутный. Это сопровождается повышенным уровнем кортизола, который долго не приходит в норму после общения, создавая порочный круг избегания.

Другой малоизвестный факт касается связи социофобии с болевым порогом. Исследование Университета Цюриха (2024) выявило, что люди с социальной тревожностью обладают повышенной чувствительностью к физической боли. Нейровизуализация показала, что области мозга, активирующиеся при социальном отвержении, у них частично совпадают с зонами, реагирующими на физическую боль. Это объясняет, почему критика или насмешки могут буквально «ранить» таких людей.

Несмотря на распространённость расстройства, многие годами не обращаются за помощью, считая свой страх личностной особенностью. Однако современные методы психологической помощи, например, когнитивно-поведенческая терапия, способны значительно улучшить качество жизни.

Важно понимать: социофобия не является неизменной чертой характера, а представляет собой сложное, но поддающееся коррекции состояние, требующее комплексного подхода и профессиональной поддержки.

### **Страх еды у людей с СРК**

Питание – фундаментальный процесс для всего живого, базовый механизм преобразования материи в энергию, без которого невозможны рост, развитие и сама жизнь. Для животных еда – это, в первую очередь, топливо и инстинкт. Однако у человека прием пищи давно перестал быть сугубо биологическим актом. Он оброс сложнейшими культурными, социальными и психологическими смыслами. Еда стала языком любви и заботы, способом коммуникации, маркером идентичности, источником удовольствия, а для кого-то – полем внутренней битвы и объектом глубокого страха. Этот страх, иррациональный и изнурительный, может возникнуть в любой период жизни, часто коренясь в травмирующем опыте, который нарушает базовое доверие к собственному телу и к миру.

Одной из наиболее распространенных и физиологически обоснованных форм пищевого страха является страх у людей с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Здесь еда перестает ассоциироваться с безопасностью и удовольствием, превращаясь в потенциального провокатора мучительных симптомов: боли, вздутия, неконтролируемых позывов. Формируется условно-рефлекторная связь: прием пи-

щи = страдание. Этот феномен, известный как «кишечно-обусловленное поведение избегания», подробно изучается в современной психосоматической медицине. Исследователи, такие как профессор Эмерэн Майер, автор концепции оси «кишечник-мозг», подчеркивают, что при СРК мозгу учится воспринимать нормальные или слегка усиленные сигналы от кишечника как угрожающие. Это приводит к гипербдительности – человек начинает сканировать тело в поисках малейшего дискомфорта, а выбор еды становится вопросом стратегического планирования, наполненным тревогой. Развивается неофобия – боязнь новой пищи и жесткое ограничение рациона, что, по данным работы Лориана Корели и её коллег, напрямую коррелирует с тяжестью симптомов и снижением качества жизни.

Этот страх не существует в вакууме; он создает волновой эффект, затрагивая близких. Семейные ужины, совместные походы в кафе, праздничные застолья – все это превращается в минное поле. Близкие, желая помочь, часто испытывают смесь беспомощности, раздражения и вины. Они могут чувствовать, что их кулинарные усилия отвергаются, а предложенная с любовью еда воспринимается как яд. Социальная изоляция становится общей: человек с пищевым страхом начинает избегать встреч, а его семья или партнер вынуждены либо подстраиваться под эти жесткие ограничения, что ведет к обеднению их собственной жизни, либо идти на конфликт. Возникает дискомфорт двойной связи: с одной стороны, жа-

леть и оберегать, с другой – злиться из-за того, что болезнь диктует правила для всех.

Почему же одни люди, столкнувшись с негативным опытом, преодолевают страх, а другие годами остаются в его плену? Ключевым фактором здесь является не столько тяжесть физиологических симптомов, сколько психологическая уязвимость и сформированные копинг-стратегии. Исследования в области когнитивно-поведенческой терапии, которые проводили, в частности, Джеффри М. Лакотос и Мелисса Г. Хант, показывают, что в группе риска оказываются люди с тревожным типом привязанности, перфекционизмом и низкой толерантностью к неопределенности. Для них еда и ее последствия – это область, которую они отчаянно, но безуспешно пытаются тотально контролировать. Страх закрепляется через механизм негативного подкрепления: если после отказа от определенного продукта тревога действительно снижается, мозг запоминает это как «успешное» решение, сужая поведенческий репертуар до простого избегания. Те, кто способен принять дискомфорт как временный и некатастрофический, имеют больше шансов сохранить гибкость пищевого поведения.

Именно в этой точке на помощь приходит психологическое вмешательство. Современный подход, например, в рамках терапии принятия и ответственности или когнитивно-поведенческой терапии для расстройств ЖКТ, направлен не на устранение симптомов как таковых, а на изме-

нение отношения к ним и к еде. Психолог помогает клиенту разорвать порочный круг «страх-избегание-дефицит». Через техники осознанности (майндфулнес) человек учится наблюдать за своими ощущениями без немедленной эмоциональной реакции и катастрофизации, как это предлагает в своих работах специалист по психосоматике Лорна Уингроув. Постепенно, под контролем специалиста, осуществляется экспозиционная терапия – осторожное и дозированное знакомство с пугающими продуктами, что позволяет переписать иерархию угроз. Важнейшая работа ведется с глубинными убеждениями: о потере контроля, уязвимости тела, несправедливости болезни. Восстанавливается не просто функция питания, а утраченное чувство безопасности и права на удовольствие, пусть и в условиях хронического состояния. Таким образом, преодоление страха еды – это путь не к избавлению от болезни, а к обретению свободы внутри нее, возвращению себе права жить полной жизнью, где пища вновь может занимать свое законное, но не тираническое место.

**Психология страха есть при других и есть чужое.**

## **Последствия**

**Как пища становится источником тревоги**

Тихий стук вилки о тарелку, отведённый взгляд, тщательно замаскированный под интерес к пейзажу за окном, мучительный внутренний диалог о том, не слишком ли громко он жуёт, – всё это знакомо человеку, который стесняется есть в

присутствии других, и тем более что-то не донести до рта, обронив пищу на стол или одежду. Это явление, уходящее корнями далеко за пределы простой неловкости, представляет собой сложный психологический феномен, находящийся на стыке социальной тревоги, культурных норм и глубоко укоренённых инстинктов.

Это стеснение имеет парадоксальные культурные корни, уходящие в глубокую древность. Антропологические исследования показывают, что в некоторых архаичных обществах совместная трапеза с неблизкими людьми была актом высшего доверия, ведь пища легко могла стать ядом. Хотя сегодня этот страх не осознается, его эхо может проявляться на подсознательном уровне как смутное ощущение уязвимости, когда человек ест в кругу малознакомых людей или пробует чужую еду, – его древний мозг в режиме «автопилота» все еще сканирует среду на предмет потенциальной угрозы, маскируя первобытный страх под современное стеснение. То есть акт приёма пищи – это своеобразный показатель доверия и открытости людям.

Стеснение может проявляться в десятках едва уловимых, но красноречивых поведенческих паттернах: человек выбирает еду, которую легко и бесшумно есть, избегая хрустящих или требующих активного пережёвывания продуктов; он режет пищу на неестественно мелкие кусочки, растягивая процесс; делает вид, что сыт после нескольких вилок; отказывается от добавки, даже если голоден; никогда не ест первым и

старается синхронизировать свои действия с другими; прячет руки под столом; тщательно вытирает рот после каждого микроскопического укуса; пьёт воду, чтобы занять рот и избежать разговора; выбирает место в углу или спиной к помещению, чтобы чувствовать себя в безопасности. Когда дело доходит до чужой еды, стеснение обретает новые формы: человек отказывается от угощения под самыми изощрёнными предлогами («я только что поел», «у меня аллергия»), берёт минимальный, символический кусочек, испытывает вину за каждую крошку, взятую с общей тарелки, и постоянно спрашивает разрешения, даже в самой неформальной обстановке.

Причины такого поведения многогранны и часто уходят корнями в детство. Стыд, связанный с телом и аппетитом, может формироваться в семьях, где еда была полем для битв, где ребёнка заставляли есть или, наоборот, ограничивали, стыдили за лишний вес или за «неправильные» пищевые привычки. Низкая самооценка и искажённый образ тела заставляют человека чувствовать, что он не заслуживает удовольствия от еды, что его аппетит – это нечто постыдное и животное, что его осуждают за каждый кусок. Социальная тревожность играет ключевую роль: еда – это уязвимый акт, связанный с физиологическими процессами (жевание, глотание), которые кажутся человеку неприглядными. Он боится быть осуждённым за манеры, за выбор блюда, за сам факт наличия у него базовых потребностей. В случае с чужой едой

подключается гипертрофированное чувство личных границ и страх обременения: человек не хочет быть должным, чувствовать себя обязанным, он боится, что его сочтут нахлебником, что он «отберёт» ценный ресурс у другого.

Эксперименты в области социальной нейробиологии демонстрируют, что подобное стеснение может активировать в мозге те же зоны, которые отвечают за чувство нарушения личных границ. Когда человек, склонный к этому, берет еду с общей тарелки или принимает угощение, сканирование мозга может показать всплеск активности в префронтальной коре и островковой доле, аналогичный тому, что возникает, когда кто-то без спроса берет его личную вещь. Для его психики чужой кусок – это не просто еда, а материализованное обязательство или вторжение в его автономию, что и порождает интенсивный дискомфорт и желание отстраниться.

Мозг является главным архитектором и дирижёром этого комплекса стеснения. Миндалевидное тело, наш внутренний «сторож», воспринимает приём пищи на публике как потенциально опасную социальную ситуацию, запуская каскад стрессовых реакций по механизму «бей или беги». Префронтальная кора, ответственная за самоконтроль и социальное соответствие, работает в авральном режиме, пытается подавить эти импульсы и заставить человека вести себя «идеально». Интересное исследование, проведённое в 2018 году под руководством доктора Лидии Зипфель в Университете Тюбингена, показало, что у людей с социальным тре-

возможным расстройством при приёме пищи в компании наблюдается аномальная активность в нейронных сетях, связывающих островковую долю (отвечающую за interoception – восприятие внутренних состояний, включая голод и сытость) и префронтальную кору. Проще говоря, их мозг гиперболизирует внутренние ощущения от процесса еды, заставляя их чрезмерно фокусироваться на том, как пища ощущается во рту, как громко они глотают, при этом постоянно «сканируя» реакцию окружающих. То есть люди, испытывающие сильное стеснение при еде на людях, часто обладают повышенной interoceptивной чувствительностью. Они не просто «думают», что жуют громко; они на физиологическом уровне острее ощущают движение языка, глотка, звук трения пищи о зубы, которые для большинства просто фон. Их мозг, в отличие от мозга других, не фильтрует эти внутренние шумы, вынося их на передний план сознания и превращая обычный прием пищи в какофонию отвлекающих и смущающих телесных ощущений.

Другое исследование, опубликованное в «Journal of Neuroscience» группой под началом доктора Катрины Коссек, демонстрирует, что у таких людей даже запах и вид пищи в социальном контексте могут активировать зоны мозга, связанные с отвращением и страхом, а не с ожиданием награды, как у большинства людей.

Постоянное напряжение, связанное с приёмом пищи, не проходит бесследно ни для психики, ни для физического

здоровья. Психическое состояние характеризуется хроническим стрессом, чувством изоляции и одиночества. Человек лишает себя одного из ключевых социальных ритуалов – совместной трапезы, которая с древнейших времён служила цементом для человеческих связей. Это может приводить к избегающему поведению: отказу от деловых обедов, свиданий, встреч с друзьями в кафе, что сужает социальный круг и усугубляет тревогу. На физическом уровне последствия могут быть ещё более разрушительными. Нерегулярное и скудное питание «урывками» приводит к нарушениям работы желудочно-кишечного тракта. Организм, находящийся в состоянии стресса во время еды, плохо усваивает питательные вещества, так как симпатическая нервная система подавляет процессы пищеварения («бороться или бежать» несовместимо с «переваривать и усваивать»). Длительное такое состояние может способствовать развитию гастритов, синдрома раздражённого кишечника. Более того, голод, накопленный за время «публичного воздержания», часто приводит к последующим приступам неконтролируемого переедания в одиночестве, формируя порочный цикл «голод—срыв—вина», который является плодородной почвой для развития полноценных расстройств пищевого поведения, таких как нервная булимия или компульсивное переедание.

Таким образом, стеснение, связанное с приемом пищи в обществе, – это не личная причуда, а серьёзный психофизиологический комплекс, который лишает человека одной

из фундаментальных радостей жизни. Важно понимать, что справиться с этим в одиночку, через силу заставляя себя есть на людях, часто бывает не только бесполезно, но и вредно, так как это лишь закрепляет порочный круг тревоги. Однако от этого стеснения можно и нужно избавиться. Работа с психологом или психотерапевтом позволяет не просто снять симптомы, а докопаться до корней проблемы: проработать детские травмы, скорректировать искаженный образ тела, снизить общий уровень социальной тревожности. Специалист помогает выстроить новые, здоровые нейронные связи, превращая акт еды из источника страха обратно в простой и приятный процесс. Обращение за помощью в этом случае – это не проявление слабости, а осозанный и мужественный шаг к тому, чтобы вернуть себе свободу, лёгкость и право наслаждаться едой в любой компании.

### **Как ваш гардероб управляет пищеварением**

В погоне за эстетикой мы часто игнорируем сигналы собственного тела, а между тем, модные, но неудобные элементы гардероба могут оказывать прямое влияние на работу пищеварительной системы. Физиология неумолима: когда мы создаем внешнее давление на брюшную полость, внутренние органы неизбежно реагируют. Туго затянутый ремень или утягивающее белье механически сжимают область желудка и кишечника. Это давление может способствовать ослаблению тонуса нижнего пищеводного сфинктера – мышечного клапана, который предотвращает заброс желудочного сока

в пищевод. Результатом становится изжога и симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Исследование, опубликованное в журнале «Gut and Liver» под руководством доктора Чон Хёна Ким, продемонстрировало, что у пациентов с ГЭРБ ношение тугих одежды вокруг талии было значимым фактором, усиливающим симптомы, особенно после приема пищи. Кроме того, постоянное сдавливание нарушает нормальную перистальтику – волнообразные сокращения кишечника, продвигающие пищу. Это может приводить к функциональным расстройствам, таким как вздутие живота, метеоризм и запоры, что особенно актуально для людей с синдромом раздраженного кишечника.

Высокие каблуки вносят свой вклад в эту проблему, причем их влияние опосредовано через изменение биомеханики всего тела. Ношение каблуков заставляет таз наклоняться вперед, увеличивая прогиб в пояснице. Эта компенсаторная поза меняет естественное положение органов брюшной полости и малого таза, оказывая на них дополнительное давление. Исследование, проведенное группой ученых во главе с Барбарой Шилтон из Университета Южной Калифорнии и опубликованное в «Journal of Physical Therapy Science», наглядно показало, что даже непродолжительное ношение обуви на высоком каблуке значительно увеличивает нагрузку на мышцы брюшного пресса и тазового дна. Длительное пребывание в такой позе может способствовать нарушению моторики кишечника и усугублять проблемы с запорами, что

подтверждается клиническими наблюдениями.

Психологические причины, заставляющие людей мириться с дискомфортом, не менее важны и изучаются специалистами. Стремление носить тесную одежду или туго затягивать ремень может быть связано с дисморфическими расстройствами, когда человек пытается силой «исправить» или скрыть мнимые недостатки фигуры. Это порождает цикл тревоги и неудовлетворенности, где физический дискомфорт становится платой за попытку соответствовать идеалу. Что касается высоких каблуков, то здесь, помимо социального символизма, работает и доказанный психологический эффект «запечатленной позы». Профессор психологии Карен Пайн в своей работе «Mind What You Wear» приводит данные экспериментов, подтверждающих, что одежда и обувь влияют на самоощущение и когнитивные процессы. Однако эта приобретаемая уверенность часто является ситуативной и может сменяться эмоциональным истощением, вызванным постоянным физическим напряжением. Таким образом, осознанный выбор в пользу комфорта – это не капитуляция перед модой, а инвестиция в долгосрочное здоровье как физическое, так и психическое.

**Депрессия: как отличить болезнь от плохого настроения**

**Как распознать депрессию у себя и близких**

Депрессия – это не просто плохое настроение или временная лень. Это настоящая болезнь, которая длится неделями

и месяцами без перерыва. Её нельзя преодолеть силой воли или просто отдохнув.

Обычное плохое настроение бывает у всех. Оно приходит из-за конкретной причины: поссорился с другом, устал на работе, идет дождь. Но оно так же и уходит, когда ситуация налаживается или просто проходит время. Это нормальная реакция на жизненные трудности.

Апатия – это когда ничего не хочется делать, пропадает интерес и мотивация. Часто это бывает от переутомления, стресса или скуки. После хорошего отдыха или смены обстановки апатия обычно проходит.

А вот депрессия – это гораздо глубже и серьезнее. Она не зависит от внешних событий. Человек может иметь все для счастья, но внутри у него будет пустота и тяжесть. Главные признаки депрессии – это постоянное чувство подавленности и полная потеря радости от тех вещей, которые раньше ее приносили. К этому почти всегда добавляются другие симптомы: проблемы со сном, изменение аппетита, чувство усталости даже после отдыха, трудности с концентрацией, чувство вины или собственной никчемности, а иногда и мысли о том, что жить не стоит.

Ученые считают, что депрессия связана с несколькими причинами. Она почти никогда не возникает из-за одного-единственного повода. Обычно это сложная комбинация разных факторов, которые накладываются друг на друга. Одна из главных причин – это сбой в химии мозга. Речь идет о

нарушении баланса особых веществ – нейромедиаторов, таких как серотонин, норадреналин и дофамин. Они отвечают за передачу сигналов между нервными клетками, и если их работа нарушается, это напрямую влияет на настроение, сон, энергию и способность радоваться.

Важную роль играет и наследственность. Если у кого-то из близких родственников была депрессия, то риск столкнуться с ней повышается. Но важно понимать: по наследству передается не сама болезнь, а лишь предрасположенность к ней. То есть человек оказывается более уязвимым, но для развития депрессии все равно нужны другие провоцирующие факторы.

Часто таким фактором становится длительный стресс. Постоянное напряжение приводит к перегрузке организма и нарушает выработку гормона кортизола. Со временем это может повредить отдельные участки мозга, которые отвечают за эмоции и память, и сделать человека более уязвимым.

Ученые также обнаружили связь между депрессией и воспалением в организме. Хронические воспалительные процессы, которые могут быть вызваны разными причинами – от аутоиммунных заболеваний до неправильного питания – заставляют иммунную систему вырабатывать особые белки. Они влияют на мозг, часто вызывая упадок сил и апатию, которые так характерны для депрессии.

И, конечно, огромное влияние оказывают травмирующие события и обстоятельства жизни. Потеря близкого, финансо-

вые трудности, одиночество, буллинг или эмоциональное насилие, особенно пережитые в детстве, могут стать тем спусковым крючком, который запускает болезнь.

Это как диабет или гипертония – заболевание, которое требует помощи. Поэтому с депрессией нужно обращаться к специалисту – психотерапевту или психиатру. Ее успешно лечат терапией и, при необходимости, современными лекарствами.

Главное отличие просто в том, что плохое настроение и апатия – это временные состояния, а депрессия – это стойкое и тяжелое заболевание, которое не проходит само.

Давайте рассмотрим десять распространенных признаков, которые могут указывать на то, что пора обратиться к психологу или психиатру.

1. Вам перестало нравиться то, что раньше приносило радость. Это главный признак, который называют ангедонией. Хобби, общение с близкими, вкусная еда, прогулки – всё кажется бессмысленным и неинтересным. Вы будто потеряли способность чувствовать удовольствие.

2. Постоянно чувствуете усталость и нет сил даже на простые дела. Это не обычная усталость после работы, которая проходит после отдыха. Это ощущение, будто батарейка села окончательно. Даже утренний подъем с кровати или принятие душа требуют огромных усилий.

3. Нарушился сон или аппетит. Это может проявляться по-разному: вы либо не можете уснуть и просыпаетесь среди

ночи, либо, наоборот, спите почти всё время. То же с аппетитом – он или почти пропадает, или вы начинаете есть постоянно, не испытывая голода.

4. Вам трудно сосредоточиться, принимать решения, ваши мысли путаются. Вы можете заметить, что стало сложно читать, работать, смотреть фильм и следить за сюжетом. Даже простой выбор, что надеть или что поесть, становится мучительным и вызывает растерянность.

5. Вас преследуют чувство вины, собственной никчемности и безнадежности. Это не просто плохое настроение. Это стойкое, гнетущее ощущение, что вы плохой человек, что всё бесполезно и никогда не станет лучше. Будущее кажется мрачным и лишенным перспектив.

6. Вы стали крайне раздражительны и вас выводят из себя мелочи. Депрессия – это не всегда грусть и тихая тоска. Часто она проявляется как вспыльчивость, нетерпимость и гнев по пустякам. Вы можете сорваться на близких из-за сущей ерунды, хотя раньше такого за собой не замечали.

7. Вам физически больно без явной причины. Депрессия влияет на тело. У вас могут появиться постоянные головные боли, боли в спине, мышцах или желудке, при этом врачи не находят никаких физических заболеваний. Это так называемые психосоматические проявления, когда душевная боль превращается в физическую.

8. Вам стало невыносимо тяжело общаться, и вы всё чаще отменяете встречи. Мысль о том, чтобы поддержать да-

же лёгкий разговор, кажется невероятно утомительной. Вы начинаете изолироваться от друзей и семьи, придумываете предлоги, чтобы остаться в одиночестве, потому что общение требует слишком много энергии, которой нет.

9. Вы постоянно чувствуете тревогу и не можете расслабиться. Вас может преследовать неясное, но навязчивое чувство надвигающейся беды, будто должно случиться что-то плохое. Внутри словно работает мотор, не давая успокоиться ни на минуту, даже когда для волнения нет объективных причин.

10. Вы начали забывать важные вещи и вам трудно строить планы. Мозг в депрессии работает медленнее. Вам может быть сложно вспомнить, что вы делали вчера, удержать в голове список покупок или спланировать свой день. Простые логические цепочки распадаются, а необходимость что-то решать вызывает панику.

Если вы замечаете у себя несколько из этих признаков, и они длятся больше двух недель, сильно мешая вашей обычной жизни, – это веский повод обратиться к специалисту.

**Депрессия и болезни тела: опасный двунаправленный танец, где нет начала и конца**

Что, если наша главная ошибка в том, чтобы лечить душу и тело по отдельности? Новое исследование Джоэль Пасман доказывает: депрессия и физические болезни связаны опасными двусторонними отношениями, создавая порочный круг, который способен разрушать здоровье годами.

Пора узнать, как разорвать эту связь и начать путь к целостному исцелению.

Исследование нидерландского эпидемиолога Джоэль Пасман из Амстердамского университета стало важным шагом в понимании взаимосвязи психического и физического здоровья. Ученые под ее руководством проанализировали данные сотен тысяч пациентов, используя современный метод менделевской рандомизации, который позволяет установить причинно-следственные связи.

Результаты показали, что депрессия является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и аутоиммунных нарушений. Биологические механизмы этой связи включают хроническое воспаление, дисрегуляцию оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники и изменения в вегетативной нервной системе.

Особый интерес представляет обратная связь: наличие хронических физических заболеваний увеличивает риск развития депрессии на 30-50%. Это создает порочный круг, где психическое и физическое нездоровье взаимно усиливают друг друга.

Работа Пасман демонстрирует необходимость интегративного подхода в медицине, где лечение депрессии должно включать мониторинг физического здоровья, а терапия соматических заболеваний – оценку психического состояния. Это исследование подчеркивает: разделение на психические и физические болезни искусственно – организм представля-

ет собой единую систему, требующую комплексного подхода к лечению и профилактике.

Осознание этой глубокой взаимосвязи – не повод для отчаяния, а ключ к настоящей свободе. Это знание даёт нам силу разорвать порочный круг, атакуя проблему с двух сторон одновременно. Забота о психике через терапию и самопознание становится лечением для тела, а физическая активность и забота о здоровье – мощным лекарством для души. Путь к целостному исцелению начинается с простого, но революционного шага: перестать делить себя на тело и разум и начать относиться к себе с комплексной заботой, которую мы по-настоящему заслуживаем.

Это не замкнутый круг, а путь, на котором каждое усилие, направленное на улучшение одного аспекта вашей жизни, обязательно откликнется благополучием в другом. Ваше исцеление – в ваших руках, и оно возможно.

### **Депрессия как нужный механизм: новая гипотеза о её пользе**

Когда мы говорим о депрессии, мы обычно представляем себе болезнь – сбой в работе психики, который нужно лечить. Современная психиатрия действительно рассматривает её как серьезное расстройство, часто связанное с генетикой и биохимией мозга. Однако существует и другой, эволюционный взгляд, который предлагает учитывать депрессию не как поломку, а как устаревший, но в прошлом потенциально полезный механизм выживания. Этот подход не

отменяет необходимость лечения, но заставляет по-новому взглянуть на мучительные симптомы.

Важно подчеркнуть: теория депрессии как адаптации является именно научной гипотезой, а не установленным фактом. Её развивают такие нейropsychологи и эволюционные биологи, как Пол Эндрюс и Дж. Андерсон Томсон. Они проводят аналогию с лихорадкой: высокая температура сама по себе неприятна, но это защитная реакция организма на инфекцию. Или, например, диарея, которая сама по себе не является болезнью, а лишь симптомом, изгоняющим из организма патогены. Возможно и депрессия – это сложная реакция на серьезные жизненные проблемы, которая могла иметь ценность в условиях нашего эволюционного прошлого.

Ключевой элемент в этой теории – руминация, то есть навязчивые размышления о проблеме. В классической психологии она считается вредным симптомом. Но с эволюционной точки зрения, которую отстаивает аналитическая гипотеза руминации (*analytical rumination hypothesis, ARH*), предложенная Эндрюсом и Томсоном, у этого процесса могла быть цель. Столкнувшись с крупной неудачей (например, изгнанием из племени), наш предок впадал в состояние подавленности. Апатия и ангедония (утрата удовольствия) заставляли его сохранять энергию и направлять все когнитивные ресурсы на анализ произошедшего.

Это можно сравнить с двумя системами мышления, которые описал нобелевский лауреат Даниэль Канеман. «Быст-

рое» мышление – это автоматические реакции. «Медленное» – это глубокий анализ. Сторонники гипотезы ARH полагают, что депрессия – это принудительное включение «медленного» мышления для решения сложной проблемы. Мозг начинает работать как следователь, прокручивая цепочку событий в поисках ошибки и решения, чтобы избежать её в будущем.

С биологической точки зрения, за этим может стоять сложная работа нейромедиаторов. Британский нейропсихолог Джеффри Грей описал две системы: систему поведенческого активации (BAS), связанную с дофамином и поиском награды, и систему поведенческого торможения (BIS), связанную с норадреналином и реакцией на угрозу. Считается, что серотонин помогает балансировать между этими системами. В депрессии активность BAS подавляется, что объясняет отсутствие мотивации и энергии, а ресурсы могут перенаправляются на аналитические зоны мозга, поддерживая руминацию.

Этим сторонники гипотезы объясняют и феномен «спонтанной ремиссии» – когда депрессия со временем проходит сама. Они предполагают, что это не случайность, а результат работы системы: проблема проанализирована, урок извлечен, и психика возвращается к равновесию.

Однако критики этой теории справедливо указывают на её слабые места. Если депрессия так полезна, почему она часто приводит к инвалидности и суициду, что полностью про-

тиворечит цели выживания? В современном мире этот древний механизм часто «застревает», приводя не к решению, а к бесконечному циклу бесплодных самообвинений. С другой стороны, та же самая диарея так же способна привести к летальному исходу, если вовремя не вмешаться.

И здесь мы переходим от гипотез к проверенным данным. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), один из самых эффективных методов лечения депрессии, предлагает инструменты, которые можно рассматривать как «апгрейд» этого древнего механизма. Исследования таких ученых, как Стивен Холлон, показывают, что КПТ не просто подавляет симптомы, а помогает сделать процесс анализа (ту самую руминацию) более структурированным и продуктивным.

Психолог учит клиента задавать вопросы своим автоматическим мыслям: «Какие у меня есть реальные доказательства этой мысли?», «Какие есть альтернативные объяснения?», «Так ли ужасны последствия?». Это не уничтожение руминации, а её оптимизация, помогающая избежать тупикового мышления и найти реальные решения.

Таким образом, эволюционный взгляд на депрессию, несмотря на свою гипотетичность, обладает важной практической ценностью. Он позволяет нам меньше стигматизировать (навешивать негативные ярлыки) это состояние, видя в его симптомах не просто «безумие» или слабость, а искаженную попытку психики справиться с неподъемной проблемой. Это не отменяет необходимости в профессиональной помо-

щи – напротив, оно показывает, как терапия может направить этот болезненный процесс в конструктивное русло, помогая человеку не просто заглушить боль, а найти из неё выход.

### **Что скрывается за мнительностью о здоровье?**

Мнительность, или склонность к беспокойству по поводу своего здоровья и благополучия без достаточных на то объективных причин, является сложным психологическим феноменом. Ее проявления многогранны и часто остаются незамеченными со стороны, в то время как сам человек может переживать интенсивные страдания. Типичный признак – это постоянное сканирование тела в поисках симптомов. Легкое покалывание в груди мгновенно интерпретируется как надвигающийся сердечный приступ, а головная боль – как признак опухоли мозга. Это состояние тесно связано с ипохондрией и тревожными расстройствами. Мнительный человек склонен искать подтверждения своим опасениям в интернете, что в психологии получило название «киберхондрия», и каждое прочитанное описание болезни кажется ему точным описанием его собственного состояния. Социальный аспект проявляется в ожидании негативной оценки от окружающих, уверенности, что другие люди постоянно обсуждают его недостатки или считают его некомпетентным.

Причины формирования мнительности носят комплексный характер, и современные исследования выделяют несколько ключевых факторов. Согласно данным нейробио-

логии, определенную роль играет генетическая предрасположенность, влияющая на работу нейромедиаторных систем, в частности серотонина и дофамина, что делает некоторых людей более уязвимыми к тревоге. Важнейшую роль играет детский опыт. Если ребенок часто болел или рос с тревожными родителями, которые чрезмерно опекали его и акцентировали внимание на малейших недомоганиях, у него формируется устойчивая модель восприятия мира как места, полного угроз. Психотравмирующие события, такие как тяжелая болезнь или потеря близкого человека, также могут стать триггером, запускающим механизм постоянной настороженности. Исследование, опубликованное в журнале «JAMA Psychiatry», показывает, что у людей с тревожными расстройствами часто наблюдается повышенная активность в миндалевидном теле – области мозга, ответственной за обработку страха.

Несмотря на явный деструктивный характер, у мнительности, как ни парадоксально, есть и эволюционное преимущество, объясняющее ее сохранение. В умеренных проявлениях она выполняет защитную функцию. Повышенная бдительность и осторожность теоретически могут помочь человеку избежать реальной опасности, вовремя обратиться к врачу при серьезных симптомах или тщательнее планировать свои действия. Эта черта, по мнению некоторых психологов, является гипертрофированным проявлением древнего инстинкта самосохранения, который в далеком прошлом

помогал нашим предкам выживать в условиях постоянной угрозы. Однако в современном мире этот механизм дает сбой, превращаясь из защитного в деструктивный.

Вред мнительности для качества жизни перевешивает ее мнимые преимущества. Хроническая тревога истощает нервную систему, приводя к неврозам, паническим атакам и клинической депрессии. Постоянный стресс имеет вполне реальные физиологические последствия: он подрывает иммунную систему, увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний и нарушает работу желудочно-кишечного тракта, создавая порочный круг, когда тревога порождает реальные симптомы. Мнительность серьезно вредит социальным связям. Человек может становиться навязчивым в общении, постоянно требуя подтверждения своей нормальности и успокоения от друзей и родственников, что в конечном итоге утомляет их и приводит к изоляции. Кроме того, это приводит к ненужным финансовым тратам на многочисленные медицинские обследования и консультации, которые не находят патологии, но и не приносят облегчения. Таким образом, мнительность не просто субъективное ощущение, а серьезное состояние, которое может существенно ограничить личную и профессиональную жизнь человека, требуя порой профессиональной психотерапевтической помощи для ее преодоления.

**От лёгкого покалывания до хронического недуга: нейронаука о заикливании на симптомах**

В повседневной суете мы часто слышим совет «не зацикливайся на мелочах». Однако редко задумываемся о том, насколько буквальным и разрушительным может быть это «зацикливание», особенно когда оно касается нашего собственного тела. Существует тонкая, почти невидимая грань, где мимолетный дискомфорт, случайное ощущение или легкая тревога под пристальным, паническим вниманием превращаются в реальный, изнурительный симптом, а затем и в хроническое состояние. Этот феномен, удивительно точно описанный более века назад, сегодня находит свое подтверждение в современных нейронауках и психосоматической медицине. Автором этой мысли был швейцарский врач Поль Шарль Дюбуа, которого по праву считают одним из основателей психотерапии, хотя его имя и было в тени его более известных последователей, таких как Фрейд. Он говорил: «Ведь здоровый палец, если на нем спокойно сосредоточишь длительное внимание, начинает колоть, жечь, ломить, – что же будет с временно заболевшим органом, если к нему непрерывно приковалось напряженнейшее внимание, при том внимание паники, панического самовнушения?». В этой фразе заключена вся суть превращения мелочи в болезнь.

Дюбуа, будучи практикующим врачом, эмпирически пришел к пониманию механизмов, которые сегодня мы описываем через призму нейропластичности и работы нервной системы. Когда мы фокусируем внимание на любой части тела, мы усиливаем нейронные сигналы, идущие от нее. В норме

это позволяет нам, скажем, точно почесать место укуса комара. Но когда фокус становится хроническим и окрашенным страхом, происходит сбой в системе обработки сенсорной информации. Легкий сигнал, который мозг обычно отфильтровывает как «фоновый шум» (слабое покалывание, легкий спазм, едва заметная боль), при паническом внимании усиливается, искажается и воспринимается как угроза. Исследования в области боли, такие как работы профессора Лорреана Мозли, ярко демонстрируют, что боль – это не прямой сигнал от ткани к мозгу, а сложная интерпретация мозгом множества данных, куда входит и контекст, и эмоции, и внимание. Мозг, находящийся в состоянии тревоги, склонен интерпретировать неопределенные сигналы в худшую сторону – это эволюционный механизм «перестраховки». Таким образом, первоначальное незначительное недомогание, на котором мы зациклились, мозг начинает считать доказательством серьезной проблемы, и усиливает болевые ощущения, чтобы мы «обратили на это внимание». Круг замыкается: тревога усиливает симптом, симптом подтверждает тревогу.

Физиологически этот процесс опирается на две мощные системы: симпатическую нервную систему (систему «бей или беги») и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось (ГГН-ось), отвечающую за выброс гормонов стресса, в первую очередь кортизола. Исследования, такие как работы Брюса Мак-Ивена о аллостатической нагрузке, по-

казывают, что хроническая активация этих систем под действием постоянного тревожного самоконтроля ведет к реальным физиологическим изменениям. Мышцы в зоне внимания, постоянно напряженные, начинают болеть, формируются триггерные точки. Кровоток может меняться. Пищеварение нарушается. Иммунная система, длительно подавляемая кортизолом, становится менее эффективной, что может открыть дорогу реальным инфекциям или воспалительным процессам. Так, психологическое заикливание запускает каскад биохимических и физиологических реакций, которые материализуют болезнь. Паническое самовнушение, о котором говорил Дюбуа, – это и есть язык, на котором мозг общается с телом, и этот язык обладает прямой силой.

Что же делать с этой силой, как разорвать порочный круг, который начинается с мелочи и заканчивается диагнозом? Современная психология и медицина предлагают пути, которые удивительно перекликаются с идеями Дюбуа, проповедовавшего «рациональную психотерапию». Первый шаг – это мета-осознание: признать сам факт наличия цикла «внимание-тревога-симптом». Здесь помогают техники, основанные на осознанности, чья эффективность доказана, например, в работах Джона Кабат-Зинна. Суть не в том, чтобы бороться с мыслью или ощущением, а в том, чтобы наблюдать за ними со стороны, как за облаками на небе, не вовлекаясь в панику. Это снижает эмоциональный заряд и разрывает нейронную петлю усиления. Второй ключевой момент

– это когнитивный рефрейминг, переформулирование мыслей. Не «у меня колет в боку, это наверное что-то страшное», а «это интересное ощущение, которое приходит и уходит; я наблюдаю за ним, но не спешу с выводами». Это снижает катастрофизацию, которую мозг производит автоматически.

Важно также активно переключать фокус внимания, но не путем подавления (что лишь усиливает напряжение), а путем вовлечения в деятельность, требующую концентрации и приносящую удовольствие: физическая активность, творчество, общение, решение рабочих задач. Это доказывает принцип нейропластичности: чем чаще мы используем нейронные пути, ведущие к спокойствию и вовлеченности в жизнь, тем сильнее они становятся, вытесняя старые пути тревожной гипербдительности. Наконец, в случаях, когда цикл стал уже глубоким и привел к выраженным симптомам (например, психосоматическим расстройствам, хроническим болевым синдромам), необходима профессиональная помощь. Методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которые во многом являются научным развитием идей Дюбуа, показывают высокую эффективность. Психолог помогает выявить искаженные мыслительные паттерны, связанные с болезнью, и постепенно, через экспозицию и изменение поведения, снизить чувствительность нервной системы к симптомам.

Таким образом, прозрение Поля Шарля Дюбуа о том, как паническое внимание материализует болезнь, сегодня явля-

ется не просто философским наблюдением, а научно обоснованным фактом. Мелочи превращаются в серьезные болезни не по волшебству, а через конкретные механизмы нашей нервной и эндокринной систем, которые реагируют на внутренний диалог страха. Освобождение лежит в пути осознанности, переобучения мозга и возвращения доверия к телу. Разорвать этот цикл – значит вспомнить простую, но утраченную в тревоге истину: мы – не пассивные наблюдатели своих симптомов, а активные создатели своего внутреннего мира, и от качества нашего внимания напрямую зависит качество нашего физического бытия.

## **Психосоматика тревожности**

### **Как тревога за себя и близких запускает болезни**

Представьте, что ваша тревога – это не просто назойливая мысль, а настоящая буря, бушующая во всем теле. Это и есть суть психосоматики: когда психическое состояние, такое как тревожность, напрямую влияет на физическое здоровье. Научные исследования давно подтвердили, что у тревоги есть реальное физическое воплощение. Когда мы постоянно чувствуем напряжение и беспокойство, наша нервная система переходит в режим постоянной боевой готовности, «бей или беги». В кровь регулярно выбрасываются гормоны стресса – кортизол и адреналин. Если это происходит изо дня в день, организм начинает изнашиваться. Повышается артериальное давление, страдает сердце, может развиваться синдром раздраженного кишечника, обостряются кожные

заболевания, такие как экзема или псориаз, и сильно слабеет иммунная система. Человек в состоянии хронической тревоги буквально становится мишенью для вирусов и воспалений, потому что тело тратит все ресурсы на борьбу с несуществующей угрозой, а не на защиту от реальных опасностей.

Причины тревожности часто уходят корнями в наш образ жизни и прошлый опыт. Это может быть генетическая предрасположенность, когда чувствительность нервной системы передается по наследству. Часто тревожность формируется из-за хронического стресса на работе или в личных отношениях, из-за финансовых проблем или постоянной неопределенности. Травмирующие события из прошлого, особенно те, что не были проработаны, тоже оставляют глубокий след. Интересно, что тревожность может быть и следствием чисто физических причин, например, проблем с щитовидной железой или дисбаланса нейромедиаторов в мозге.

Особое и очень сильное проявление – это тревога за детей. Это естественный механизм, заложенный природой для защиты потомства. Но в современном мире, переполненном информацией о рисках, он часто выходит из-под контроля, превращаясь в изматывающий фон жизни. Родитель постоянно прокручивает в голове сценарии возможных опасностей, от которых невозможно уберечь ребенка полностью. Это создает колоссальное напряжение. Важно понять одну ключевую вещь, подтвержденную психологией: ваша тревога не делает ребенка безопаснее. Напротив, дети с невероят-

ной точностью считывают родительское беспокойство через интонации, язык тела и общую атмосферу в доме. Это беспокойство передается им, мешая чувствовать себя уверенно и формируя у них собственную тревожность. Гиперопека, рожденная из страха, лишает ребенка возможности научиться справляться с трудностями, ошибаться и приобретать жизненно важный навык – устойчивость.

Как же родителю перестать тревожиться? Первый шаг – это осознание и принятие простой истины: вы не можете контролировать абсолютно все в жизни вашего ребенка. Ваша задача – не создать стерильный, безопасный мирок, а подготовить его к самостоятельной жизни, давая поддержку и инструменты для решения проблем. Сосредоточьтесь на том, что вы можете контролировать: создать дома стабильную, любящую и предсказуемую среду, научить ребенка правилам безопасности в доступной форме и, что самое главное, работать над собственной тревогой. Ваше внутреннее спокойствие – лучший подарок и защита для вашего сына или дочери. Когда вас накрывает волна беспокойства, спросите себя: «Это реальная угроза прямо сейчас или мои фантазии о будущем?». Чаще всего тревога живет именно в воображаемом «завтра». Вернитесь в настоящее, посмотрите на ребенка – он, скорее всего, в безопасности и спокоен в данный момент.

А что происходит, когда тревожность приводит к реальной болезни? Здесь начинается второй виток проблемы. Болезнь сама по себе становится мощным источником новой

тревоги. Постоянные анализы, визиты к врачам, неприятные симптомы, страх перед будущим – все это подпитывает первоначальное беспокойство, делая его еще сильнее. Возникает замкнутый круг: тревожность усугубляет болезнь, а болезнь усиливает тревожность. Разорвать его без помощи специалиста бывает очень сложно.

Но есть и хорошие новости: этот круг можно разорвать. Начните с малого – с тела. Дыхательные практики, такие как медленный вдох на четыре счета и такой же медленный выдох на шесть счетов, действуют как прямой выключатель для паники. Они посылают мозгу сигнал, что опасности нет, и уровень кортизола падает. Регулярная физическая активность, особенно на свежем воздухе, – это не просто слова. Во время движения тело естественным образом сжигает излишки стрессовых гормонов и производит эндорфины, природные антидепрессанты. Важно наладить режим сна, потому что недосып – это главный союзник тревоги. Попробуйте ограничить поток новостей и соцсетей, которые постоянно бомбардируют нас тревожной информацией. Перенесите свои тревоги на бумагу – ведение дневника помогает структурировать хаотичные мысли и посмотреть на них со стороны. И самое главное – не стесняйтесь обращаться за помощью. Современная психотерапия, например, когнитивно-поведенческая терапия, доказала свою высокую эффективность в работе с тревожными расстройствами, помогая изменить шаблоны мышления, которые запускают панику.

Помните, что работа с тревогой – это не признак слабости, а забота о своем здоровье и залог более спокойного и счастливого детства для ваших детей.

## **«У меня болит душа». Что на самом деле значит эта фраза**

Когда человек говорит, что у него «болит душа», он описывает состояние, которое трудно ухватить словами, но невозможно игнорировать. Это не локализованная физическая боль, а тяжесть где-то в центре груди, чувство щемящей тоски, опустошенности и потери смысла. Часто это ощущение сопровождается образами: душа ноет от невысказанного, от утраты связи с близким человеком, от осознания несправедливости мира или от стыда за собственный поступок. Это метафора для эмоционального страдания такой интенсивности, что оно переживается почти телесно, как глубокая внутренняя рана.

В поэзии «боль души» – это не диагноз, а язык для выражения самых сокровенных человеческих переживаний. От лермонтовского «И скучно и грустно, и некому руку подать» до современных стихов – эта фраза обозначает экзистенциальную тоску, разлад с миром и собой. Поэзия легитимизирует эту боль, превращает ее из чего-то постыдного в часть общего человеческого опыта, в свидетельство глубины чувств. Это крик о том, что затронуту самое ядро личности, ее ценности, надежды или любовь.

Философский взгляд уходит корнями в концепцию от-

чуждения. Еще Сёрен Кьеркегор говорил о «болезни к смерти» – отчаянии, возникающем от разрыва с самим собой, с Богом, с вечностью. «Боль души» в этом ключе – это боль от осознания своей конечности, несвободы или абсурдности существования, как позже описал Альбер Камю. Это страдание от того, что жизнь не соответствует внутреннему, часто смутному, представлению о том, какой она должна быть. Это сигнал о том, что наше «Я» утратило гармонию с миром или с собственной природой.

Современная психология переводит эту метафору на язык эмоций и когнитивных процессов. «Болит душа» часто соответствует состоянию сложного горя, экзистенциального кризиса, депрессии или глубокой экзистенциальной тревоги. Психологи, такие как Марша Линехан, создатель диалектико-поведенческой терапии, говорят о «душевной боли» (англ. *psychic pain*) как о центральном переживании при пограничном расстройстве личности – невыносимом эмоциональном страдании, которое человек пытается заглушить. Исследования в области травмы, например, работы Бесселя ван дер Колка, показывают, что невыраженные, «непереваренные» травматические переживания создают именно такое ощущение внутренней разорванности и боли. Это боль от утраты, предательства, насилия над личностью или краха значимых отношений.

Физиология мозга делает эту метафору поразительно буквальной. Нейробиологические исследования, проведенные

под руководством таких ученых как Наоми Айзенбергер, доказали, что социальная боль (от отвержения, потери, одиночества) обрабатывается теми же нейронными сетями, что и физическая боль. В частности, задействуется передняя поясная кора и островковая доля. Когда человек говорит «у меня болит душа», его мозг активирует те же регионы, что и при реальном физическом повреждении. Эволюционно это оправдано: боль от изгнания из племени была столь же опасна для выживания, как и физическая травма. Гормонально это состояние связано с дисбалансом: часто наблюдается повышенный уровень кортизола (гормона стресса) и снижение серотонина и дофамина, что характерно для депрессивных состояний.

Обращаться к психологу или психотерапевту необходимо тогда, когда эта боль становится хронической, парализующей и начинает доминировать над жизнью. Конкретные сигналы: если она длится неделями без просвета, мешает работать, любить, заботиться о себе; если к ней добавляются нарушения сна, аппетита, полная потеря интереса к жизни; если возникают навязчивые мысли о собственной никчемности или суицидальные идеи. Современная терапия, будь то когнитивно-поведенческая (КПТ), диалектическая (ДПТ), терапия принятия и ответственности (АСТ) или психодинамическая, предлагает инструменты для работы с этой болью. Она помогает не просто заглушить ее, а понять ее язык, найти ее истоки, интегрировать травматичный опыт и восстано-

вить связь с собственными ценностями и смыслами. «Боль души» в этом контексте перестает быть врагом, а становится важным, хотя и мучительным, сигналом, указывающим на то, что внутри личности что-то требует внимания, исцеления и трансформации. Это знак того, что душа жива и борется, и именно эта борьба может стать началом пути к целостности.

### **СРК и ОКР: Как навязчивые мысли управляют кишечником**

Существует глубокая и многогранная связь между синдромом раздраженного кишечника (СРК) и обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), которая выходит за рамки простого совпадения. Исследования неизменно показывают, что люди с СРК имеют значительно более высокую распространенность ОКР по сравнению с общей популяцией. Чтобы понять эту связь, необходимо сначала погрузиться в суть ОКР. Его главные признаки хорошо изучены и складываются из двух компонентов: obsessions и compulsions. Obsessions – это навязчивые, непроизвольные мысли, образы или импульсы, которые постоянно вторгаются в сознание, вызывая интенсивную тревогу и дистресс. Например, это может быть всепоглощающая мысль о микробах на руках, страх причинить вред близким по неосторожности или потребность в симметрии и идеальном порядке. Compulsions – это повторяющиеся действия или ментальные ритуалы, которые человек чувствует вынужденным выполнять, чтобы нейтрализовать тревогу от obsessions или предотвратить

некое страшное событие. Это может быть многочасовое мытье рук, бесконечная проверка замков и приборов, пересчет предметов или внутреннее повторение «безопасных» фраз.

Помимо этих классических проявлений, ОКР может принимать причудливые и менее очевидные формы. Среди редких и необычных признаков можно выделить, во-первых, моральные или религиозные obsessions, известные как скрупулезность, когда человек одержим страхом согрешить, сказать неправду или иметь «неправильные» с точки зрения морали мысли, что приводит к изнурительным ментальным исповедям и поиску подтверждений своей «чистоты». Во-вторых, это ОКР, связанное с отношениями, когда индивид постоянно анализирует и сомневается в своих чувствах к партнеру, ищет изъяны в отношениях и требует от себя и других постоянных подтверждений «правильности» выбора. В-третьих, существует соматическое ОКР, при котором внимание гиперфокусируется на автоматических телесных процессах, таких как дыхание, глотание или моргание, что порождает навязчивый страх потерять над ними контроль. В-четвертых, это ОКР «аналитического паралича» или перфекционизма, где компульсия проявляется не в физических действиях, а в бесконечном мысленном анализе простейших решений, стремлении к идеальному, не оставляющему ни малейшего сомнения, результату, что полностью блокирует деятельность. И в-пятых, ОКР с инверсией желаний, редкая форма, при которой у человека возникает навязчивый страх,

что он может совершить действие, абсолютно противоречащее его морали (например, крикнуть что-то неприличное в публичном месте), что приводит к избеганию подобных ситуаций и постоянному самоконтролю.

Причины развития такого сложного расстройства, как ОКР, многослойны и обычно представляют собой комбинацию факторов. С биологической точки зрения, ключевую роль играет нейрохимический дисбаланс, в частности, нарушение в работе серотонинергической системы мозга. Серотонин выступает важнейшим нейромедиатором, регулирующим настроение, тревогу и импульсы. Современные методы нейровизуализации, такие как ПЭТ и фМРТ, выявили структурные и функциональные аномалии в определенных цепях мозга, так называемой «кортико-стриато-таламо-кортикальной петле». Эта сеть, связывающая лобные доли (ответственные за планирование и контроль), полосатое тело и таламус, при ОКР работает с перебоями, создавая «петлю» навязчивых мыслей и ритуалов. Генетическая предрасположенность также неоспорима: риск развития ОКР значительно выше у людей, чьи близкие родственники страдают этим расстройством. Нельзя сбрасывать со счетов и факторы окружающей среды, особенно тяжелый или хронический стресс в детстве, психологические травмы, физическое или эмоциональное насилие, которые могут стать триггером для манифестации расстройства у биологически уязвимых индивидов. Интересно, что некоторые случаи внезапного появле-

ния ОКР у детей связывают с перенесенной стрептококковой инфекцией (PANDAS), что указывает на возможную аутоиммунную составляющую.

Теперь, обращаясь к связи с СРК, становится понятно, почему эти два состояния так часто идут рука об руку. Люди с проблемами ЖКТ, в частности с СРК, склонны к тревожным расстройствам, включая ОКР, не просто из-за психологического дискомфорта от хронического заболевания. Современная наука говорит о существовании мощной оси «мозг-кишечник», которая представляет собой постоянную двустороннюю связь между центральной нервной системой и энтеральной нервной системой кишечника. Кишечник населен триллионами микроорганизмов, составляющих микробиоту, которые активно производят нейроактивные вещества, включая тот самый серотонин. Удивительно, но около 90% всего серотонина в организме синтезируется именно в кишечнике. При СРК, который часто характеризуется дисбиозом (нарушением состава микробиоты), производство и передача этих сигнальных молекул нарушаются. Это может напрямую влиять на работу мозга, повышая общую тревожность и создавая нейробиологический фон, благоприятный для развития расстройств, подобных ОКР. Хроническое воспаление низкой степени интенсивности, часто сопровождающее СРК, также играет роль. Провоспалительные цитокины, выделяемые в стенке кишечника, могут проникать через гематоэнцефалический барьер и воздействовать на мозг, усугубляя симптомы.

губляя тревогу и навязчивые состояния. Таким образом, человек с СРК оказывается в порочном круге: стресс и тревога (включая обсессивно-компульсивную симптоматику) усиливают перистальтику, нарушают барьерную функцию кишечника и меняют состав микробиоты, что, в свою очередь, усугубляет симптомы СРК – боль, вздутие, диарею или запор. А эти физические страдания, через ось «мозг-кишечник», еще больше подпитывают тревогу и навязчивости, замыкая патологическую цепь. Это объясняет, почему терапия, направленная исключительно на симптомы ЖКТ, часто оказывается недостаточно эффективной без учета психоневрологического статуса пациента, и подчеркивает необходимость комплексного подхода, учитывающего единство психики и тела. Что касается индивидуальных проявлений ОКР у людей с СРК, то они часто приобретают специфическую, соматически ориентированную окраску. Например, навязчивые мысли могут фокусироваться на чистоте пищи, страхе отравления или непереносимости определенных продуктов, что приводит к компульсивным ритуалам по проверке сроков годности, многократному мытью продуктов или жесткому ограничению рациона. Другой распространенный вариант – это ипохондрические обсессии, сосредоточенные на самом состоянии кишечника: постоянное прислушивание к внутренним ощущениям, навязчивый поиск информации о заболеваниях ЖКТ и многократные посещения врачей с требованием повторных обследований для успокоения. Компуль-

сией может выступать и ритуальное поведение, связанное с туалетом: определенная последовательность действий перед посещением уборной или использование только «безопасных» и знакомых туалетов, что серьезно ограничивает социальную активность. Таким образом, у «сркашников» ОКР часто вплетается в ткань их основного физического недуга, создавая уникальный, но крайне изнурительный симптомокомплекс, где психическое и физическое страдание неразделимы.

# 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.