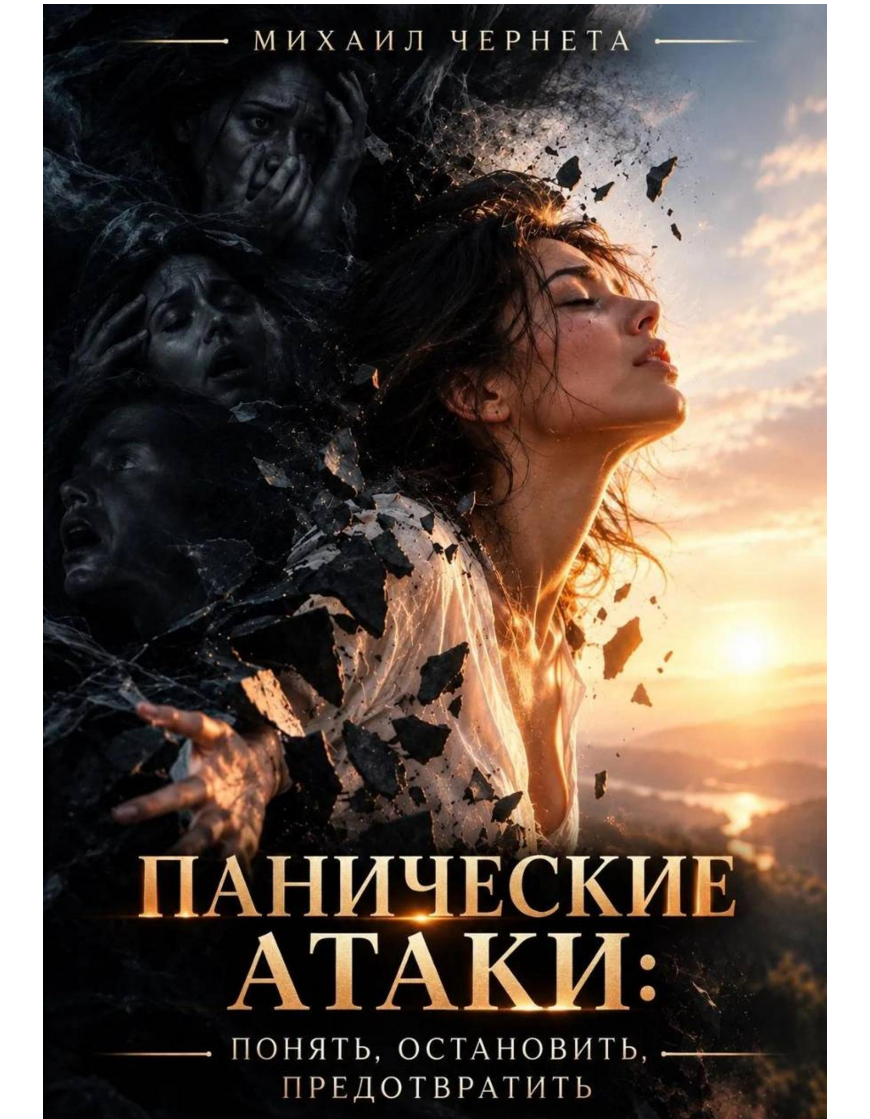




МИХАИЛ ЧЕРНЕТА

ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ:

ПОНЯТЬ, ОСТАНОВИТЬ,
ПРЕДОТВРАТИТЬ

Михаил Чернета

Панические атаки: понять, остановить, предотвратить

<https://litres.ru/74476154>

SelfPub; 2026

Аннотация

Паническая атака — один из самых пугающих опытов, с которым может столкнуться человек: внезапный, ничем на первый взгляд не спровоцированный приступ ужаса, сопровождающийся учащённым сердцебиением, удушьем, головокружением и ощущением надвигающейся катастрофы. Миллионы людей переживают панические атаки хотя бы раз в жизни, и для многих это становится точкой, после которой мир перестаёт казаться безопасным.

Эта книга — практический и научно обоснованный путеводитель по природе

панических атак: что происходит в теле и мозге в момент приступа, почему это

происходит именно с этим человеком и именно сейчас, как остановить атаку в

моменте и, что особенно важно, как выстроить жизнь так, чтобы атаки перестали повторяться. Каждая глава сочетает данные современной нейробиологии тревоги и

когнитивно-поведенческой терапии с практическими техниками, историческими и культурными наблюдениями за тем, как разные общества понимали и «лечили» необъяснимый ужас.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ: почему это происходит и почему это не конец света	5
ГЛАВА 1. Что такое паническая атака: анатомия ужаса без причины	12
ГЛАВА 2. Нейробиология паники: как мозг включает ложную тревогу	22
ГЛАВА 3. Порочный круг: как страх перед страхом поддерживает атаки	32
ГЛАВА 4. Триггеры и факторы риска: почему именно я и почему сейчас	41
Конец ознакомительного фрагмента.	42

Михаил Чернета

Панические атаки: понять, остановить, предотвратить

ВВЕДЕНИЕ: почему это происходит и почему это не конец света

Это случается обычно внезапно. Иногда — посреди совершенно обычного дня: в очереди в супермаркете, за рулём в пробке, на встрече с коллегами, а порой даже ночью, во сне, от которого человек просыпается с ощущением, что через секунду перестанет существовать. Сердце начинает колотиться так, будто вот-вот выскочит из груди. Не хватает воздуха. Кружится голова. Руки немеют или покалывают. Комната вдруг начинает казаться нереальной, будто смотришь на неё через толстое стекло. И накрывает мысль, которая в этот момент ощущается не как предположение, а как абсолютная, неопровержимая истина: «Я умираю. Прямо сейчас. Здесь».

Через несколько минут — а иногда через полчаса, которые субъективно тянутся как вечность, — всё заканчивается. Человек остаётся сидеть или стоять, физически истощён-

ный, эмоционально опустошённый и глубоко напуганный не только произошедшим, но и одним особенно тревожным вопросом: а что, если это повторится снова? Что, если в следующий раз это действительно окажется чем-то серьёзным?

Если это когда-либо происходило с вами или с кем-то из ваших близких — эта книга написана именно для этой ситуации.

Вы не одиноки и не сходите с ума.

Первое, что важно сказать прямо во введении, прежде чем переходить к механизмам и техникам: паническая атака — не редкость и не признак психического расстройства в бытовом, стигматизирующем смысле этого слова. Эпидемиологические исследования показывают, что значительная часть взрослого населения переживает хотя бы одну паническую атаку в течение жизни — цифры в разных исследованиях варьируются, но стабильно указывают на то, что это одно из самых распространённых острых тревожных переживаний, с которым сталкивается человек.

При этом далеко не у каждого, кто пережил единичную атаку, впоследствии развивается паническое расстройство — состояние, при котором атаки повторяются регулярно и сопровождаются постоянным, изматывающим страхом их повторения. У многих людей паническая атака случается один или несколько раз в жизни, обычно на фоне острого стресса, переутомления или конкретного тяжёлого события, и больше не возвращается вовсе.

Это разграничение — между единичной атакой и паническим расстройством — будет важной терминологической рамкой на протяжении всей книги, и мы вернёмся к нему подробнее уже в первой главе. Но уже сейчас стоит зафиксировать главное: то, что произошло с вами в тот пугающий момент, — это не поломка личности, не признак слабости характера и не первый шаг к «сумасшествию». Это специфический, хорошо изученный физиологический и психологический феномен, у которого есть понятный механизм и, что особенно важно, есть работающие способы с ним справиться.

Гиперзаботливая система, а не сломанная.

Центральная метафора, которая будет проходить через всю книгу и к которой мы вернёмся в самом конце, в эпилоге, звучит так: паническая атака — это не сигнал о том, что с организмом что-то фундаментально не так. Это сигнал о том, что древняя, эволюционно закреплённая система защиты от опасности сработала слишком остро, слишком не по адресу — но сама по себе эта система не сломана, а, наоборот, работает исправно, просто в неподходящий момент и с неподходящей силой.

Представьте пожарную сигнализацию, настроенную настолько чувствительно, что она срабатывает не только от реального пожара, но и от подгоревшего тоста. Сама сигнализация при этом не неисправна — она делает именно то, для чего создана: обнаруживает потенциальную угрозу и громко

об этом сообщает. Проблема не в самом устройстве, а в пороге его срабатывания. Ровно то же самое происходит с системой обнаружения угрозы в человеческом мозге во время панической атаки — и во второй главе мы подробно разберём, что это за система и почему у неё иногда настолько занижается порог срабатывания.

Эта метафора важна не как красивая иллюстрация, а как терапевтически значимый сдвиг восприятия: работа с паническими атаками начинается не с попытки «побороть» тело как врага, а с понимания его логики и постепенной, бережной перенастройки чувствительности этой внутренней сигнализации.

Три уровня работы: тело, мысли, поведение.

Структура этой книги отражает три взаимосвязанных уровня, на которых можно и нужно работать с паническими атаками — и именно поэтому книга разделена на три смысловых блока.

Первый блок, главы с первой по четвёртую, посвящён пониманию: что именно происходит в теле и мозге во время атаки, откуда берётся порочный круг, из-за которого разовый эпизод рискует превратиться в повторяющуюся проблему, и какие факторы делают одних людей более уязвимыми, чем других. Этот блок — не просто теоретическое отступление перед практикой: как будет показано в восьмой главе, само по себе точное понимание механизма атаки (в психологии это называют психообразованием) обладает самосто-

ательным терапевтическим эффектом, снижающим интенсивность будущих эпизодов.

Второй блок, главы с пятой по восьмую, посвящён действию в моменте: что конкретно делать в первые секунды и минуты атаки, чтобы сократить её длительность и интенсивность, — от физиологических техник дыхания и заземления до работы с катастрофическими мыслями, разгоняющими панику.

Третий, самый объёмный блок, главы с девятой по пятнадцатую, посвящён предотвращению: как выстроить жизнь, привычки, мышление и, при необходимости, медицинскую поддержку так, чтобы снизить частоту атак и постепенно вернуть себе те пространства и ситуации, которых теряют избегать из страха их повторения.

О чём эта книга не будет говорить с уверенностью, которой у неё нет.

Важная честная оговорка, которую лучше сделать сразу, чем обнаружить с разочарованием где-то в середине книги: это не медицинский учебник и не замена консультации специалиста. Панические атаки в некоторых случаях могут быть связаны с реальными соматическими состояниями — нарушениями сердечного ритма, проблемами щитовидной железы, некоторыми неврологическими состояниями, — которые должен исключить врач, а не книга по самопомощи. Если панические атаки в вашей жизни — это новое, недавно возникшее явление, первый и обязательный шаг — обследование

у терапевта или кардиолога, чтобы исключить физиологические причины, требующие отдельного лечения.

Кроме того, если атаки сопровождаются длительным подавленным настроением, потерей интереса к жизни или мыслями о нежелании жить — это выходит за рамки того, с чем можно работать только средствами самопомощи, и требует прямого, безотлагательного обращения к психиатру или психотерапевту, а в кризисной ситуации — к службам экстренной психологической помощи. Мы вернёмся к чётким критериям того, когда самопомощи недостаточно, в пятнадцатой главе и в эпилоге, но эта оговорка настолько важна, что заслуживает быть произнесённой уже здесь, в самом начале.

При этом сказанное не означает, что эта книга бесполезна, если вы уже наблюдаетесь у специалиста, — напротив, понимание механизма атаки и владение техниками первой помощи прекрасно дополняют профессиональную терапию и часто прямо ей рекомендуются как часть домашней практики между сессиями.

Кому и зачем нужна эта книга.

Если вы недавно пережили первую в жизни паническую атаку и напуганы возможностью её повторения — эта книга поможет понять, что произошло, и снизить тревогу ожидания, которая сама по себе является одним из главных факторов, провоцирующих следующий эпизод.

Если панические атаки уже стали повторяющейся частью вашей жизни и начали сужать пространство того, что вы поз-

воляете себе делать, — избегать метро, самолётов, дальних поездок, публичных мест, — эта книга даст структурированный, поэтапный путь возвращения этих пространств себе.

Если паническая атака случилась не с вами, а с близким человеком, и вы не знаете, как реагировать в момент кризиса и как говорить об этом впоследствии, — отдельная глава книги (глава четырнадцать) написана именно для вас.

Наконец, если вы просто хотите разобраться в механизме одного из самых интенсивных и распространённых проявлений человеческой тревоги — из профессионального интереса или из желания лучше понимать себя и окружающих, — научная часть книги даст ясную, основанную на актуальных исследованиях картину происходящего.

Единственное, что не даст эта книга, — иллюзию мгновенного и полного избавления от способности вообще когда-либо испытывать страх. Такая цель была бы не только нереалистичной, но и вредной: страх — не враг, а часть нормальной, здоровой психики. Настоящая цель, к которой ведёт эта книга, гораздо более достижима и, как мы увидим в финальных главах, гораздо более устойчива: сделать так, чтобы страх перестал управлять решениями и границами вашей жизни.

ГЛАВА 1. Что такое паническая атака: анатомия ужаса без причины

Прежде чем переходить к механизмам, причинам и техникам работы с паническими атаками, необходимо остановиться на, казалось бы, простом вопросе: что именно называется панической атакой в строгом смысле, а что — нет. Это не праздный терминологический вопрос. Точное определение помогает отличить паническую атаку от смежных, но иных состояний — генерализованной тревоги, острого стресса, соматических заболеваний, — а также снимает часть тревоги ожидания за счёт самого факта узнавания знакомого, изученного паттерна вместо непонятного и потому особенно пугающего явления.

Клиническое определение: пик за десять минут.

Наиболее широко используемое в современной клинической практике определение панической атаки содержится в диагностическом руководстве Американской психиатрической ассоциации DSM-файф (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, пятое издание). Согласно этому определению, паническая атака — это внезапный всплеск интенсивного страха или дискомфорта, который достигает своего пика в течение примерно десяти минут и сопровож-

дается как минимум четыремя из следующего набора симптомов:

учащённое сердцебиение, ощущение сильных ударов сердца;

потливость;

дрожь или тремор;

одышка или ощущение нехватки воздуха;

чувство удушья;

боль или дискомфорт в груди;

тошнота или дискомфорт в животе;

головокружение, неустойчивость, ощущение приближающегося обморока;

озноб или, наоборот, ощущение жара;

онемение или покалывание (парестезии), чаще всего в конечностях;

дереализация (ощущение нереальности происходящего вокруг) или деперсонализация (ощущение отстранённости от себя самого);

страх потери контроля или страх «сойти с ума»;

страх смерти.

Ключевая деталь этого определения, которую часто упускают из виду, — требование именно резкого, пикового характера симптомов, а не их постепенного нарастания в течение часов. Это принципиально отличает паническую атаку от других форм тревоги, о которых пойдёт речь в следующем разделе.

Важно также подчеркнуть: сам по себе набор физических симптомов может показаться пугающе похожим на список признаков сердечного приступа, инсульта или другого острого соматического состояния — и это не случайность, а один из центральных источников ужаса, переживаемого во время атаки, к которому мы вернёмся чуть ниже.

Атака и тревога: в чём принципиальная разница.

Одна из самых частых терминологических путаниц — смешение понятий «паническая атака» и «тревога» вообще, хотя между ними есть чёткое клиническое различие, важное для понимания дальнейшего материала книги.

Тревога — это, как правило, разлитое, фоновое состояние повышенного напряжения, беспокойства и настороженности, которое может длиться часами, днями или даже неделями, постепенно нарастая и ослабевая, не имея резко очерченного начала и конца. Человек в состоянии тревоги может описывать своё состояние как «на нервах», «не могу расслабиться», «постоянно жду подвоха» — но без того острого, лавинообразного пика ужаса, который характерен именно для атаки.

Паническая атака, напротив, — это резкий, самоограничивающийся эпизод: она имеет отчётливое начало (часто описываемое как «вдруг», «на ровном месте»), быстро нарастающий пик и последующий спад, обычно в пределах двадцати тридцати минут, хотя субъективно этот промежуток времени часто ощущается значительно дольше. Именно эта

резкость и интенсивность отличает атаку от фоновой тревоги — метафорически это разница между постоянно моросящим дождём и внезапным, коротким, но очень сильным ливнем.

Понимание этого различия важно по практической причине: то, что атака физиологически не может длиться бесконечно и с высокой вероятностью пойдёт на спад в течение относительно короткого времени, — один из ключевых фактов, на которых строится техника первой помощи в момент атаки, подробно разбираемая в шестой главе.

Почему первая атака так часто заканчивается в приёмном покое.

Показательная и хорошо задокументированная в медицинской литературе закономерность: значительная часть людей, переживающих первую в жизни паническую атаку, обращаются за неотложной медицинской помощью, будучи абсолютно убеждёнными, что переживают сердечный приступ, инсульт или иное угрожающее жизни состояние. Исследования, проводившиеся в отделениях неотложной помощи, показывают, что среди пациентов, обратившихся с жалобами на боль в груди, у значительной части при обследовании не обнаруживается кардиологической патологии, а последующая диагностика выявляет именно паническую атаку или паническое расстройство.

Это не случайное совпадение симптомов, а прямое следствие общего физиологического механизма: и паническая

атака, и некоторые угрожающие жизни состояния активируют схожие телесные реакции через симпатическую нервную систему — учащение пульса, потоотделение, ощущение нехватки воздуха. С точки зрения субъективного переживания в моменте эти состояния действительно крайне сложно различить без медицинского обследования — и это абсолютно рациональная, а не «истеричная» реакция человека, впервые столкнувшегося с подобным опытом.

Именно поэтому, как уже говорилось во введении, первое, а не последнее, что стоит сделать при недавно возникших, ранее не встречавшихся атаках, — пройти базовое медицинское обследование, чтобы исключить соматические причины. Это не признак избыточной тревожности, а разумный и необходимый первый шаг, после которого уже можно с уверенностью переходить к работе с атаками как с психофизиологическим, а не кардиологическим или неврологическим явлением.

Дереализация и деперсонализация: самые пугающие и самые непонятые симптомы.

Отдельного внимания заслуживают два симптома из приведённого выше списка, которые часто оказываются наиболее пугающими именно из-за своей необычности и труднообъяснимости для самого переживающего их человека, — дереализация и деперсонализация.

Дереализация описывается людьми как ощущение, что окружающий мир вдруг стал ненастоящим, плоским, будто

смотришь на происходящее через мутное стекло, во сне или на киноэкране. Деперсонализация — это похожее, но обращённое на себя ощущение: отстранённость от собственного тела, мыслей или эмоций, будто наблюдаешь за собой со стороны.

С нейробиологической точки зрения оба этих феномена связаны с изменённой активностью в определённых зонах коры головного мозга, отвечающих за интеграцию сенсорной информации и ощущение непрерывности собственного «я», в условиях резкого выброса стрессовых гормонов — то есть являются вполне объяснимым, хотя и крайне неприятным побочным эффектом острой физиологической реакции тревоги, а не признаком «сумасшествия» или психоза, чего чаще всего в этот момент опасается человек. Важно подчеркнуть: сами по себе дереализация и деперсонализация, возникающие именно в контексте панической атаки, полностью обратимы и проходят вместе со спадом атаки, не оставляя долгосрочных последствий для восприятия реальности.

Историческая справка: ужас без имени до появления термина.

Полезно посмотреть на паническую атаку не только через призму современной клинической классификации, но и в историческом контексте — это помогает увидеть, что явление, которое сегодня описывается точным медицинским языком, существовало и активно обсуждалось задолго до появления самого термина «паническая атака», введённого в

широкий клинический оборот психиатром Дональдом Кляйном в 1960-х годах.

В девятнадцатом веке схожая симптоматика описывалась под названием «синдром Да Косты» или «солдатское сердце» — по имени американского врача Джейкоба Менденхолла Да Косты, наблюдавшего у солдат Гражданской войны в США приступы учащённого сердцебиения, одышки и тревоги, изначально ошибочно связываемые исключительно с физической нагрузкой военной службы. Позже похожая совокупность симптомов описывалась в рамках более широкого и размытого диагноза «неврастения», активно использовавшегося в европейской и американской медицине конца девятнадцатого — начала двадцатого века для описания широкого круга состояний нервного истощения, куда, по всей видимости, попадала и часть случаев панических атак, не выделяемых тогда в отдельную категорию.

Эта историческая перспектива важна не как академическое отступление, а как напоминание: сам факт того, что явление веками наблюдалось врачами под разными названиями, прежде чем получить точное современное описание, подчёркивает — это реальный, физиологически обоснованный феномен, а не современная выдумка или преувеличение, как иногда ошибочно полагают люди, не сталкивавшиеся с атаками лично.

Наблюдение: атака у разных людей выглядит по-разному. Важно подчеркнуть вариативность проявлений, о которой

полезно знать: паническая атака не выглядит у всех людей одинаково, и отсутствие какого-то конкретного симптома из перечисленного выше списка не означает, что пережитое не было панической атакой. У одного человека доминирующим может быть ощущение удушья и нехватки воздуха, у другого — головокружение и предобморочное состояние, у третьего — преимущественно ментальные симптомы: острое чувство нереальности происходящего и панический страх потери контроля над собой при относительно слабо выраженных телесных симптомах.

Эта вариативность объясняет, почему некоторые люди годами не связывают пережитые эпизоды именно с паническими атаками, воспринимая их как необъяснимые и изолированные приступы дурноты или головокружения, особенно если доминирующим симптомом оказывается что-то менее очевидно связанное с тревогой, чем классическое учащённое сердцебиение.

Практика: чек-лист для самонаблюдения.

Важная оговорка перед описанием практического упражнения этой главы: приведённый ниже чек-лист предназначен исключительно для самонаблюдения и лучшего понимания собственного опыта — он не является инструментом самодиагностики и не заменяет консультацию врача или психотерапевта, особенно при впервые возникших симптомах.

Как использовать чек-лист:

Вспомните один из последних пережитых эпизодов ин-

тенсивного страха или дискомфорта. Отметьте, какие из следующих признаков присутствовали:

1. Симптом достиг пика в течение нескольких минут, а не нарастал постепенно на протяжении часов.
2. Присутствовало учащённое сердцебиение или ощущение сильных ударов сердца.
3. Была одышка, ощущение нехватки воздуха или удушья.
4. Возникло головокружение, неустойчивость или предобморочное состояние.
5. Было онемение, покалывание или дрожь.
6. Присутствовало ощущение нереальности происходящего (дереализация) или отстранённости от себя (деперсонализация).
7. Возникла интенсивная мысль о надвигающейся смерти, потере контроля или «сумасшествии».
8. Эпизод завершился спадом симптомов в течение примерно получаса, оставив после себя чувство физического и эмоционального истощения.

Если большинство из перечисленных пунктов совпадает с вашим опытом — это с высокой вероятностью указывает на паническую атаку в клиническом смысле этого термина, что, в свою очередь, означает: к вашему опыту применимы механизмы, техники и подходы, которые будут подробно раскрыты на протяжении всей оставшейся части книги.

Итог главы.

Паническая атака имеет чёткое клиническое определение

— резкий, пиковый эпизод интенсивного страха, сопровождающийся характерным набором физических и психологических симптомов, принципиально отличающийся от фоновой, разлитой тревоги своей внезапностью и самоограничивающимся характером. Существование этого феномена задокументировано медициной задолго до появления современного термина, а его симптоматика настолько убедительно имитирует угрожающие жизни состояния, что обращение за неотложной медицинской помощью при первой атаке является разумным, а не избыточным шагом.

Понимание точных границ определения — что относится к панической атаке, а что является смежным, но иным состоянием, — закладывает основу для следующей главы, в которой мы разберём, что именно происходит в мозге и теле в момент атаки на уровне нейробиологии, и почему эта древняя система защиты иногда включается настолько не вовремя и настолько интенсивно.

ГЛАВА 2. Нейробиология паники: как мозг включает ложную тревогу

Один из самых частых вопросов, который задают себе люди после пережитой панической атаки, звучит примерно так: «Я же прекрасно понимал умом, что реальной опасности нет — почему тело всё равно отреагировало так, будто я на волосок от смерти?» Ответ на этот вопрос лежит в фундаментальной особенности устройства человеческого мозга: система, отвечающая за обнаружение угрозы, работает значительно быстрее и грубее, чем система рационального анализа ситуации, — и в норме это эволюционное преимущество, а не недостаток.

Миндалевидное тело: страж, который стреляет первым и думает потом.

Центральную роль в возникновении панической реакции играет миндалевидное тело, или амигдала, — небольшая парная структура миндалевидной формы, расположенная в глубине височных долей мозга. Классические исследования нейробиолога Джозефа Леду, десятилетиями изучавшего нейронные механизмы страха, показали, что амигдала способна запускать полноценную реакцию тревоги ещё до того, как информация о потенциальной угрозе достигает более медленных, но точных областей коры головного мозга,

отвечающих за сознательный, рациональный анализ ситуации.

Леду описал существование двух параллельных нейронных путей обработки угрожающей информации: быстрого, но грубого «низкого пути», идущего напрямую от таламуса к амигдале в обход коры, и более медленного, но точного «высокого пути», проходящего через кору головного мозга для детального анализа ситуации. Быстрый путь эволюционно предназначен для ситуаций, где скорость реакции важнее её точности: лучше отпрыгнуть от свёрнутого шланга, ошибочно приняв его за змею, потратив на это лишнюю долю секунды и немного адреналина, чем потратить эти доли секунды на точный анализ и отреагировать слишком поздно на настоящую опасность.

Проблема в контексте панической атаки заключается в том, что этот быстрый, грубый путь может ошибочно интерпретировать как угрозу вполне безобидные внутренние или внешние стимулы — учащённое от кофеина сердцебиение, лёгкое головокружение от недосыпа, духоту в переполненном вагоне метро, — и запустить полноценную реакцию тревоги ещё до того, как более медленная и точная кора успеет вмешаться и «объяснить» амигдале, что реальной опасности нет. К моменту, когда рациональная оценка ситуации наконец происходит, каскад физиологических реакций уже запущен и продолжает разворачиваться по собственной логике, относительно независимой от сознательного понимания

безопасности ситуации.

Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось: биохимия ужаса.

Как только амигдала распознаёт (пусть даже ошибочно) сигнал угрозы, она активирует каскад физиологических реакций через несколько взаимосвязанных систем. Одна из ключевых — гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось (сокращённо ГГН-ось): гипоталамус посылает сигнал гипофизу, тот, в свою очередь, стимулирует надпочечники, которые выбрасывают в кровь кортизол — основной гормон стрессовой реакции организма.

Параллельно активируется симпатическая нервная система через выброс адреналина (эпинефрина) и норадреналина (норэпинефрина) непосредственно из мозгового вещества надпочечников и из нервных окончаний по всему телу. Именно эти два гормона — адреналин и норадреналин — напрямую ответственны за большинство узнаваемых физических симптомов панической атаки, перечисленных в предыдущей главе: учащённое сердцебиение (адреналин напрямую стимулирует сердечную мышцу), расширение зрачков, перенаправление кровотока от пищеварительной системы к крупным мышцам (что вызывает характерную тошноту и дискомфорт в животе), учащённое дыхание, потливость как способ терморегуляции при подготовке организма к интенсивной физической активности.

Важно подчеркнуть с медицинской точки зрения: все

эти реакции представляют собой нормальную, эволюционно закреплённую физиологическую подготовку тела к немедленному интенсивному действию — классическую реакцию «бей или беги», впервые системно описанную физиологом Уолтером Кенноном в начале двадцатого века. Проблема не в самих этих реакциях (они совершенно безопасны для здорового организма даже при высокой интенсивности), а в том, что они запускаются в ситуации, где реального действия — бегства или борьбы — не требуется и часто физически невозможно (сложно убежать от переговорной комнаты или от вагона метро), что создаёт ощущение полной беспомощности перед нахлынувшей физиологической бурей.

Голубое пятно и норадреналиновая система тревоги.

Ещё одна важная структура мозга, участвующая в развитии панической реакции, — голубое пятно, небольшое ядро в стволе мозга, являющееся основным источником норадреналина в центральной нервной системе. Голубое пятно тесно связано с амигдалой и играет ключевую роль в регуляции общего уровня бодрствования, внимания и, что особенно важно в контексте этой главы, — в генерации физиологических симптомов тревоги.

Исследования с использованием фармакологических препаратов, стимулирующих активность голубого пятна (в частности, ранние эксперименты с йохимбином, веществом, блокирующим определённые рецепторы и тем самым усиливающим норадреналиновую активность), показали, что искус-

ственная активация этой структуры способна провоцировать симптомы, практически неотличимые от спонтанной панической атаки, — что является одним из весомых доказательств именно нейробиологической, а не исключительно «психологической» природы панических атак: тело способно физиологически воспроизвести полноценную атаку без какого-либо внешнего пугающего стимула и даже без соответствующей сознательной мысли, предшествующей эпизоду.

Гипотеза ложной тревоги удушья.

Отдельного внимания заслуживает специфическая нейробиологическая модель происхождения панических атак, предложенная психиатром Дональдом Кляйном, — так называемая гипотеза ложной тревоги удушья. Согласно этой модели, в мозге существует специализированная система мониторинга уровня углекислого газа в крови, эволюционно предназначенная для обнаружения угрозы удушья. У некоторых людей, предрасположенных к паническим атакам, порог чувствительности этой системы может быть снижен, из-за чего вполне нормальные, незначительные колебания уровня углекислого газа в крови (например, вызванные небольшой физической нагрузкой, духотой в помещении или лёгкой гипервентиляцией на фоне стресса) ошибочно интерпретируются мозгом как признак надвигающегося удушья, что запускает полноценную паническую реакцию, включая характерное ощущение нехватки воздуха.

Эта модель, хотя и не является единственной и общепризнанной теорией, хорошо объясняет отдельные клинические наблюдения — в частности, тот факт, что вдыхание воздуха с повышенным содержанием углекислого газа в контролируемых лабораторных условиях статистически надёжно провоцирует панические атаки именно у людей с диагностированным паническим расстройством значительно чаще, чем у людей без него, что используется в исследовательских целях как один из способов моделирования атаки в контролируемых условиях.

Почему разум не может «отговорить» тело в моменте.

Возвращаясь к вопросу, поставленному в начале главы, — почему рациональное понимание безопасности ситуации не останавливает физиологическую реакцию, — важно понимать, что представленный выше каскад (амигдала ГГН-ось и симпатическая нервная система голубое пятно и норадреналин) уже запущен химически, через реальные, измеримые концентрации гормонов и нейромедиаторов в крови и синапсах, а не через абстрактную «мысль» в сознании. Как только адреналин попал в кровоток, а кортизол начал каскад своих эффектов, одна лишь сознательная мысль «мне ничего не угрожает» не способна мгновенно эти вещества вывести или нейтрализовать — организму физически требуется определённое время на метаболизм этих гормонов и возвращение к исходному физиологическому состоянию.

Это объясняет, почему техники, разбираемые во втором

блоке книги (в частности, в шестой главе), сфокусированы не на попытке силой воли «выключить» тревогу мгновенно (что физиологически невозможно), а на том, чтобы дать организму сигналы, постепенно способствующие естественно-му завершению уже запущенной реакции, — прежде всего через регуляцию дыхания, напрямую влияющую на баланс между симпатической и парасимпатической нервной системой, о чём подробно пойдёт речь в пятой главе.

Наблюдение: обучаемость системы тревоги.

Хорошая новость, вытекающая из нейробиологической картины, описанной в этой главе, заключается в следующем принципиальном свойстве нервной системы: чувствительность амигдалы и связанных с ней структур не является фиксированной раз и навсегда величиной. Явление нейропластичности, уже упоминавшееся в связи с другими аспектами психологии мышления, в полной мере применимо и к системе обнаружения угрозы: регулярная практика техник саморегуляции, постепенная, контролируемая экспозиция пугающим ситуациям (подробно разбираемая в десятой главе) и работа с катастрофическими интерпретациями телесных сигналов (глава восьмая) способны со временем действительно снизить чувствительность и реактивность этой системы — то есть буквально «перенастроить» порог срабатывания внутренней сигнализации, о которой шла речь во введении.

Практика: упражнение «назови то, что происходит».

Практическое упражнение этой главы направлено не на немедленную остановку атаки (для этого предназначены техники следующих глав), а на снижение пугающей неопределённости за счёт точного узнавания физиологического процесса, что само по себе, согласно принципу психообразования, обладает мягким терапевтическим эффектом.

Как выполнять (лучше всего заранее, не в момент самой атаки, чтобы упражнение было доступно как заученный, автоматический навык):

1. Возьмите список типичных симптомов атаки из первой главы и рядом с каждым симптомом, который вы лично переживали, выпишите его физиологическое объяснение из этой главы (например: «учащённое сердцебиение — адреналин напрямую стимулирует сердечную мышцу, готовя тело к действию; это опасно для здорового сердца»).

2. Сформулируйте короткую фразу-напоминание для использования непосредственно в момент атаки, опирающуюся на понимание физиологии, а не на попытку убедить себя, что «ничего не происходит» (например: «Моя амигдала подала ложный сигнал тревоги. Адреналин в крови вызывает эти ощущения. Это неприятно, но физиологически безопасно и скоро пойдёт на спад»).

3. Проговорите (вслух или про себя) эту фразу несколько раз в спокойном состоянии, чтобы она была легко доступна памяти именно в момент, когда рациональное мышление объективно затруднено высоким уровнем физиологического

возбуждения.

Итог главы.

Паническая атака — не необъяснимый сбой психики, а закономерный результат работы конкретных, хорошо изученных нейробиологических структур: миндалевидного тела, запускающего реакцию угрозы быстрее, чем кора успевает её рационально оценить, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и симпатической нервной системы, производящих характерные физические симптомы, и голубого пятна, регулирующего норадреналиновую систему тревоги. Одна из моделей, объясняющих специфику именно панических атак, — гипотеза ложной тревоги удушья, связывающая атаку с завышенной чувствительностью системы мониторинга уровня углекислого газа в крови.

Понимание того, что реакция тревоги запущена реальными, измеримыми биохимическими процессами, а не одной лишь «слабостью воли», объясняет, почему рациональное понимание безопасности ситуации не может мгновенно остановить уже начавшуюся атаку, — и одновременно даёт надежду: благодаря нейропластичности чувствительность этой системы поддаётся долгосрочной, постепенной коррекции, что и станет центральной темой второго и третьего блоков книги.

Следующая глава пойдёт дальше в понимании механизма, разбирая не то, что происходит в момент отдельной атаки, а то, как разовый эпизод способен закрепиться в устойчивый

порочный круг повторяющегося панического расстройства.

ГЛАВА 3. Порочный круг: как страх перед страхом поддерживает атаки

Если бы паническое расстройство сводилось только к тому, что описывалось в предыдущей главе — к разовому, пусть и пугающему, срабатыванию системы обнаружения угрозы, — оно, по всей вероятности, редко становилось бы хронической, повторяющейся проблемой. Большинство систем в организме, ошибочно сработавших один раз, не обязательно продолжают ошибаться раз за разом. Но клинический опыт и десятилетия исследований показывают: у значительной части людей, переживших одну паническую атаку, вскоре формируется устойчивый, самоподдерживающийся цикл, при котором атаки повторяются с нарастающей частотой. Ключ к пониманию этого явления лежит не столько в нейробиологии отдельного эпизода, сколько в психологии того, что происходит между эпизодами, — и в первую очередь в феномене, который специалисты называют тревогой ожидания.

Когнитивная модель паники Дэвида Кларка.

Наиболее влиятельная и клинически подтверждённая модель, объясняющая, почему панические атаки склонны закрепляться и повторяться, принадлежит британскому пси-

хологу Дэвиду М. Кларку, представившему в 1986 году так называемую когнитивную модель панического расстройства, которая по сей день остаётся теоретической основой наиболее эффективных методов психотерапевтической работы с этим состоянием.

Центральный тезис модели Кларка: паническая атака развивается не просто из-за физиологического возбуждения самого по себе, а из-за катастрофической интерпретации этого возбуждения — то есть из-за того смысла, который человек придаёт вполне обычным, часто безобидным телесным ощущениям. Согласно этой модели, цепочка развития атаки выглядит следующим образом: некий триггер (внешний стимул, внутреннее ощущение или даже определённая мысль) вызывает лёгкое физиологическое возбуждение это возбуждение воспринимается и интерпретируется как признак серьёзной угрозы («у меня сердце бьётся слишком быстро — наверное, у меня инфаркт») катастрофическая интерпретация сама по себе вызывает дополнительный всплеск тревоги и, соответственно, дополнительное физиологическое возбуждение усилившееся физиологическое возбуждение воспринимается как подтверждение первоначальной катастрофической мысли («вот, симптомы усиливаются, значит, действительно что-то серьёзное») цикл повторяется и нарастает по спирали до пиковой точки полноценной атаки.

Принципиальная ценность этой модели в том, что она указывает на конкретную, доступную для терапевтического

вмешательства точку разрыва порочного круга: не физиологическое возбуждение как таковое (которое трудно контролировать напрямую усилием воли, как обсуждалось в предыдущей главе), а именно интерпретацию этого возбуждения — процесс, поддающийся осознанной коррекции, чему будет посвящена отдельная, восьмая глава книги.

Тревога ожидания: страх самого страха.

Отдельным и, возможно, наиболее разрушительным элементом порочного круга панического расстройства является феномен, известный в клинической литературе как тревога ожидания — постоянное, фоновое беспокойство о возможности новой атаки, возникающее в промежутках между самими эпизодами.

Показательный парадокс, который отмечают многие клиницисты, работающие с паническим расстройством: со временем именно тревога ожидания, а не сами по себе атаки, начинает причинять человеку наибольшие страдания и в наибольшей степени ограничивать его повседневную жизнь. Человек начинает постоянно сканировать собственное тело в поисках первых признаков надвигающейся атаки, избегать ситуаций, потенциально повышающих риск её возникновения, и жить в состоянии хронической настороженности — что само по себе поддерживает повышенный фоновый уровень физиологического возбуждения, а значит, парадоксальным образом увеличивает, а не снижает вероятность следующей атаки.

Эта динамика прямо иллюстрирует известный психологический принцип, который можно сформулировать так: попытка избежать определённого состояния, основанная на постоянном внимании к возможности его возникновения, зачастую приближает, а не отдаляет это состояние — механизм, отчасти похожий на эффект, изученный в исследованиях так называемого «парадоксального намерения», одним из первых описанного в терапевтической практике Виктором Франклом применительно к бессоннице: чрезмерное усилие заставить себя уснуть само по себе создаёт напряжение, препятствующее засыпанию.

Гипербдительность к телу: когда внимание становится проблемой.

Тесно связанный с тревогой ожидания феномен — interoцептивная гипербдительность, то есть избыточное, постоянное внимание к внутренним телесным ощущениям, характерное для людей с паническим расстройством. Исследования в области психофизиологии показывают, что люди, страдающие паническими атаками, демонстрируют статистически повышенную способность замечать и точно отслеживать собственный сердечный ритм, дыхание и другие внутренние сигналы по сравнению с людьми без панического расстройства — то есть их внимание к телу объективно, измеримо более обострено.

На первый взгляд подобная чувствительность к сигналам собственного тела может показаться полезной — своего ро-

да ранним предупреждением о надвигающейся проблеме. Но на практике она работает прямо противоположным образом: постоянное сканирование тела в поисках угрожающих признаков резко увеличивает вероятность заметить вполне обычные, безобидные колебания физиологического состояния (небольшое учащение пульса после подъёма по лестнице, лёгкое головокружение от резкого вставания, естественную вариативность сердечного ритма), которые затем, согласно модели Кларка, рискуют быть катастрофически интерпретированы и запустить полноценный цикл атаки.

Это объясняет клинически хорошо задокументированный, но контринтуитивный факт: инструкция «просто перестань обращать внимание на своё тело» не работает и часто невыполнима как самостоятельный совет, но целенаправленная работа со способом интерпретации замеченных ощущений (а не с самим фактом их замечания) — вполне рабочая терапевтическая стратегия, которую мы подробно разберём в восьмой главе.

Наблюдение: атака как самосбывающееся пророчество.

Полезная иллюстрация всего описанного выше механизма — распространённый сценарий, знакомый многим людям с паническим расстройством: человек, опасаясь атаки в определённой ситуации (например, во время выступления на публике или в замкнутом пространстве самолёта), заранее начинает испытывать повышенную тревогу задолго до самого события. Эта предварительная тревога сама по себе вызы-

вает лёгкое физиологическое возбуждение (учащённое сердцебиение, поверхностное дыхание), которое, согласно уже описанному циклу, интерпретируется как первый признак надвигающейся атаки, что вызывает дополнительную тревогу — и в результате атака действительно случается, но не потому, что ситуация сама по себе была объективно опасна, а потому, что сам процесс тревожного ожидания создал для неё все необходимые физиологические предпосылки.

Эта динамика прекрасно иллюстрирует, почему паническое расстройство так часто описывается специалистами как расстройство, в основе которого лежит не сама тревога, а тревога по поводу тревоги, — вторичный, надстроенный над первичной физиологической реакцией слой катастрофической интерпретации и панического ожидания, который в итоге причиняет больше страданий и оказывается сложнее для коррекции, чем исходная физиологическая реакция сама по себе.

Разрыв круга: где находится точка вмешательства.

Понимание структуры порочного круга — триггер физиологическое возбуждение катастрофическая интерпретация усиление возбуждения подтверждение катастрофической мысли полноценная атака тревога ожидания следующей атаки повышенная гипербдительность более лёгкое запускание следующего эпизода — крайне важно не как абстрактная теоретическая схема, а как практическая карта, указывающая на конкретные точки, где возможно терапевтическое

вмешательство, каждая из которых будет подробно разобрана в последующих главах книги.

Работа с самим физиологическим возбуждением (техники дыхания и телесной разрядки) разбирается в пятой и седьмой главах. Работа с катастрофической интерпретацией ощущений — центральная тема восьмой главы. Работа с тревогой ожидания и связанным с ней избегающим поведением, которое, как мы увидим в девятой главе, создаёт собственный, отдельный порочный круг, — тема девятой и десятой глав. Важно понимать: круг можно и нужно разрывать не в одной-единственной точке, а сразу в нескольких, поскольку это значительно повышает общую устойчивость результата.

Практика: дневник атаки.

Основное практическое упражнение этой главы — ведение структурированного дневника, позволяющего наглядно увидеть работу описанного выше цикла на материале собственного, личного опыта, а не абстрактной теоретической схемы.

Как вести дневник (в идеале — сразу после пережитого эпизода, пока детали ещё свежи в памяти):

Для каждого пережитого эпизода тревоги или атаки зафиксируйте письменно, по возможности в тот же день:

1. Ситуация: где вы находились и что делали непосредственно перед началом симптомов.
2. Первое замеченное ощущение: какой именно телесный сигнал вы заметили первым (учащённое сердцебиение, голо-

вокружение, ощущение нехватки воздуха и так далее).

3. Первая мысль-интерпретация: что именно пронеслось в голове сразу после того, как вы заметили это ощущение (попытайтесь вспомнить точную формулировку, а не общий смысл).

4. Пиковый уровень тревоги: оцените по шкале от одного до десяти максимальную интенсивность пережитого эпизода.

5. Длительность: сколько времени, по ощущениям, длился эпизод от начала до заметного спада.

После накопления записей за одну-две недели просмотрите дневник целиком и попробуйте определить повторяющиеся закономерности: возникают ли похожие первые ощущения в схожих ситуациях, повторяется ли схожая катастрофическая мысль-интерпретация от эпизода к эпизоду. Обнаружение подобного повторяющегося паттерна — не просто интересное наблюдение, а конкретный, применимый материал для работы с когнитивными искажениями в восьмой главе.

Итог главы.

Паническое расстройство закрепляется и повторяется не столько из-за самой по себе физиологической реакции тревоги, сколько из-за самоподдерживающегося цикла, в основе которого лежит катастрофическая интерпретация нормальных телесных ощущений (модель Дэвида Кларка) и последующая тревога ожидания новых атак, которая через механизм гипербдительности к телу и повышенный фоновый уровень

напряжения парадоксальным образом увеличивает вероятность их повторения.

Понимание этого цикла как структуры из нескольких взаимосвязанных звеньев — а не как единого неразделимого целого — открывает несколько конкретных точек для терапевтического вмешательства, к детальной проработке каждой из которых мы перейдём в последующих главах книги, начиная с рассмотрения того, какие именно факторы делают одних людей более уязвимыми к запуску этого цикла, чем других.

ГЛАВА 4. Триггеры и факторы риска: почему именно я и почему сейчас

Один из самых частых и по-человечески понятных вопросов, который задают себе люди после первой панической атаки, — «почему это случилось именно со мной?». Ответ редко бывает простым и однозначным, потому что паническая атака практически никогда не является результатом единственной изолированной причины. Скорее, она возникает на пересечении нескольких факторов, каждый из которых по отдельности мог бы не привести к атаке, но в совокупности создаёт условия, при которых нервная система оказывается особенно уязвимой к срабатыванию описанного в предыдущих главах механизма ложной тревоги.

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.