

МЕЖДУНАРОДНЫЙ БЕСТСЕЛЛЕР

# Век тревожности

страхи,

надежды,

неврозы и поиски

душевного покоя

Скотт Стоссел

СКОТТ СТОССЕЛ

**Век тревожности. Страхи,  
надежды, неврозы и  
поиски душевного покоя**

«Альпина Диджитал»

2013

**Стоссел С.**

Век тревожности. Страхи, надежды, неврозы и поиски душевного покоя / С. Стоссел — «Альпина Диджитал», 2013

ISBN 978-5-9614-4274-8

Хронический стресс – отличительная черта нашей эпохи, а тревожность стала своего рода культурным явлением современности. Каждый шестой человек в мире в тот или иной период жизни страдает от невротических расстройств. Скотт Стоссел, зная по собственному опыту все вариации фобий и депрессий, с десятилетнего возраста начал искать способы их преодоления, а потом задумался об этой проблеме в общечеловеческом масштабе. В чем причина тревожности – в генах, особенностях мозговой активности, окружении или травмирующих событиях? Как избавиться от неврозов, страхов, бессонницы и панических атак? Как работают и насколько эффективны антидепрессанты и транквилизаторы? Можно ли в конце концов управлять своей тревожностью и обратить ее себе на пользу? В основе книги – ошибки и достижения биохимии и нейробиологии, генетики и психофармакологии, психотерапии и психиатрии. И главное, поразительный и шокирующий личный опыт. Эта книга – напряженная и захватывающая история борьбы человека за самого себя

ISBN 978-5-9614-4274-8

© Стоссел С., 2013

© Альпина Диджитал, 2013

## Содержание

Часть первая	6
Глава первая	6
Глава вторая	23
Часть вторая	41
Глава третья	41
Глава четвертая	59
Конец ознакомительного фрагмента.	69
Комментарии	

# Скотт Стоссел

## Век тревожности. Страхи, надежды, неврозы и поиски душевного покоя

Переводчик Мария Десятова

Редактор Любовь Сумм

Руководитель проекта И. Серёгина

Корректоры Е. Аксёнова, С. Чупахина

Компьютерная верстка А. Фоминов

Дизайн обложки Ю. Буга

© Scott Stossel, 2013

© Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Альпина нон-фикшн», 2016

*Все права защищены. Произведение предназначено исключительно для частного использования. Никакая часть электронного экземпляра данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для публичного или коллективного использования без письменного разрешения владельца авторских прав. За нарушение авторских прав законодательством предусмотрена выплата компенсации правообладателя в размере до 5 млн. рублей (ст. 49 ЗОАП), а также уголовная ответственность в виде лишения свободы на срок до 6 лет (ст. 146 УК РФ).*

*Посвящается Марен и Натаниэлю – пусть вас это не коснется*

## Часть первая

### Загадка тревожности

#### Глава первая

#### Природа тревожности

*Ни один Великий инквизитор не имел под рукой столь ужасных пыток, какие имеет страх, и ни один шпион не умеет столь искусно нападать на подозреваемого как раз в то мгновение, когда тот слабее всего, не умеет столь прельстительно раскладывать ловушки, в которые тот должен попасться, как это умеет страх; и ни один проницательный судья не понимает, как нужно допрашивать обвиняемого – допрашивать его, как это делает страх, который никогда не отпускает обвиняемого – ни в развлечениях, ни в шуме повседневности, ни в труде, ни днем, ни ночью.*

**Сёрен Кьеркегор. Понятие страха (1844)<sup>1</sup>**

*Проблема страха – узловой пункт, в котором сходятся самые различные и самые важные вопросы, тайна, решение которой должно пролить яркий свет на всю нашу душевную жизнь.*

**Зигмунд Фрейд. Введение в психоанализ (1933)<sup>2</sup>**

Мой организм имеет неприятное свойство подводить меня в критические моменты.

Представьте: моя собственная свадьба, я стою у алтаря в ожидании невесты, и вдруг мне становится ужасно плохо. Не просто дурно: меня по-настоящему тошнит, трясет и, главное, бросает в пот. В церкви жарко (начало июля как-никак), гости тоже потеют в летних костюмах и легких платьях. Но не так обильно. Под аккомпанемент свадебного марша у меня выступает испарина на лбу и над верхней губой. На фотографиях с церемонии видно, в какой скованной позе и с какой вымученной полуулыбкой я встречаю невесту, которую ведет к алтарю отец. Сюзанна на снимках светится от счастья, а я – бликую. Когда она встает рядом со мной, пот уже заливает мне глаза и капает за воротник. Мы поворачиваемся к священнику. Наши друзья, которым поручено зачитывать выдержки из Библии, смотрят на меня с неподдельной тревогой. «Что это с ним? – угадываю я в их взглядах. – Как бы в обморок не хлопнулся». При одной мысли начинаю потеть еще сильнее. Шафер, легонько похлопав меня по плечу, протягивает платок. Моя приятельница Кэти, сидевшая в дальних рядах, признается после, как боролась с желанием принести мне воды: вид у меня был, словно у марафонца на финише.

Беспокойство на лицах чтецов перерастает в неприкрытый ужас: «Он сейчас, похоже, вырубится!» Я и сам того же боюсь. Меня колотит. Это не та легкая дрожь, которую выдаст лишь взятый в руку бумажный лист, нет, я, похоже, сейчас рухну в конвульсиях. Я изо всех сил стараюсь удержаться на подкашивающихся, словно у эпилептика, ногах и надеюсь, что мешковатые брюки скроют тряску в коленях. Я наваливаюсь на плечо своей уже почти законной жены (от нее мою дрожь не спрячешь), и она поддерживает меня как может.

Священник что-то бубнит, я не воспринимаю ни слова. (Я уже почти в отключке.) Подгоняю его мысленно: скорее бы кончилась эта пытка. Священник, умолкнув, смотрит на нас

---

<sup>1</sup> Кьеркегор С. Страх и трепет. – М.: Республика, 1993.

<sup>2</sup> Фрейд З. Введение в психоанализ. – СПб.: Алетейя, 1999.

с невестой и, заметив мое лоснящееся от пота лицо и панику в глазах, встревоженно спрашивает одними губами: «У вас все в порядке?» Я беспомощно киваю. (А куда деваться? Ну, признаюсь, а дальше что? Сорвать свадьбу? Вот позор-то!)

Священник продолжает церемонию, а я борюсь одновременно с дрожью в теле, тошнотой и предобморочным головокружением. Мысль в голове одна: «Заберите меня отсюда!» Почему? Потому что я вот-вот упаду на глазах у трех сотен гостей – родных, друзей и коллег, собравшихся на торжество. Меня не слушается собственное тело. В этот знаменательный день я должен быть на седьмом небе от счастья, а вместо этого ужасно страдаю и не чаю остаться в живых.

Потея, дрожа и пошатываясь, я с горем пополам совершаю положенные ритуалы (говорю «да», надеваю кольцо, целую невесту), не сомневаясь, что все собравшиеся (родители невесты, ее подружки, мои коллеги) при взгляде на меня думают одно: «Колеблется? Он всегда такой слабак? Струсил? Какой из него муж?» «Так и знала, – наверняка говорит себе каждая из невестиных подруг, укрепляясь в своих худших подозрениях. – Он ее недостоин». Меня словно искупали под душем прямо в костюме. Потовые железы разоблачают перед всем честным народом слабость моего духа и тела. Под вопросом сам смысл моего существования.

К счастью, церемония подходит к концу. Мокрый до нитки, я иду к выходу, с благодарностью опираясь на руку новоиспеченной супруги, и на открытом воздухе мне становится легче. Конвульсий можно не опасаться. Обморока тоже. Но счастье на моем лице, когда я принимаю поздравления, поднимаю бокалы и танцую на свадебном приеме, наигранное. Я улыбаюсь в объектив,жимаю руки, а сам хочу сдохнуть. Еще бы. Я провалил самое что ни на есть основное мужское дело – бракосочетание. Это же надо умудриться... Следующие трое суток я предаюсь горькому самоуничтожительному отчаянию.

От тревожности умирают редко, но многие предпочли бы смерть парализующему страху и страданиям, которыми сопровождается острый приступ тревоги.

*Дэвид Барлоу. Тревожность и связанные с ней расстройства (Anxiety and Its Disorders, 2004)*

Происходившее на свадьбе было для меня не первым и не последним случаем потери контроля над собой. При рождении нашего первенца акушеркам пришлось отвлечься от корчившейся в потугах жены, когда я побледнел и рухнул на пол. Я застыл без единой мысли в голове на публичных выступлениях и презентациях, а несколько раз даже покидал с позором сцену. Я сбегал со свиданий, уходил с экзаменов, впадал в панику на собеседованиях, во время перелета, в автомобильных и железнодорожных поездках и даже просто на улице. В самый обыкновенный день, когда я занимаюсь самыми обычными делами – читаю, лежу в кровати, говорю по телефону, сижу на собрании, играю в теннис, – на меня накатывает всепоглощающий экзистенциальный ужас, сопровождающийся тошнотой, головокружением, дрожью и прочими физиологическими симптомами. Такое случалось тысячи раз, временами с ощущением неизбежной скорой смерти или чего-то еще более страшного.

Тревога присутствует постоянным фоном, даже когда не скручивает меня в паническом приступе: меня беспокоит здоровье (собственное и родных), финансовые вопросы, работа, непонятный стук в машине и капель в подвале, приближение старости и неотвратимость смерти, всё и ничто. Иногда это беспокойство выражается в легком физическом дискомфорте – боль в желудке, головная боль, головокружение, ломота в руках и ногах – или общем недомогании, как при мононуклеозе или гриппе. Бывало, что от тревоги мне становилось трудно дышать, глотать, даже идти и ни о чем другом, кроме своего состояния, я думать не мог.

Кроме того, у меня имеется ряд вполне конкретных страхов и фобий. В частности, боязнь замкнутого пространства (клаустрофобия), боязнь высоты (акрофобия), боязнь потери сознания (астенофобия), боязнь оказаться вдали от дома (разновидность агорафобии), боязнь

микробов (бациллофобия), сыра (турофобия), публичных выступлений (разновидность социофобии), перелетов (аэрофобия), рвоты (эметофобия) и, разумеется, тошноты в самолете (аэро-наусифобия).

В детстве, когда мама, уходя на вечерние занятия на юридическом, оставляла меня с няней, я изводил себя подозрениями, что родители бросили меня навсегда или погибли в автокатастрофе (в медицине это называется «сепарационная тревожность», боязнь разлуки). К семи годам я протоптал заметные дорожки на ковре, в беспокойстве расхаживая туда-сюда по комнате и мысленно моля родителей вернуться. В первом классе я каждое утро отправлялся с психосоматическими головными болями к школьной медсестре, слезно прося отпустить меня домой. К третьему классу головные боли сменились желудочными, но ежедневные визиты в школьный медицинский кабинет продолжались по-прежнему. В старших классах я намеренно проигрывал в теннис и сквош, не выдерживая напряжения, которое порождала сама необходимость состязаться. На единственном – первом и последнем – свидании в тех же старших классах, когда девушка, воспользовавшись романтическим моментом (мы рассматривали созвездия в телескоп), потянулась ко мне с поцелуем, я отпрянул, испугавшись, что меня сейчас вырвет от накативших эмоций. После такого позора я перестал отвечать на ее телефонные звонки.

Иными словами, начиная с двухлетнего возраста я представляю собой комок фобий, страхов и неврозов. А в десять лет меня впервые обследовали в психиатрической клинике и отправили к психиатру для лечения тревожности.

Я перепробовал индивидуальную психотерапию (на протяжении 30 лет), семейную терапию, групповую терапию, когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), рационально-эмоциональную терапию (РЭПТ), терапию принятия и ответственности (ТПО), гипноз, медитацию, ролевые игры, экспозиционную терапию – интероцептивную и воздействие *in vivo*<sup>3</sup> – поддерживающе-экспрессивную терапию, десенсибилизацию и переработку движениями глаз (ДПДГ), литературу по самопомощи, массаж, молитвы, акупунктуру, йогу, философию стоиков и аудиозаписи из «Магазина на диване». А еще лекарства. Тонны лекарств. Торазин. Имипрамин. Дезипрамин. Хлорфенирамин. Нардил. Буспар. Прозак. Золофт. Паксил. Велбутрин. Эффексор. Селекса. Лексапро. Симбалта. Лувокс. Тразодон. Левоксил. Пропранолол. Транксен. Серакс. Сентракс. Зверобой. Золпидем. Валиум. Либриум. Ативан. Ксанакс. Клонопин.

А еще пиво, вино, джин, бурбон, водка и виски.

Результат? Нулевой.

Хотя нет, вру. Некоторые медикаменты все же помогали, но временно. Торазин (антидепрессант, раньше относившийся к категории сильных успокоительных) в сочетании с имипрамином (трициклический антидепрессант) спасал меня от психушки в средней школе, в начале 1980-х гг. Дезипрамин (еще один трициклик) я принимал, когда мне было за 20. Паксил (селективный ингибитор обратного захвата серотонина – СИОЗС) позволил примерно на полгода ощутимо снизить уровень тревожности, но потом страхи вернулись. На ксанаксе, пропранололе и водке я (почти) продержался во время книжного турне, выступлений на публике и в телеэфире уже 30-летним. Двойной виски с ксанаксом и драмамином, проглоченный во время посадки в самолет, может чуть скрасить путешествие по воздуху, а два двойных виски, принятых с минимальным перерывом, способны приглушить экзистенциальный ужас (он притупляется и словно немного отступает).

Однако все эти способы оказались бессильны против фундаментальной тревожности, словно впаянной в душу и заложенной в тело и временами превращающей жизнь в ад. С годами надежда излечиться истаяла до смиренного желания хотя бы сжиться с этой тревожностью, компенсироваться, не превращаясь в трясущийся, дерганный комок нервов.

---

<sup>3</sup> Вживую (лат.)



Тревога – самая выдающаяся психическая особенность западной цивилизации.

Р. Уиллоуби. *Магия и родственные явления (Magic and Cognate Phenomena, 1935)*

Тревожность с сопутствующими расстройствами является на сегодняшний день самым распространенным из официально классифицированных психических заболеваний в Соединенных Штатах, опережая в этом отношении даже депрессию и другие аффективные расстройства. По данным Национального института психического здоровья, около 40 миллионов американцев, то есть почти каждый седьмой, страдает в обозримый период каким-нибудь видом тревожного расстройства, и именно на эти диагнозы приходится 31 % расходов на охрану психического здоровья в США<sup>[1]</sup>. Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, у тревожных расстройств «вероятность возникновения в течение жизненного срока»<sup>[2]</sup> превышает 25 %, то есть, если это действительно так, каждый четвертый из нас в любой момент жизни может ощутить на себе пагубное воздействие тревожности. И оно действительно пагубно: последние научные публикации позволяют сравнить вызываемые тревожным расстройством психические и физические нарушения с последствиями диабета – они точно так же иногда поддаются коррекции, иногда смертельны, однако всегда мучительны. По данным исследования, опубликованного в *The American Journal of Psychiatry* в 2006 г.<sup>[3]</sup>, ежегодно американцы теряют в общей сложности 321 миллион рабочих дней из-за тревожного состояния и депрессии, что выливается в 50 миллиардов долларов экономического ущерба для страны. В отчете Статистического управления Министерства труда США за 2001 г. указано, что в среднем американский рабочий, страдающий от тревожного или стрессового расстройства, пропускает в год 25 рабочих дней<sup>[4]</sup>. В 2005 г., за три года до последнего экономического кризиса, в США было выписано 53 миллиона рецептов на одни только успокоительные ативан и ксанакс<sup>[5]</sup>. (В первые недели после трагедии 11 сентября количество рецептов на ксанакс выросло на 9 % по всей стране и на 22 % в Нью-Йорке<sup>[6]</sup>.) В сентябре 2008 г. спрос на успокоительные в Нью-Йорке подскочил в связи с экономическим кризисом: когда банки начали лопаться, а фондовый рынок рухнул, количество рецептов на антидепрессанты и успокоительные увеличилось по сравнению с предыдущим годом на 9 %, а рецептов на снотворное – на 11 %<sup>[7]</sup>.

Вопреки утверждениям, будто тревожность – типично американский недуг, страдают от нее не одни американцы. Согласно опубликованному в Англии в 2009 г. исследованию Фонда охраны психического здоровья<sup>[8]</sup>, сейчас тревожные расстройства наблюдаются у 15 % жителей Великобритании, и масштабы бедствия растут: 37 % британцев жалуются на повышенную (по сравнению с прошлым) подверженность страхам. В статье в *The Journal of the American Medical Association* клиническую тревожность называли самым распространенным видом аффективных расстройств во многих странах<sup>[9]</sup>. Авторы международного обзора исследований тревожности, опубликованного в 2006 г. в *The Canadian Journal of Psychiatry*<sup>[10]</sup>, приходят к заключению, что в тот или иной период жизни от тревожного расстройства страдает каждый шестой человек в мире и эта болезнь длится не менее года. Схожие цифры приводятся в других научных работах<sup>[11]</sup>.

Разумеется, эти данные охватывают только таких, как я, попадающих по нескольким произвольным диагностическим критериям, установленным Американской психиатрической ассоциацией, в категорию *клинических* пациентов. На самом же деле от тревожности страдают не только обладатели официального диагноза. Как утверждают терапевты<sup>[12]</sup>, на тревожность их пациенты жалуются чаще, чем на простуду. Согласно одному крупномасштабному исследованию, проведенному в 1985 г.<sup>[13]</sup>, из общего числа поводов для обращения к врачу 11 % с лишним составляли жалобы на тревожность; другая работа, вышедшая годом позже, утверждала, что с «острой тревожностью» обращается к терапевту каждый третий больной<sup>[14]</sup>. (По данным

прочих исследований, бензодиазепины вроде валиума или ксанакса принимают 20 % пациентов американских учреждений первичной медицинской помощи<sup>[15]</sup>.) И почти каждому из нас в тот или иной момент доводилось терзаться тревогой (или страхом, стрессом, беспокойством – явлениями хоть и иного порядка, но родственными). Кстати, невозможность испытывать тревогу – патология куда более серьезная и куда более опасная для общества, чем подверженность острым и иррациональным тревожным приступам. Патология эта называется социопатией.

Вряд ли кто-то сегодня будет спорить с тем, что хронический стресс – отличительная черта нашей эпохи и что тревожность стала своего рода культурным явлением современности. Как уже не раз повторяли в наш ядерный век, мы живем в эпоху тревоги, и этот расхожий штамп только подтверждают события последних лет, когда Америке пришлось пережить и террористическую угрозу, и экономические неурядицы и кризисы, и масштабные социальные трансформации.

И тем не менее еще 30 лет назад тревожность просто не существовала как клиническая категория. В 1950 г. психоаналитик Ролло Мэй в своей книге «Смысл тревоги» (*The Meaning of Anxiety*) отмечал, что к тому моменту написать отдельную работу о тревожности сочли нужным лишь двое мыслителей: Сёрен Кьеркегор и Зигмунд Фрейд. В 1927 г., как следует из библиографии *Psychological Abstracts*, вышли в свет только три научные статьи о тревожности, в 1941 г. – всего 14 и даже в 1950 г. – только 37. Самая первая научная конференция, посвященная исключительно проблемам тревожности, состоялась лишь в июне 1949 г. И только в 1980 г., когда были разработаны и выведены на рынок новые медикаменты для лечения тревожности, тревожные расстройства наконец вошли в третье издание «Руководства по диагностике и статистическому учету психических расстройств» (*DSM – III*) Американской психиатрической ассоциации, заменив фрейдовские неврозы. Лечение в данном случае опередило диагноз, то есть изобретение транквилизаторов способствовало возникновению тревожности как диагностической категории.

Сейчас о тревожности пишутся тысячи научных работ ежегодно, ей целиком посвящено несколько специализированных научных журналов. Исследователи тревожности постоянно делают все новые открытия, касающиеся, помимо причин возникновения и способов лечения собственно тревоги, принципов функционирования сознания в целом, взаимосвязей между телом и сознанием, генами и поведением, молекулами и эмоциями. Функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) позволила связать субъективные эмоции с определенными участками мозга и даже выделить различные типы тревоги, исходя из наблюдаемых проявлений мозговой активности. В частности, общее беспокойство о будущем (например, моя тревога, не рухнет ли издательский бизнес до выхода этой книги или смогут ли мои дети позволить себе высшее образование), как правило, выражается в повышенной активности лобных долей мозговой коры. Острая тревога, которую некоторые испытывают во время публичных выступлений (вроде того дикого, хоть и притупленного медикаментами и алкоголем, ужаса, охватившего меня на недавней лекции) или проявляющаяся у особо застенчивых во время общения, вызывается повышением активности в передней поясной коре. Тревожность при обсессивно-компульсивном расстройстве на томограмме выражается в нарушениях в нервной цепи, соединяющей лобные доли с глубинными структурами – базальными ганглиями. Благодаря новаторскому исследованию, проделанному нейробиологом Джоозефом Леду в 1980-х гг., мы знаем, что большинство страхов так или иначе формируется или по крайней мере обрабатывается в миндалевидном теле – крохотном подкорковом образовании, которое за последние 15 лет многократно становилось предметом нейробиологических исследований тревожности.

Мы гораздо больше Фрейда и Кьеркегора знаем теперь о том, как различные нейромедиаторы, в частности серотонин, дофамин, гамма-аминомасляная кислота, норадреналин и нейропептид Y, снижают или повышают тревожность. Мы знаем, что у тревожности имеется

ярко выраженная генетическая составляющая, и даже постепенно вычленим ее компоненты. В 2002 г. (и это лишь один из многих сотен примеров) гарвардские ученые выделили ген, получивший в прессе название «ген Вуди Аллена»<sup>[16]</sup>, который активирует определенную группу нейронов в миндалевидном теле и в других ключевых участках рефлекторной дуги, отвечающих за поведение при испуге. Теперь исследователи нацеливаются и на другие «гены-кандидаты», измеряя статистическую корреляцию между определенными видами генетических вариаций и тревожными расстройствами, а также изучая химические и нейроанатомические механизмы, «опосредующие» эту корреляцию, выясняя, за счет чего генетическая предрасположенность превращается в тревожную эмоцию или расстройство.

«Самое замечательное в изучении тревоги и как эмоции, и как класса расстройств, – говорит доктор Томас Инсел, руководитель Национального института психического здоровья, – что здесь мы от исследования молекул, клеток и системы в целом переходим непосредственно к эмоциям и поведению. Мы наконец сумеем соединить гены и клетки с мозгом и его системами»<sup>[17]</sup>.

Страх возникает вследствие бессилия духа и потому не поддается доводам рассудка.

*Барух Спиноза (ок. 1670 г.)*

Тем не менее, как подсказывает мой личный опыт, несмотря на все открытия в области нейробиологии и нейроанатомии, споры о причинах тревожности и способах ее лечения на психологическом фронте еще не утихли. Если психофармакологи и психиатры, к которым я обращался, уповают на медикаменты как на средство борьбы с тревогой, то специалисты по когнитивно-поведенческой терапии (к которым я тоже обращался) склонны считать, что медикаменты отчасти эту тревогу и вызывают.

Разногласия между когнитивно-поведенческой терапией и психофармакологией лишь последний виток в споре, который продолжается не первую тысячу лет. Благодаря молекулярной биологии, биохимии, регрессионному анализу и функциональной МРТ стали возможными открытия, точные научные данные и методы лечения, о которых Фрейд с предшественниками и мечтать не могли. Но хотя изучение тревожности действительно, как сказал руководитель НИПЗ Томас Инсел, ведется на переднем крае науки, нельзя не признать и другое: в определенном смысле ничто не ново под луной.

Предвестником современной когнитивно-поведенческой терапии можно считать голландско-еврейского философа XVII в. Баруха Спинозу, рассматривавшего тревожность как элементарное нарушение логики. Ложные умозаключения вызывают у нас страх перед неподвластным, утверждал Спиноза за триста с лишним лет до современных специалистов по когнитивно-поведенческой терапии. (Бояться того, что мы не в силах контролировать, бессмысленно, поскольку страх все равно ничего не изменит.) Судя по биографическим источникам, характеризующим Спинозу как человека исключительно спокойного, ему лично собственная философия помогала. Однако еще за 1600 лет до Спинозы ту же самую мысль о ложных умозаключениях высказал философ-стоик Эпиктет. «Людей волнуют не сами вещи, а мнение о вещах», – писал он в I в. Эпиктет искал источник тревоги не в биологии, а в нашем восприятии действительности. Путь к смягчению тревоги лежит в «исправлении ошибочных представлений», как говорят специалисты по когнитивно-поведенческой терапии. Стоиков можно, по сути, считать настоящими основоположниками КПТ. Утверждая, что «не столь многое мучит нас, сколь многое пугает, и воображение доставляет нам больше страданий, чем действительность»<sup>4</sup>, современник Эпиктета Сенека на 20 веков опередил официального основоположника КПТ Аарона Бека, высказывавшего аналогичные соображения в 1950-х гг.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Сенека Луций Анней. Нравственные письма к Луцилию. – М.: Наука, 1977.

Предтечу современной психофармакологии можно отыскать и в более глубоком прошлом. Еще в IV в. до н. э. древнегреческий врач Гиппократ пришел к выводу, что патологическая тревожность – это проблема в первую очередь медико-биологическая. «Вскрыв череп [душевнобольного], – писал Гиппократ, – мы увидим влажный, покрытый испариной и дурно пахнущий мозг». Гиппократ считал причиной помрачения рассудка «телесные соки»: тревогу, по его мнению, вызывает резкий прилив желчи к мозгу. (Аристотель, развивая теорию Гиппократа, придавал значение также температуре желчи: теплая желчь обеспечивает воодушевление и пыл, а холодная – тревогу и трусость.) Гиппократ относил тревожность и другие психические расстройства к медико-биологическим проблемам, которые нужно лечить приведением жидкостей организма в равновесие<sup>6</sup>.

Платон и его сторонники, напротив, склонны были разделять психику и физиологию, опровергая идею об органических истоках тревоги или меланхолии. Биологическую модель душевной болезни один древнегреческий философ назвал «детской выдумкой»<sup>[18]</sup>. По мнению Платона, если лекарь и способен одолеть мелкие психологические недуги (поскольку иногда эмоциональные расстройства получают телесное выражение), глубинные эмоциональные проблемы подвластны только философам. Тревога и другие душевные недомогания проистекают не из нарушения физиологического равновесия, а из дисгармонии в душе, поэтому справиться с ними способны только углубленное самопознание, ужесточенная самодисциплина и философский подход к жизни. Платон (в изложении одного историка философии<sup>[19]</sup>) считал, что, «если тело и разум в целом в порядке, врач, как вызванный для мелкого ремонта сантехник, может исправить отдельные неполадки, но если нарушена система в целом, врач бесполезен». Философию Платон полагал единственным подлинным средством воздействия на душу.

Чушь, возражает Гиппократ. «Все, что пишут философы о естественной науке, к медицине относится не больше, чем к живописи»<sup>[20]</sup>, – утверждал он<sup>7</sup>.

Что же такое патологическая тревожность – клиническая болезнь, как считают Гиппократ, Аристотель и современные фармакологи? Или философская проблема, как полагают Платон, Спиноза и специалисты по КПТ? Или проблема психологическая, результат детской психотравмы или подавления сексуальных инстинктов, как сказали бы фрейдисты? Или духовное состояние, как утверждал Сёрен Кьеркегор и его последователи-экзистенциалисты? Или, наконец, как заявляют Уистен Оден, Дэвид Рисмен, Эрих Фромм, Альбер Камю, а также десятки современных исследователей, культурный феномен, особенность нашей эпохи и общественного устройства?

Правда в том, что тревожность одновременно феномен биологии и философии, тела и духа, инстинкта и рассудка, личности и культуры. Тревога, переживаемая как ощущение на духовном и психологическом уровне, поддается научным измерениям на уровне молекулярном и физиологическом. Она порождается и наследственностью, и средой. Это и психоло-

<sup>5</sup> В каком-то смысле Сенека предвосхитил и знаменитое высказывание Франклина Рузвельта: «Нам нечего бояться, кроме самого страха».

<sup>6</sup> Согласно Гиппократу, физическое и душевное здоровье обеспечивается равновесием так называемых четырех влаг или телесных жидкостей: крови, флегмы, черной желчи и желтой желчи. От соотношения этих жидкостей зависит темперамент: в частности, преобладание крови над остальными «соками» проявляется румянцем и «сангвинической» живостью, а также вспыльчивостью, тогда как преобладание черной желчи дает бледность и меланхолию. Гармония жидкостей (эукразия) означает здоровье, нарушение же равновесия (дискразия) ведет к болезни. И хотя гуморальная теория Гиппократа давно опровергнута, продержалась она не так уж и мало – 2000 лет, до начала XVIII в., оставив нам в наследство такие эпитеты, как «флегматичный» или «желчный», а также биомедицинский подход к проблемам тревожности и психических заболеваний в целом.

<sup>7</sup> Или кто-то из его последователей. Большинство историков сходится в мнении, что дошедшие до нас Гиппократовы труды на самом деле написаны его преемниками. Часть сочинений в общем корпусе, судя по всему, написана после смерти Гиппократа, скорее всего, его зятем Полибом (либо его сыновьями Драконом и Фессалом, которые тоже были выдающимися врачами). Я для простоты буду ссылаться на Гиппократа как на единственного автора этих трудов, поскольку основная идея в любом случае принадлежит ему.

гическое явление, и социологическое. Выражаясь языком компьютерщиков, это одновременно проблема и «железа» (где-то что-то неправильно подключено), и программного обеспечения (сбои в программном коде, рождающие тревожные мысли). Темперамент обусловлен множеством факторов; даже если кажется, будто на эмоциональный склад повлияло что-то одно – подгулявший ген или детская травма, на самом деле все может быть иначе. Кто возьмется утверждать, что прославленная невозмутимость Спинозы обусловлена именно философией, а не физиологией? Что, если стоические убеждения продиктованы генетически запрограммированным низким уровнем вегетативного возбуждения, а не наоборот?

Неврозы порождаются не только отдельными переживаниями человека, но также теми специфическими культурными условиями, в которых мы живем <...>. Например, судьбой отдельного человека является иметь деспотическую или «жертвующую собой ради детей» мать, но тот или иной тип матерей определяется данными культурными условиями. Неврозы возникают не только из случайных переживаний, но и из специфических культурных условий, в которых человек живет. <...> Конкретная мать может быть деспотичной или жертвенной, однако материнский деспотизм или жертвенность как таковые диктуются определенными культурными условиями.

*Карен Хорни. Невротическая личность нашего времени (The Neurotic Personality of Our Time, 1937)<sup>8</sup>*

Тревожность у меня в крови – за подтверждениями можно далеко не ходить. Мой прадед Честер Хэнфорд, много лет проработавший заместителем декана по работе со студентами, в конце 1940-х гг. угодил в больницу Маклина (знаменитую психиатрическую клинику в Бельмонте, штат Массачусетс) с острой тревожностью. Последние 30 лет его жизни были наполнены страданиями. И хотя благодаря лекарствам и электрошоковой терапии иногда удавалось добиться ремиссии, облегчение оказывалось временным. При самых мучительных приступах в 1960-х гг. он сворачивался жалким комком в своей кровати, издавая, по свидетельству моих родителей, нечеловеческие стоны. Его жена, моя прабабка, умная и сильная женщина, придавленная тяжким грузом ответственности и ухода за ним, скончалась в 1969 г. от передозировки снотворного с виски.

Сын Честера Хэнфорда приходится мне дедом по материнской линии. В свои 93 он на редкость успешный и (на сторонний взгляд) уверенный в себе человек. Однако склонность к беспокойству не миновала и его, и почти всю свою жизнь он окружал себя ритуалами, характерными для обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), которое официально классифицируется как разновидность тревожности. Так, например, из любого здания он выходил только через ту дверь, в которую вошел, каких бы сложных логистических маневров ни требовало это суеверие. Моя мать, в свою очередь, паникерша хроническая и легковозбудимая, страдающая многими из тех же фобий и неврозов, которые донимают и меня. Она старательно избегает высоты (стеклянных лифтов, горных подъемников), публичных выступлений и рискованных действий в принципе. Как и я, она смертельно боится рвоты. В молодости она страдала от частых и сильных панических атак. В самые тяжелые периоды (как утверждает мой отец, ее бывший муж) ее страхи граничили с паранойей: беременная мной, она мучилась подозрениями, что за нашей квартирой следит серийный убийца на желтом «фольксвагене»<sup>9</sup>. Мою младшую и единственную сестру одолевает такая же тяжелая тревожность, как у меня, хоть и иного содержания. В качестве медикаментов сестра, как и я, принимала селексу – а еще

<sup>8</sup> Хорни К. Невротическая личность нашего времени. – М.: Прогресс, 1993.

<sup>9</sup> Сейчас мои родители, уже 15 лет как разведенные, придерживаются разных точек зрения на тогдашнюю паранойю: отец считает ее тяжелой, мать – незначительной (тем более, по ее словам, в районе в то время действительно искали маньяка).

прозак, велбутрин, нардил, нейронтин и буспар. Не помогло ничего, и сейчас она отказалась от психотропных препаратов вовсе, что среди моей взрослой родни по материнской линии редкость. (Остальные родственники со стороны матери также годами спасались антидепрессантами и успокоительными.)

Одних только примеров из четырех поколений моей родни по материнской линии (не считая психопатологических проявлений со стороны отца, который в мои подростковые годы напивался до беспамятства по пять раз в неделю) вполне достаточно, чтобы предположить у меня генетическую предрасположенность к тревожности и депрессии.

И все же сами по себе эти факты еще ничего не доказывают. Кто знает, вдруг проявляющаяся из поколения в поколение по материнской линии тревожность обусловлена вовсе не генами, а обстоятельствами? В 1920-х гг. у моих прадеда с прабабкой умер от инфекции ребенок. Это их подкосило. Возможно, именно эта травма и последующие переживания из-за гибели множества его студентов во Второй мировой и надломила прадедову психику, а заодно и дедову. На момент смерти своего брата дед учился в начальной школе и навсегда запомнил, как сидел рядом с крошечным гробиком в катафалке, едущем на кладбище. Не исключено, что и мать мою «заразили» тревогой душевные муки ее деда, а также ритуалы и суеверия ее отца (не говоря уже о страхах ее собственной мнительной матери). В психологии такое явление называется моделированием поведения. Возможно, и я перенял постоянно наблюдаемые у матери фобии. Несмотря на достаточные подтверждения тому, что определенные страхи, особенно когда-то имевшие адаптивный характер в дикой среде (боязнь высоты, змей, грызунов), могут передаваться генетически, «консервироваться» в ходе эволюции, не будет ли столь же (а может, и более) логично предположить, что я научился страху, наблюдая за матерью? Или что нервную возбудимость у меня сформировала нестабильная психологическая обстановка, в которой я рос: мнительность матери, запой отца, несчастливый в целом брак, закончившийся разводом? А может, во всем виноваты паранойя и паника матери во время беременности, вызвавшие гормональную «бурю и натиск»? По данным исследований<sup>[21]</sup>, у матери, испытывающей стресс во время беременности, повышается вероятность родить тревожного ребенка<sup>10</sup>. Философ Томас Гоббс появился на свет раньше срока – у его матери, напуганной вестями о приближении к английским берегам Непобедимой армады, начались в апреле 1588 г. преждевременные схватки. «Страх – мой брат-близнец»<sup>[22]</sup>, – заявлял Гоббс, списывая свой тревожный темперамент на скоропалительные роды, вызванные испугом матери. Возможно, учение Гоббса о том, что сильное государство должно защищать граждан от насилия и невзгод, которые они естественным образом друг на друга навлекают (как известно, жизнь он называл «беспросветной, жестокой и короткой»), было продиктовано тревожным темпераментом, сформировавшимся еще в утробе во время гормональной стрессовой бури у матери.

А может, истоки моей тревоги нужно искать даже не в личных жизненных переживаниях и унаследованных генах, а еще глубже – в истории и культуре? Родители моего отца, евреи, бежали в 1930-х гг. от нацистов. В результате бабка по отцовской линии стала отъявленной антисемиткой, отрекшись от своих еврейских корней из страха перед преследованиями. Нас с младшей сестрой растили в лоне епископальной церкви, скрывая еврейское происхождение до моего поступления в колледж. Отец, в свою очередь, на всю жизнь «ушибленный» Второй мировой и нацизмом в частности, без конца пересматривал документальный телесериал «Мир в войне» (World at War). Под закадровую бравурную музыку, аккомпанировавшую наступлению немцев на Париж, прошли мои детские годы<sup>11</sup>. В любом случае у многостра-

<sup>10</sup> Согласно одному из исследований, у детей, находившихся в утробе во время трагедии 11 сентября 2001 г., в возрасте шести месяцев все еще наблюдался в крови повышенный уровень гормонов стресса. Схожие наблюдения – о приобретении детьми еще до рождения повышенного исходного уровня стрессовых физиологических показателей – делались также во время войн и других катаклизмов.

<sup>11</sup> Когда мама уезжала на вечерние занятия, мы с сестрой слонялись по дому без дела, а отец, наигравшись фуг Баха

дальних евреев за плечами тысячелетний опыт страха, возможно, именно поэтому, согласно ряду исследований<sup>[23]</sup>, мужчины-евреи страдают от депрессий и тревожности на порядок чаще, чем представители других этнических групп<sup>12</sup>.

Мамин же культурно-этнический багаж был исключительно протестантским: гордый потомок первопоселенцев с «Мэйфлауэра», она до недавнего времени всецело разделяла принцип «Нет такой эмоции и семейной проблемы, которую нельзя подавить и скрыть».

И вот он я, клубок еврейских и протестантских патологий – нервный паясничавший еврей, загнанный внутрь подавляющего свои чувства нервного англосаксонского протестанта. Еще бы мне не страдать от тревог: я словно Вуди Аллен в шкуре Жана Кальвина.

А может, моя тревожность все-таки норма, естественная реакция на тревожные времена? Когда на телеэкраны вышел фильм «На следующий день» (The Day After) – антиутопия о последствиях ядерной войны, я учился в средних классах. В отрочестве мне регулярно снились обрушивавшиеся с неба ядерные ракеты. Что это было – проявление психопатологической тревожности? Или закономерная реакция на окружающую обстановку? В конце концов, на протяжении 1980-х гг. эта же самая обстановка не давала покоя стратегам оборонной политики. Холодная война, разумеется, уже давно закончилась, но на смену ей пришли угоны самолетов, «грязные» бомбы, террористы-смертники, химические атаки и сибирская язва, не говоря уже об атипичной пневмонии, свином гриппе, фармакорезистентном туберкулезе, перспективе всемирного апокалипсиса в результате глобального потепления, а также вечные стрессы глобальных экономических кризисов и бесконечных, кажется, пертурбаций мировой экономики. Насколько можно измерить воздействие этих факторов, похоже, что каждая эпоха социальных трансформаций повышает градус тревожности у населения. В нашу постиндустриальную эру экономической нестабильности, когда общественное устройство постоянно перекраивается, а профессиональные и гендерные роли то и дело меняются, может быть, тревога – это как раз нормальная (и даже адаптивная) реакция?

На каком-то уровне – да, так и есть, по крайней мере в том смысле, что разумные опасения всегда (или часто) способствуют адаптации. Согласно Чарльзу Дарвину (который сам страдал от суровой агорафобии, на много лет заточившей его в четырех стенах после путешествия на «Бигле»), у видов, способных на «оправданный страх», повышается вероятность выживаемости. У нас, тревожных, меньше шансов лишиться генофонд своих генов, сверзившись с какого-нибудь утеса или подавшись в пилоты истребителя.

Как показало проведенное 100 лет назад двумя гарвардскими психологами, Робертом Йерксом и Джоном Диллингемом Додсоном, фундаментальное исследование<sup>[24]</sup>, умеренная тревожность улучшает эффективность деятельности как у людей, так и у животных. Излишняя тревожность, разумеется, затрудняет функционирование, однако пониженная тревожность, оказывается, не менее вредна. Еще в 1950-х гг., когда начался бум успокоительных, некоторые психиатры предупреждали, как опасен для общества недостаточный уровень тревоги. «Мы рискуем получить искусственно ослабленную расу, что вряд ли благоприятно для ее будущего», – писал один из них<sup>[25]</sup>. «Ван Гог, Исаак Ньютон – гении и великие творцы в большинстве своем уравновешенностью не отличались, – доказывал другой психиатр<sup>[26]</sup>. – Это были нервные, амбициозные люди, неугомонные, постоянно сменяемые тревогой».

Неужели именно такой ценой – заглушая проблески гениальности фармакологическими или иными методами – обществу удастся радикально снизить тревожность? Оправдана ли эта цена?

---

на пианино, устраивался с миской попкорна и бутылкой джина смотреть «Мир в войне».

<sup>12</sup> Кроме того, по некоторым данным, высокий IQ у евреев ашкенази так или иначе связан с их повышенным уровнем тревожности, а связь тревожности с уровнем интеллекта и воображением находит убедительные эволюционные объяснения. (Согласно ряду исследований, средний IQ евреев ашкенази на 8 баллов выше, чем у обладателей следующего места в рейтинге – северо-восточных азиатов, и дает более высокое, чем у других европейцев, среднеквадратическое отклонение.)

«Без тревог не было бы успехов, – говорит Дэвид Барлоу, основатель и почетный директор Центра изучения тревожности и сопутствующих расстройств при Бостонском университете. – В накладе остались бы и спортсмены, и артисты, и руководители, и ремесленники, и студенты; снизился бы уровень творческой деятельности; даже сеять и пахать перестали бы. Сбылась бы заветная мечта нашего вечно спешащего общества – возлежать в блаженной нирване под сенью деревьев. Для нашего вида это будет смертный приговор сродни ядерной войне»<sup>[27]</sup>.

Я пришел к убеждению, что тревожность идет с умственной деятельностью рука об руку, и чем глубже мы постигаем природу тревожности, тем больше мы узнаем об интеллекте.

*Говард Лидделл. Настороженность и развитие невроза у животных (The Role of Vigilance in the Development of Animal Neurosis, 1949)*

Около 80 лет назад Фрейд назвал тревожность «тайной, решение которой должно пролить свет на всю нашу душевную жизнь». Разгадав загадку тревоги, полагал он, мы сделаем огромный шаг к проникновению в тайны разума – сознания, эго, личности, интеллекта, воображения, творчества, не говоря уже о боли, страданиях, надежде и сожалении. Постичь тревожность – значит в определенном смысле постичь человеческую натуру как таковую.

В разные времена у разных народов тревога понималась и принималась по-разному, и эта разница может многое нам рассказать об этих народах и временах. Почему древнегреческие представители Гиппократовой школы рассматривали тревогу главным образом как клиническое состояние, а философы Просвещения видели в ней интеллектуальную проблему? Почему ранние экзистенциалисты считали тревогу духовным состоянием, а врачи «позолоченного века» – исключительно англосаксонской (католиков, по их мнению, эта напасть миновала) реакцией на стресс промышленной революции? Почему для ранних фрейдистов тревога была психологическим состоянием, проистекающим из подавления сексуальных желаний, а мы сегодня снова склонны расценивать ее как патологию и нейрохимическое расстройство, результат сбоя биомеханики?

Сказывается ли в такой смене взглядов поступь прогресса и развитие науки? Или это всего лишь циклы, свойственные любой цивилизации? Как характеризует соответствующие народы тот факт, что американцы, попав в приемный покой с панической атакой, подозревают у себя сердечный приступ, а японцы беспокоятся, как бы не упасть в обморок? Получит ли «сердечное недомогание», на которое жалуется иранец, диагноз «паническая атака» у западного психиатра? А *ataques de nervios* (истерики) у южноамериканцев – это все те же панические атаки с южным колоритом или, как считают современные исследователи, совершенно иной культурный и медицинский синдром? Почему лекарства от тревожности, помогающие американцам и французам, так слабо действуют на китайцев?

При всем богатстве и многообразии этих культурных особенностей нельзя не отметить глубинную общность переживаний в разные времена у разных народов, говорящую об универсальности тревоги как свойства человеческой природы. Даже пропущенный через своеобразные культурные обычаи и верования гренландских эскимосов прошлого столетия синдром под названием «каяковый страх» (выражавшийся в боязни уходить на тюленью охоту в одиночку) по описанию не особенно отличается от того, что мы сегодня зовем агорафобией. Вполне современными выглядят случаи патологической тревожности, приводимые в древних трудах Гиппократов. Так, один из его пациентов испытывал страх перед кошками (простая фобия, которой сегодня по медицинской страховке присвоили бы код 300.29 согласно пятой редакции «Руководства по диагностике и статистическому учету психических расстройств» – DSM – V), а другой пациент боялся ночной темноты. Третьего, по свидетельству Гиппократов, «охватывал ужас» при звуках флейты, четвертый не мог пройти рядом с «самой мелкой канавой», хотя прошагать по самой канаве ему труда не составляло (типичные признаки акрофо-



бии, боязни высоты). В тех же трудах Гиппократ упоминается пациент, у которого сейчас диагностировали бы паническое расстройство в сочетании с агорафобией (код 300.22 по DSM – V). Недуг этот, как характеризует его Гиппократ, «проявляется вдали от родных мест, когда на безлюдной дороге человека охватывает страх». В приводимых Гиппократом синдромах узнаются клинические явления, описанные в последних выпусках *Archives of General Psychiatry* и *Bulletin of the Menninger Clinic*.

Это сходство перебрасывает мост над зияющей пропастью тысячелетий и наводит на мысль, что, несмотря на все культурно-исторические различия, в физиологическом отношении тревожность может оказаться универсальным человеческим свойством.

Цель моей книги – исследовать «загадку» тревожности. Я не врач, не психолог, не социолог, не историк, не науковед – будь на моем месте любой из них, этот труд приобрел бы куда больший академический вес. В моем же случае получился некий синтез, репортаж, попытка увязать между собой накопленные знания и представления о тревожности, заимствованные из истории, литературы, философии, религии, поп-культуры и последних научных исследований, приправив их имеющимся (увы, в избытке) личным опытом. Копание в собственных неврозах может показаться верхом нарциссизма (тем более что заикленность на себе, как выясняется, тоже связана с тревожностью), однако здесь у меня имеются достойные предшественники. В 1621 г. оксфордский ученый Роберт Бертон выпустил ставшую классикой «Анатомию меланхолии» (*The Anatomy of Melancholy*) – увесистый энциклопедический труд объемом в 1300 страниц, на которых сквозь масштабные научные выкладки пробивается поток слезных тревожно-депрессивных жалоб. В 1733 г. выдающийся лондонский врач и один из самых влиятельных мыслителей-психологов XVIII в. Джордж Чейн опубликовал «Английскую болезнь» (*The English Malady*), включающую 40-страничную главу «Случай автора» (посвященную его «братьям по несчастью»), в которой он в подробностях описал собственные многолетние неврозы (в частности, «испуг, тревогу, страх и ужас» и «меланхолический испуг и панику, при которых у меня отказывал разум»), а также физические симптомы (в том числе «внезапные приступы головной боли», «резкую дурноту в желудке», «непреходящий спазм и мерзкий вкус во рту»). Из примеров более современных: Чарльзом Дарвином, Зигмундом Фрейдом и Уильямом Джеймсом в их интеллектуальных одиссеях в значительной степени двигало стремление постичь собственные тревожные расстройства и найти способ их обуздать. Фрейд в разработке теории психоанализа учитывал, среди прочего, собственную паническую боязнь поездов и ипохондрию; Дарвин после путешествия на «Бигле» оказался надолго заточен в четырех стенах болезнями стрессового происхождения – не один год он искал избавления от своей тревожности, лечась водами и, по совету одного доктора, обкладываясь льдом. Джеймс свои фобии старался скрыть от общественности, но втайне часто страдал от ужаса. «Каждое утро я просыпался с ужасным ощущением страха, которое локализовалось в области желудка, и с таким чувством незащитности и беспомощности, которого я не знал раньше и никогда не испытывал впоследствии»<sup>13</sup>.

В отличие от Дарвина, Фрейда и Джеймса, я не собираюсь выводить никаких принципиально новых естественно-научных или психологических теорий. Эта книга написана скорее из желания разобраться в тревожном расстройстве и найти спасение от него либо пользу в нем. Эти поиски уводили меня то в глубины истории, то на передние рубежи современной науки. Уже восемь лет я перелопачиваю сотни тысяч страниц написанного о тревожности за последние три тысячелетия.

К счастью, моя жизнь пока обходится без крупных трагедий и мелодрам. Я не сидел в тюрьме. Не лежал в реабилитационной клинике. Ни на кого не нападал, не совершал попы-

<sup>13</sup> Джеймс У. Многообразие религиозного опыта. – М.: Русская мысль, 1910.

ток самоубийства. Не просыпался голым в чистом поле, не шлялся по наркопритонам, меня не увольняли с работы после срыва. По сравнению с другими психопатологиями мою (по крайней мере большей частью и на сторонний взгляд) буйной не назовешь. Роберт Дауни-младший на главную роль в фильме о моей жизни пробоваться не станет. У меня, как говорится в специализированной литературе, компенсированный случай тревожного расстройства или психического заболевания. Тем более что расстройство это я довольно умело скрываю. Многие (в том числе и те, кто вроде бы хорошо меня знает) удивлялись вслух, что мне, такому уравновешенному и невозмутимому, пришло на ум писать книгу о тревожности. Я отвечаю вежливой улыбкой, хотя внутри все переворачивается, а в голове крутится отличительная характеристика фобической личности из научно-популярной книги «Ваша фобия» (Your Phobia): «Потребность и способность сохранять относительно спокойный, невозмутимый вид перед другими, при этом мучаясь острейшими внутренними терзаниями»<sup>14</sup>.

Внешне я кажусь спокойным. Но под этим внешним спокойствием открывается совсем иная картина: я, словно утка, отчаянно гребу лапами, чтобы оставаться на плаву.

Главный мой пациент сейчас – я сам.

*Зигмунд Фрейд Вильгельму Флиссу (август 1897 г.)*

Возможно, зря я решил писать эту книгу. Если я собираюсь избавиться от нервного расстройства, то копать в истории научных знаний о тревожности и заодно в глубинах собственной души – не самый лучший для этого способ.

Перерывая историческую литературу, я набрел на небольшое психологическое пособие, написанное британским ветераном по имени Уилфред Нортфилд, который заработал нервное истощение во время Первой мировой. Десять лет он мучился тревожностью, лишавшей его полноценной жизни, а затем счастливо излечился и написал собственное руководство по исцелению. Опубликованная в 1933 г. книга «Победа над нервами. Вдохновляющая хроника личного триумфа над неврастенией» (Conquest of Nerves: The Inspiring Record of a Personal Triumph over Neurasthenia) стала бестселлером (мой экземпляр – шестого переиздания 1934 г.). В последней главе под названием «Несколько слов в заключение» Нортфилд пишет: «Чего неврастенику следует остерегаться любыми средствами, так это разговоров о своих переживаниях. Ни утешения, ни помощи они ему не принесут. Многоглаголивыми жалобами вы только усиливаете свои муки и бередите тревогу. И потом, это попросту эгоистично», – продолжает он, а в заключение приводит афоризм: «Не показывайте свои раны никому, кроме врача».

Не показывайте свои раны. Тем не менее, идя наперекор 30-летней привычке скрывать тревогу (большей частью успешно), яставляю ее на всеобщее обозрение как знакомым, так и совершенно чужим людям. Если Нортфилд прав (моя мнительная мать с ним тоже согласна), вряд ли эта затея пойдет на пользу моему душевному здоровью. Позиция Нортфилда находит подтверждение и в современных источниках: у тревожных людей имеется патологическая склонность фокусироваться на себе, а значит, погружение в собственную тревожность на длительное время работы над книгой далеко не лучший способ от нее отвлечься<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> «Многие страдающие от тревожного расстройства, в частности от агорафобии и панического синдрома, сильно удивили бы окружающих, сообщив о своих проблемах, ведь внешне эти люди кажутся такими "собранными" и уравновешенными, – говорит психолог Пол Фоксман, возглавляющий Центр изучения тревожных расстройств в Берлингтоне, штат Вермонт. – На вид они вполне довольны жизнью, однако внешняя их ипостась совершенно не похожа на внутреннюю».

<sup>15</sup> Дэвид Барлоу, один из корифеев этой области, отмечает в свойственных ему как специалисту профессиональных терминах, что патологическая, негативная сосредоточенность на себе «выступает неотъемлемой составляющей аффективно-когнитивной структуры тревожности. Негативный фокус самооценки и перекос внимания влекут за собой ухудшение функционирования. Этот сдвиг внимания, в свою очередь, включает порочный цикл тревожных предчувствий, в котором повышение тревоги ведет к дальнейшим сдвигам внимания, ухудшению функционирования и экспоненциальному повышению эмоционального возбуждения».

Еще один аспект, который меня беспокоил: способность сохранять внешнее спокойствие и уверенность много значит для меня в профессиональном плане; из-за тревожности я становлюсь ответственнее и сознательнее (боюсь напортачить), а страх потерять лицо придает мне собранность (тревогу ведь приходится скрывать). Одна бывшая коллега как-то назвала меня «человеком-ксанаксом»: дескать, мой хладнокровный вид (тут я усмехнулся про себя) сам по себе действует успокаивающе, достаточно мне пройти через наэлектризованный тревогой зал – и вокруг разольется умиротворение. Знала бы она! И тем не менее что, если признанием в наигранности своего мнимого спокойствия я лишусь способности успокаивать других и тем самым подорву свой профессиональный авторитет?

Мой нынешний психотерапевт доктор В. утверждает, что признание в своей тревожности, напротив, снизит ощущение стыда и поможет не замыкаться в своих страданиях. Когда я сомневаюсь, стоит ли заявлять на весь мир о своих психических проблемах, доктор В. отвечает: «Вспомните, сколько лет вы держали свою тревожность в тайне. И как, помогло?»

Резонно. Кроме того, существует масса литературы, убедительно доказывающей (вопреки предостережениям Уилфреда Нортфилда и моей матери), что подавление и сокрытие тревоги ее только увеличивает<sup>16</sup>. Однако я все же не могу отделаться от неприятной мысли, что упражнение это не только эгоцентричное и постыдное, но и рискованное: вдруг я, как Хитрый Койот из мультика, обнаружу, заглянув в себя, что вместо привычных внутренних устоев и внешних опор там разверзлась зияющая пропасть.

Я знаю, что эгоизм достоин порицания, равно как и попытки автора вывести себя главным героем своего труда, особенно такого многословного и обстоятельного. Но я подумал: возможно, какому-нибудь великовозрастному павшему духом ипохондрику вроде меня эта писанина покажется бесполезной.

*Джордж Чейн. Английская болезнь (1733)*

«Почему, – спрашивает доктор В., – вам кажется постыдным описывать свою тревожность в книге?»

Потому что психические расстройства до сих пор стигматизированы. Потому что тревожность считается проявлением слабости. Потому что, как безапелляционно заявляли листовки, расклеиваемые на огневых точках союзников на Мальте во времена Второй мировой, «истинному мужчине гордость не позволяет страдать нервами или обнаружить страх». Потому что откровения насчет связанных с тревожностью страданий грозят превратить книгу в поток нытья, вырвавшийся из границ приличий и сдержанности<sup>17</sup>.

Доктор В. на эти соображения отвечает, что терапевтическое воздействие может оказать сам процесс работы над книгой и подготовки к публикации. Публично признаваясь в своей тревожности, я «выйду из тени». Я обрету свободу, развяжу себе руки – как обретают свободу публично признающиеся в нетрадиционной ориентации гомосексуалы. Однако гомосексуализм (как наконец выяснилось, ведь до 1973 г. Американская психиатрическая ассоциация числила его в списке психических заболеваний) вовсе не слабость, не дефект и не болезнь. А вот чрезмерная нервозность – все это и многое сверх того.

Довольно долго я из сдержанности и стыда отвечал интересующимся, что моя будущая книга представляет собой «культурно-интеллектуальную историю тревожности» (чистая правда, не подкопаешься), не распространяясь о личном знакомстве с вопросом. Но какое-то

---

<sup>16</sup> На столе передо мной статья 1997 г. из Journal of Abnormal Psychology под названием «Спрятанные чувства. О тяжелых последствиях подавления отрицательных и положительных эмоций».

<sup>17</sup> Так и слышу внутренний голос: «Если уж уродился на свет страдальцем, имей по крайней мере совесть не трепать об этом направо и налево. Сохраняй тайну и достоинство».

время назад в попытке проверить эффект «публичного признания» я начал потихоньку приподнимать завесу над истинным содержанием книги, называя ее «культурно-интеллектуальной историей тревожности через призму личного опыта».

Эффект оказался впечатляющим. Представляя книгу как сухой исторический экскурс, я получал в ответ лишь вежливый кивок (некоторые отводили меня попозже в сторонку, чтобы расспросить с глазу на глаз о конкретном аспекте тревожности). Но едва я начал признаваться в личном знакомстве с темой, как вокруг стали обнаруживаться увлеченные слушатели, которым не терпелось поведать о собственных тревогах (или тревогах родных).

Как-то раз я сидел за ужином с группой писателей и художников. Кто-то спросил, над чем я работаю, и я, выдав свою дополненную версию («культурно-интеллектуальная история тревожности через призму личного опыта»), поделился примерами экспериментов с разными антидепрессантами и успокоительными. К моему удивлению, каждый из сидящих рядом девяти человек в ответ рассказал собственную историю попыток медикаментозного воздействия на тревожность<sup>18</sup>. Так мы и сидели тесным невротическим кругом, по очереди изливая друг другу душу<sup>19</sup>.

Я никак не ожидал, что подобное признание в светской беседе вызовет лавину ответных откровений о личном опыте тревожности и фармакотерапии. Да, положим, за столом со мной тогда сидели люди творческие, куда более остальных склонные, как отмечали еще со времен Аристотеля, к различным душевным расстройствам. Так что, может быть, это лишь очередное подтверждение писательского сумасбродства, а может, плоды маркетинговых уловок фармацевтических компаний, которые подают естественное для организма состояние как болезнь и наводняют рынок средствами ее «лечения»<sup>20</sup>. Однако не исключено, что страдающих от тревожности и в самом деле больше, чем я думал.

«Да!» – заявил доктор В., когда я на ближайшем сеансе поделился с ним своим предположением. А потом доктор рассказал собственную историю: «Мой брат устраивал у себя что-то вроде салонных вечеров, приглашая людей выступать с лекциями на разные темы. И меня попросили сделать доклад о фобиях. После доклада все присутствовавшие до единого выстроились поведать мне о своих случаях. По-моему, официальная статистика у нас сильно занижена».

Я сразу же вспомнил Бена, своего друга по колледжу, преуспевающего во всех отношениях писателя (его книги и сценарии регулярно появляются в списках бестселлеров и блокбастеров), которому недавно прописали ативан (лоразепам) – лекарство из группы бензодиазе-

<sup>18</sup> В частности, 35-летняя С., автор книг научно-популярной тематики, рассказала, как принимала в качестве успокоительных ксанакс и клонопин и как перешла с прозака на лексапро, потому что прозак угнетал ее либидо. К., поэт в возрасте за 40, признался, что вынужден был принимать антидепрессант золофт от панических атак. (После первой панической атаки его увезли на «скорой», он был уверен, что это сердечный приступ. Последующие атаки, по его словам, «были не такими острыми, ведь уже знаешь, что это такое, но тебе все равно страшно, потому что вдруг на сей раз это все-таки сердце». Согласно ряду эпидемиологических обзоров, в приемном покое «скорой» оказывается примерно треть впервые испытывающих паническую атаку во взрослом возрасте.) Писательнице К. тревожность, принявшая тяжелую форму, не давала завершить работу над последней книгой. Испугавшись, что сходит с ума, К. обратилась к психиатру, который прописал ей сперва золофт (от которого она набрала лишний вес), потом лексапро, от которого тревожность усилилась настолько, что писательница даже детей из школы заирать не могла.

<sup>19</sup> После ужина ко мне подошла еще одна писательница. Объехавшая весь мир военная корреспондентка (назовем ее Е.), популярный автор в возрасте под 40, которая, по собственному признанию, наблюдает у себя целый букет тревожно-депрессивных симптомов (включая трихотилломанию – расстройство, чаще преодолевающее женщин и выражающееся в непроизвольном вырывании у себя волос при стрессе), от которых ей прописали антидепрессант лексапро. Я поразился вслух, как Е. с тревогой и депрессией удалось объехать всю Африку и Ближний Восток, ведя зачастую с риском для собственной жизни репортажи из «горячих точек». У меня лично отъезд от дома больше чем на пару миль вызывает острый стресс с расстройством желудка. «В "горячих точках" мне спокойнее, – ответила корреспондентка. – Я понимаю, это извращение, но под обстрелом я чувствую себя увереннее, это один из редких случаев, когда тревога меня не посещает». При этом, дожидаясь редакторского отзыва на присланный репортаж, она будет бегать по потолку в тревоге и депрессии. (Еще Фрейд отмечал, что угроза самооценке и самовосприимчивости зачастую вызывают куда большую тревожность, чем угроза физическая.)

<sup>20</sup> Доля истины здесь есть, и в третьей части данной книги я остановлюсь на этом аспекте подробнее.

пиновых от тревожных спазмов в груди, которые он считал сердечными приступами<sup>21</sup>. А еще я вспомнил соседа Бена М., владельца мультимиллионного хедж-фонда, который постоянно принимает ксанакс от панических атак. И своего бывшего коллегу Дж., выдающегося политического обозревателя, который уже не первый год после попадания по «скорой» в больницу с паническим приступом в профилактических целях не слезает с различных бензодиазепинов. И еще одного бывшего коллегу Б., который от тревожности заикался на совещаниях и заваливал проекты, пока ему не подобрали в качестве панацеи лексапро.

Нет, не всех вокруг одолевает тревожность. Мою жену, например, нет. (Слава богу.) И Барака Обаму, по всем признакам, тоже. Как и Дэвида Петрэуса, бывшего командующего американскими войсками в Афганистане и бывшего начальника ЦРУ: как он однажды заявил в интервью<sup>[28]</sup>, несмотря на необходимость по долгу службы ежедневно решать вопросы жизни и смерти, он «редко испытывает стресс»<sup>22</sup>. Знаменитые профессиональные квотербеки вроде Тома Брэди и Пейтона Мэннинга демонстрируют полное отсутствие тревоги – по крайней мере на поле<sup>23</sup>. Отсюда один из вопросов, которые я исследую в своей книге: почему одни сохраняют нечеловеческое спокойствие и достоинство даже под невыносимым давлением, а другие впадают в панику при малейшем намеке на стресс.

И тем не менее страдающих тревожностью вокруг вполне достаточно, чтобы считать мои личные откровения не постыдным признанием, а возможностью утешить миллионы братьев и сестер по несчастью. К тому же, как не устает напоминать мне доктор В., самокопание может оказать терапевтический эффект. «Пишите, пишите, а там, глядишь, мы вас и выпишем», – говорит он.

И все равно я беспокоюсь. Сильно. Так уж я устроен. (И потом, как отмечают многие, разве можно не тревожиться, работая над книгой о тревоге?)

«Тревоги по поводу книги перерабатывайте в книгу», – советует доктор В.

На пике своей эволюции функция планирования нервной системы нашла выражение в идеях, моральных ценностях и удовольствиях – уникальных проявлениях социальной природы человека. Только человек способен строить планы на отдаленное будущее и испытывать удовольствие от достигнутого. Только человек способен чувствовать себя счастливым. И лишь человеку знакомы беспокойство и тревога.

*Говард Лидделл. Настороженность и развитие невроза у животных (1949)*

Есть ли польза от культурно-исторических экскурсов в тревожность для отдельной тревожной личности? Можем ли мы (могу ли я) ослабить тревожность, сжиться с ней, разобравшись в ее сути и смысле?

Надеюсь. Но при панической атаке такими вопросами не задаешься. Я пытаюсь что-то анализировать – и не могу, только мучаюсь и хочу, чтобы все прекратилось. Паническая атака занимательна ровно в той же степени, в какой занимателен перелом или камень в почке: боль, от которой желаешь лишь избавиться.

---

<sup>21</sup> Сейчас Бен путешествует по всему миру, появляется на красных дорожках и получает десятки тысяч долларов за публичное выступление, но я еще помню те времена – голодные годы до выхода его первой книги, – когда он впадал в панику, если мы слишком удалялись от дома, а при мысли, что придется с кем-то общаться на вечеринке, он сбегал блевать в ближайшие кусты.

<sup>22</sup> Возможно, это его и погубило. Беспокойся он побольше о последствиях своих действий, может, не пришлось бы подавать в отставку из-за скандальной внебрачной связи.

<sup>23</sup> Хладнокровие и выдержка на поле вовсе не гарантия такой же уравновешенности за его пределами. Терри Брэдшоу, удостоенный места в «Зале славы» бесстрашный квотербек Pittsburgh Steelers конца 1970-х гг., впоследствии заработал депрессию и панические атаки. Эрл Кэмпбелл, в 1970-х гг. могучий и грозный игрок Houston Oilers, десятилетие спустя почти не выходил из дома из-за панических атак.

Несколько лет назад, до того как всерьез взяться за этот проект, я взял почитать в полете из Сан-Франциско в Вашингтон научный труд о психологии тревожности. И в небе над западными штатами я, погрузившись в книгу, чувствовал, как с каждой строкой все глубже познаю природу явления. «Ага, значит, острая тоска, которую я время от времени испытываю, вызвана активными процессами в миндалевидном теле? А ужас и обреченность – это всего-навсего бурление нейромедиаторов в мозге? Тогда это не так уж страшно». Вооруженный новыми знаниями, я размышлял дальше: «Значит, можно подчинить материю духу и поставить физические симптомы тревожности на место – это ведь самая обычная физиология – и жить гораздо спокойнее. Вот я сейчас несусь по небу на высоте 38 000 футов, и ничего, не так уж и страшно».

И тут началась турбулентность. Не особенно сильная, но едва самолет забарахтался над Скалистыми горами, все свежееобретенные знания разом оказались не у дел, зато на полную мощь включился страх, и, несмотря на горсти ксанакса и драмина, несколько часов до посадки я провел в ужасе и тоске.

Тревожность – напоминание о том, что мной управляет физиология; физиологические процессы в организме куда сильнее влияют на происходящее в сознании, чем наоборот. И хотя мыслители от Аристотеля до Уильяма Джеймса и современных авторов публикаций в журнале *Psychosomatic Medicine* этот факт признают, он противоречит одному из базовых платонско-картезианских принципов западной философии, согласно которому наше представление о себе, наше мышление и восприятие есть порождение нашей бестелесной души или сознания. Суровая биологическая природа тревожности заставляет нас усомниться в себе, напоминая, что мы, как и животные, – пленники своего тела, подверженного увяданию, смерти и тлену. (Еще бы тут не тревожиться.)

И хотя тревожность возвращает нас к первобытной, рептильной ипостаси, которой ведаема лишь реакция борьбы или бегства, она все же возвышает нас над животными. «Если бы человек был зверем или ангелом, – писал Кьеркегор в 1844 г., – он не мог бы страшиться. Именно потому, что он есть синтез, он и способен испытывать страх; и чем глубже он пребывает в страхе, тем более велик этот человек»<sup>24</sup>. Способность беспокоиться о будущем идет рука об руку со способностью планировать будущее – а планирование будущего (и память о прошлом) служит основой для цивилизации и отличает нас от животных.

Для Кьеркегора, как и для Фрейда, самые страшные угрозы таятся не в окружающей обстановке, а в глубинах души – это неуверенность в совершаемом экзистенциальном выборе и страх смерти. Противостояние этому страху с риском разрушения собственной личности расширяет сознание и приносит удовлетворение. Познание тревоги – «это приключение, которое должен испытать всякий человек: нужно научиться страшиться, чтобы не погибнуть либо оттого, что тебе никогда не было страшно, либо оттого, что ты слишком отдаешься страху, – писал Кьеркегор. – Поэтому тот, кто научился страшиться надлежащим образом, научился вышему»<sup>25</sup>.

Научиться страшиться надлежащим образом. Что ж, я пытаюсь. И эта книга – часть процесса.

---

<sup>24</sup> Кьеркегор С. Страх и трепет. – М.: Республика, 1993.

<sup>25</sup> Указ соч.

## Глава вторая

### Что мы подразумеваем под тревожностью?

*И хотя тревожность признается самым распространенным психологическим явлением нашего времени... единого определения для нее до сих пор нет и сдвигов в уточнении ее параметров до сих пор почти не наблюдается.*

**Пол Хок, президент Американской психопатологической ассоциации, вступительная речь на первой в истории научной конференции, посвященной тревожности (1949)**

*Наш век называют эпохой тревожности и ученые, и обычные люди... [но] можем ли мы, положив руку на сердце, утверждать, что наше понимание тревожности растет прямо пропорционально огромному массиву исследовательских работ или что мы хотя бы приближаемся к этому пониманию?*

*Похоже, что нет.*

**Природа тревожности. Обзор 13 многомерных анализов, охватывающих 814 переменных (The nature of anxiety: a review of thirteen (multivariate) analyses comprising 814 variables// Psychiatric Reports, декабрь 1958 г.)**

*Постичь тревогу непросто.*

**Зигмунд Фрейд. Проблема тревоги (1926)**

16 февраля 1948 г. в 15 часов 45 минут мой прадед Честер Хэнфорд, незадолго до того после 20-летней службы снявший с себя полномочия гарвардского декана, чтобы освободить время для научно-педагогической деятельности (он преподавал управление, «конкретно – местное и муниципальное управление», любил он уточнять), был помещен в больницу Маклина с предварительным диагнозом «психоневроз» и «психогенная депрессия». Пятидесятишестилетний Честер жаловался на бессонницу, «тревогу и напряженность» и «страх перед будущим». Охарактеризованный главврачом как «человек ответственный и обычно очень исполнительный», Честер уже пять месяцев пребывал в состоянии «высокой степени тревожности». Накануне госпитализации он сообщил жене, что хочет свести счеты с жизнью.

Тридцать один год спустя, 3 октября 1979 г., в половине девятого утра мои родители, обеспокоенные появлением у меня, тогда 10-летнего пятиклассника, все новых и новых нервных тиков и поведенческих странностей (вдобавок к уже имеющейся навязчивой боязни микробов, острой сепарационной тревожности и страху тошноты), привезли меня в ту же психиатрическую клинику на обследование. Консилиум (психиатр, психолог, социальный работник и несколько интернов, наблюдавших через зеркальное стекло, как меня опрашивают и проводят тест Роршаха) диагностировал у меня «фобический невроз» и «сверхтревожное расстройство детского возраста», а также заключил, что при отсутствии надлежащего лечения имеется значительный риск развития «тревожного невроза» и «невротической депрессии» по мере взросления.

Через 25 лет после этого обследования, 13 апреля 2004 г., в два часа дня я, уже 34-летний старший редактор журнала *The Atlantic*, изнывая от ужаса перед выходом первой своей книги, сам обратился в знаменитый Центр изучения тревожности и сопутствующих расстройств при Бостонском университете. После многочасовой беседы с психологом и двумя аспирантами и выполнения многостраничных тестов (в том числе, как я узнал позже, «Шкалы

депрессии, тревожности, стресса», «Шкалы тревожности межличностного взаимодействия», Пенсильванского опросника на уровень беспокойства и «Индекса тревожной чувствительности») мне выдали основной диагноз «паническое расстройство в сочетании с агорафобией» и дополнительные диагнозы «специфическая фобия» и «социофобия». Кроме того, медики отметили, что результаты моих тестов показали «средний уровень депрессии», «высокий уровень тревожности» и «высокий уровень беспокойства».

Почему такой разброс в диагнозах? Неужели настолько изменился с 1979 по 2004 г. сам характер моей тревожности? Почему у меня и прадеда оказались разные диагнозы (ведь, судя по медицинской карте Честера Хэнфорда, общая картина жалоб поразительно совпадает с моей)? И вправду ли так существенна разница между моим «высоким уровнем тревожности» и мучившей прадеда «тревогой и напряженностью» в совокупности со «страхом перед будущим»? В конце концов, кто (кроме разве что самых благополучных или, наоборот, закоренных социопатов) не испытывает «страх перед будущим» или «тревогу и напряженность»? Что отличает (если отличает) таких, как мы с прадедом, обладателей официальных диагнозов от тревожащихся «в пределах нормы»? Разве не все мы, обреченные современным капиталистическим обществом на вечную гонку – да и просто потому, что мы живые, потому, что живем под дамокловым мечом природных капризов и катаклизмов, чужой ярости, неизбежной смерти, – в какой-то степени «психоневротики»?

Формально – нет. Никого из нас так уже не назовешь. Диагноз, поставленный Честеру Хэнфорду в 1948 г., к 1980 г. перестал существовать. Равно как и диагноз, полученный мной в 1979 г.

В 1948 г. Американская психиатрическая ассоциация обозначала термином «психоневроз» явление, которое после выхода в 1968 г. второго издания психиатрической библии DSM-II («Руководство по диагностике и статистическому учету психических расстройств») официально диагностировалось как просто «невроз», а после выхода третьего издания (DSM-III) в 1980 г. превратилось в «тревожное расстройство»<sup>26</sup>.

Эволюция терминологии важна, поскольку вместе с названиями за эти годы изменились и определения, а значит, и симптомы, частота возникновения, предполагаемые причины, культурный контекст и рекомендуемое лечение такого диагноза. Разновидность неприятной эмоции, которую 2500 лет назад связывали с разливом *melaina chole* («черной желчи» на древнегреческом), на протяжении этих тысячелетий именовали (иногда одновременно) меланхолией, тоской, ипохондрией, истерией, хандрой, сплином, неврастением, неврозом, психоневрозом, депрессией, фобией, тревогой и тревожным расстройством, не говоря уже о таких обиходных терминах, как паника, беспокойство, боязнь, испуг, дурное предчувствие, нервы, нервозность, мандраж, настороженность, трепет, мурашки, нервная дрожь, одержимость, стресс и старый добрый страх. И это только в английском языке, где слово «тревога» (*anxiety*) почти не встречалось в стандартных учебниках по психологии и медицине до 1930-х гг., когда им стали переводить немецкий «страх» (*Angst*), описанный в трудах Зигмунда Фрейда<sup>27</sup>.

Отсюда вопрос: что именно мы подразумеваем под тревогой?

Ответ не так уж очевиден, точнее, зависит от отвечающего. Сёрен Кьеркегор в середине XIX в. рассматривал тревожность (*angst* по-датски) как духовно-философскую проблему, смутное, но неотвязное беспокойство без видимой объективной причины<sup>28</sup>. Карл Ясперс,

<sup>26</sup> Диагноз «тревожное расстройство» сохранялся и в последующих переизданиях «Руководства» – DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) и DSM-V (2013).

<sup>27</sup> Между психологами и филологами не утихают споры о разнице между *angoisse* и *anxiété* (не говоря уже о *inquietude*, *peur*, *terreur* и *effroi*) во французском языке или между *Angst* и *Furcht* (а также *Angstpsychosen* и *Angstlichkeit*) в немецком.

<sup>28</sup> Кьеркегор, сын датского суконщика, первым из представителей неврачебной профессии написал полноценную работу о лечении тревоги. За целых полвека до Фрейда Кьеркегор провел черту между тревогой и страхом, определив первую как смутное, расплывчатое беспокойство, не провоцируемое никакой конкретной или «подлинной» опасностью. Отец Кьер-



немецкий философ и психиатр, в своем фундаментальном труде 1913 г. «Общая психопатология» писал, что тревога «обычно бывает связана с сильным чувством беспокойства... чувства, будто... какое-то дело осталось неоконченным или нужно что-то найти или выяснить»<sup>29</sup>. Гарри Стэк Салливан, один из выдающихся американских психиатров первой половины XX в., называл тревогой «ощущение, возникающее при угрозе нашей самооценке». Роберт Джей Лифтон, один из самых влиятельных психиатров второй половины XX в., определяет тревогу в схожих терминах: «опасение, порождаемое угрозой жизнеспособности личности или, в более суровом случае, предчувствием распада личности»<sup>[29]</sup>. Рейнгольд Нибур, теолог времен холодной войны, видел в тревоге религиозное содержание: «внутреннюю предпосылку греха... состояние внутреннего искушения»<sup>[30]</sup>. В свою очередь, многие врачи, начиная с Гиппократов (IV в. до н. э.) и Галена (II в.), доказывали, что клиническая тревожность – это сугубо медицинское состояние, органическая болезнь с биологическими причинами, такими же (или почти такими же) явными, как у воспаления горла или диабета.

Затем идут те, кто считает бесполезным рассматривать тревогу как научное понятие: по их мнению, сам термин – лишь расплывчатая метафора, пытающаяся охватить целый спектр человеческих переживаний, не поддающихся описанию одним-единственным словом. В 1949 г. президент Американской психиатрической ассоциации открыл первую в истории научную конференцию, посвященную тревожности, признанием: всем известно, что тревожность – «самое распространенное психологическое явление нашего времени»<sup>[31]</sup>, однако мы никак не можем договориться, что под ней понимать и как ее измерить. Пятнадцать лет спустя на ежегодной конференции Американской психиатрической ассоциации выдающийся психолог Теодор Сарбин предложил изъять слово «тревога» из медицинской терминологии. «Субъективный и часто употребляемый термин "тревога" изжил себя», – заявил он<sup>[32]</sup>. (Разумеется, после этого термин стал использоваться еще чаще.) Наш современник, гарвардский психолог Джером Каган, ведущий мировой специалист по тревожности как свойству темперамента, доказывает, что, описывая одним и тем же словом «тревога» «ощущения (учащенное сердцебиение или напряжение в мышцах перед общением с незнакомой компанией), семантическое описание (рассказ о беспокойстве, возникающем при встречах с незнакомцами), поведенческие проявления (напряженную мимику в ситуации общения), состояния мозга (активацию миндалевидного тела при виде чужого сердитого лица) и хроническое беспокойство (общее тревожное расстройство), специалисты препятствуют прогрессу медицины»<sup>[33]</sup>.

О каком научном или терапевтическом прогрессе может идти речь, если мы не сумели договориться о терминологии?

Даже Зигмунд Фрейд, основоположник современного представления о неврозе, человек, для которого тревога была одним из ключевых фундаментальных понятий теории психопатологии (если не единственным), неоднократно противоречил самому себе в процессе разра-

---

кегора отрекся от Бога (проклял его, по сути), поэтому юного Сёрена одолевали немалые сомнения, принять ему Христа или отвергнуть. Свободу выбора между этими двумя вариантами при невозможности точно знать, какой из них верный, Кьеркегор считал главным источником тревоги. Здесь он сходил в мнении с философом XVII в. Блезом Паскалем, своим идейным предшественником и товарищем по несчастью. Кроме того, Кьеркегор становился, по сути, основоположником экзистенциализма; его преемники в XX в., в частности психиатр Карл Ясперс и философ Жан-Поль Сартр, будут задаваться схожими вопросами о выборе, о счетах с жизнью, о вовлеченности и тревоге. Утратив веру в Бога и разум, человек, по мнению экзистенциалистов Кьеркегора и Сартра, оказывался один посреди вселенной без всякой опоры и окунался в тревогу. Но у экзистенциалистов тревогу порождало не безбожие как таковое, а именно свобода выбора между Богом и безбожием. И хотя к свободе мы вроде бы активно стремимся, свобода выбора порождает тревогу. «Рассматривая свои возможности, – писал Кьеркегор, – я ощущаю тот самый страх, головокружение от свободы, и мой выбор делается в страхе и трепете». Многие, чтобы избежать тревоги, избегают выбора. Это объясняет извращенную, на первый взгляд, любовь к авторитарному строю (суровый общественный уклад, при котором выбирать не приходится, исключает душевные метания). Именно поэтому в смутные времена у власти или близко к власти так часто оказываются экстремистские лидеры и движения – Гитлер в Веймарской республике, отец Кофлин в Америке времен Великой депрессии, Жан-Мари Ле Пен в современной Франции. Однако бегство от тревоги Кьеркегор считал ошибкой, поскольку тревога – это «школа», учащая человека уживаться со своей человеческой природой.

<sup>29</sup> Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997.

ботки этой теории. Поначалу он говорил, что тревогу вызывает сублимация сексуальных порывов (подавленное либидо, писал он<sup>[34]</sup>, превращается в тревогу, «как вино в уксус»)<sup>30</sup>. Позже он доказывал, что тревога произрастает из бессознательных психических конфликтов<sup>31</sup>. На закате жизни Фрейд писал в «Проблеме тревоги»: «Нам должно быть стыдно, что после стольких усилий мы так и не пришли к пониманию азов»<sup>[35]</sup>.

Если уж сам Фрейд, крестный отец тревожности, не мог дать точное определение этому понятию, мне-то как быть?

Страх обостряет чувства. Тревога их парализует.

*Курт Гольдштейн. Организм. Холистический подход к биологии (The Organism: A Holistic Approach to Biology, 1939)*

Стандартные словарные определения представляют страх («неприятное чувство, вызываемое ощущением исходящей от кого-либо или чего-либо опасности, угрозы или вероятности причинить боль») и тревогу («ощущение беспокойства, нервозности и неуют, как правило, по отношению к событию или явлению с неопределенным исходом») почти синонимами. Однако по Фрейду, если у страха (Furcht по-немецки) имеется конкретный объект – преследующий вас лев; вражеский стрелок, который держит вас на мушке в бою, или хотя бы осознание последствий упущенного момента для решающего броска на последних секундах отборочного баскетбольного матча, – то у тревоги (Angst) ничего подобного нет. При таком раскладе оправданный страх полезен, тогда как тревога, зачастую «иррациональная» или «беспочвенная», – ни в малейшей степени<sup>32</sup>.

«Когда мать, обнаружив у своего малыша прыщик или повышение температуры, боится, что ее ребенок из-за этого умрет, мы говорим о тревожности; но если мать боится смерти ребенка, который серьезно заболел, мы называем такую реакцию страхом, – писала Карен Хорни в 1937 г. – Если кто-то постоянно пугается высоты или не решается вступить в дискуссию на знакомую ему тему, мы говорим о тревожности; если же человек боится, заблудившись в горах во время грозы, речь пойдет о страхе<sup>33</sup>. (Далее Хорни еще уточняет разницу, объясняя, что страх мы осознаем всегда, а тревожиться можем, сами того не осознавая.)

В дальнейших своих работах Фрейд перешел от дихотомии страх – тревога к различию «нормальной тревоги» (тревога по поводу действительной угрозы может быть продуктивной) и «невротической тревоги» (вызываемой неразрешенными сексуальными проблемами или внутренними психическими конфликтами, патологической и контрпродуктивной).

Как тогда классифицировать мои фобии, беспокойство и общую нервозность? «Невротическая» у меня тревожность? Или «нормальная»? Какая разница между «нормальной» тревогой и тревожностью как медицинской проблемой? Что отличает приемлемую и даже полезную нервозность, которую чувствует, например, студент-юрист перед квалификационным экзаменом или юный отбивающий Малой лиги перед тем, как встать на позицию, от угнетающих

<sup>30</sup> В первых работах Фрейда на эту тему тревога сводится к чистой биомеханике: невротическая тревога, по его теории, возникала в результате подавления сексуальной энергии. Практиковавшийся в неврологии (одно из его ранних исследований было посвящено нервной системе угрей), Фрейд исповедовал принцип гомеостаза, согласно которому нервная система стремится к уменьшению или по крайней мере постоянству отведенного ей уровня «возбуждения». Сексуальная активность – оргазм – основной способ сброса излишков этого возбуждения и напряжения. Подобные представления о взаимозависимости между сексуальным напряжением и тревожностью наблюдались и в Античности. Римский врач Гален приводит случай из своей практики, когда он назначил пациентке, мозг которой, по его мнению, гнил от нерастратченных сексуальных соков, лечение в виде «ручной стимуляции вагины и клитора». «Пациентка получила от этого большое удовольствие, – сообщает Гален, – соки вышли наружу, и она излечилась». (Цитируется по: Roccataglia, History of Ancient Psychiatry, 204.)

<sup>31</sup> Его сторонники и будущие последователи вели долгий заочный спор о сути этих конфликтов: Карен Хорни утверждала, что это «потребность в привязанности», Эрих Фромм – «потребность в безопасности», а Альфред Адлер – «потребность во власти».

<sup>32</sup> Во фрейдистском взгляде на Angst присутствует кьеркегоровская «неопределенность и беспредметность».

<sup>33</sup> Хорни Карен. Невротическая личность нашего времени. – М.: Прогресс, 1993.

когнитивных и физических симптомокомплексов тревожных расстройств, как их определяет современная психиатрия с 1980 г., панического расстройства, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), специфической фобии, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), социального тревожного расстройства, агорафобии и генерализованного тревожного расстройства?

Различия между «нормальным» и «клиническим», а также между разными клиническими синдромами почти все, кто трудится в обширной области охраны психического здоровья, проводят на основании «Руководства по диагностике и статистическому учету психических расстройств», выпускаемого Американской психиатрической ассоциацией (в последней на данный момент, недавно выпущенной пятой редакции, DSM – V). «Руководство» содержит определения сотен психических расстройств, классифицирует их по типу; в подробностях, иногда до нелепого точных, иногда словно взятых наобум, перечисляет симптомы (сколько, как часто, с какой остротой), которые должен испытывать больной для получения официального психиатрического диагноза. Все это создает видимость научного подхода к диагностированию тревожного расстройства. Однако в действительности здесь присутствует большая доля субъективности (и со стороны больных, описывающих симптомы, и со стороны врачей, их интерпретирующих). Исследования по использованию DSM – II показали, что одному и тому же больному два психиатра ставили одинаковый диагноз по той редакции «Руководства» лишь в 32–42 % случаев<sup>[36]</sup>. С тех пор уровень согласованности вырос, однако диагностика многих психических расстройств по-прежнему, вопреки всем попыткам доказать обратное, остается скорее искусством, чем наукой<sup>34</sup>.

Возьмем, например, связь между клинической тревожностью и клинической депрессией. Определенные формы клинической тревожности (особенно генерализованное тревожное расстройство) обладают ощутимым сходством с клинической депрессией: и депрессия, и тревожность характеризуются повышенным уровнем стрессового гормона кортизола и имеют общие нейроанатомические черты, в частности усыхание гиппокампа и других частей мозга. У них общие генетические корни – в первую очередь это касается генов, связанных с выработкой таких нейромедиаторов, как серотонин и дофамин. (Некоторые генетики утверждают, что не видят в этом отношении никаких различий между клинической депрессией и генерализованным тревожным расстройством.) Кроме того, тревожность и депрессию объединяют низкая самооценка и отсутствие веры в себя. (Ощущение, что ты не хозяин сам себе, одинаково присуще и тревожности, и депрессии.) Помимо этого многочисленные исследования показывают, что стресс – не важно, связанный с проблемами на работе, с разводом, потерей близкого человека или военной психотравмой, – в массе случаев приводит не только к тревожным расстройствам и к депрессии, но и к гипертонии, диабету и другим нарушениям здоровья.

Если тревожные расстройства и депрессия так похожи, зачем вообще их различать? В принципе, в прошлые несколько тысяч лет их и не различали: врачи и тревогу, и депрессию называли общим термином «меланхолия» или «истерия»<sup>35</sup>. Среди симптомов, которыми Гиппократ в IV в. до н. э. характеризовал *melaina chole*, есть связанные в нашем современном понимании и с депрессией («печаль», «уныние», «склонность к самоубийству»), и с тревожностью («продолжительный страх»). В 1621 г. Роберт Бертон в «Анатомии меланхолии»<sup>[37]</sup>

<sup>34</sup> Ожесточенная борьба вокруг изменений, вносившихся в DSM – V (включая резкие публичные высказывания в адрес этого выпуска от редколлегий 3-го и 4-го изданий), позволяют заподозрить в психиатрической диагностике предмет уже не науки или искусства, а политики и маркетинга.

<sup>35</sup> Некоторые историки науки относят все синдромы с «матрицей симптомов угнетения», как психологических вроде беспокойства, уныния и дискомфорта, так и физических вроде головной боли, усталости, боли в спине, бессонницы и желудочных проблем, к широкой категории «хронического стресса». Под «стрессом» может пониматься как психологическое состояние, так и физическое – «напряжение» биологической нервной системы, которое, как с XVIII в. считают врачи, вызывает «нервное расстройство». (Подробнее о хроническом стрессе см. главу «Традиция тревожности и стресса» (Anxiety and the Stress Tradition) в: Horowitz and Wakefield, All We Have to Fear, 200–4.)

с медицинской точностью, которая находит подтверждение и в современных исследованиях, называл тревогу по отношению к печали «сестрой, *fidus Achates* [верным оруженосцем] и неизменным спутником, пособником и основным строителем этой напасти; одновременно и источником и симптомом»<sup>36</sup>. И это действительно так, по опыту говорю: сильная тревожность очень угнетает. Тревожность мешает взаимоотношениям, не дает заниматься делами, ограничивает жизнь и сужает возможности.

Граница между комплексом расстройств, который Американская психиатрическая ассоциация называет «депрессией», и комплексом расстройств, который она называет «тревожными», – равно как и граница между психическим здоровьем и нездоровьем – предмет не только научный, но и культурно-политический (и маркетинговый). Стоит «Руководству» расширить или сузить рамки того или иного психического расстройства, результат незамедлительно сказывается на всем – от страховых выплат до прибылей фармацевтических компаний, а также карьерных перспектив терапевтов разных специализаций и областей. Немало психиатров и обличителей фармацевтической промышленности утверждают, что тревожных расстройств вовсе не существует в природе, это выдумка производителей лекарств для отъема денег у пациентов и страховых компаний. Такие диагнозы, как «социальное тревожное расстройство» или «общее тревожное расстройство», по утверждению этих обличителей, превращают нормальные человеческие эмоции в патологию, болезнь, на лечении которой можно нагреть руки. «Не позволяйте ставить на своей жизни такие клейма, как клиническая депрессия, биполярное или тревожное расстройство», – говорит Питер Бреггин<sup>[38]</sup>, психиатр с гарвардским дипломом, ставший непримиримым противником фармацевтической промышленности.

Как обладатель части этих диагнозов, могу сказать, что угнетенное состояние, которое они вызывают, точно не выдумка. Тревожность, временами сильно ограничивающая мою жизнь, – самая настоящая. Но непременно ли мои нервные симптомы означают болезнь, психическое расстройство, как внушают нам «Руководство» и фармацевтические компании? Может, моя тревожность – нормальный человеческий эмоциональный отклик на жизненные обстоятельства, пусть чуть более острый, чем у других? Где она, грань между «нормой» и «клиникой»?

Следовало бы ожидать, что к нынешнему времени наука успеет добиться большей точности и объективности в различиях между нормальной и клинической тревожностью. В какой-то степени действительно успела. Нейробиологи при помощи функциональной МРТ, позволяющей отслеживать мыслительную деятельность в реальном времени путем измерения притока насыщенной кислородом крови к разным участкам мозга, проводят сотни исследований, демонстрирующих связь между теми или иными субъективными переживаниями и определенными видами физиологической активности, отражающейся на томограмме. Например, острая тревога на томограммах фМРТ обычно видна как повышенная активность в миндалевидном теле – крошечном органе, скрытом в недрах височных долей у самого основания черепа. Ослабление тревоги связано с уменьшением активности в миндалевидном теле и повышением активности в лобном отделе коры головного мозга<sup>37</sup>.

С учетом вышеизложенного, казалось бы, вот он точный способ идентифицировать тревогу и измерить ее уровень примерно как на рентгене, то есть отличить нормальную тревожность от клинической, как на рентгеновском снимке хирург отличает перелом от растяжения.

<sup>36</sup> Бертон писал, что днем меланхолик «все так же испытывает страх перед каким-нибудь ужасающим его явлением и разрыдается на части подозрениями, страхом, печалью, недовольством, заботой, стыдом, душевными терзаниями и тому подобным, словно табуном диких лошадей, которые ни на час, ни на минуту не находят покоя».

<sup>37</sup> Тут я сильно упрощаю: полная нейробиологическая картина гораздо сложнее и подробнее, я привожу лишь краткую выжимку из того, что выявили исследования. В моменты острой тревоги первобытная реакция миндалевидного тела преобладает над рациональной деятельностью мозговой коры.

Однако это не так. У некоторых людей физиологические признаки тревоги проявляются во всей красе (миндалевидное тело в ответ на стрессовые стимулы расцветает на томограмме всеми красками), но кто возьмется утверждать, что тревога эта не надуманная? Более того, мозг человека, возбужденного просмотром порнофильма, окрашивается на снимке почти так же, как при испуге<sup>39</sup>. В обоих случаях активируются те же взаимосвязанные участки мозга: миндалевидное тело, островковая кора и передняя поясная кора. Положите перед исследователем две томограммы, не сообщая обстоятельства, в которых они делались, и он вряд ли определит, на каком из них отражена реакция испуга, а на каком – сексуальное возбуждение.

Если рентгеновский снимок показывает сломанное бедро, диагнозом – даже если пациент почему-либо не испытывает боли – все равно будет перелом. Если фМРТ показывает усиленную активность в миндалевидном теле и подкорковых ядрах, а пациент не испытывает тревоги, диагноз... Диагноза не будет.

В том, что касается распознавания опасности и отклика на нее, мозг [позвоночных] не особенно изменился. В эмоциональном отношении мы недалеко ушли от ящерицы.

*Джозеф Леду. Эмоциональный мозг (The Emotional Brain, 1966)*

К «животным моделям» эмоций исследователи обращались со времен Аристотеля. Поскольку поведение, генетика и нейробиология крысы или шимпанзе достаточно близки к человеческой, ученые ежегодно проводят тысячи экспериментов на животных, рассчитывая найти в них полезные аналогии. Чарльз Дарвин отмечал в своем труде «Выражение эмоций у человека и животных» (*Expression of the Emotions in Man and Animals*, 1872), что реакция испуга у разных видов практически универсальна: все млекопитающие, включая человека, демонстрируют страх явно и неприкрыто. Заметив опасность, крысы, как и люди, инстинктивно убегают, замирают или испражняются<sup>38</sup>. Крыса с врожденной «тревожностью» при угрожающем воздействии дрожит, избегает открытых пространств, предпочитает знакомые места, застывает столбом при встрече с потенциальной угрозой и издает ультразвуковые сигналы, призывая на помощь. Люди ультразвуковых сигналов не издают, однако, нервничая, мы точно так же дрожим, избегаем незнакомых ситуаций и межличностных контактов, предпочитая держаться ближе к дому. (Некоторые агорафобы и вовсе за порог не выходят.) Крысы, у которых удалено миндалевидное тело (или у которых вследствие направленных генетических изменений нарушена его функция), не способны демонстрировать страх. То же самое относится и к людям с нарушенной функцией миндалевидного тела<sup>40</sup>. (Исследователи Университета Айовы уже не первый год наблюдают женщину, в материалах фигурирующую как С. М., у которой функция миндалевидного тела нарушена вследствие редкой болезни и которая в результате не испытывает страха.) Более того, в обстановке постоянного стресса у животных развиваются те же болезни психогенного происхождения, что и у человека, – повышенное давление, сердечно-сосудистые заболевания, язвы и т. д.

«У всех или почти у всех животных или даже у птиц, – писал Дарвин, – ужас вызывает дрожь тела. Кожа бледнеет, выступает пот, и волосы становятся дыбом. Выделения пищеварительного канала и почек усиливаются, и опорожнение происходит произвольно вследствие ослабления сфинктеров, что, как известно, бывает и у человека и что мне случалось наблюдать у рогатого скота, собак, кошек и обезьян. Дыхание учащается, сердце бьется ускоренно, бурно и сильно... Умственные способности заметно нарушаются. Вскоре наступает полный упадок сил и даже потеря сознания»<sup>39</sup>.

<sup>38</sup> Частота испражнений – количество катышков в минуту – стандартная мера испуга у грызунов. В 1960-х гг. ученые одной лондонской психиатрической клиники вывели знаменитую линию крыс с повышенной эмоциональной чувствительностью (*Maudsley reactive*), скрещивая особей со схожей частотой испражнений.

<sup>39</sup> Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных. – СПб.: Питер, 2001. (По изданию: Дарвин Ч. Сочинения в 12 т.

Дарвин подчеркивал эволюционно-адаптивный характер этой автоматической реакции на угрозу. Организм, подобным образом откликающийся на опасность, физиологически запрограммированный на борьбу, бегство или потерю сознания, имеет больше шансов на выживание и воспроизводство, чем не запрограммированный. В 1915 г. Уолтер Кеннон, руководитель физиологического отделения Гарвардской медицинской школы, предложил применительно к дарвиновской идее «тревожной реакции» термин «борьба или бегство». Кеннон впервые в результате систематических наблюдений зафиксировал, как при включении реакции «борьбы или бегства» периферические кровеносные сосуды сокращаются, направляя кровь от конечностей к скелетным мышцам, которые будут задействованы в драке или при беге. (Именно поэтому при испуге человек бледнеет.) Дыхание учащается и становится глубже, чтобы кровь лучше снабжалась кислородом. Печень усиливает выработку глюкозы, обеспечивая дополнительной энергией мышцы и органы. Зрачки расширяются, обостряется слух для более точной оценки ситуации. Происходит отток крови от пищеварительного тракта, и пищеварительные процессы останавливаются, слюнные железы замедляют работу (поэтому от тревоги у нас пересыхает во рту), возникают позывы к опорожнению кишечника, мочевого пузыря или к рвоте – избавление от отходов жизнедеятельности позволяет внутренним системам организма сосредоточиться на куда более насущных, чем пищеварение, задачах выживания. В своей книге 1915 г. «Физиологические изменения при боли, голоде, страхе и гневе» (*Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*) Кеннон проиллюстрировал парой примеров, какие химические изменения происходят в организме при той или иной эмоции. В ходе одного из экспериментов он сравнивал анализ мочи, взятой у девяти студентов колледжа после трудного экзамена и после легкого: после трудного экзамена сахар в моче обнаружился у четверых из девяти испытуемых, после легкого – только у одного. В ходе другого эксперимента Кеннон взял на анализ мочу футболистов гарвардской команды после «напряженного финального матча» 1913 г. и нашел явные следы сахара в 12 образцах из 25<sup>[41]</sup>.

Физиологическая реакция, приводящая к потере сознания, отличается от реакции, готовящей организм к борьбе или бегству, однако и она носит адаптивный характер: животное, реагирующее на кровотокающие раны резким понижением кровяного давления, теряет меньше крови. Кроме того, потеря сознания – непроизвольный способ прикинуться мертвым, что в определенных обстоятельствах может сыграть для животного защитную роль<sup>40</sup>.

Когда реакция «борьбы или бегства» включается должным образом, в ответ на реальную физическую опасность, она повышает шансы животного на выживание. Но что будет, если реакция включится неоправданно? Физиологическая реакция испуга при отсутствии реальной угрозы (или несоразмерности угрозе) может обернуться патологической тревогой, сбитым эволюционным импульсом. Психолог и философ Уильям Джеймс предполагал, что причиной острой тревожности и того, что мы сегодня называем паническими атаками, может быть современность как таковая – неуместность первобытных реакций «борьбы или бегства» в условиях современной цивилизации. «Эволюция от животного к человеку определяется, по существу, тем, что со временем поводов для страха становится все меньше, – отмечал Джеймс

Т. 5: Происхождение человека и половой отбор. Выражение эмоций у человека и животных/Под ред. Е. П. Павловского. – М.: Л.: Изд-во АН СССР, 1953.)

<sup>40</sup> Очередное свидетельство, что работа над этой книгой мне вредна: начитался о боязни кровотокающих ран (около 4, 5 % ею страдающих заметно нервничают, а иногда, из-за падения кровяного давления, теряют сознание при инъекциях или при виде крови). Раньше я спокойно переносил уколы и анализы крови – редкий для меня повод похвастаться относительной храбростью. Теперь же, разобравшись в физиологии этого страха, я начал бояться обморока в подобных ситуациях и несколько раз (в силу психосоматического настроя) чуть и вправду не потерял сознание. «Ну, Скотт, вы даёте! – заявил на это доктор В. – Мало вам имеющихся фобий?» (Посоветовал мне почаще ходить на уколы – своего рода экспозиционная терапия, пока боязнь не расцвела пыльным цветом.)

в 1884 г.<sup>[42]</sup> – Цивилизация, в частности, наконец подарила большим массам народа возможность за весь период жизни от колыбели до могилы ни разу не испытать подлинного страха<sup>41</sup>.

В современных условиях предпосылки для страха, который Джеймс называл «подлинным» (как в первобытной природе), то есть когда приходится удирать от саблезубого тигра или столкнуться с враждебным племенем, относительно редки, по крайней мере в обычных обстоятельствах. Сегодняшние триггеры физиологической реакции «борьбы или бегства» – неодобрительный взгляд начальства, загадочное письмо жене от ее бывшего, поступление в колледж, экономические неурядицы, постоянная террористическая угроза, резкое сокращение пенсионных накоплений – это не те опасности, для которых изначально вырабатывалась данная реакция. Но поскольку экстренный биологический отклик все равно включается, особенно у клинически тревожных, мы маринуемся в соку стрессовых гормонов, что пагубно сказывается на здоровье. Потому что независимо от того, находитесь вы в плену невротической тревоги или реагируете на подлинную опасность вроде ограбления или пожара, с анатомической точки зрения отклик вашей нервной системы будет примерно одинаковым. Гипоталамус – небольшой отдел мозга, расположенный сразу над стволовой его частью, – вырабатывает гормон кортиколиберин (КРГ), который, в свою очередь, побуждает гипофиз – крошечный, не больше горошины орган в основании гипоталамуса – к выбросу адренотропного гормона (АКТГ), и тот, попадая в почки, командует надпочечникам выбросить в кровь адреналин (также известный как норэпинефрин) и кортизол, которые обеспечивают поступление в кровь большего объема глюкозы, что повышает частоту дыхания и сердцебиения и вызывает общее возбуждение, полезное в случае настоящей опасности и превращающееся в пытку в случае панической атаки или хронического беспокойства. Согласно обширному корпусу данных, продолжительное повышение уровня кортизола влечет за собой целый ряд нежелательных последствий для здоровья: от повышенного давления до сбоев иммунной системы и усыхания гиппокампа, – участка мозга, играющего важную роль в запоминании. Вызванная в нужный момент физиологическая тревожная реакция может сохранить вам жизнь, но вызываемая слишком часто или внеурочно она может с таким же успехом оборвать жизнь раньше срока.

У людей, как и у животных, реакция испуга легко превращается в условный рефлекс: мы начинаем ассоциировать объективно безобидные предметы или ситуации с реальной угрозой. В 1920 г. психолог Джон Уотсон в ходе знаменитого эксперимента выработал с помощью классического условного рефлекса фобическую тревожность у 11-месячного малыша, которого он звал Крошка Альберт. Раз за разом совмещая громкий звук, вызывающий у ребенка плач и дрожь, с демонстрацией белой крысы («нейтрального стимула»), он добился острой реакции испуга у мальчика при демонстрации одной только крысы, без звукового сопровождения. (До выработки условного рефлекса малыш спокойно играл с крысой на кровати.) Вскоре у ребенка развился фобический страх не только перед крысами, но и перед другими мелкими пушистыми зверьками, а также фобия в отношении белых бород. (Крошка Альберт приходил в ужас при виде Санта-Клауса.) Фобия Крошки Альберта послужила для Уотсона подтверждением могущества классического условного рефлекса. Первые бихевиористы сводили фобическую тревожность у животных и людей к простому условно-рефлекторному страху – а значит, утверждали они, клиническая тревожность представляла собой приобретенную реакцию<sup>42</sup>.

<sup>41</sup> Уильям (а также его брат Генри, сестра Элис и несколько других братьев и сестер), судя по всему, унаследовали тревожные ипохондрические наклонности от отца Генри Джеймса-старшего, эксцентричного философа-сведенборгианца, который в своем письме 1884 г. к Уильяму рассказывает о произошедшем с ним случае, в котором современный врач легко распознал бы паническую атаку: «Как-то... под конец мая я остался после сытного обеда за столом, когда родные уже разошлись, смотрел на угли в очаге, ни о чем особенно не думая... когда вдруг – словно молния "объял меня ужас и трепет и потряс все кости мои" [цитирует Иова. – Прим. авт.]. Уже секунд через десять я был уничтожен – то есть превращен из крепкого, полного сил, бодрого взрослого в почти беспомощное дитя». [Цит. по: Fisher, House of Wits, 81.]

<sup>42</sup> Представление чистого бихевиориста о страхе усложняется (если не искажается) тем, что люди и другие млекопитающие генетически предрасположены к развитию фобий одного рода, а не другого. Современные психологи-эволюционисты говорят,

Для биолога-эволюциониста тревога – атавистическая реакция испуга, заложенный в нас животный инстинкт, включающийся не вовремя или невпопад. В представлении бихевиориста тревога – это приобретенная реакция, выработанная, как реакция слюноотделения у собаки Павлова при звуке колокольчика, посредством простого условного рефлекса. И те и другие считают тревогу скорее животным свойством, чем человеческим. «Вопреки представлениям некоторых гуманистов я не склонен считать эмоции исключительно человеческой чертой, – пишет нейробиолог Джозеф Леду. – Определенные системы мозга, отвечающие за эмоции, одинаковы по сути... у млекопитающих, рептилий и птиц, а возможно, даже земноводных и рыб»<sup>[43]</sup>.

Однако является ли эта инстинктивная, машинальная реакция, которую демонстрирует мышь при виде кошки (или при звуке колокольчика, ассоциируемого с испугом) или которую демонстрировал Крошка Альберт, приученный бояться крысы, той же самой тревогой, которую чувствую я, садясь в самолет, переживая за семейные финансы или разглядывая подозрительную родинку на руке?

А как вам это: даже *Aplysia californica*, морская улитка, беспозвоночное с зачаточным мозгом, демонстрирует физиологическую и поведенческую реакцию, биологически эквивалентную реакции тревоги у человека?<sup>[44]</sup> Дотроньтесь до улитки, и она сожмется, у нее повысится кровяное давление и участится сердцебиение. Тревога?

Или это: даже одноклеточные бактерии, у которых отсутствует не только мозг, но и нервы, демонстрируют приобретенный рефлекс – отклик, который в психиатрии называется реакцией избегания. Получив электрошоковое воздействие (негативный раздражитель) прудовая инфузория-туфелька отплывает и в дальнейшем старается к электрошокеру не приближаться. Это тревога? По некоторым определениям, да: в «Руководстве» «избегание» пугающих стимулов числится среди отличительных признаков почти всех тревожных расстройств.

Другие специалисты утверждают, что предполагаемые аналогии между животным и человеческим поведенческим откликом попросту притянуты за уши. «Совершенно не очевидно, что усиленная реакция испуга у крысы... служит продуктивной моделью для всех человеческих тревожных состояний», – говорит Джером Каган<sup>[45]</sup>. Дэвид Барлоу, руководитель Центра изучения тревожности и сопутствующих расстройств при Бостонском университете, задается вопросом: «Действительно ли невольный паралич под воздействием угрозы [животная реакция, для которой у человека имеются явные эволюционные и физиологические параллели] имеет что-то общее с дурными предчувствиями насчет нашего семейного благополучия, работы или финансов?»<sup>[46]</sup>

«Сколько гиппопотамов беспокоятся, не рухнет ли программа соцобеспечения раньше их выхода на пенсию, или не знают, как начать разговор на первом свидании?» – спрашивает Роберт Сапольски, нейробиолог из Стэнфордского университета<sup>[47]</sup>.

«Крысу не тревожит падение фондового рынка, – признает Джозеф Леду. – А нас – да»<sup>[48]</sup>.

Можно ли свести тревожность к чисто биологической или механической реакции, подобной инстинктивному поведенческому отклику крысы или морской улитки, бездумно уклоняющихся от электрошока, или Крошки Альберта, приученного, как собака Павлова, отшатываться и дрожать при виде пушистых зверьков? Или тревожность требует ощущения времени, представления о гипотетической угрозе, предчувствия будущих страданий – того самого деструктивного «страха перед будущим», который привел моего прадеда, а потом и меня в психиатрическую клинику?

Является ли тревога животным инстинктом, роднящим нас с крысами, ящерицами и амёбами; приобретенным навыком, который вырабатывается посредством механического услов-

---

что Уотсон неправильно интерпретировал результаты своего эксперимента: на самом деле стойкая фобия в отношении крыс развилась у Альберта вовсе не из-за могущественного условного рефлекса, а в силу естественной эволюционно-адаптивной предрасположенности к страху перед мелкими пушистыми зверьками, поскольку те могут служить переносчиками болезней (подробнее я останавлиюсь на этом в главе 9).



ного рефлекса? Или это все же исключительно человеческое свойство, требующее осознания (среди прочего) себя как личности и наличия представлений о смерти?

Врач и философ по-разному определили бы болезни души. Например, гнев для философа – это чувство, рожденное желанием отомстить за обиду, тогда как для врача это приток крови к сердцу.

*Аристотель. О душе (IV в. до н. э.)*<sup>43</sup>

В одно прекрасное утро, уже не первый месяц задаваясь всеми этими вопросами, я, одолеваемый беспокойством и самобичеванием, плюхаюсь на кушетку психотерапевта.

– Что такое? – спрашивает доктор В.

– Как мне писать книгу о тревожности, если я даже базового определения тревоги дать не могу? Я перелопатил тысячи страниц, нашел сотни определений, одни схожи между собой, в других сплошные противоречия. Я не знаю, какое брать за основу.

– Возьмите из «Руководства», – предлагает доктор.

– Но там ведь не определения, там просто перечни сопутствующих симптомов, – возражаю я<sup>44</sup>. – И потом, это все равно не поможет, поскольку «Руководство» сейчас пересматривается, скоро выйдет пятая редакция!<sup>45</sup>

– Знаю, – грустно говорит доктор В. и начинает сетовать, что чиновники от психиатрии намерены в новом «Руководстве» перевести обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) из категории тревожных в новую категорию «импульсивных расстройств», к спектру таких заболеваний, как синдром Туретта. Доктору В. это кажется неправильным. – Все пациенты с ОКР, которые мне попадались за несколько десятилетий практики, всегда были тревожными. Они тревожатся из-за своих навязчивых синдромов.

Я привожу довод, услышанный несколькими неделями ранее на конференции: ОКР предполагается изгнать из категории тревожных расстройств в силу его существенных генетических и нейробиологических отличий.

– Черт бы побрал биомедицинскую психиатрию! – вырывается у доктора В.

Человек уравновешенный и мягкий, мой доктор исповедует «экуменический» подход к психотерапии: в своих научных работах и медицинской практике он пытается ассимилировать все лучшее из разных терапевтических методик в «комплексный подход к лечению израненной души», как он сам говорит. (Лучший врач на свете, заявляю сразу.) Однако он твердо уверен, что в последние несколько десятилетий биомедицина в общем и нейробиология в частности слишком много на себя берут и слишком все упрощают, выталкивая другие области исследования на обочину и переворачивая с ног на голову психотерапевтическую практику. Самые бескомпромиссные нейробиологи и психофармакологи, по его ощущениям, готовы разложить все умственные процессы на мельчайшие молекулярные компоненты, не принимая во внимание экзистенциальные глубины человеческого страдания и, собственно, смысл тревожных или депрессивных симптомов. На конференциях по тревожности, жалуется доктор В.,

---

<sup>43</sup> Цитата из Аристотеля приводится в осовремененном переводе, у древнегреческого философа вместо «врача» – «рассуждающий о природе», а «философ» – «диалектик». – *Прим. ред.*

<sup>44</sup> Вот, например, как определяется в DSM – IV генерализованное тревожное расстройство: «Чрезмерная тревога по поводу ряда событий или занятий, возникающая с преобладающей регулярностью на протяжении по крайней мере полугода. Пациенту сложно контролировать беспокойство. Тревога и беспокойство сопряжены по крайней мере с тремя из следующих шести симптомов (по крайней мере часть из них присутствует с преобладающей регулярностью на протяжении полугода): беспокойство, ощущение взбудораженности, нервного напряжения; быстрое наступление усталости; трудности с сосредоточением, "пустота в голове"; раздражительность; мышечное напряжение; беспокойный сон». (В одном месте в DSM – IV все же приводится общее определение тревожности, хоть и техническое, но достаточно точное: «Беспокойное предчувствие грядущей опасности в виде несчастья, сопровождаемое ощущением уныния или соматическим напряжением. Объект предчувствуемой опасности может быть как внешним, так и внутренним».)

<sup>45</sup> Мы беседовали с доктором В. до выхода DSM – V в 2013 г.

львиная доля времени отводится под фармакологические и нейробиологические секции, спонсируемые во многих случаях фармацевтическими компаниями.

Я признаюсь доктору В., что готов отказаться от работы над книгой.

– Предупреждал ведь, что ничего у меня не получится.

– Это в вас говорит тревожность. Она заставляет вас переживать по поводу точного определения тревожности и бесконечно волноваться о результате («А вдруг мое определение тревожности окажется неправильным»), вместо того чтобы сосредоточиться на самой работе. Вам нужно переключить внимание. Не бросайте свой замысел!

– Но я по-прежнему не знаю, какое определение тревожности взять за основу.

– Берите мое, – предлагает доктор.

Тот, кого хоть раз одолевал длительный приступ тревоги, не усомнится в ее способности парализовать, обращать в бегство, отнимать радость и придавать мыслям катастрофическое направление. Он с готовностью подтвердит, как мучительны эти переживания. Хроническая или острая тревожность – это, помимо всего прочего, выбивающий из колеи поединок с болью.

*Барри Вулф. Понимание и лечение тревожных расстройств (Understanding and Treating Anxiety Disorders, 2005)*

На самом деле несколько лет назад я выбрал доктора В. именно потому, что заинтересовался его концепцией тревоги и его методы лечения показались мне более гибкими и менее идеологизированными, чем у предыдущих врачей, к которым я обращался. (А еще мне понравился добрый взгляд доктора на фотографии, украшающей обложку его книги.)

С работами доктора В. я познакомился на научной конференции по тревожности в Майами – увидел его недавнюю книгу на выставочном столике у входа в зал. И хотя книга эта, руководство по лечению тревожных расстройств, была адресована профессиональным психотерапевтам, его «комплексный» подход к тревожности подкупил и меня. А кроме того, после гор специализированной литературы по нейробиологии тревоги, где то и дело спотыкаешься на фразах вроде «Тета-активность – это ритмические разряды нейронной сети в гиппокампе и соседних с ним образованиях, которые в силу синхронности процессов в большом количестве клеток вызывают высокочастотный квазисинусоидальный медленный тета-ритм (около 5–10 Гц у неанестезированной крысы), фиксирующийся в гиппокампальной формации при ряде поведенческих условий»<sup>[49]</sup>, – книга доктора В. поразила меня доходчивостью и живостью изложения, а его подход к пациентам – редкостной гуманностью. Среди разбираемых в его книге случаев я нашел и одолевающие меня проблемы: панические атаки, зависимость и сублимированный страх смерти, маскирующийся под боязнь более банальных вещей.

Я тогда только переехал из Бостона в Вашингтон и впервые за четверть века оказался без постоянного терапевта. Поэтому, прочитав в данных об авторе, что у него свой кабинет под Вашингтоном, я написал ему на электронную почту с вопросом, берет ли он новых пациентов.

Доктор В. не вылечил меня от тревожности. Однако утверждает, что вылечит, и в самые светлые моменты мне в это даже верится. А пока он вооружил меня действенными способами с ней справляться и полезными практическими советами, а также дал, пожалуй, самое главное, приемлемое определение – или способ систематизации определений – тревожности.

По мнению доктора В., соперничающие теории тревожности и подходы к ее лечению можно разделить на четыре основные категории: психоаналитическую, поведенческую или же когнитивно-поведенческую, биомедицинскую и эмпирическую<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Схематичный обзор теоретических подходов к тревожности по необходимости несколько упрощен.

Согласно психоаналитическому подходу (на ключевых аспектах которого, несмотря на массовый отказ от фрейдизма в научных кругах, по-прежнему строятся современные терапевтические беседы), к тревожности ведет подавление табуированных мыслей и идей (зачастую сексуального характера) или внутренних психических конфликтов. Лечение заключается в том, чтобы вывести эти загнанные вглубь конфликты в область сознательного, воздействовать на них психодинамическими методами терапии и добиться инсайта – интуитивного озарения.

Бихевиористы, как и Джон Уотсон в свое время, считают тревогу условной реакцией. Тревожные расстройства возникают, когда у нас вырабатывается (часто путем бессознательного научения) боязнь объективно безобидных предметов и явлений или чрезмерный страх перед небольшой угрозой. Лечение предполагает корректировку неправильного мышления посредством комбинирования экспозиционной терапии (нужно подвергаться страху и привыкать к нему, чтобы притуплялась реакция испуга) и когнитивного реструктурирования (смены хода мыслей), чтобы «погасить» фобию и «лишить катастрофичности» панические атаки и навязчивое беспокойство. По результатам многих исследований когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) признается самым безопасным и самым эффективным методом лечения многих форм депрессии и тревожных расстройств.

Биомедицинский подход (в последние 60 лет исследования в этой области проводятся с неутомимой активностью) занимается биологическими механизмами тревоги – такими структурами мозга, как миндалевидное тело, гиппокамп, голубое пятно, передняя поясная кора и островок, а также нейромедиаторами – серотонин, норэпинефрин, дофамин, глутамат, гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) и нейропептид Y (НПУ) – и генетикой, которая все это кодирует. Лечение часто проводится с помощью медикаментов.

И наконец, направление, которое доктор В. называет эмпирическим. Его представители придерживаются экзистенциального принципа, считая панические атаки и навязчивое беспокойство защитными механизмами, которые психика вырабатывает при угрозе ее цельности или самооценке. Эмпирический подход, как и психоаналитический, большое значение придает сути и содержанию тревоги (в отличие от биомедицинского и поведенческого подходов, занимающихся ее механизмами), именно там ища ключи к скрытым психотравмам или убежденности в тщете собственного существования. Лечение предполагает управляемую релаксацию для уменьшения симптомов тревоги, а также помощь пациенту в изучении его тревог с целью обращения к стоящим за ними экзистенциальным проблемам.

Конфликты между этими направлениями, а также между психиатрами с медицинским дипломом и психологами-гуманитариями, между сторонниками и противниками медикаментов, между специалистами по КПТ и психоаналитиками, фрейдистами и юнгианцами, молекулярными нейробиологами и холистическими терапевтами протекают весьма ожесточенно. Ставки высоки: стабильность крупных профессиональных инфраструктур зависит от того, какая теория одержит верх над другими. Между тем основной камень преткновения – считать тревогу болезнью или духовной проблемой, телесным недугом или психическим – существует уже не один век, со времен споров между Гиппократом и Платоном, а также их последователями<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> Современная наука доказала, что ближе к истине был Гиппократ: сознание – действительно продукт физического мозга (по сути, всего организма), однако платоновское влияние в психологии по-прежнему не ослабевает, отчасти потому, что, по сути, преемником Платона был Фрейд. В диалоге «Федр» Платон уподобляет душу пароконной упряжке с возничим: один конь могуч, но послушен, другой – норовист и буен, и возничему приходится приложить немало усилий, чтобы заставить их слаженно тянуть упряжку. Это разделение человеческой психики на три составляющие – дух, либидо и разум – служит прообразом фрейдистских представлений об ид, эго и супер-эго. У Платона в еще большей степени, чем у Фрейда, благополучное состояние психики зависело от подчинения либидинальной части души (epitheumetikon) рациональному началу (logistikon). В платоновском «Государстве» описано не что иное, как фрейдистский эдипов комплекс: «Вождения, что пробуждаются во время сна, когда дремлет главное, разумное и кроткое, начало души, зато начало дикое, звероподобное под влиянием сытости и хмеля вздымается на дыбы, отгоняет от себя сон и ищет, как бы удовлетворить свой нор. Если ему вздумается,

Однако, несмотря на многочисленные разногласия, все эти теории и направления не то чтобы взаимоисключающие. Во многом они пересекаются. Передовая когнитивно-поведенческая терапия заимствует что-то из биомедицины, поддерживая с помощью фармакологии экспозиционные методы. (Согласно исследованиям, лекарство под названием D-циклозерин, изначально разрабатывавшееся как антибиотик, помогает прочнее закрепляться в гиппокампе и миндалевидном теле новым воспоминаниям, тем самым усиливая способность экспозиции (когда пациент подвергается действию фобического стимула) гасить фобии за счет вытеснения пугающих ассоциаций новыми, более мощными, но не пугающими. Биомедицинское же направление, в свою очередь, постепенно признает способность медитаций и традиционных терапевтических бесед вызывать определенные структурные изменения в физиологии мозга – не менее «реальные», чем изменения, производимые таблетками и электрошоковой терапией. Согласно исследованию, опубликованному специалистами из Массачусетской больницы общего профиля в 2011 г., у испытуемых, в течение восьми недель уделявших медитации в среднем каких-нибудь 27 минут в день, наблюдались заметные изменения в структуре мозга. Благодаря медитации уменьшалась плотность миндалевидного тела<sup>[50]</sup>; эти физические изменения сопоставлялись с оценкой уровня стресса самими испытуемыми: по мере уменьшения плотности миндалевидного тела падал и уровень стресса. Другие исследования<sup>[51]</sup> выявили, что у буддийских монахов, в совершенстве владеющих медитацией, наблюдается гораздо более сильная, чем у обычных людей, активность в лобной коре и куда менее сильная активность в миндалевидном теле<sup>48</sup>. Медитация и практика глубокого дыхания действуют по тому же принципу, что и психотропные препараты, влияя не на абстрактные представления в сознании, а непосредственно на организм, на соматические корреляты наших ощущений. Недавние исследования показали, что даже обычные, проводимые по старинке терапевтические беседы способны привести к осязаемым физическим переменам в структуре мозга<sup>[52]</sup>. Возможно, Кьеркегор ошибался, и, «учась страшиться надлежащим образом», человек не «учится высшему», а просто обретает навык укрощать гиперактивность миндалевидного тела<sup>49</sup>.

---

оно не остановится даже перед попыткой сойтись с собственной матерью... оно осквернит себя каким угодно кровопролитием» (Платон. Собрание сочинений в 3 тт. – Т. 3 (1). – М., 1971.). Уилфред Троттер, влиятельный британский нейрохирург начала XX., заявил, наткнувшись на эти строки: «Благодаря Платону и к Фрейду проникнешься уважением» (цитируется по: Maurice Charlton, "Psychiatry and Ancient Medicine," in Gladston, *Historic Derivations*, 15.)

<sup>48</sup> Наиболее поднаторевшим в медитации удастся подавить даже реакцию испуга – опосредованную миндалевидным телом рудиментарную физиологическую реакцию на громкие звуки или другие внезапные стимулы (см., напр.: R. W. Levenson, P. Ekman, and M. Ricard, "Meditation and the Startle Response: A Case Study," *Emotion* 12, no.3 (June 2012): 650–58; а также Tom Bartlett, "The Monk and the Gunshot," *The Chronicle of Higher Education*, August 21, 2012). Как выясняется, выраженность этого рефлекса, что в детстве, что во взрослом возрасте, находится в прямом соответствии с вероятностью развития тревожных расстройств и депрессии.

<sup>49</sup> Уильям Джеймс, как и Дарвин, считал, что осознанию эмоции предшествуют чисто физические, инстинктивные процессы – по сути, определенное состояние мозга. В 1890-х гг. он вместе с датским врачом Карлом Ланге выдвинул предположение, что эмоции возникают как следствие автоматических физических реакций организма, а не наоборот. Согласно теории Джеймса – Ланге, внутренние трансформации, порождаемые вегетативной нервной системой, деятельность которой не зависит от сознания и воли человека, могут привести в числе прочего к изменению сердечного ритма, дыхания, выработки адреналина и расширения кровеносных сосудов в скелетных мышцах. Первичны именно эти, чисто физические изменения, а уж затем, как следствие нашей интерпретации, возникают такие эмоции, как радость или тревога. Пугающая или раздражающая ситуация вызывает ряд физиологических реакций, но только фиксация их сознанием, оценка и интерпретация рождает тревогу или злость. По Джеймсу – Ланге чисто когнитивное или психологическое переживание тревоги и тому подобного нельзя отделить от автономных изменений во внутренних органах. Физические перемены первичны, эмоции вторичны. Это означает, что тревога в первую очередь явление физическое и только во вторую – психологическое. «Я полагаю, – писал Джеймс, – что изменения в организме происходят тотчас же после восприятия возбуждающего факта, и наше ощущение этих изменений и есть эмоция. Практический опыт подсказывает: если мы разорились, мы рыдаем и испытываем жалость; если на нас нападает медведь, мы пугаемся и бежим; если нас оскорбляет соперник, мы впадаем в ярость и наносим удар. Тогда как согласно отставимой нами гипотезе порядок прямо противоположный... и рациональнее будет утверждать, что мы испытываем жалость, потому что рыдаем; злимся, потому что наносим удар, и боимся, потому что дрожим» (Впервые Уильям Джеймс сформулировал эту гипотезу в статье "What is an Emotion?", опубликованной в философском журнале *Mind* в 1884 г.) Психическое состояние порождается физическим, а не наоборот. Впоследствии теорию Джеймса – Ланге опровергли исследования на больных с повреждениями позвоночника, лишаящими их возможности получать любые соматические сигналы от внутренних орга-

Дарвин отмечал, что аппарат, порождающий паническую тревогу у человека, имеет те же эволюционные корни, что и реакция «борьбы или бегства» у крысы или избегающие маневры морской улитки. А это значит, что тревога, каким бы философским и психологическим смыслом мы ее ни нагружали, может оказаться исключительно биологическим явлением, которое у человека не особенно отличается от животного аналога.

Что мы теряем/упускаем (если теряем/упускаем), сводя тревогу к набору ее физиологических составляющих – недостатку серотонина и дофамина или к избытку активности в миндалевидном теле и подкорковых ядрах? Теолог Пауль Тиллих в 1944 г. предположил, что Angst выступает естественной человеческой реакцией на «страх смерти, совести, вины, отчаяния, рутины и так далее»<sup>[53]</sup>. Для Тиллиха ключевой вопрос бытия звучал так: хранит нас некая небесная сила или мы бесцельно влачимся к смерти сквозь холодную, бездушную и безразличную вселенную? Может быть, чтобы обрести покой, достаточно всего лишь разобраться в этом вопросе? Или все куда приземленнее и главное – отрегулировать уровень серотонина в синапсах? Или это все один и тот же вопрос?

Пугливее человека нет, пожалуй, почти никого, поскольку к базовым страхам перед хищниками и враждебными сородичами у него добавляются порождаемые разумом экзистенциальные страхи.

*Иренеус Айбль-Айбесфельдт. Этологические перспективы страха, защиты и агрессии у животных и человека (1990)*

Некоторое время назад я отправил доктору В. электронное письмо с просьбой уложить в одну фразу определение тревоги, на лечении которой он специализируется уже 40 лет.

«Тревога, – написал доктор В., – это предчувствие будущего страдания, пугающее предчувствие невыносимой катастрофы, которую нет надежды предотвратить». Для доктора В. определяющей характеристикой тревоги, возвышающей ее над чисто животным инстинктом, выступает направленность в будущее. Здесь доктор В. сходится во мнении со многими ведущими разработчиками теорий эмоций (в частности, клинический психолог Роберт Плутчик, один из самых влиятельных исследователей в области эмоций XX в., определял тревогу как «сочетание предчувствия и страха») и отмечает, что Дарвин, хоть и подчеркивал поведенческое сходство между животными и человеком, полагал так же. «В ожидании страдания мы испытываем тревогу, – писал Дарвин в книге "О выражении эмоций у человека и животных". – Когда нет надежды на облегчение, мы отчаиваемся»<sup>50</sup>. У животных отсутствует

---

нов, – эти люди просто не чувствуют напряжения мышц или желудочного дискомфорта, превращаясь, по сути, в чистый мозг, без тела, – и тем не менее неприятные психологические переживания вроде страха или тревоги они испытывали. Это свидетельствует если не о полной ошибочности, то по крайней мере о недоработке теории Джеймса – Ланге. Если больные, лишённые способности получать данные о проходящих в организме процессах, по-прежнему испытывают тревогу, возможно, она представляет собой прежде всего психическое состояние, не требующее информационного вклада от остального организма. Однако различные исследования, проводимые с начала 1960-х гг., позволяют предположить, что теория Джеймса – Ланге все же не полностью ошибочна. Когда в Колумбийском университете испытуемым делали инъекцию адреналина, у всех учащалось сердцебиение и дыхание и усиливались эмоции, однако характер эмоции задавался экспериментаторами посредством варьирования контекста (см. S. Schachter and J. E. Singer, "Cognitive, Social, and Psychological Determinants of Emotional State," *Psychological Review* 69, no.5 (1962):379–99, хорошо описан этот эксперимент и история возникновения теории Джеймса – Ланге у Джозефа Леду в *Emotional Brain*, 46–49). Участники опыта, которым давали повод для положительной эмоции, чувствовали радость, тогда как получавшие повод для негативных эмоций испытывали злость или тревогу, в каждом случае ощущая соответствующую эмоцию сильнее тех, кто вместо адреналиновой инъекции получил пустышку-плацебо. Адреналин усиливал интенсивность эмоции, однако не определял ее характер – характер зависел от экспериментального контекста. Это значит, что вегетативная система организма обеспечивает механическую составляющую эмоции, тогда как ее смысловое наполнение обеспечивает интерпретация окружающей обстановки. Другие недавние исследования подтверждают правоту предположения Джеймса и Ланге, что именно физиологические процессы организма управляют эмоциями и определяют их остроту. В частности, все больше научных работ свидетельствует о том, что мимика способна вызывать, а не только отражать ассоциируемые с тем или иным выражением лица эмоции. Улыбнитесь – и почувствуете радость; начните дрожать – и – в точности по Джеймсу – почувствуете испуг.

<sup>50</sup> Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных. – СПб.: Питер, 2001.

абстрактное понятие будущего, равно как и абстрактное понятие тревоги и способность волноваться о своих страхах. Животное может испытывать «затруднение дыхания» при стрессе или «сердечные спазмы» (по выражению Фрейда), но волноваться об этих симптомах или как-то их интерпретировать оно не способно. И ипохондрия животному неведома.

Кроме того, животное не испытывает страха смерти. Крысы и морские улитки не держат в уме такие гипотетические опасности, как автомобильная авария или авиакатастрофа, теракт или ядерное уничтожение (а также остракизм, понижение в статусе, профессиональное фиаско, неизбежная потеря любимых и близких или брэнность плоти). Все это наряду со способностью осознавать и осмысливать ощущение страха придает переживанию тревоги у человека экзистенциальную глубину, которая полностью отсутствует в «тревожной реакции» морской улитки. И для доктора В. эта экзистенциальная глубина имеет ключевое значение.

Доктор В. утверждает вслед за Фрейдом, что, в отличие от страха, вызываемого «действительными» угрозами извне, тревога порождается угрозами внутренними. Тревога, по формулировке доктора В., – «это сигнал, что обычная защита от неприемлемого мнения о себе не срабатывает». Не в силах принять суровую экзистенциальную действительность – рушится брак, не удалась карьера, организм неумолимо дряхлеет и смерть неизбежна – сознание, чтобы защититься и отвлечься, выдает порой тревожные симптомы, преобразуя душевное смятение в панические атаки, смутную общую тревожность или развивающиеся фобии, на которые мы проецируем внутренние бури. Как выявили недавние исследования, в тот момент, когда пациент начинает осознавать скрытый до того психический конфликт, вытаскивая его на свет из сумрака бессознательного, происходит целый ряд ощутимых физиологических перемен: падает давление и пульс, уменьшается электропроводность кожи, сокращается уровень гормонов стресса в крови<sup>[54]</sup>. Хронические физические симптомы – боль в спине, в животе, головная боль – часто пропадают сами собой, стоит пациенту лишь осознать свои «соматизированные», то есть преобразованные в физические симптомы, эмоциональные проблемы<sup>51</sup>.

Однако, полагая, что тревожные расстройства, как правило, вырастают из неудавшихся попыток разрешить фундаментальные экзистенциальные дилеммы, доктор В., как мы еще убедимся, расходится во мнении с современной психофармакологией (доказывающей на основании 60-летних опытов с медикаментами, что тревога и депрессия – результат «химического дисбаланса»), нейробиологией (благодаря которой удалось продемонстрировать не только мозговую активность, связанную с различными эмоциональными состояниями, но и, в некоторых случаях, определенные структурные аномалии, связанные с психическими заболеваниями), исследованиями темперамента и молекулярной генетикой (довольно убедительно отстаивающей существенную роль наследственности, задающей исходный уровень тревожности и склонности к психическим заболеваниям).

Доктор В. не опровергает открытия ни в одной из этих областей науки. Медикаменты кажутся ему вполне эффективным способом лечения симптомов тревоги. Однако 30-летний опыт клинической работы с сотнями тревожных больных позволяет ему утверждать, что в основе клинической тревожности почти всегда лежит какой-то экзистенциальный кризис, вызванный так называемыми «онтологическими данностями» – перспективой старения, смерти, потери близких и любимых, вероятных профессиональных неудач, грозящих ударами по самолюбию; унижительными ситуациями, необходимостью искать смысл и цель в жизни и равновесие между личной свободой, душевным покоем, желаниями и ограничениями, которые накладывают на нас отношения и общество. И тогда боязнь крыс, змей, сыра или меда (да, меда: актер Ричард Бертон не мог находиться в одном помещении с медом, даже закупо-

<sup>51</sup> Хотя основные положения фрейдизма признаны несостоятельными, отдельные элементы теорий Фрейда находят подтверждение в подобных недавних исследованиях.

ренным в банку и закрытым в шкафу<sup>[55]</sup>) замещает наши глубинные экзистенциальные опасения проекцией на внешние обстоятельства.

В начале карьеры доктору В. довелось лечить второкурсника, который с детства готовился стать профессиональным пианистом, и когда преподаватели колледжа заявили, что ему не хватит таланта для осуществления своей мечты, у юноши начались страшные панические атаки. Доктор В. рассудил, что панические симптомы возникают из неспособности пациента примириться с глубинной экзистенциальной потерей – крахом профессиональных амбиций и надежды увидеть себя концертирующим пианистом. Лечение паники позволило студенту пережить отчаяние из-за потери и начать заново выстраивать себя как личность. У другого пациента, 43-летнего врача с процветающей практикой, развилось паническое расстройство, когда (почти сразу же после отъезда в колледж его старшего сына) он начал раз за разом получать травмы во время игры в теннис, в котором прежде был асом. Панику, по мнению доктора В., подпитывала двойная утрата (прощание с детством сына и собственной спортивной формой), что в совокупности вызывало экзистенциальное беспокойство о надвигающейся дряхлости и смерти. Помогая пациенту примириться с этими потерями и принять свою смертность и неизбежное угасание как «онтологическую» действительность, доктор В. помог ему избавиться от тревоги и депрессии<sup>52</sup>.

Доктор В. считает, что тревожные и панические симптомы служат так называемым «защитным экраном» (Фрейд называл это «невротической защитой») от невыносимой боли, возникающей при столкновении с потерями, осознанием смертности или угрозами самооценке (самооценка в общих чертах совпадает с фрейдовским «эго»). В некоторых случаях острые тревожные или панические симптомы – это невротический отвлекающий маневр или способ совладать с негативным самовосприятием или ощущением несостоятельности («эго-ранами», как называет их доктор В.)

Мне предлагаемые доктором В. экзистенциальные интерпретации тревожных симптомов кажутся в некотором отношении интереснее преобладающих биомедицинских объяснений. Но довольно долго современная специальная литература по тревожности, куда больше внимания уделяющая «частоте нейронных "выстрелов" в миндалевидном теле и голубом пятне» (нейробиологический уклон), «укреплению серотонинэргической системы» и «блокировке глутаматной системы» (психофармакологический уклон), выявлению определенных «однонуклеотидных полиморфизмов» в различных генах, предопределяющих тревожный темперамент (уклон в психогенетику), чем вопросам экзистенциальным, казалась мне более научной и более убедительной, чем теория тревожности доктора В. Мне и сейчас так кажется. Но в меньшей степени.

Некоторое время назад на наших терапевтических сеансах мы с доктором В. стали осторожно подбираться к «воображаемому» подверганию как методу лечения моих фобий<sup>53</sup>. Выстроив иерархию пугающих ситуаций, мы с доктором В. начали «поэтапную десенсибилизацию», в ходе которой мне предлагалось представлять себе разные тревожащие картины, одновременно выполняя упражнение на релаксацию с глубоким дыханием, чтобы ослабить вызываемую этими картинами тревогу. Как только удавалось удержать образ в сознании и не впасть в панику, доктор В. расспрашивал меня об ощущениях.

Давалось это на удивление тяжело. Я сидел в полной безопасности в кабинете загородного дома доктора В. и мог прекратить упражнение в любую минуту, но проигрывать пугающие сценарии даже в воображении оказалось мучительно страшно. От самых несопоставимых

---

<sup>52</sup> Сразу поясню, что никакой конфиденциальной информации я здесь не разглашаю: все случаи (без упоминания имен) доктор В. описывал в своих публикациях.

<sup>53</sup> Терапия строится на методике под названием «систематическая десенсибилизация», разработанной в 1960-х гг. Джо-зефом Вольпе, влиятельным бихевиористом, начинавшим свои исследования с попыток ослабить реакцию страха у кошек (Joseph Wolpe, *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* (Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958), 53–62).

с обстановкой стимулов – представить себя в кресле канатной дороги или в салоне самолета в зоне турбулентности; вообразить зеленое ведерко, которое ставили мне в детстве рядом с кроватью, когда у меня случалось расстройство желудка, – меня бросало в пот, и я начинал задыхаться. Тревожная реакция на эти исключительно воображаемые картины была такой сильной, что несколько раз мне приходилось выходить из кабинета доктора В. и гулять во дворе, чтобы успокоиться.

На этих десенсибилизационных сеансах доктор В. пытается выяснить, что именно вызывает у меня тревогу.

На этот вопрос мне ответить сложно. Даже во время воображаемого подвергания, не говоря уже о ситуации, когда я сталкиваюсь с «фобическим стимулом» в действительности, мне становится не до ответов на вопросы. Я ощущаю лишь всепоглощающий страх и единственное желание – сбежать. От ужаса, от сознания, из собственного тела и из жизни<sup>54</sup>.

На ряде сеансов происходило нечто неожиданное. Когда я пытался справиться с фобией, меня охватывала печаль. Я сидел на кушетке у доктора В. и, глубоко дыша, представлял себе какую-нибудь сцену из «десенсибилизационной иерархии», но мысли начинали блуждать.

– Что вы сейчас ощущаете? – спрашивал доктор В.

– Грусть, – говорил я.

– Прочувствуйте ее, – говорил доктор.

Через пару секунд я заходился в рыданиях.

Рассказываю, и самому стыдно. Во-первых, я, выходит, совсем хлюпик. Во-вторых, в волшебные эмоциональные прорывы и катарсическое очищение я не верю. Но честное слово, какое-то облегчение, сотрясаясь от рыданий, я испытывал.

Эта печаль накатывала при каждой попытке проделать упражнение.

– Что происходит? – спросил я доктора В. – Что это значит?

– Это значит, мы что-то нащупали, – ответил он, протягивая мне бумажный платок.

Да, знаю. Сам внутренне ежусь, когда такое рассказываю. Но в тот момент, когда я рыдал на кушетке, реплика доктора В. казалась удивительно обнадеживающей и действенной, и от этого я, растрогавшись, зарыдал еще сильнее.

– Мы расковыряли рану, – сказал он.

Доктор В., как и Фрейд, полагает, что тревожность может представлять собой адаптационный механизм, призванный защитить психику от иных источников печали или боли. Почему в таком случае, спрашиваю я, тревожность часто ощущается куда острее, чем печаль? Эта душевная «рана», которую мы якобы нащупали, хоть и доводит меня до слез, но мучает меньше, чем ужас, который охватывает меня в зоне турбулентности или при тошноте, и чем сепарационная тревожность, накрывавшая меня в детстве.

– Так часто бывает, – говорит доктор В.

Не знаю, как это расценивать. Почему мне становится легче – радостнее и относительно спокойнее – после копания в гипотетической «ране»?<sup>55</sup>

– Пока не известно, – говорит доктор В. – Но мы на верном пути.

---

<sup>54</sup> Как-то раз я сказал доктору В., что, будь у меня пистолет, а значит, гипотетическая возможность избежать фобического ужаса, моя тревожность могла бы отступить, поскольку осознание, что выход есть, давало бы ощущение контроля над ситуацией. «Возможно, – согласился доктор. – Но повысилась бы опасность застрелиться».

<sup>55</sup> Разрабатывая в 1890-х гг. метод психоанализа, Зигмунд Фрейд и его учитель Йозеф Брейер называли в своих ранних трудах катарсические раскопки подавленных мыслей и эмоций «прочисткой дымохода» (Breger, Dream, 29).



## Часть вторая

### История моего «нервного желудка»

#### Глава третья

#### Бурчание в животе

*Тревожность – это нелегко. У больного словно какой-то шип сидит внутри, что-то колет его, вызывая мучительную тошноту.*  
*Гиппократ. О болезнях (IV в. до н. э.)*

*Мой повторяющийся ночной кошмар: мне становится дурно во время свадьбы и я выбегаю из церкви, бросив жениха у алтаря.*  
*Эмма Пеллинг, цитата, приведенная в статье «Отложить свадьбу из-за страха невесты перед тошнотой» ("Bride's Vomit Fear Delays Wedding" // United Press International, 5 июня 2008 г.)*

В число одолевающих меня тревог входит и эметофобия, патологический страх тошноты, притом что с последнего приступа рвоты времени прошло уже порядочно. Даже более чем порядочно. Тридцать пять лет, два месяца, четыре дня, 22 часа и 49 минут на момент написания этой фразы, если совсем точно. Это значит, что 83 % моего пребывания на этом свете обходится без приступов рвоты, последний из которых случился 17 марта 1977-го. Меня не рвало в 1980-х. Меня не рвало в 1990-х. И в новом тысячелетии тоже. И, надо надеяться, не будет рвать и впредь, до конца моей жизни. (Само собой, даже этот абзац, особенно последнее предложение, я печатаю через силу, опасаясь сплзнуть или навлечь на себя небесные кары, стучу по дереву и молюсь всем богам и высшим силам.)

Тем не менее, по самым грубым подсчетам, по крайней мере 60 % своей сознательной жизни я беспокоюсь о явлении, которое последние три с лишним десятилетия не дает о себе знать. Это иррационально.

«Почему иррационально? – протестует внутренний голос. – Может, на самом деле беспокойство о рвоте и ее отсутствие закономерно связаны? Может, именно эта неусыпная бдительность и защищает меня (магическим образом, невротическим укреплением иммунной системы или просто благодаря навязчивому избеганию микробов) от пищевых отравлений и желудочного гриппа?»

Этот же вопрос я неоднократно задавал и череде психотерапевтов. «Даже если предположить, что насчет закономерности вы правы, поведение ваше все равно иррационально, – отвечают они. – Представьте, сколько времени вы тратите впустую, как портите себе жизнь, беспокоясь о малоприятном, но все же редком для вас явлении, не особенно вредящем здоровью». Даже если, ослабив бдительность, я и подхвачу кишечный вирус или отравлюсь чем-нибудь несвежим раз-другой, спрашивают терапевты, разве это слишком большая цена за возвращение (хотя бы отчасти) к полноценной жизни?

Наверное, рациональный, не знающий фобий человек ответил бы «нет». И был бы прав. Но для меня ответом остается уверенное «да».

Значительное место в моей жизни занимают старания избежать рвоты и «подстиланье соломки» на случай, если беда все же приключится. В том числе стандартная практика гермофоба – избегать больниц и общественных туалетов, обходить за километр больных, излишне

часто мыть руки, обращать пристальное внимание на дату и условия изготовления всех потребляемых в пищу продуктов.

Но в моем поведении есть несомненные крайности, особенно если принять во внимание статистическую маловероятность приступа рвоты в тот или иной конкретный момент. Я пачками прихватываю бумажные пакеты из самолета и рассовываю по дому, по рабочему кабинету и салону машины на случай, если меня внезапно затошнит. Я не выхожу за порог без пепто-бисмола, драмамина и других препаратов от укачивания. Словно генерал, наблюдающий за наступлением противника, я держу в памяти подробную карту зафиксированных случаев норовируса (самого распространенного из вызывающих желудочно-кишечные заболевания) и других форм гастроэнтерита, по Интернету отслеживая вспышки эпидемий в США и за рубежом. Так уж устроена моя фобия: я в любой момент могу точно сказать, в каком новозеландском доме престарелых, на каком круизном лайнере в Средиземном море и в какой начальной школе штата Вирджиния сейчас борются с вирусом. Как-то раз, когда я жаловался отцу на отсутствие единого информационного портала по очагам норовируса (как по очагам гриппа), вмешалась жена: «Как это нет, когда есть». Мы посмотрели на нее вопросительно. «Это ты», – пояснила она. Да, действительно.

Эметофобия правит моей жизнью с тираническим непостоянством вот уже 35 лет. Ни тысячи психотерапевтических сеансов, ни десятки лекарств, ни гипноз, которому я подвергался в 18-летнем возрасте, ни желудочно-кишечные заболевания, которые я переносил без рвоты, так ее и не истребили.

Несколько лет я проходил сеансы у молодого психотерапевта доктора М., работавшей в Центре изучения тревожности и сопутствующих расстройств при Бостонском университете. Изначально я обратился к ней по поводу боязни публичных выступлений, но несколько месяцев спустя доктор М. предложила попробовать экспозиционную терапию и для лечения моей эметофобии.

Вот так некоторое время назад я оказался героем нелепейшей мизансцены.

Я выступаю с докладом об основании Корпуса мира, что само по себе несколько нелепо, поскольку дело происходит в маленькой переговорной Центра изучения тревожности. Вся моя аудитория – доктор М. и трое аспирантов, отловленных в коридорах. В углу переговорной на большом экране крутится ролик, демонстрирующий разных людей в приступе рвоты.

– Изначально президент Кеннеди планировал разместить Корпус мира в Агентстве по международному развитию, – сообщаю я под доносящиеся с экрана рвотные спазмы. – Но зять Кеннеди Сарджент Шрайвер убедил Линдона Джонсона, что включение Корпуса мира в существующую правительственную систему будет тормозить всю его деятельность и в конечном итоге просто ее застопорит.

На экране женщину рвет фонтаном. Приборчик на моем пальце отслеживает пульс и уровень кислорода в крови. Каждые несколько минут доктор М. прерывает меня просьбой дать оценку своей тревожности по шкале от 1 до 10 (1 – полное спокойствие, 10 – неподдельный ужас).

– Около шести, – честно отвечаю я. Мне не столько тревожно, сколько неловко и мерзко.

– Продолжайте, – велит доктор, и я вещаю дальше под рвотную какофонию с экрана. Мельком взглянув на слушателей, вижу, что аспиранты – две девушки и молодой человек – внимают моим словам через силу, оглушенные фоновой вакханалией. Молодой человек заметно зеленеет и, дергая кадыком, явно сдерживает рвотные позывы.

Мне действительно немного тревожно, но в первую очередь я ощущаю себя полным дураком. Как имитация доклада перед искусственной аудиторией под лавиной тошнотворных кадров излечит меня от фобии публичных выступлений или рвоты?

При всей внешней нелепости в основе этой сцены лежит зарекомендовавшая себя психотерапевтическая методика. Экспозиционная терапия – намеренное столкновение с источни-

ком патологического страха, будь то крысы, змеи, самолеты, высота или рвота, – уже не первое десятилетие применяется в качестве стандартного метода лечения фобий и входит в когнитивно-поведенческую терапию. Логика этого подхода, подкрепляемого последними исследованиями в области нейробиологии, такова: продолжительное пребывание рядом с источником страха (под наблюдением психотерапевта) уменьшает страх. Боящемуся высоты предлагается в сопровождении психолога подбираться все ближе и ближе к краю балкона на все большей высоте. Страдающий сидеродрофобией (боязнью путешествий на поезде) должен проехать по железной дороге сперва чуть-чуть, потом подальше, потом еще дальше, пока страх не уменьшится, а потом не исчезнет полностью. Существует и более суровая форма экспозиционной терапии, так называемое погружение, предполагающее более интенсивное воздействие. При лечении, например, страха перед полетами стандартным экспозиционным методом пациент начинает с визитов в аэропорт и наблюдает за взлетом и посадкой самолетов, пока уровень тревожности не снизится. Затем он будет подниматься на борт и привыкать к нахождению в салоне, позволяя вспыхнуть и успокоиться физиологическим реакциям и ощущениям испуга, и только после этого дело дойдет до короткого перелета в сопровождении терапевта. В конечном итоге больной сможет летать самостоятельно на дальние расстояния. Методом погружения аэрофобия лечится иначе: пациента сажают в крошечный двухмоторный самолет и, поднявшись в небо, проделывают головокружительные кульбиты. По данной теории тревожность поначалу зашкалит, но потом она утихнет, поскольку пассажир быстро усвоит, что способен пережить как сам полет, так и тревожность. Некоторые психотерапевты специально завязывают контакты с пилотами, чтобы практиковать этот метод. (Мне доктор М. тоже предлагала, я отказался.)

Дэвид Барлоу, бывший руководитель Центра изучения тревожности и сопутствующих расстройств, утверждает, что цель экспозиционной терапии – «напугать пациента до потери пульса»<sup>[56]</sup> и тем самым доказать, что со страхом можно справиться. Какими бы жестокими и непривычными ни казались экспозиционные методы Барлоу, процент излеченных от фобии составляет, по его словам (подтверждаемым значительным числом научных работ)<sup>56</sup>, 85 % (причем излеченных, как правило, всего за неделю или даже быстрее)<sup>[57]</sup>.

Заставляя меня испытать одновременно страх публичного выступления и рвоты, доктор М. стремилась взвинтить мою тревожность до предела, «подвергнуть» меня моим главным страхам, чтобы запустить процесс их искоренения. Однако стимулы оказались слишком неестественными и не вызвали требуемой степени тревожности. Выступая перед тройкой аспирантов в кабинете доктора М., я нервничал и чувствовал неловкость, но этим ощущениям было далеко до всепоглощающего ужаса, который возникает во время настоящих публичных выступлений (тем более я знал, что мои слушатели тоже специализируются на тревожных расстройствах). У меня, вопреки обыкновению, не было нужды скрывать тревогу: сознавая, что коллегам доктора М. изначально известно о моей ущербности, я не беспокоился о том, чтобы ее замаскировать. И хотя на работе у меня по-прежнему вызывали приступы паники даже короткие летучки, не говоря уже о полновесных выступлениях, переживания насчет которых начинались за долгие месяцы до самого события, разыгрываемая на еженедельных сеансах у доктора М. ситуация была лишь бледной копией настоящих. Неловкость и неприятные ощущения эти игры вызывали, да, но никак не тот уровень тревоги, который требуется для настоящей экспозиционной терапии.

Точно так же и показ роликов о рвоте, при всей их тошнотворности, не вызывал ничего похожего на ужас, сотрясающий тело и душу при рвотном позыве. Я знал, что видеоролики

---

<sup>56</sup> Однако имеется немало свидетельств в пользу того, что фобическую тревожность гораздо легче пробудить, чем искоренить. Барлоу и сам страдает боязнью высоты, от которой, по собственному признанию, излечиться не в состоянии ("A Phobia Fix," The Boston Globe, November 26, 2006).

не заразны, что всегда можно отвернуться или выключить ролик, если тревога станет невыносимой. Самое главное – и самое пагубное для экспозиционной терапии – у меня всегда оставалась возможность сбежать<sup>57</sup>.

Выяснив, как выясняли до и после доктора М. остальные мои психотерапевты, что именно в боязни рвоты коренятся остальные мои страхи (например, я боюсь летать на самолете из-за страха, что будет тошнить), доктор М. предложила с этой фобии и начать.

– Резонно, – согласился я.

– Способ лечения только этот, – сказала доктор. – Нужно встретиться со своим страхом в открытую, испытать то, что вас больше всего пугает.

Охо-хо.

– Нужно вызвать у вас рвоту.

Нет. Только не это. Ни за что.

Доктор М. рассказала, что ее коллеге недавно удалось излечить пациентку от эметофобии с помощью рвотного средства – сиропа ипекакуаны. Занимающая ответственную должность пациентка, специально прилетев на лечение из Нью-Йорка, неделю ходила на сеансы в Центр изучения тревожности. Каждый день она принимала выдаваемое медсестрой рвотное, ее рвало, затем она прорабатывала свои ощущения с психотерапевтом – в когнитивно-поведенческой терапии это называется «декатастрофизация». Через неделю она улетела обратно в Нью-Йорк, полностью избавившись, по словам доктора М., от фобии.

Меня это не убедило. Тогда доктор М. показала мне статью в научном журнале, где описывался случай излечения клинической эметофобии таким же методом вызывания рвоты.

– Это единичный случай, – заметил я. – 1979 года<sup>[58]</sup>.

– Были и другие. – Доктор еще раз напомнила мне про пациентку своей коллеги.

– Нет, я не могу.

– Если не хотите, то не надо, – сказала доктор М. – Я не буду вас ни к чему принуждать. Но единственный способ справиться с этой фобией – встретиться с источником страха. А единственный способ с ним встретиться – вызвать рвоту.

Этот диалог повторялся в разных вариациях на протяжении нескольких месяцев. Несмотря на бессмысленность придуманных доктором М. методов воздействия, я ей доверял (она была добрая, милая и умная). Поэтому в один прекрасный осенний день я удивил ее заявлением, что готов рассмотреть этот вариант. Она мягко и обнадеживающе объяснила, как все будет проходить. Для меня зарезервируют лабораторный кабинет наверху, где рядом со мной постоянно будет сама доктор М. и штатная медсестра. Я что-нибудь съем, приму рвотное, вытошню съеденное (и останусь в живых, обещала доктор). А потом мы займемся «когнитивным переструктурированием» моего отношения к рвоте. Я усвою, что бояться тут нечего, и избавлюсь от фобии.

Доктор М. повела меня наверх знакомиться с медсестрой. Сестра Р. показала мне кабинет и объяснила, что принятие рвотного – стандартная процедура при экспозиционной терапии, она лично участвовала не в одном сеансе для бывших (излечившихся!) эметофобов.

– Буквально на прошлой неделе у нас тут был один парень, – припомнила она. – Очень нервничал, но все прошло прекрасно.

Мы вернулись в кабинет доктора М.

– Хорошо, – сказал я. – Давайте. Наверное...

---

<sup>57</sup> Кстати, само существование этих видеороликов (я таких видел уже несколько) подтверждает, насколько широко распространена эметофобия: такие ролики очень часто используются в ее лечении. Некоторые психотерапевты для постепенной десенсибилизации подкладывают в поле зрения пациентов искусственные рвотные массы. (Если интересно, вот вам рецепт от двух психологов Университета Эмори, с которыми я познакомился на конференции в 2008 г.: консервированный перловый суп с говядиной смешайте с консервированным грибным супом-пюре, добавьте немного уксуса и нарезанных маринованных огурцов, залейте в стеклянную банку, закрутите и оставьте на подоконнике на неделю.

Следующие несколько недель мы раз за разом назначали сеанс экспозиции, я являлся в назначенный день – и давал задний ход, признаваясь, что не могу. Каково же было изумление доктора М., когда в теплый не по сезону декабрьский четверг я вдруг, придя на обычный сеанс, сказал: «Все. Я готов».

Нам не повезло с самого начала. У сестры Р. кончилось рвотное, поэтому ей пришлось бежать в аптеку, а мне – сидеть лишний час в кабинете доктора М. Потом выяснилось, что верхняя лаборатория занята, поэтому придется проводить процедуру в маленьком общем туалете в подвале. Я на каждом шагу хотел отказаться от сеанса, но не отказывался – наверное, только потому, что никто не отнимал у меня эту возможность.

Дальнейшее повествование представляет собой отредактированный фрагмент как можно более беспристрастного отчета, который я по рекомендации доктора М. писал после процедуры. (Записывать свои впечатления в эмоционально нейтральном ключе – стандартный в таких случаях рецепт предотвращения посттравматического стресса после травмирующего переживания.) Если вы тоже страдаете эметофобией (или просто брезгливы), лучше этот кусок пропустить.

Мы встретились с сестрой Р. в подвальном туалете. После непродолжительного обмена репликами я принял рвотное.

Пройдя точку невозврата, я почувствовал резкое нарастание тревоги. Меня начала бить легкая дрожь. Но я надеялся, что тошнота наступит сразу, меня быстро вырвет и я осознаю, что всю жизнь зря боялся.

Доктор М. прицепила мне на палец датчик пульса и уровня кислорода в крови. Пока мы дожидались приступа тошноты, доктор попросила меня оценить тревожность по шкале от 1 до 10. «Около девяти», – ответил я.

К тому времени меня уже слегка мучило. Ощувив внезапный позыв, я отвернулся к унитазу. Горло сжалось дважды, но рвотные массы не пошли. Я ждал, стоя на полу на коленях, все еще надеясь на скорое завершение. Датчик на пальце мешал, поэтому я его отцепил.

Какое-то время спустя я почувствовал следующий позыв и спазм диафрагмы. Сестра Р. объяснила, что сначала идут «сухие» позывы. Теперь мне отчаянно хотелось, чтобы все уже было позади.

Тошнота накатывала волнами, скручивая, потом отпуская. Каждый раз казалось, что теперь-то уж меня вырвет, я громко рыгал, но ничего не выходило. Несколько раз я чувствовал, как сжимается желудок, выворачивался наизнанку – и опять безрезультатно.

Дальше ощущение времени несколько размывается. При каждом позыве меня бросает в пот, и, когда волна проходит, пот льет с меня ручьями. В какой-то момент я начинаю отключаться и боюсь, рухнув в обморок, захлебнуться рвотой и умереть. На мое заявление, что у меня звенит в голове, сестра Р. говорит, что цвет лица у меня нормальный. Но, по-моему, они с доктором М. слегка встревожены. От этого растет и моя тревога: если они волнуются, то мне уж точно пора впасть в панику. (В то же время где-то в глубине души очень хочется отключиться, пусть даже со смертельным исходом.)

Минут через 40, после всех этих безрезультатных позывов, доктор М. и сестра Р. предлагают принять еще рвотного. Но я побоялся, что вторая доза заставит меня мучиться тошнотой еще дольше: вдруг эти «сухие» позывы растянутся на несколько часов или дней. В какой-то момент надежда на скорую рвоту и быстрое прекращение пытки сменилась мыслями о том, что, пожалуй, правильнее будет воспротивиться действию рвотного и просто подождать, пока тошнота пройдет. Я был обессилен, измучен тошнотой и совершенно жалок. Между позывами я валялся на полу, дрожа всем телом.

Прошло порядочно времени. Сестра Р. и доктор М. убеждали меня принять еще рвотное, но теперь я хотел обойтись без рвоты. Позывов долго не было, и неожиданно сильная

волна тошноты застала меня врасплох. Почувствовав, как выворачивается наизнанку желудок, я подумал, что уж теперь-то наверняка. Какое там... Я подавился несколькими вторичными волнами, а потом тошнота заметно ослабла. Тут у меня пробудилась надежда, что пытка все же кончится без рвоты.

Сестра Р. начала сердиться: «Надо же, какой непрошибаемый». (В какой-то момент она спросила с досадой, не потому ли я сопротивляюсь, что хочу растянуть лечение у доктора М. Доктор М. возразила: разумеется, нет, ведь рвотное-то я принял.) В конце концов, через несколько часов после принятия рвотного, сестра Р. ушла, сказав, что впервые видит, чтобы сироп ипекакуаны не подействовал<sup>58</sup>.

Еще какое-то время спустя, после тщетных уговоров доктора М. попытаться «довести сеанс подвергания до конца», мы решили «прекратить попытки». Меня по-прежнему мучило, но уже меньше. Мы побеседовали в кабинете, и я ушел.

По дороге домой я очень боялся, что меня начнет рвать за рулем и я устрою аварию. На светофорах я обмирал от ужаса.

Добравшись до дома, я улегся в постель и проспал несколько часов. Когда проснулся, стало лучше, тошнота прошла. Однако ночью мне снились кошмары о том, как меня рвет в подвальном туалете.

На следующее утро я сумел доехать до работы, чтобы присутствовать на собрании, но там меня охватила паника, и пришлось возвращаться домой. Следующие несколько дней я опасался выходить из дома.

Доктор М. позвонила на следующий день: узнать, все ли со мной в порядке. Ей явно было совестно за учиненную надо мной экзекуцию. И хотя это происшествие сильно меня травмировало, доктора мне стало жаль, так ощутимо она переживала. В последних абзацах своего отчета, который до тех пор велся с объективной точностью, я слегка смягчил свои истинные чувства (сеанс провалился с треском, а сестра Р. – дура набитая). «Учитывая мой анамнез, я молодец, что решился принять рвотное. Жаль, что не получилось быстро добиться рвоты. Но процедура в целом меня травмировала, и теперь общий уровень моей тревожности, особенности страх рвоты, стал сильнее, чем до сеанса. Однако испытав, каково это – сопротивляться воздействию рвотного, – я понимаю, что способность избежать тошноты и рвоты у меня достаточно сильна».

Судя по всему, сильнее, чем у доктора М. По ее признанию, после нашей процедуры ей пришлось отменить все вечерние сеансы, поскольку от вида моих рвотных позывов и борьбы с воздействием ипекакуаны ее так затошнило, что она весь вечер провела дома в обнимку с унитазом. Не буду скрывать, ирония происходящего (рвотное принял я, а тошнило в итоге ее) вызвала у меня мстительное удовлетворение, но душевная травма и тревога преобладали. Плоховато у меня получается преодолевать фобии, зато от меня становится дурно терапевтам и их помощникам.

К доктору М. я ходил еще несколько месяцев, мы «проработали» неудавшийся сеанс подвергания, а потом, поскольку обоим хотелось выкинуть это фиаско из памяти, оставили эметофобию в покое и переключились на другие фобии и неврозы, однако эта неудача все равно витала над сеансами мрачной тенью. Мы оба знали, что все кончено<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> Уже потом я прочитал, что примерно у 15 % людей (огромную долю которых составляют эметофобы) одиночная доза сиропа ипекакуаны рвоты не вызывает.

<sup>59</sup> В конечном итоге доктор М. переехала: ей предложили перспективную преподавательскую должность в каком-то университете на Юго-Западе. Иногда я сталкиваюсь с ней на научных конференциях по тревожности. Несмотря ни на что, она мне симпатична, только вот интересно: не странно ли ей встречать на симпозиумах бывшего пациента в роли журналиста и непризнанного специалиста по тревожности? Часто ли мелькает у нее мысль: «Этому человеку я дала рвотное, а потом несколько часов смотрела, как он рыдает и корчится на полу больничного туалета»?

Органы, предназначенные разгружать наш желудок, также сжимаются и расширяются по своему произволу, помимо нашего намерения и порой вопреки ему.

*Мишель Монтень. О силе нашего воображения (1574)<sup>60</sup>*

Сознание, как утверждают нейрофилософы, полностью телесно – «овеществлено», говоря словами Аристотеля. Расхожие словесные обозначения тревожного предчувствия («нутром чую», «сосет под ложечкой»), панического ужаса («до кишок пробирает») или возбуждения («бабочки в животе») – это не просто клише и даже не метафоры, это самые что ни на есть прописные истины – точнейшие описания физиологической проекции тревожных переживаний. Врачи и философы тысячелетиями отмечают великую силу так называемой (так называемой в медицинских журналах) связи «кишечник – мозг». «Желудок и мозг настолько тесно связаны между собой, что, вполне возможно, от бифштекса до фобии – один шаг», – писал Уилфред Нортфилд в 1934 г.<sup>[59]</sup>

Желудочно-кишечные расстройства на нервной почве – бич современного человека. По материалам Гарвардской медицинской школы, в 12 % обращений к терапевтам в США поводом служит синдром раздраженного кишечника (СРК)<sup>[60]</sup>, характеризующийся болями в желудке и чередованием запоров и диареи, в которых частично или полностью, по мнению большинства специалистов, повинны стресс и тревога. СРК, впервые идентифицированный в 1830 г. британским врачом Джоном Хаушипом<sup>[61]</sup>, называли за это время и колитом слизистой, и спастическим колитом, и просто колитом, и синдромом раздраженной толстой кишки. (В Средние века и в эпоху Возрождения его именовали «газовой меланхолией» или «ипохондрическим метеоризмом».) Поскольку органические причины СРК до сих пор доподлинно не установлены, большинство врачей списывают его возникновение на стресс, эмоциональные конфликты и другие психологические факторы. При отсутствии выраженной дисфункции нервов и мускулатуры кишечника врачи склонны предполагать какие-то нарушения в мозге – например, повышенную чувствительность к ощущениям во внутренних органах. В одном известном эксперименте<sup>[62]</sup>, когда в толстой кишке страдающих СРК и здоровых контрольных испытуемых надували воздушные шары, страдающие СРК демонстрировали гораздо более низкий болевой порог, из чего можно заключить, что у больных с раздраженным кишечником связь «внутренние органы – мозг» обострена.

Это вполне согласуется с такой характеристикой, как тревожная чувствительность, которая, как показывают исследования, тесно связана с паническим расстройством. Обладатели высокого индекса тревожной чувствительности (ИТ) демонстрируют также высокую степень так называемой интероцептивной чувствительности, то есть они остро ощущают внутренние процессы организма, все взрывы, всплески, перебои своей физиологии, они отчетливее других чувствуют сердечный ритм, давление, температуру, частоту дыхания и работу перистальтики. Из-за своей гиперчувствительности к физиологическим процессам они более склонны к «соматически обусловленным паническим атакам»: человек с высоким ИТ улавливает слабое учащение пульса, легчайшее головокружение или неясное, едва уловимое трепетание в груди, в свою очередь пробуждающее тревогу в сознании («Неужели сердечный приступ?»), от которой эти физические ощущения только обостряются. Обострение тут же улавливается, вызывая нарастание тревоги, и от этого еще сильнее обостряются ощущения, и вскоре человека уже захлестывает паника. Недавние публикации в таких изданиях, как *Journal of Psychosomatic Research*, отмечают тесную взаимосвязь между тревожной чувствительностью, синдромом раздраженного кишечника, беспокойством и невротизмом, который психологи определяют как склонность надолго останавливаться на негативных переживаниях, чрезмерную тревож-

---

<sup>60</sup> Монтень М. Опыты. – М.: Голос, 1992.

ность, обостренное чувство вины, предрасположенность к депрессии и несоразмерной реакции на незначительный стресс. Неудивительно, что у набирающих высокие баллы в диагностических тестах на невротизм наблюдается повышенная склонность также к развитию фобий, панического расстройства и депрессии. (Обладатели низкого уровня невротизма, наоборот, устойчивы к подобным расстройствам.)

Полученные данные свидетельствуют, что у людей с раздраженным кишечником организм острее реагирует на стресс. В статье медицинского журнала *Gut*<sup>[63]</sup> объяснялась взаимосвязь между когнитивной деятельностью (осознанными мыслями) и физиологическими коррелятами (реакцией организма на эти мысли): у менее тревожных людей сознание не отличается бурной реакцией на стресс, а организм не склонен к бурной реакции на осознание стресса, тогда как у клинически тревожных людей чувствительность сознания сочетается с чувствительностью телесной – даже небольшой стресс вызывает беспокойство и даже небольшое беспокойство приводит к нарушениям в организме. Обладатели «нервного» желудка чаще жалуются на головную боль, учащенное сердцебиение, перебои дыхания и общую слабость. По некоторым данным, обладатели СРК отличаются повышенной чувствительностью к боли, плохо переносят легкие недомогания вроде простуды и вероятнее других подозревают у себя болезни.

Расстройство желудка, как писал физиолог Уолтер Кэннон в 1909 г., в большинстве случаев имеет «нервную природу»<sup>[64]</sup>. В своей статье «Влияние эмоциональных состояний на функции пищеварительного тракта» Кэннон пришел к заключению, что тревожные мысли оказывают через симпатическую нервную систему прямое воздействие как на моторную функцию ЖКТ (так называемую перистальтику – процесс, благодаря которому пища движется через органы пищеварения), так и на желудочную секрецию. Теорию Кэннона подтверждают и современные наблюдения в учреждениях первичной медицинской помощи, отмечающие, что большинство хронических желудочных расстройств проистекают из расстройств психики: от 42 до 61 % пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ имеют официальный психиатрический диагноз, чаще всего «тревожность» или «депрессия»<sup>[65]</sup>. Как выявило одно из исследований<sup>[66]</sup>, количество пациентов с паническим расстройством на 40 % совпадает с числом страдающих функциональными заболеваниями ЖКТ<sup>61</sup>.

«Страх вызывает диарею, – писал Аристотель, – поскольку от переживаний усиливается жар в желудке»<sup>[67]</sup>. Гиппократ списывал и желудочные расстройства, и тревогу (а заодно и геморрой с прыщами) на излишек черной желчи. Древнеримский врач Гален винил в том же самом желтую желчь. «Охваченный страхом испытывает сильный приток к желудку желтой желчи, которая словно точит изнутри, – отмечал он. – Ни тревога, ни грызущее ощущение в желудке не проходят, пока не изрыгнешь эту желчь»<sup>[68]</sup>.

Но лишь после выхода в 1833 г. научного труда под названием «Наблюдения и опыты над желудочным соком и физиологией пищеварения» (*Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion*), связь между эмоциональными состояниями и расстройством желудка получила более или менее научное обоснование. 6 июня 1822 г. охотник Американской меховой компании Алексис Сент-Мартин был ранен в живот выстре-

<sup>61</sup> Еще одним доказательством того, что большинство желудочно-кишечных недугов коренятся в мозге, а не в ЖКТ, служит следующий факт: ни одно желудочное лекарство еще не продемонстрировало устойчивого воздействия на симптомы СРК, с которыми, по обширным данным, неплохо справляются некоторые антидепрессанты. (До 1960-х гг. от СРК чаще всего назначали комплексное лечение морфием и барбитуратами.) В одном из недавних исследований у страдающих СРК, которым делали инъекции антидепрессанта селекса из группы СИОЗС, наблюдалось снижение «висцеральной гиперчувствительности». Майкл Гершон, профессор анатомической патологии и клеточной биологии Колумбийского университета, утверждает, что антидепрессанты снижают симптомы СРК за счет воздействия на нейромедиаторы не мозга, а желудка. (Открытый в 1930-х гг. серотонин поначалу называли энтерамином от греческого *entera*, «кишечник, внутренности», из-за его высокой концентрации в кишечнике.) Гершон называет желудок «вторым мозгом». По его наблюдениям, болезни ЖКТ и тревожность могут с равным успехом провоцировать друг друга. «Желудочный мозг должен функционировать нормально, иначе мышление превратится в недоступную роскошь. Как тут думать, когда в голове одно – добраться до туалета?»



лом из мушкета с близкого расстояния. Ему грозила смерть, однако стараниями нью-йоркского хирурга Уильяма Бомона он остался жить, только с незарастающим отверстием (фистулой) в теле, открывающим доступ к желудку. Осознав необыкновенные возможности для научных исследований, подаренные этим уникальным случаем, Бомон 10 лет ставил эксперименты над желудком охотника, наблюдая через фистулу работу пищеварительной системы.

Бомон заметил, что эмоциональное состояние Сент-Мартина заметно отражается на его открытом для обзора желудке: слизистая, будто хамелеон, меняла цвет в соответствии с переживаниями. Иногда она была ярко-красной, а иногда – если охотник тревожился – бледнела.

«Я воспользовался возможностью, возникшей благодаря необычному стечению обстоятельств, которое вряд ли когда-то повторится снова», – писал Бомон. Но он ошибся. В медицинской литературе фигурируют по крайней мере два более поздних (проведенных в следующем веке) исследования работы пищеварительных органов у пациентов с фистулами желудка. Затем, в 1941 г., медики Нью-Йоркской больницы в Манхэттене Стюарт Вулф и Гарольд Вулфф обнаружили Тома.

В 1904 г. в возрасте девяти лет Том отхлебнул из отцовской пивной бадьи, но вместо пива там оказалась горячая рыбная похлебка. От ожога верхней части пищеварительного тракта Том потерял сознание, и, пока мать довезла мальчика до больницы, пищевод уже спаялся. До конца жизни Тому пришлось принимать пищу через искусственный свищ – проделанное хирургическим путем отверстие в стенке желудка с подшитым изнутри к краям сегментом слизистой. Разжеванную во рту пищу Том вводил в желудок через воронку, приставленную к свищу.

К докторам Вулфу и Вулффу Том попал в 1941 г., когда во время работ в канализации свищ воспалился. Осознав, какие возможности для исследований дает этот необычный случай, доктора устроили Тома в больницу лаборантом и в течение семи месяцев подвергали разным экспериментам. Результаты были опубликованы в 1943 г. в книге «Работа человеческой пищеварительной системы» (Human Gastric Function), которая стала важной вехой в развитии психосоматического подхода.

Отталкиваясь от наблюдений Бомона, доктора установили, что слизистая желудка Тома заметно меняет окраску, от «бледного изжелта-красного до пунцового», в зависимости от активности. Сильной пищеварительной активности соответствовали более насыщенные оттенки красного (предположительно от притока крови к желудку), тогда как меньшая активность – в том числе вызванная тревогой – соотносилась с более бледной окраской (предположительно означая отток крови от желудка).

Докторам удалось проследить взаимосвязи, которые до тех пор оставались гипотетическими и не имели научного подтверждения. Как-то раз в лабораторию влетел другой врач и, чертыхаясь под нос, принялся открывать один за другим ящики стола, ища потерявшиеся документы. Том, в обязанности которого входило поддерживать порядок в лаборатории, испугался, что его могут уволить. Слизистая желудка тотчас побледнела, от «90 % красноты» по цветовой шкале опустившись до 20 %<sup>[69]</sup>. Выработка желудочного сока почти прекратилась. Через несколько минут, когда переполошивший всех врач нашел свои бумаги, выработка желудочного сока возобновилась и слизистая постепенно обрела прежний цвет.

В принципе, ничего особенно удивительного здесь нет: всем известно, что тревога провоцирует желудочно-кишечные заболевания. (Моя приятельница Анна говорит, что более эффективной диеты, чем «скандальный развод», она за всю жизнь не пробовала.) Однако в «Работе человеческой пищеварительной системы» взаимосвязи впервые были очерчены подробно и систематично. Взаимосвязь между психическим состоянием Тома и пищеварением перестала быть эфемерной; его желудок наглядно отражал перепады настроений. Подводя итог своим наблюдениям, Вулф и Вулфф отметили высокую обратную зависимость между «эмоциональной устойчивостью», как они ее называли, и расстройствами желудка.

Как раз мой случай. От беспокойства у меня болит и расстраивается живот. От боли и расстройства я тревожусь еще сильнее, от этого еще больше болит и расстраивается живот, поэтому почти каждая относительно дальняя вылазка из дома превращается в тур по отхожим местам. Я не очень отчетливо помню Ватикан, Колизей и итальянские железные дороги. Однако общественные туалеты Ватикана, Колизея и разных итальянских вокзалов и станций я не забуду никогда. Как-то раз мы добрались до фонтана Треви – то есть моя жена с родными добралась до фонтана, а я – до туалета в соседней «джелатерии», где и засел, вынуждая итальянцев то и дело нетерпеливо барабанить в дверь. На следующий день, когда семейство двинулось в Помпеи, я, сдавшись, остался в кровати, поближе к туалету.

За несколько лет до той поездки, после падения Берлинской стены и прекращения действия Варшавского договора, я прилетел в Восточную Европу к своей девушке Анне, учившейся в Польше. За те полгода, что она там жила, я успел запланировать и отменить (из-за тревоги) несколько визитов, и лишь страх, что Анна меня бросит, заставил преодолеть ужас перед трансатлантическим перелетом. Накачавшись медикаментами почти до невменяемости, я прилетел из Бостона в Лондон, а оттуда в Варшаву. Одуревший от успокоительных, противорвотных и разницы во времени, я как в тумане перекаптался первые полтора дня. Желудок очнулся одновременно с остальным организмом, когда кончилось действие драмина и ксанакса, и дальше мы мотались по всей Восточной Европе от туалета к туалету. Это сердило Анну и мучило меня, потому что, кроме всего прочего, общественные туалеты в Восточной Европе в те времена были кошмаром, а за каждый лист шершавой расплывающейся туалетной бумаги нужно было отдельно платить вахтерше. К концу путешествия я сдался: Анна отправлялась осматривать достопримечательности, а я отсиживался в номере, где по крайней мере не приходилось заранее отмерять туалетную бумагу.

Анну такой расклад, разумеется, раздражал. Посетив музей-квартиру Франца Кафки (между прочим, страдавшего от хронического несварения), мы шли по Вацлавской площади, и тут я в очередной раз пожаловался на резь. «Тебе уже диссертацию пора писать о своем желудке», – не удержавшись, съязвила Анна над моей зависимостью. Которую, как вы заметили, я до сих пор не преодолел.

Но как не зависеть от капризов желудка, если им подчинена вся твоя жизнь? Достаточно пару раз опозориться – обделаться, например, в самолете или на свидании – и будешь как миленький прислушиваться к малейшему трепыханию в животе. Тебе придется учитывать желудок в своих намерениях, потому что он-то о своих намерениях тебя предупреждать не станет.

Пример в тему. Пятнадцать лет назад, собирая материал для своей первой книги, я гостил часть лета у представителей клана Кеннеди на Кейп-Коде. Как-то раз на выходные приехал покататься на яхте с Тедом Кеннеди тогдашний президент Билл Клинтон, отдыхавший на другой стороне Нантакетского пролива на острове Мартас-Виньярд. По резиденции Хианнис-Порт, где расположены загородные дома клана Кеннеди, сновали помощники президента и агенты личной охраны. Я решил скоротать время до ужина и прогуляться по городку.

Зря. Как часто бывает при синдроме раздраженного кишечника, стоило мне покинуть зону доступных туалетов, как внутри началось брожение. Пока я несся обратно к дому, несколько раз думал, что уже не успею и, сцепив зубы и обливаясь потом, прикидывал, какой из кустов или садовых сараев подойдет в качестве импровизированного сортира. Но мысль о том, что будет, если за этим кустом меня обнаружит президентская охрана, крепила кишечник и придавала нечеловеческой стойкости.

Подбегая к крыльцу, я мысленно разворачивал в голове план дома («Какой из многочисленных туалетов ближе к входной двери? Удастся ли добежать наверх в свою комнату?») и молился, чтобы мне не попался по дороге кто-нибудь из Кеннеди или знаменитостей

(в те выходные в резиденции гостили, кроме прочих, Арнольд Шварценеггер, Лайза Минелли и министр ВМС).

К счастью, меня никто не перехватил. Что теперь? Удастся ли, избежав вверх по лестнице, домчаться по коридору до своих апартаментов? Или нырять в туалет в вестибюле? Услышав шаги наверху и испугавшись, что меня все-таки кто-нибудь задержит, я выбрал второй вариант и заскочил в туалет на первом этаже, отделенный от вестибюля тамбуром с двумя дверьми. Просеменив через тамбур, я плюхнулся на унитаз.

Облегчение было невероятным, почти метафизическим.

Но потом я спустил воду и... почувствовал, как намокают ноги. Я посмотрел на пол. К моему ужасу, из-под унитаза хлестала вода. Видимо, что-то лопнуло. Пол – а вместе с ним мои ботинки, брюки и белье – заливали канализационные воды. Стремительно прибывавшие.

Я вскочил и начал озираться. Можно ли остановить потоп? Раскидав стоящие на унитазном бачке цветы и ароматизаторы, я сорвал крышку и принялся шарить внутри, лихорадочно дергая наугад разные рычажки и пробки в поисках способа перекрыть воду.

Наконец – то ли сам по себе, то ли благодаря моим судорожным усилиям – потоп постепенно стих, а потом и прекратился. Я окинул взглядом зону бедствия: одежда насквозь мокрая и перепачканная, коврик под ногами тоже. Недолго думая, я стянул брюки и белье, завернул в хлюпающий коврик, затолкал все вместе в мусорное ведро, а его – в шкафчик под раковиной, решив, что потом разберусь.

И тут – в самый подходящий момент – дали звонок к ужину, приглашающий собираться на коктейли в гостиной.

Которая расположена прямо напротив этого туалета.

Где я стою по щиколотку в канализационных водах.

Схватив охапку полотенец, я бросил их на пол, чтобы впитывали по мере возможности, а сам, опустившись на четвереньки, спешно пытался осушить лужу скомканной туалетной бумагой, размотав весь рулон. Все равно что вычерпывать озеро кухонной губкой.

В этот момент я испытывал даже не тревогу, а отчетливое ощущение, что дело труба, мой позор будет полным и несмываемым. Мало того, что перемазался, так еще испортил канализацию в особняке и, возможно, вот-вот предстану полураздетым перед государственными деятелями и голливудскими звездами.

Снаружи слышались приближающиеся голоса, и я понял, что у меня два варианта действий. Запереться в туалете и переждать тут и коктейльную вечеринку, и ужин (отражая атаки тех, кто будет ломиться в дверь), заодно за это время устранив последствия катастрофы, а потом, когда все пойдут спать, проскользнуть украдкой к себе. Или попытать счастья прямо сейчас.

Собрав перепачканные полотенца и туалетную бумагу, я запихнул их в шкафчик под раковиной и стал готовить побег. Выбрав наименее пострадавшее полотенце (все равно мокрое и грязное), я осторожно обвязал им бедра. Потом, подкравшись к двери, попытался по голосам и шагам определить, что происходит в коридоре. Понимая, что времени, пока в гостиной не собралась толпа, у меня в обрез, я выскользнул из туалета, проскочил через тамбур, быстрым шагом пересек коридор и рванул по лестнице. Благополучно преодолев первый пролет, я завернул на второй – и чуть не врезался в Джона Кеннеди-младшего и еще кого-то.

– Здравствуйте, Скотт! – сказал Кеннеди<sup>62</sup>.

– Здравсьте! – брякнул я, лихорадочно подыскивая правдоподобное объяснение, почему вместо того, чтобы пить коктейли, я бегаю по особняку без штанов, весь потный, в перепач-

---

<sup>62</sup> Наше с ним личное знакомство состоялось накануне. «Джон Кеннеди» – представился он, протягивая руку. «А то кто же, – подумал я, обмениваясь рукопожатием. Надо же, человек из вежливости делает вид, будто кто-то может его не знать, хотя на самом деле надо быть либо отшельником, либо марсианином, чтобы не опознать лицо, которым встречают тебя журнальные обложки у любой магазинной кассы.

канном вонючем полотенце. Но Кеннеди со спутником даже бровью не повели, как будто им каждый день попадают на глаза перемазанные фекалиями полураздетые гости, и проследовали дальше.

Я просеменил по коридору к себе, отмылся до скрипа в душе, переоделся и попытался по мере сил успокоиться – нелегкая задача, поскольку я по-прежнему отчаянно потел сквозь блейзер от тревоги, изнеможения и летней жары.

Если бы кто-нибудь решил сфотографировать ту коктейльную вечеринку, снимок получился бы примерно такой: знаменитости, политики и духовные лица при параде изящно и непринужденно общаются на веранде с видом на Атлантику, а где-то в сторонке отчаянно потеющий молодой журналист осушает один бокала джина с тоником за другим, терзаясь горькими мыслями о своей никчемности, ведь он мало того что не богат, не знаменит, не особенно успешен и красив, но даже над собственным желудком не властен, так что самое место ему где-нибудь в зверинце или в яслях, но никак не в компании взрослых людей, тем более таких выдающихся.

А еще потеющий молодой журналист тревожится, что будет, когда кто-нибудь решит воспользоваться туалетом при вестибюле.

Поздно ночью, когда все уже разошлось спать, я прокрался в этот туалет с мусорным мешком, бумажными полотенцами и прихваченным из кладовки чистящим средством. Заходил ли туда кто-нибудь после моей катастрофы, я так и не понял, но решил об этом не думать, сосредоточенно перекладывая в мешок перепачканные полотенца, коврик, одежду и туалетную бумагу. Потом оттер бумажными полотенцами пол и закинул их в тот же мешок.

Под стеной кухни между домом и сараем стоял мусорный контейнер. Туда я и собирался все выбросить. Разумеется, смертельно боясь, что меня застукают. С чего вдруг гостю среди ночи заталкивать в контейнер большой мусорный мешок? (Я опасался, что снаружи еще несут вахту агенты личной охраны и меня попросту пристрелят, не разбираясь, что я там закидываю в контейнер – бомбу или труп.) Но что мне еще оставалось? Я выскользнул к контейнеру и опустил в него мешок. А потом поднялся к себе.

Ни о туалете при вестибюле, ни о пропавшем коврике и полотенцах я упоминаний не слышал. Однако остаток выходных и все последующие свои визиты я кожей чувствовал, что обслуживающий персонал косится на меня сердито и шепчет с презрением: «Это он! Он угробил нам туалет и полотенца. Это его даже собственное тело не слушается!»<sup>63</sup>

Большинство страдающих заболеваниями толстой кишки отличаются повышенной чувствительностью, напряженностью и нервозностью. Внешне они могут казаться спокойными, однако внутри у них, как правило, все бурлит.  
*Уолтер Альварес. Нервозность, несварение и боль (Nervousness, Indigestion, and Pain, 1943)*

Я, разумеется, понимаю, что не стоит до такой степени стыдиться официально признанного медициной недуга. Синдром раздраженного кишечника – достаточно распространенная болезнь ЖКТ, нередко связанная с тревожными и психическими расстройствами, как отмечали медики с древних времен. В 1943 г. знаменитый гастроэнтеролог Уолтер Аль-

---

<sup>63</sup> Я могу сколько угодно жаловаться на свой «агорафобный» желудок, но встречаются случаи и похуже моего. Один из самых печальных, что попадались мне в литературе, – у 45-летнего мужчины, обратившегося в психиатрическую клинику в Каламазу, штат Мичиган, в 2007 г. (Richard W. Seim, C. Richard Spates, and Amy E. Naugle, "Treatment of Spasmodic Vomiting and Lower Gastrointestinal Distress Related to Travel Anxiety," *The Cognitive Behaviour Therapist* 4, no.1 (2011):30–37). К тому времени он уже 20 лет страдал от острой боязни поездок – с тех пор как во время панической атаки у него случились понос и рвота. После этого любой отъезд от дома больше чем на 10 миль вызывал неконтролируемые приступы рвоты и диареи. Впоследствии врачи очертили зону его комфорта: чем дальше от дома, тем сильнее приступы. Желудочная реакция была такой бурной, что в нескольких случаях доходило до вызова «скорой», поскольку несчастного рвало кровью. Исключив язвы и рак желудка, врачи наконец отправили его в психиатрическую клинику, где, как сообщил мне его терапевт на конференции в 2008 г., эметофоба благополучно вылечили сочетанием приемов экспозиционной и когнитивно-поведенческой терапии.

варес в своей работе «Нервозность, несварение и боль» (чудесное название) говорит, что стыдиться «нервного желудка» так же нелепо, как стыдиться румянца в ответ на комплименты или слез во время грустного спектакля<sup>[70]</sup>. Нервозность и гиперчувствительность, вызываемые такими физическими реакциями, связаны с чертами характера, которые, как писал Альварес<sup>[71]</sup>, «при контроле и направленности в нужное русло могут немало способствовать успеху»<sup>64</sup>.

И тем не менее СРК способен порядком отравить хозяину жизнь. Моя главная беда – «нервный желудок», который заставляет нервничать меня самого. Вот он, порочный круг тревожного эметофоба: малейший дискомфорт в желудке становится источником острого страха. Стоит там чему-нибудь кольнуть, и ты уже боишься, что сейчас тебя вырвет. От беспокойства сводит живот, боль в животе вызывает тревогу, от тревоги живот сводит еще сильнее, тревога нарастает и так далее, виток за витком накручивая панику. Эметофоб живет с постоянной оглядкой на свою фобию – некоторые годами не работают и не удаляются от дома из-за страха перед тошнотой, и даже само слово «тошнота» и родственные ему они не переносят ни в устном, ни в письменном виде. (В интернет-сообществах, посвященных эметофобии, правилами обычно предписываются условные обозначения, например, «т.» вместо «тошнота».)

До недавнего времени эметофобия почти не упоминалась в медицинской литературе. Однако появление Интернета дало возможность общаться между собой эметофобам, многие из которых до тех пор оставались с болезнью один на один<sup>65</sup>. Стали множиться интернет-сообщества и группы поддержки. Эти виртуальные площадки, иногда достаточно крупные (по некоторым данным, форум Международного общества эметофобов насчитывает в пять раз больше участников, чем крупнейший форум страдающих от боязни воздушных перелетов), привлекли внимание исследователей тревожности, побудив к более систематическому изучению этой фобии.

Как и все тревожные расстройства, эметофобия проявляется в резком физиологическом возбуждении, реакции избегания (а также так называемом безопасном или нейтрализующем поведении, которого как раз придерживаюсь я, на всякий пожарный нося с собой лекарства от желудка и успокоительные), нарушении внимания (в присутствии фобического стимула – например, вируса, гуляющего по офису или среди родных, – мы ни о чем другом думать не можем) и, как правило, в проблемах с самооценкой и верой в собственные силы. Мы, эметофобы, невысокого мнения о себе; нам кажется, что мы не справляемся с жизненными трудностями, особенно с таким стихийным бедствием, как рвота<sup>66</sup>.

<sup>64</sup> В качестве самого распространенного источника хронического расстройства желудка у своих пациентов Альварес отмечал «трудности современной жизни». «Гастроэнтеролог должен быть в каком-то смысле психиатром, – писал он. – Ему приходится еженедельно тратить долгие часы на то, чтобы научить невротиков благоразумию» («Нервозность, несварение и боль», 11). Как-то раз к Альваресу направили больную, которую «рвало днями и ночами целую неделю» (там же, 22). Узнав, что недавно она получила неприятное письмо из налоговой, он вылечил ее одним махом, заплатив просроченные налоги (долг составил всего-навсего 3 доллара 85 центов). Другой пациент, «загнанный, постоянно напряженный менеджер по продажам» (там же, 17), как описывает его Альварес, обратился к нему, потому что любил покер, но играть толком не мог: когда ему шла хорошая карта, его охватывали тошнота и озноб, лицо краснело. Какой уж тут блеф, если, собрав фул-хаус, он вскакивал и его рвало. Но «самой жестокой шуткой природы» в практике Альвареса были случаи разрушенной «нервными желудками» личной жизни. У одной из его пациенток от любого прикосновения мужчины скручивало живот, вынуждая срочно опорожнить кишечник; другая неконтролируемо рыгала, как только обстановка становилась интимнее; а уж сколько несчастных пускают газы или не могут сдержать рвоту в романтические моменты – несть. (Легендарный Казанова в своих мемуарах упоминает любовницу, которая в моменты сексуального возбуждения выпускала сильнее газы.) Было в практике Альвареса и «несколько мужчин, с которыми развелись доведенные до отчаяния жены, поскольку в разгар секса те прерывались и бежали в туалет».

<sup>65</sup> Среди признавшихся в эметофобии знаменитостей числятся актриса Николь Кидман, певица Джоан Баез и ведущий программы Today Мэтт Лауэр.

<sup>66</sup> По данным немногочисленных пока исследований, эметофобы отличаются «повышенной чувствительностью к чужому мнению».

Как мы уже убедились, и страдающие паническими расстройствами, и страдающие СРК (в массе своей это одни и те же люди) отличаются, выражаясь языком психиатров, «повышенной склонностью к соматизации» (то есть переводу эмоциональных потрясений в физические симптомы) и «когнитивной предвзятостью в распознавании и интерпретации телесных симптомов» (то есть повышенной чувствостью к мельчайшим изменениям в организме, которые они интерпретируют в катастрофическом, крайне пессимистичном ключе). Но если большинству страдающих паническим расстройством в тревожных симптомах мерещится сердечный приступ, удушье, безумие или скорая смерть, то эметофобы боятся предвещаемой этими же симптомами рвоты (а уж потом безумия и смерти). И если страхи страдающих паническим расстройством (за исключением редких случаев внезапной остановки сердца, вызванной крайней тревогой) вряд ли оправданы, то эметофобы, растревожившись, вполне способны вызвать то, чего боятся больше всего. И это еще один повод постоянно опасаться непрекращающейся боязни. Теперь понятно, почему мне иногда кажется, будто мозг выворачивается наизнанку?

Психологи разработали несколько стандартных шкал для измерения уровня субъективного контроля – таких, например, как шкала локуса контроля Роттера или многомерная шкала локуса контроля. Тесную связь тревоги и депрессии не только с проблемами самооценки, но и с проблемами контроля (страдающие тревожным расстройством в придачу к тому, что не чувствуют себя хозяевами собственной жизни, боятся утратить контроль над собственным телом и разумом) успешно доказывало не одно поколение исследователей, однако у эметофобов эта связь выражена особенно ярко. В одной из публикаций *Journal of Clinical Psychology*<sup>[72]</sup> отмечается, что «эметофобы, судя по всему, совершенно не способны противостоять неутолимой жажде полного контроля»<sup>67</sup>.

Доктор В. обращает внимание на очевидный, как ему кажется, многослойный символизм моей эметофобии. Рвота означает и утрату контроля, и мой страх перед «выворачиванием наизнанку», демонстрацией того, что творится у меня внутри. В первую очередь, утверждает доктор В., за этой боязнью стоит страх смерти. Рвота и мой неукротимый «нервный желудок» в целом выступают неоспоримыми доказательствами моей телесности, а значит, и смертности<sup>68</sup>.

<sup>67</sup> Когда-то я встречался с женщиной, тетя которой пару десятков лет страдала от булимии. С подросткового возраста до 30 с лишним она вызывала у себя рвоту почти после каждого приема пищи. Мне это казалось поразительным и непостижимым: «Кто-то по доброй воле готов вызывать рвоту?» Об анорексии и булимии я знал со времен просмотра образовательных передач в старших классах, но сколько себя помнил, ни разу лично не встречал человека, регулярно и по собственному почину обнищающего с унитазом. Да, положим, у тети имелось психическое заболевание, без труда диагностируемое по «Руководству»: «Булимия. Употребление за дискретный период времени большого количества пищи, чем съел бы за такое же время при аналогичных обстоятельствах средний человек, в сочетании с повторяющимися нежелательными поступками, направленными на предотвращение набора веса, такими как: 1) произвольно вызываемая рвота». Но ведь обозначенный в том же источнике диагноз имеется и у меня. «Фобия. А. Выраженный навязчивый страх избыточного и беспочвенного характера, вызываемый присутствием или предчувствием определенного объекта или ситуации. Б. Воздействие фобического стимула почти неизменно вызывает немедленную тревожную реакцию, которая может проявляться в виде ситуационно обусловленной или ситуационно спровоцированной панической атаки». Еще тогда меня поражал взаимоисключающий характер наших заболеваний. Может быть, если как-то свыкнуться с мыслью, что существуют люди, намеренно вызывающие у себя рвоту для облегчения, я внушу себе, что тошнота – не такая уж катастрофа? А булимик, переняв отчасти мой ужас перед рвотой, откажется от своей привычки? Скромное предложение: собрать в одном реабилитационном доме булимиков и эметофобов, и пусть лечат свои патологии взаимным влиянием. Эметофобы, глядя на регулярно вызывающих рвоту булимиков, поймут, что в тошноте нет ничего страшного, а булимиков, видя ужас и отвращение эметофобов, получат «прививку» от манеры чуть что склоняться над унитазом. И потом, разве мы все, и булимиков, и эметофобов, не одного и того же по сути своей боимся – утратить контроль? Анорексик боятся не столько лишнего веса, сколько потери власти над собственным телом, избавляясь от этого ощущения таким вот извращенным способом, с помощью рвоты. Они наедаются до отвала, а потом, переживая по поводу неумеренности своих appetitов, пытаются заново подчинить себе организм с помощью принудительной рвоты. Никакого контроля они в итоге не получают, оставаясь пленниками замкнутого круга «обжорство – рвота».

<sup>68</sup> Как сказал британский медик и философ Реймонд Таллис: «Беспроницаемое средство от... любых умствований и выскомерия по отношению к собственному организму... – рвота... Организм мгновенно ставит вас на колени... Рвота вселяет ужас, красноречиво напоминая, что мы – рабы организма, который с нами считается не намерен» (Tallis, Kingdom of Infinite Space, 193).

Когда-нибудь меня вырвет. Когда-нибудь я умру.  
Неужели не резонно одинаково бояться и того и другого?

По-моему, лапша и желудок – вечные противники. Какое отношение имеет работа мысли к перевариванию ростбифа – сложно сказать, но что-то их роднит.

*Чарльз Дарвин своей сестре Каролине (1838)*

Несколько утешает, что я не единственный на свете человек, у которого тревожность проявляется и душевными, и физическими страданиями. Со времен Аристотеля неоднократно отмечалось, что нервная диспепсия – частый спутник интеллектуальных достижений. Зигмунду Фрейду, прибывшему в 1909 г. в Соединенные Штаты знакомить американцев с психоанализом, сильно отравили поездку (как он сам часто жаловался впоследствии) приступы диареи на нервной почве. В корреспонденции первостатейных невротиков Уильяма и Генри Джеймсов немало писем почти полностью посвящено способам борьбы с желудочным расстройством.

Однако по части парализующих кишечных недугов мало кто сравнится с несчастным Чарльзом Дарвином, который не один десяток лет вынужден был пресмыкаться перед своим нравным желудком.

В 1865 г. он перечислил проявления донимавшей его почти 30 лет болезни в отчаянном письме врачу Джону Чапмену:

«56–57 лет. На протяжении 25 лет сильные ночные и дневные беспорядочные приступы метеоризма, временами рвота, в двух случаях продолжавшаяся несколько месяцев. Рвоте предшествуют дрожь, истерические рыдания, ощущение скорой смерти или полубодрока. Обильная, очень бледная моча. Теперь рвоте и каждому приступу метеоризма предшествуют звон в ушах, ощущение невесомости в ногах и иллюзорные видения... Нервозность в отсутствие Э [ммы Дарвин, жены]»<sup>[73]</sup>.

Это еще не полный перечень симптомов. По наущению другого врача с июля 1849-го по 16 января 1855 г. Дарвин вел «Дневник здоровья»<sup>[74]</sup>, разросшийся на несколько десятков страниц, заполненных такими жалобами, как хроническая усталость, острая боль в желудке и метеоризм, частая рвота, головокружение («в голове мутится», выражаясь словами Дарвина), дрожь, бессонница, сыпь, экзема, фурункулы, боль в сердце и учащенное сердцебиение, меланхолия.

Дарвина угнетало, что десятки врачей, начиная с его собственного отца, пасовали перед его недугами. До того как обратиться к доктору Чапмену, Дарвин почти три десятилетия (в течение которых он героически трудился над «Происхождением видов») не мог отлучаться из дома из-за своих недугов. Из писем и дневников можно сделать вывод, что с 28-летнего возраста он треть активного времени суток проводил в приступах рвоты или отлеживаясь в постели.

Через руки Чапмена прошло немало знаменитых викторианских интеллектуалов, которых на каком-то жизненном этапе «подкосила» тревожность<sup>[75]</sup>. Он специализировался, по его собственным словам, на чрезвычайных невротиках, «с высоко развитым интеллектом, зачастую сложным, иначе настроенным, подчиненным тончайшим психическим влияниям, воздействие которых на недуг сложно постичь». Почти от всех болезней нервного происхождения он прописывал прикладывание льда к позвоночнику.

В конце мая 1865 г. Чапмен приехал к Дарвину в имение и несколько месяцев проводил ежедневные многочасовые процедуры со льдом. Именно так, с пакетами льда на спине, Дарвин писал ключевые главы «Изменения животных и растений в домашнем состоянии».

Метод не сработал. «Неукротимая рвота» продолжалась. Поэтому, при всей симпатии Дарвина и его родных к Чапмену («Мы так подружились с доктором Чапменом, что после

неудачи со льдом жалели его не меньше, чем себя», – писала жена Дарвина<sup>[76]</sup>), к июлю они отказались от лечения и отпустили доктора обратно в Лондон.

Чапмен был не первым и не последним медиком, потерпевшим фиаско в попытке вылечить Дарвина. Читая дарвиновские дневники и переписку, нельзя не поражаться почти неуклонному истощению здоровья ученого после возвращения из путешествия на корабле «Бигль» в 1836 г. Споры о том, какая именно болезнь одолевала Дарвина, не утихают уже 150 лет. В длинном перечне диагнозов, предлагавшихся как при жизни, так и после смерти ученого, значатся амёбная дизентерия, аппендицит, язва двенадцатиперстной кишки, язва желудка, мигрень, хронический холецистит, «тлеющий гепатит», малярия, катаральный гастрит, отравление мышьяком, порфирия, нарколепсия, «гиперинсулинизм диабетического происхождения», подагра, «скрытая подагра»<sup>69</sup>, хронический бруцеллез (заболевание эндемичное для Аргентины, куда заходил «Бигль»), болезнь Шагаса (возможно, спровоцированная укусом насекомого в Аргентине), аллергические реакции на голубей, над которыми Дарвин ставил опыты, осложнения после продолжительной морской болезни, которой он страдал на «Бигле», и «аномалия рефракции глаза». Буквально только что я прочитал статью под названием «Разгадан секрет болезни Дарвина» в британском научном журнале за 2005 г.<sup>[77]</sup>, где недуги Дарвина списываются на непереносимость лактозы<sup>70</sup>.

Однако пристальное изучение биографических данных подсказывает, что основным провоцирующим фактором самых острых приступов у Дарвина была тревога. По мнению историка и психиатра Ральфа Кольпа, который в 1970-х гг. проштудировал все доступные дневники, письма и истории болезни Дарвина, обострения болезни коррелировали с периодами волнений либо из-за работы над теорией эволюции, либо из-за семейных дел. (Подготовка к свадьбе вызывала «сильную головную боль, продолжавшуюся два дня и две ночи, так что я уже начал сомневаться, суждено ли мне в принципе жениться».)<sup>[78]</sup> В статье из *The Journal of the American Medical Association* за 1997 г., озаглавленной «Чарльз Дарвин и паническое расстройство»<sup>[79]</sup>, двое врачей доказывают, что по им же самим приведенным симптомам у Дарвина довольно четко вырисовывается диагноз, определяемый в DSM – IV как «паническое расстройство в сочетании с агорафобией» (совпадение по 9 признаками из 13 перечисленных в «Руководстве», тогда как для постановки диагноза достаточно четырех)<sup>71</sup>.

Продлившееся четыре года и девять месяцев путешествие на «Бигле» стало поворотным событием в судьбе Дарвина, позволившем ему заняться разработкой своей теории<sup>72</sup>. Несколько месяцев, проведенных в порту до отхода «Бигля», были, как писал в своих воспоминаниях

<sup>69</sup> «Что за манера у врачей все непонятные болезни обзывать "скрытой подагрой"? – писал Дарвину его друг Джозеф Хукер, узнав об этом диагнозе. – Если она скрытая, откуда известно, что это подагра? Если она явная, то с какой стати звать ее скрытой?» (Hooker, *Life and Letters of Joseph Dalton Hooker*, vol. 2, 72.)

<sup>70</sup> Авторы статьи, два валлийских биохимика, проводили параллели между рационом Дарвина и приступами расстройства желудка на основании его записей и дневника здоровья.

<sup>71</sup> В 1918 г. один из первых американских психоаналитиков Эдвард Кемпф в журнале *The Psychoanalytic Review* назвал мучившую Дарвина дрожь в руках и экзему признаком «невротических рук» (Edward J. Kempf, "Charles Darwin – the Affective Sources of His Inspiration and Anxiety Neurosis," *The Psychoanalytic Review* 5 (1918):151–92), наводившую психоаналитика «на сильные подозрения в неосвоенной технике самоудовлетворения». Менее нелепые психологические объяснения, выдвинутые в последующие годы, включали ипохондрию, депрессию, подавленное чувство вины за неприязнь к отцу, «острый тревожный невроз навязчивого характера, осложненный гениальностью» и «синдром потери близкого человека», вызванный тем, что Дарвин в раннем возрасте остался без матери. (За все это с жаром ухватились креационисты, выставя в одной подвернувшейся мне псевдонаучной статье Дарвина – как страдающего от психической неполноценности – психом, а теорию эволюции соответственно бредом сумасшедшего) (Jerry Bergman, "Was Charles Darwin Psychotic? A Study of His Mental Health" (Institute of Creation Research, 2010)).

<sup>72</sup> Различия между несколькими видами выюлков, обнаруженных на Галапагосских островах, заставили Дарвина предположить, что не существует раз и навсегда заданного состояния видов, они постепенно изменяются – или, как он назовет это явление позже, эволюционируют.



Дарвин уже в старости, «самыми тоскливыми в моей жизни»<sup>73</sup>, что говорит о многом, учитывая немислимые физические страдания, выпавшие на его долю после возвращения.

«При мысли о предстоящей мне столь длительной разлуке со всеми родными и друзьями я падал духом, а погода навевала на меня невыразимую тоску, – продолжал он воспоминания. – Помимо того, меня беспокоили сердцебиение и боль в области сердца, и, как это часто бывает с молодыми несведущими людьми, особенно с теми, которые обладают поверхностными медицинскими знаниями, я был убежден, что страдаю сердечной болезнью». Кроме того, Дарвина донимало головокружение и покалывание в пальцах. Все это симптомы тревожности, точнее, гипервентиляции, связанной с паническим расстройством.

Усилием воли преодолев тоску, Дарвин отправился в плавание, и, хотя его одолевала клаустрофобия, державшая его в «постоянном страхе», а также неукротимая морская болезнь, в путешествии он, сохраняя бодрость, собирал материалы для своего самого главного труда. Но после того, как 2 октября 1836 г. «Бигль» пришвартовался в английском Фалмуте, Дарвин больше не покидал британских берегов. По окончании почти пятилетних странствий доступная ученому «зона обитания» начала постепенно сокращаться. «Я боюсь куда-либо отъезжать, поскольку желудок расстраивается от любого волнения», – писал он своему троюродному брату<sup>[80]</sup>.

Удивительно, что «Происхождение видов» в принципе появилось на свет. Вскоре после женитьбы, когда Дарвин вплотную занялся теорией эволюции, его одолел первый из череды приступов «периодической рвоты»: когда на протяжении долгого времени его рвало по несколько раз за день и он вынужден был неделями (а в особо тяжелых случаях и годами) соблюдать постельный режим. Переживания или необходимость общения с людьми могли вызвать сильную бурю в организме. Званные вечера и встречи выбивали его из колеи, провоцируя «сильную дрожь и приступы рвоты». («Поэтому в течение многих лет я вынужден был отказываться решительно от всех званых обедов», – писал он.) За окном своего кабинета он прикрепил зеркало, чтобы заранее видеть направляющихся к дому гостей и либо подготовиться морально к их приходу, либо скрыться<sup>[81]</sup>.

Кроме предложенного доктором Чапменом лечения льдом Дарвин попробовал «водный метод» знаменитого доктора Джеймса Галли (который примерно в то же время лечил Альфреда Теннисона, Томаса Карлейля и Чарльза Диккенса), физическую нагрузку, исключение сахара из пищи, бренди и «индийский эль», десятки аптечных снадобий, привязывание металлических пластин к торсу для гальванизации внутренних органов, «электрические цепи» (из медной и цинковой проволоки) для электризации, а также смачивание кожных покровов уксусом<sup>[82]</sup>. Что-то из перечисленного действительно помогало на какое-то время – то ли на самом деле, то ли как плацебо, то ли как отвлекающий маневр. Однако болезнь всегда возвращалась. Поездка на день в Лондон или малейшее нарушение тщательно выстроенного режима вызывали «тяжелейшую форму рвоты»<sup>[83]</sup>, укладывающую ученого в постель на дни и недели. Любая работа, особенно над «Происхождением видов» – «тошнотворным трудом», как называл его сам Дарвин, – подрывала его здоровье на долгие месяцы. «Мне плохо, два дня меня терзает страшная рвота из-за злосчастной корректуры», – писал он другу в начале 1859 г., просматривая присланную из типографии правку<sup>[84]</sup>. На случай тошноты он установил у себя в кабинете отгороженный шторой умывальник. Проверять правку он закончил между приступами рвоты 1 октября 1859 г., после того как 15 долгих месяцев бури в желудке не давали ему проработать спокойно и 20 минут подряд.

Когда в ноябре 1859 г. «Происхождение видов» наконец увидело свет после 20 лет «вынашивания», Дарвин отлеживался в постели на водолечебном курорте в Йоркшире: в желудке обычная буря, кожа воспаленная. «В последнее время совсем худо, – писал он<sup>[85]</sup>. – Перенес

<sup>73</sup> Дарвин Ч. Воспоминания о развитии моего ума и характера. – М.: Изд-во АН СССР, 1959.

страшный "кризис": одна нога раздулась как при слоновой болезни, глаза почти не открывались, весь покрылся сыпью и вулканическими прыщами... сущий ад»<sup>74</sup>.

Недомогания не исчезли и после выхода книги. «Наверное, меня до самой могилы не оставит это ежедневное, почти ежечасное клочкотание и бурление», – писал ученый в 1860 г. Сторонники гипотез о бактериальной или органической природе заболевания Дарвина приводят в доказательство продолжительность и тяжесть симптомов. («Чарльзу страшно нездоровится, – писала жена Дарвина подруге в мае 1864 г. – Его уже полгода рвет почти ежедневно»<sup>[86]</sup>.) Однако вот вам контраргумент: стоило Дарвину прекратить работу и отправиться ездить верхом или гулять в шотландское высокогорье или Северный Уэльс, как здоровье восстанавливалось.

Чарльз, как тебе известно, слишком много тревожится.  
*Эмма Дарвин подруге (1851)*

Теперь вы, наверное, поймете, почему я столько внимания уделяю дарвиновскому ЖКТ. Как логично и какая ирония, что человек, учение которого легло в основу современных исследований страха (в том числе определения страха как эмоции с конкретными физиологическими и, в частности, желудочно-кишечными проявлениями), сам мучился нервным желудком.

Не стоит забывать и о его чрезмерной зависимости от супруги Эммы. «Без тебя мне совсем тоскливо и одиноко во время болезни», – признавался он ей в одном из писем<sup>[87]</sup>. «Мамуля, как мне хочется оказаться рядом с тобой, под твоей опекой, тогда я буду в безопасности», – писал он в другом<sup>[88]</sup>.

«Мамуля»? Еще бы некоторым фрейдистам не искать впоследствии у Дарвина в придачу к комплексу зависимости еще и эдипов. Пожалуй, здесь и признаюсь: доктор В., глядя на мою привычку чуть что цепляться за жену, а до того за родителей, диагностировал у меня зависимое расстройство личности, которое, по DSM – V, характеризуется чрезмерной психологической зависимостью от других (чаще всего от любимого человека или опекуна) и ощущением собственной беспомощности и неумения справляться самостоятельно.

И наконец, к вопросу о приступах рвоты, терзавших ученого десятилетиями: эметофобу вроде меня эта дарвиновская напасть внушает мрачное восхищение. Тревожность провоцировала у Дарвина тошноту, однако тошнота (судя по всему) не вызывала усиления тревоги. Более того, несмотря на эту непреходящую тошноту, Дарвину удалось дожить до весьма преклонных по тем временам 73 лет. Может, и мне стоит задуматься, глядя на героическую борьбу Дарвина с этим парализующим желудочно-кишечным недугом: если меня все-таки вырвет разок – или пять раз, или по пять раз на дню, или даже, как Дарвина, будет полоскать по пять раз на дню на протяжении долгих лет, – я не только выживу, но, возможно, и работоспособность сохраню?

Если вы не знакомы с эметофобией, этот вопрос покажется вам абсурдом – вот оно, неоспоримое доказательство иррациональной природы моего психического заболевания. Но если вы тоже эметофоб, то вы прекрасно меня понимаете.

---

<sup>74</sup> Один из биографов Дарвина, британский психоаналитик Джон Боулби, отметил в 1980-х, что одолевавшие ученого периодические вспышки сыпи и прыщей, по мнению дерматологов, имеют тенденцию возникать у людей «со склонностью к подавлению чувств, низкой самооценке и работе на износ». Боулби, как и остальные биографы, упоминал также, что любой стресс или «волнение даже по невинному поводу» проявлялись у Дарвина физическими симптомами.

## Глава четвертая

### Страх перед публичным выступлением

*Немало досадных проявлений вызывает у человека этот страх – румянец, бледность, дрожь, пот; от него может внезапно бросить в жар или холод, участиться сердцебиение, наступить обморок и тому подобное. Он поражает многих из тех, кому приходится выступать или представлять перед публикой или знатными персонами. Цицерона, по собственному признанию, постоянно била дрожь перед началом речи, а великий греческий оратор Демосфен трепетал перед царем Филиппом. Роберт Бертон. *Анатомия меланхолии* (1621)*

*Волнение – признак достойной ораторской речи.  
Цицерон (I в. до н. э.)*

Мне наконец удалось выработать специальный режим подготовки, чтобы не мучиться неделями от беспокойства, которое вселяет в меня необходимость выступить на публике.

Предположим, вы сейчас слушаете мой доклад на каком-нибудь мероприятии. Вот примерный перечень предшествовавших этому событий. Часа четыре назад я принял первые полмиллиграмма ксанакса. (Как выяснилось, если с этим затянуть, симпатическая нервная система перегружается и лекарствами ее в чувство уже не привести.) Затем, около часа назад, я принял вторые полмиллиграмма ксанакса и, наверное, 20 миллиграммов индерала. (Мне требуется целый миллиграмм ксанакса в сочетании с индералом – лекарством от давления и бета-блокатором, который притупляет реакцию симпатической нервной системы, чтобы физиологические отклики на тревожный стимул в виде выступления перед слушателями – потливость, дрожь, тошнота, отрыжка, желудочные колики, сжимание горла и теснота в груди – не взяли надо мной верх.) Скорее всего, я запил таблетки стопкой виски или, что еще вероятнее, водки. Двух ксанаксов с индералом недостаточно, чтобы утихомирить пляшущие мысли и снять болезненные спазмы в горле и груди, лишаящие меня дара речи. Алкоголь нужен, чтобы замедлить свистопляску и подавить остаточные физиологические всплески, с которыми не справляются таблетки. Наверное, я успел выпить и вторую стопку – да-да, пусть сейчас на часах около девяти утра, минут 15 или полчаса назад я, если позволил регламент мероприятия, украдкой выскочил «догнаться». В зависимости от того, насколько меня пугает аудитория, эта вторая доза могла оказаться двойной или тройной. Сейчас, во время выступления, у меня в соответствии с тем же выстраданным планом припасен в кармане еще один ксанакс (я прибежал на случай, если почувствую необходимость проглотить его перед тем, как меня объявят), а в другом кармане – мини-бутылочка (или две) водки. Я могу незаметно осушить этот пузырек в последнюю секунду перед выходом на сцену, потому что вдобавок к остаточной тревожности, вызывающей желание заглушить ее чем-нибудь покрепче, самоконтроль и благоразумие уже сдают позиции под воздействием принятого ранее алкоголя и бензодиазепинов. Если мне удалось не промахнуться в расчетах (угадать идеальную комбинацию времени и дозировки, при которой седативное воздействие таблеток и алкоголя на когнитивные функции и психомоторные реакции компенсируется физиологическим гипервозбуждением, вызванным тревогой), скорее всего, я держусь молодцом: нервничаю, но не в отчаянии; слегка навеселе, но язык не заплетается и мысли я выражаю четко. Анксиогенное (провоцирующее тревогу) воздействие обстановки (необходимость выступить перед публикой) снимается анксиолитическим (успо-

коительным) воздействием принятого<sup>75</sup>. Но если переусердствовать с ксанаксом и прочими медикаментами или спиртным, начнут заплетаться и язык, и мысли, наступит общая заторможенность. А если, наоборот, принять слишком мало? Тогда либо я сейчас в полном отчаянии обливаюсь потом, голос дрожит и внимание рассеивается, или, что вероятнее, я уже убежал со сцены, не дойдя до этой стадии.

Да, конечно, метод борьбы со страхом сцены не самый здоровый. Это склонность к алкоголизму, это опасно. Но он действует. Только оглушив себя сочетанием бензодиазепинов и алкоголя, я обретаю (относительную) уверенность в своей способности достойно выступить перед слушателями. Зная, что у меня под рукой будет ксанакс и спиртное, я чувствую лишь умеренное беспокойство за несколько дней до выступления, а не мучаюсь месяцами бессонницей от непреодолимого ужаса.

К самолечению, иногда с риском для жизни, люди, страдающие страхом перед публикой, прибегали испокон веков. Уильям Гладстон, достаточно долго занимавший пост премьер-министра Великобритании, начиная с 30-летнего возраста перед выступлениями в парламенте капал себе в кофе настойку опия<sup>[89]</sup>. (Однажды угодил в больницу, случайно превысив дозу.) Знаменитый британский политик-аболиционист Уильям Уилберфорс принимал опий «для успокоения нервов» перед всеми своими парламентскими речами. «Именно ему, – сказал Уилберфорс о своем средстве для подготовки<sup>[90]</sup>, – я обязан своим ораторским успехом»<sup>76</sup>. Лоуренс Оливье, убежденный, что страх сцены вскоре доведет его до «таинственного и скандального в своей внезапности ухода из актерской профессии», в конце концов поведал о своих терзаниях актрисе Сибил Торндайк и ее мужу<sup>[91]</sup>.

«Принимайте медикаменты, дорогой, – ответила Торндайк. – Как мы»<sup>77</sup>.

Только это и утешает: что и Гладстон, и Оливье, и другие великие и прославленные тоже испытывали парализующий страх аудитории.

Древнегреческий политик Демосфен, впоследствии вошедший в историю как искусный оратор, поначалу сносил немало насмешек за свое нервное заикание. Великий римский государственный деятель и философ Цицерон однажды во время выступления на важном судебном процессе в форуме сперва оцепенел, а потом выбежал вон. «В начале каждой речи я бледнею и дрожу всем телом и душой», – писал он. Моисей, по разным толкованиям десятого стиха четвертой главы Исхода, либо страдал боязнью публичных выступлений, либо заикался, и только преодолев себя, стал гласом народным.

У каждой эпохи имеются свои выдающиеся личности, которым удалось – или не удалось – преодолеть парализующую боязнь аудитории. Британский поэт XVIII в. Уильям Купер, которому требовалось предстать перед палатой лордов для обсуждения его кандидатуры на государственную должность, совершил попытку самоубийства, предпочтя выходу перед публикой смерть. (Самоубийство не удалось; собеседование отложили.) «Те... для кого любой публичный разбор – нож острый, представляют себе весь ужас моего положения, – писал Купер. – Другие даже не догадываются»<sup>[92]</sup>.

В 1889 г. молодой индийский адвокат застыл столбом перед судьей во время своего первого слушания и с позором выбежал из зала. «Голова шла кругом, а вместе с ней и весь

<sup>75</sup> Алкоголь и бензодиазепины замедляют нейронные выстрелы в миндалевидном теле, ускоряют передачу сигналов нейромедиаторами дофамином и гамма-аминомасляной кислотой, повышают выработку бета-эндорфинов в гипоталамусе и снижают передачу ацетилхолина.

<sup>76</sup> Разумеется, в придачу к ораторскому успеху опий подарил Уилберфорсу, кроме всего прочего, ужасную депрессию и букет недомоганий. Изначально опий прописывали ему от болей в желудке, но Уилберфорс, пристрастившись, принимал его ежедневно в течение 45 лет.

<sup>77</sup> Судя по всему, Оливье этим советом не воспользовался. «Другого способа, кроме как прибегнуть к испытанному средству и осушить ужас до последней капли, попросту не было, – писал он в автобиографии. – С этим решительным настроем я продолжил работу». Однако на пять лет ему все же пришлось покинуть подмостки, чтобы избавиться от тревоги.

зал суда, – писал впоследствии тот самый индеец, уже известный миру под именем Махатма Ганди. – Я не мог придумать ни одного вопроса»<sup>[93]</sup>. В другой раз, приготовившись зачитать заранее подготовленный список предложений на малолюдном собрании местного вегетарианского общества, он вдруг словно онемел. «В глазах поплыло, я задрожал, хотя там всей речи-то было на одну страницу», – вспоминал он. «Страшная мука публичных выступлений», как он ее называл, годами не давала ему высказываться даже на дружеских вечерах и грозила оставить мир без будущего духовного лидера. Из-за страха аудитории сорвалась и юридическая карьера Томаса Джефферсона<sup>[94]</sup>. В одной из его биографий отмечается, что при попытке произнести речь голос у него «застрел в горле». Он не выступил ни на одном заседании Второго континентального конгресса, а за годы президентства, что примечательно, произнес только две речи – инаугурационные. Изучив биографии Джефферсона, психиатры из Университета Дьюка в статье для *Journal of Nervous and Mental Disease* посмертно диагностировали у него социофобию.

Писатель Генри Джеймс бросил учебу на юридическом после позорного, как он сам считал, выступления на учебном судебном процессе, когда он «затрясся и потерял дар слова». После этого он избегал официальных речей, хотя на званых вечерах слыл остроумным собеседником. У Владимира Горовица, самого, наверное, талантливого пианиста XX в., открылась настолько острая боязнь сцены, что он 15 лет вынужден был отказываться играть на публике. К концертированию он вернулся лишь при условии, что в первом ряду в поле зрения всегда будет сидеть его личный врач.

У Барбры Стрейзанд всепоглощающая боязнь выступлений развилась на самом пике карьеры. Двадцать семь лет она отказывалась выступать за деньги, выходя на сцену только на благотворительных мероприятиях, где на нее меньше давило бремя ответственности. Карли Саймон покидала сцену на семь лет после обморока на нервной почве накануне концерта перед 10 000 зрителей в Питтсбурге в 1981 г. После возвращения она либо колола себя иголками перед выходом к микрофону, либо просила кого-нибудь из группы ударить ее, чтобы отвлечься от тревоги. Певец Донни Осмонд на несколько лет бросал выступления из-за панических атак. (Сейчас он председатель Американской ассоциации по исследованию тревожно-депрессивных расстройств.) Комик Джей Мор рассказывал, как лихорадочно пытался проглотить клонопин в прямом телеэфире *Saturday Night*, борясь с панической атакой, грозившей поставить крест на его дальнейшей карьере<sup>[95]</sup>. (Мора тогда спас не клонопин, а гомерически смешная игра его партнера по скетчу Криса Фарли.) Несколько лет назад Хью Грант объявил о частичном уходе из профессии в связи с паническими атаками, начинавшимися при команде «Мотор!». Одни съемки он пережил, только «накачавшись лоразепамом», бензодиазепином короткого действия, продающимся под торговым названием «Ативан». «У меня случались панические атаки, – говорит Грант. – Это ужасно. Я застываю, словно кролик перед удавом. Говорить не могу, думать не могу, обливаюсь потом. Вернувшись домой после этих съемок, я сказал себе: "Все, больше на площадку ни ногой. С фильмами покончено"»<sup>[96]</sup>. Рики Уильямса, завоевавшего в 1998 г. кубок Хайсмана, тревожность вынудила на несколько лет покинуть Национальную лигу американского футбола. Общение с людьми вызывало у него такую панику, что интервью он соглашался давать исключительно в футбольном шлеме<sup>78</sup>. Австрийская писательница Эльфрида Елинек, удостоившаяся в 2004 г. Нобелевской премии по литературе, отказалась получать награду лично, поскольку из-за тяжелой формы социофобии не могла предстать перед аудиторией<sup>[97]</sup>.

<sup>78</sup> Какое-то время принимая в качестве успокоительного паксил, Уильямс успел поработать распространителем в фармацевтической компании SmithKline Beechman, хотя, как он признавался позже в интервью *The Miami Herald*, марихуана «действует в 10 раз лучше паксила».

Цицерон, Демосфен, Гладстон. Оливье, Стрейзанд, Уилберфорс. Медики, ученые и политики. Лауреаты «Оскара» и Нобелевской премии, обладатели кубка Хайсмана. Ганди, Джефферсон и Моисей. Разве не утешительно, что стольких людей, гораздо более великих, чем я, временами подкашивала боязнь появления на публике? И неужели их способность сжиться с тревожностью, а иногда и преодолеть ее не послужит мне вдохновляющим и обнадеживающим примером?

Почему мысль о том, что думают о нас другие, влияет на наше капиллярное кровообращение?

*Чарльз Дарвин. О выражении эмоций у человека и животных (1872)*

Некоторые проявления страха аудитории кажутся нарочно выдуманными для унижения.

*Джон Маршалл. Социофобия (Social Phobia, 1994)*

«Руководство по диагностике и статистическому учету психических расстройств» делит социальное тревожное расстройство на два подтипа: специфическое и общего характера. У страдающих специфической социофобией тревожность обусловлена совершенно определенными обстоятельствами, почти всегда связанными с каким-то видом публичных выступлений. Самой распространенной из специфических социофобий признан страх ораторских выступлений, однако в эту же категорию попадают и боязнь принимать пищу на публике, боязнь письма на публике и боязнь мочеиспускания в общественном туалете. Поразительно, сколько людей подчиняет распорядок и быт невозможности есть перед другими или испытывают ужас при мысли, что придется подписывать чек у кого-то на глазах, или мучаются так называемым парурезом, вставая у писсуара.

У страдающих от общего подтипа социофобии вызывает стресс любой социальный контекст. Самые обычные мероприятия вроде коктейльных вечеринок, деловых встреч, собеседований и романтических ужинов становятся поводом для серьезной эмоциональной встряски и разнообразных физических проявлений. Тяжелая форма фобии превращает жизнь в непрекращающийся кошмар. Банальнейшее социальное взаимодействие – поговорить с продавцом или перекинуться парой слов с сослуживцем у кулера – вселяет ужас. Многие социофобы вынуждены жить отшельниками и отказываться от карьеры. Исследования выявили тесную взаимосвязь между социофобией и суицидально-депрессивными наклонностями. Кроме того, социофобы, что неудивительно, имеют сильную предрасположенность к алкогольной и наркотической зависимости<sup>79</sup>.

Злая ирония социофобии заключается в том, что страдающие ею люди боятся в числе прочего выдать свою тревожность, тогда как все ее симптомы именно к этому и ведут. Социофобы боятся из-за неуклюжести в общении или физических проявлений тревоги – стыдливого румянца, дрожи, заикания и пота – показаться слабыми или некомпетентными. От этого они нервничают, заикаются и краснеют, нервничая от этого еще больше, и в результате еще сильнее заикаются и краснеют, попадая в замкнутый круг из усиливающейся тревоги и снижающегося функционирования.

Особенно предательски ведет себя в этом отношении румянец. Первая история эритрофобии (страха покраснеть на публике) была опубликована в 1846 г. немецким врачом, который описывал случай 20-летнего студента-медика: бедняга стыдился своего неконтролируемого румянца настолько, что свел счеты с жизнью<sup>[98]</sup>. Несколько лет спустя Дарвин посвятит целую главу книги «О выражении эмоций у человека и животных» собственной теории покраснения, где подметит, что румянец выдает стесняющегося именно в момент отчаянной попытки

---

<sup>79</sup> Зигмунд Фрейд на заре своего профессионального становления принимал кокаин, чтобы подавить социофобную тревожность перед посещением светских салонов у одного из своих учителей. (См., напр.: Kramer, Freud, 42.)

скрыть стеснение. «Не простое размышление о нашей собственной внешности, но мысль о том, что о нас думают другие, вызывает краску, – писал Дарвин. – Известно, что застенчивые люди ни от чего не краснеют так сильно, как от замечаний, – как бы ничтожны они ни были, – относящихся к их внешности»<sup>80</sup>.

Дарвин был прав. У меня имеется несколько коллег, склонных к нервному румянцу, и сильнее всего их щеки пылают, когда кто-то прокомментирует их румянец вслух. Накануне свадьбы одна из этих коллег перепробовала множество лекарственных сочетаний и даже подумывала о хирургическом вмешательстве в надежде избежать невыносимого, по ее мнению, позора. (Ежегодно тысячи нервно краснеющих прибегают к эндоскопической трансторакальной симпатэктомии, в ходе которой разрушается нервный узел симпатического нерва в области грудной клетки.) А я, счастливчик, не числящийся покраснение среди своих обычных нервных симптомов, смотрю на нее и думаю, какая же глупость считать легкий румянец на свадьбе позором. Но затем вспоминаю, как на собственной свадьбе мучительно стеснялся пота и дрожи – наверное, это со стороны тоже покажется глупостью.

Стыд, видимо, служит здесь оперативной эмоцией – побудительной силой и для тревожности, и для румянца. Как доказывал в 1839 г. британский врач Томас Берджесс в своей книге «Физиология или механизм покраснения», румянец дан человеку Господом, чтобы «душа получила суверенное право отражать на щеках гамму внутренних переживаний морально-этического характера»<sup>[99]</sup>. Румянец, писал он, может «выступать барьером для нас самих и сигналом для других, что [мы] нарушаем правила, которые должны быть священными». Берджесс, как и Дарвин, в равной степени считал румянец физиологическим отражением и застенчивости, и социальных навыков: проявлением не только нашего самоощущения, но и чуткости к тому, как нас оценивают другие.

В более поздних работах Дарвина, а также у современных биологов-эволюционистов румянец рассматривается не только как сигнал организма сознанию, что мы совершаем нечто постыдное, порицаемое обществом (даже если мы не видим собственный румянец, мы чувствуем его по жару кожи), но и как сигнал для окружающих, что мы этого стесняемся. Это способ выразить преклонение перед вышестоящими представителями вида, а также, как говорил Берджесс, блокатор антисоциальных порывов, удерживающий нас от нарушения главенствующих социальных норм. Социальная тревожность и вызываемый ею стыдливый румянец могут служить механизмами эволюционной адаптации: подкрепляемое ими поведение способствует поддержанию социальных норм и уберегает нас от ostracism со стороны сородичей.

Социальное тревожное расстройство – диагноз официальный, хоть и относительно молодой по меркам истории психиатрии. Родился он в 1980 г. вместе с рядом остальных диагнозов тревожных расстройств, вычлененных третьей редакцией «Руководства» из старых фрейдистских неврозов, однако сам синдром существует испокон веков, и приведенные в диагнозе симптомы из эпохи в эпоху остаются неизменными<sup>81</sup>. В 1901 г. французский писатель и психиатр Поль Гартенберг описывал некий синдром<sup>[100]</sup>, физические и эмоциональные проявления которого на удивление точно укладывались в определение социального тревожного расстройства по DSM – V. Робкий человек (*timide*) боится окружающих, не уверен в себе, избегает взаимодействия с другими, писал в книге «Робкие люди и робость» (*Les timides et la timidite*) Поль Гартенберг. В преддверии ситуации социального взаимодействия у гартенберговского социофоба проявляются такие физические симптомы, как учащенное сердцебиение, озноб, учащенное дыхание, пот, тошнота, рвота, диарея, дрожь, затруднения с речью, спазмы в горле, нехватка дыхания, а также притупление всех чувств и «спутанность сознания». Кроме того,

<sup>80</sup> Kramer, Freud, 42.

<sup>81</sup> Термин «социофобия» возник в 1903 г., когда выдающийся французский психиатр Пьер Жане, современник и соперник Фрейда, издал таксономию психических заболеваний, где эритрофобия числилась в категории *phobies sociales* (социальных фобий) или *phobies de la societe* (боязней общества). (Pierre Janet, *Les obsessions et la psychiatrie*, Alcan, 1903.)

социофобу всегда стыдно. Гартенбергу удалось предугадать даже современную разницу между теми, кто чувствует тревожность в любой ситуации общения, и теми, кто волнуется лишь перед большой аудиторией, – такое конкретизированное состояние, которое он называет *trac* (мандраж), охватывает, по его словам, многих ученых, музыкантов и актеров перед лекцией или выходом на сцену. (Это чувство, пишет Гартенберг, сродни головокружению или морской болезни: накатывает внезапно и часто застает врасплох.)

Однако, несмотря на постоянство упоминаемых из тысячелетия в тысячелетие симптомов социальной тревожности, в некоторых кругах социальное тревожное расстройство как диагноз по-прежнему вызывает разногласия. Даже после официального появления социофобии в «Руководстве» в 1980 г. несколько лет этот диагноз почти никому не ставили. Западные психотерапевты считали заболевание преимущественно азиатским, характерным для японской и южнокорейской «культуры стыда» (как называют такое общество антропологи), где высоко ценится соблюдение строгих социальных норм. (В японской психиатрии одним из самых частых диагнозов долго оставался «тайджин куофушо», примерно сопоставимый с нашим социальным тревожным расстройством.) Проведенное в 1994 г. кросс-культурное сравнительное исследование позволяет объяснить относительное преобладание симптомов социофобии в Японии «культивируемой в японском обществе демонстрацией стыда»<sup>[101]</sup>. Само японское общество, утверждал руководитель исследования, можно назвать «псевдосоциофобным», поскольку чувства и поведение, которые на Западе сочли бы психиатрическими симптомами – чрезмерная стыдливость, избегание визуального контакта, подчеркнутое подобострастие, – в Японии представляют собой культурную норму<sup>82</sup>.

В Соединенных Штатах продвигать социальное тревожное расстройство как диагноз начал Майкл Лейбовиц, психиатр из Колумбийского университета, состоявший в той самой редколлегии «Руководства», которая подарила этой фобии официальное признание. В 1985 г. у Лейбовица вышла статья в *Archives of General Psychiatry* под названием «Социальная тревожность – болезнь, обделенная вниманием»<sup>[102]</sup>, в которой он доказывал плачевное состояние диагностики и лечения этого заболевания<sup>83</sup>. После выхода статьи исследования социофобии начали постепенно набирать обороты. Еще в 1994 г. термин «социальное тревожное расстройство» встречался в популярной прессе всего 50 раз, но пятью годами позже эти цифры выросли до сотни тысяч раз<sup>[103]</sup>. Чем объясняется стремительное пробуждение массового интереса? В первую очередь вот чем: в 1999 г. Управление по контролю за продуктами и лекарствами разрешило выписывать паксил для лечения социального тревожного расстройства<sup>84</sup>. Компания SmithKline Beecham мгновенно запустила мультимиллионную рекламную кампанию, нацеленную как на психиатров, так и на широкую публику.

«Представьте, что у вас аллергия на людей, – предлагала реклама паксила. – Вы краснеете, потеете, дрожите, вам даже дышать тяжело. Именно так проявляется социальное тревожное расстройство». Заболевание внезапно превратилось в культурный феномен: та же реклама утверждала, что им страдают «свыше 10 миллионов американцев», и паксил начали выписывать массово. Обойдя прозак и золофт по числу продаж, он стал самым популярным в Соединенных Штатах антидепрессантом из группы СИОЗС.

До 1980 г. диагноз «социальное тревожное расстройство» не ставили никому; 20 лет спустя, по данным исследований, его получили от 10 до 20 миллионов американцев. Сегодня, согласно официальной статистике Национального института психического здоровья, социальным тревожным расстройством на том или ином этапе жизни страдают свыше 10 % амери-

<sup>82</sup> Это наблюдение, как никакое другое, отражает сложность взаимодействия культуры и медицины: то, что в одной культуре считается нормой и даже превозносится, в другой расценивается как патология.

<sup>83</sup> Кроме того, Лейбовиц разработал психодиагностическую шкалу для оценки уровня социальной тревожности пациента.

<sup>84</sup> До этого паксил был одобрен для лечения депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства и генерализованного тревожного расстройства.



канцев, причем около 30 % больных страдают им в острой форме. (Данные из авторитетных медицинских журналов эту статистику подтверждают.)

Еще бы тут не возникать вопросам и разногласиям: за каких-нибудь 20 лет число диагностированных вырастает от нуля до нескольких десятков миллионов. Напрашивается циничный сценарий: кто-то выдумывает расплывчатый психиатрический диагноз, поначалу больных находится мало, но потом получает официальное одобрение некое лекарство, и число диагнозов подскакивает до небес. Фармацевтическая промышленность гребет миллиардные прибыли.

Мало того, утверждают критики, у синдрома, который поражает всех страдающих социальным тревожным расстройством, имеется и другое название. Застенчивость – обычное свойство темперамента, никак не тянущее на психическую болезнь. В 2007 г. преподаватель английского языка Северо-Западного университета Кристофер Лейн написал с тех же критических позиций книгу под названием «Застенчивость: Как норма превратилась в болезнь» (Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness), утверждая, что психиатры в сговоре с фармацевтической промышленностью умудрились патологизировать самую обычную черту характера<sup>85</sup>.

С одной стороны, неожиданный всплеск диагностированных случаев социального тревожного расстройства и вправду свидетельствует о недюжинных способностях фармацевтической индустрии создавать спрос при помощи маркетинговых кампаний. Кроме того, некоторая степень нервозности при взаимодействии с чужими людьми – вполне нормальное дело. Кому из нас не делалось слегка неуютно от необходимости заводить на вечеринке светские разговоры с незнакомцами? Кто не волнуется хотя бы чуть-чуть перед тем, как выйти на сцену или представить что-то на суд аудитории? Такая тревожность нормальна и даже адаптивна. Лечить ее таблетками – значит патологизировать самое обычное свойство характера. Всё это укрепляет нас во мнении, что социальное тревожное расстройство – лишь выдумка алчных фармацевтических компаний.

С другой стороны, могу сказать и по личному опыту, и по данным перелопаченного материала на эту тему: при всей убедительности аргументации Лейна и других критиков фармацевтической промышленности ощущаемый социофобами стресс вполне реален и силен. Есть ли среди огромной массы получивших разрекламированный гонящимися за прибылью фармацевтическими компаниями диагноз «социальное тревожное расстройство» обычные застенчивые люди, не больные психически и не нуждающиеся в обращении к психиатру? Конечно. Но ведь наверняка имеются и действительно социально тревожные люди, которым медикаменты и другие методы психотерапевтического воздействия пойдут на пользу, а иногда и спасут от алкоголизма, отчаяния и самоубийства? Я думаю, что да.

Несколько лет назад в журнале, в котором я работаю, напечатали эссе о том, как трудно быть интровертом. Вскоре после этого в редакцию пришло письмо: «Прочитал вашу статью об интроверсии. Год назад мой 26-летний сын жаловался, как он страдает от своего интровертного характера. Я уверял его, что ничего страшного, у нас в семье все слегка интроверты. Три месяца назад он оставил нам записку, купил дробовик и застрелился. В записке было сказано, что он неправильно устроен... Ему неловко и тревожно среди людей, и больше он так не может... Он был умным, мягким, образованным. У него как раз началась стажировка, требовавшая взаимодействия с людьми, наверное, она его и доконала. Если бы только он сказал хоть слово, прежде чем идти за дробовиком... Получается, он не видел другого выхода. И это парень, который кровь сдавать боялся. Вы не представляете, в каком кошмаре мы теперь живем».

Согласно одному из исследований, свести счета с жизнью хотя бы раз пытается до 23 % получивших диагноз «тревожное социальное расстройство»<sup>[104]</sup>. Кто возьмется утверждать,

---

<sup>85</sup> Книга Лейна пополнила обширный массив литературы, обвиняющей фармацевтическую промышленность в выдумывании новых диагнозов ради прибыли. Подробнее я остановлюсь на этом в части третьей.

что они просто застенчивы или что лекарство, способное облегчить их муки, лишь плод погони за прибылью?

Ни один аффект не лишает дух всех его способностей к действию и размышлению так, как страх.

*Эдмунд Берк. Философское исследование о происхождении наших идей возвышенного и прекрасного (A Philosophical Inquiry into the Origin of Our Ideas of the Sublime and Beautiful 1756)*<sup>86</sup>

Насколько я помню, боязнь аудитории возникла у меня в 11 лет. До того во время докладов в классе и выходах на сцену школьного зала я чувствовал всего-навсего легкое нервное возбуждение. Поэтому для меня стало полной неожиданностью, когда в шестом классе, играя главную роль в праздничном представлении «Святой Георгий и дракон», я вдруг онемел.

Был вечер середины декабря, в зале сидели несколько десятков родителей, братьев с сестрами и учителей. Помню, как я стоял в левой кулисе, дожидаясь своего выхода и лишь немного волнуясь. Сейчас сложно такое вообразить, но, по-моему, я даже наслаждался, предвкушая внимание зрителя – роль-то была главная. А потом я вышел на середину сцены, посмотрел в зал, увидел направленные на меня взгляды, и грудь сдавило<sup>87</sup>. Через несколько секунд меня охватила такая паника – и физическая, и эмоциональная, – что я почти потерял дар речи. Выдавил несколько реплик прерывающимся затихающим голосом и больше ни слова из себя выжать ни смог. Я умолк на полужестком, чувствуя, что меня вот-вот вырвет. Прошло еще несколько мучительных секунд, прежде чем мой друг Питер, игравший лакея, пришел мне на выручку и подал собственную реплику<sup>88</sup>. Зрители наверняка почувствовали нестыковку, но сцена на этом благополучно завершилась, позволив мне отбыть за кулисы. К следующему моему выходу физические симптомы тревоги слегка утихли, и в конце спектакля я разделался с драконом согласно сценарию. Потом все хвалили меня за этот бой, ни словом не упоминая (из вежливости, конечно) первую сцену, в которой я, на сторонний взгляд, то ли слова забыл (это еще ничего), то ли остолбенел от ужаса (это хуже).

В тот вечер у меня словно почву из-под ног выбили. С тех пор я воспринимал выступления по-другому. Как раз в то время я пел в хоре мальчиков, и мы выступали в церквях и концертных залах по всей Новой Англии. Концерты были для меня пыткой. Пел я не настолько хорошо, чтобы выпускать меня солистом, я был одним из 24 безымянных хористов. И все равно каждая секунда была адом. Я закрывался партитурой от зрителей и только губами шевелил. У меня ужасно сжималось горло и болел живот, я боялся, что меня вырвет, если я выдавлю из себя хоть звук<sup>89</sup>.

Я ушел из хора, но от появлений перед аудиторией меня это не избавило, тем более что тревожность усиливалась и мое понимание «аудитории» расширялось. На следующий год, в седьмом классе, я выступал с докладом на уроке естествознания у мистера Ханта. Темой доклада, исходя из своих фобий, я выбрал биологические механизмы пищевого отравления. И когда я вышел к доске, на меня накатило головокружение и тошнота. Запинаясь, я продрался через первые фразы, но потом смог лишь пропищать жалобно: «Мне плохо». Мистер Хант

---

<sup>86</sup> Берк Э. Философское исследование о происхождении наших идей возвышенного и прекрасного. – М.: Искусство, 1979.

<sup>87</sup> По данным исследований, чужой пристальный взгляд вызывает сильное эмоциональное и физиологическое возбуждение. Самый верный способ вызвать нейронные выстрелы в миндалевидном теле испытуемого – попросту неотрывно смотреть на этого человека. Как демонстрируют многие исследования, миндалевидное тело страдающих тревожным социальным расстройством отличается более выраженной и постоянной реакцией на чужой взгляд, чем у здоровых испытуемых.

<sup>88</sup> Питер, надо полагать, никакой тревоги не испытывал. Годы спустя он стал членом кабинета министров во время первого президентского срока Барака Обамы.

<sup>89</sup> Ко всему прочему руководитель хора был человеком странным и деспотичным, жил с родителями и страшно заикался. Когда на репетициях он начинал на нас орать и спотыкался на каком-нибудь слове, лицо его искажала гримаса отчаяния и злости, и приходилось терпеливо ждать, пока он наконец выплюнет свое ругательство.

усадил меня на место. «Может, он отравился?» – пошутил кто-то из одноклассников, и все захохотали, а я залился краской стыда.

Несколько лет спустя я выиграл юношеский теннисный турнир в местном клубе. Кубки вручали после состязаний, на праздничном банкете. От меня требовалось всего-навсего выйти на возвышение, когда назовут мое имя, пожать руку организатору турнира, улыбнуться в камеру и вернуться за стол. Даже говорить ничего не надо.

Однако слушая, как поочередно вызывают представителей других возрастных групп, я начал дрожать и покрываться потом. Мысль, что сейчас все будут на меня смотреть, приводила в ужас, я не сомневался, что обязательно как-нибудь опозорюсь. За несколько минут до своей очереди я выскользнул через заднюю дверь и скрылся в подвальном туалете, откуда вышел лишь несколько часов спустя, когда банкет уже должен был закончиться. (Подобные крайности избегания среди социофобов не редкость. Мне попадался в медицинской литературе случай одной женщины, которая сказалась больной, чтобы не идти на корпоративный вечер, где ее должны были наградить за выдающиеся успехи, настолько ее пугала перспектива оказаться в центре внимания. Когда она пришла на работу, сослуживцы попытались устроить в ее честь более скромное празднование в узком кругу – она уволилась, чтобы не присутствовать.)

Как-то в университете я подал заявку на научную стипендию, для которой требовалось пройти собеседование перед комиссией из десятка преподавателей (большинство к тому моменту были мне уже знакомы). Перед заседанием мы вполне непринужденно болтали, но когда собеседование началось и мне задали первый официальный вопрос, грудь сдавило и слова застряли в горле. Я сидел, молча шевеля губами, будто рыба или детеныш-сосунок. Когда голос прорезался, я, извинившись, выскочил из комнаты, чувствуя спиной озадаченные взгляды комиссии, и на этом все закончилось.

Напасть эта, к сожалению, никуда не делась и во взрослом возрасте. Она влекла за собой как позорные катастрофы (уход со сцены посреди фразы во время выступления), так и десятки случаев на грани (спазмы в груди во время телеэфиров; лекции и интервью, на которых в глазах начинало плыть, к горлу подступала тошнота, а речь становилась невнятной). Каким-то образом во время этих пограничных случаев мне удавалось побороть себя и продолжить. И тем не менее каждый раз, даже когда все вроде бы идет хорошо, я словно скольжу по лезвию бритвы между успехом и провалом, триумфом и позором – между оправданием своего существования и подтверждением своей полной никчемности.

Людей волнуют не сами вещи, а мнение о вещах.

*Эпиктет. О тревоге (I в.)*

Почему мой организм ведет себя в подобных ситуациях таким предательским образом?

Боязнь аудитории – это не какое-то эфемерное чувство, это довольно ярко выраженное состояние психики с конкретными физическими проявлениями, которые можно измерить лабораторным путем (учащенное сердцебиение, повышение уровня эпинефрина и норэпинефрина в крови, ослабление перистальтики кишечника, повышение кровяного давления). Во время публичного выступления почти у всех отмечается ощутимая реакция вегетативной нервной системы: у большинства лекторов или докладчиков уровень норэпинефрина в начале выступления подскакивает в два-три раза. Этот прилив адреналина должен подхлестнуть оратора, однако у социофобов вегетативная нервная система реагирует слишком чутко, проявляясь парализующими физическими симптомами и эмоциональным стрессом. По данным исследований, проведенных Висконсинским университетом<sup>[105]</sup>, настрой на выступление вызывает у социально тревожных личностей резкую активизацию правого полушария, в результате чего блокируются и логическое мышление, и речевые способности – что-то вроде ступора, который

испытал в зале суда молодой Ганди. Эти затруднения с мышлением и речью в ситуации социального стресса имеют четкую биологическую подоплеку.

Специалисты по когнитивно-поведенческой терапии считают, что социальное тревожное расстройство коренится в нарушении логики или ошибочном мышлении. Если скорректировать ложные представления и неадаптивное поведение (когниции и схемы, по их терминологии), тревожность можно излечить. Предтечей современного специалиста по когнитивно-поведенческой терапии можно считать философа-стоика Эпиктета, греческого раба, жившего в Риме в I в. Его трактат «О тревоге» (помимо того, что может претендовать на роль одного из первых пособий по психологической самопомощи) представляет собой, пожалуй, самую раннюю попытку связать боязнь аудитории с комплексами самооценки, как мы бы назвали их сегодня.

## **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.

## Комментарии

1.

Статистика тревожности и расходов на охрану психического здоровья взята из доклада «Экономические последствия тревожных расстройств в 1990-е гг.» (The Economic Burdens of Anxiety Disorders of the 1990s), опубликованного в The Journal of Clinical Psychiatry 60, no. 7 (июль 1999).

2.

Гарвардский эпидемиолог Рональд Кесслер изучает этот вопрос не первое десятилетие. См., например, его статью Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM – IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Archives of General Psychiatry 62, no. 6 (июнь 2005): 593–602.

3.

R. C. Kessler et al., «Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U. S. Workers," The American Journal of Psychiatry 163 (2006): 1561–68. См. также "Economic Burdens".

4.

Статистическое управление Министерства труда США, "Table R67: Number and Percent Distribution of Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses Involving Days Away from Work by Nature of Injury or Illness and Number of Days Away from Work, 2001."

5.

Drug Topics, March 2006.

6.

"Taking the Worry Cure," Newsweek, February 24, 2003. См. также Restak, Poe's Heart, 185.

7.

Отчет информационной компании Wolters Kluwer Health, Цит. по: Restak, Poe's Heart, 185.

8.

Mental Health Foundation, In the Face of Fear, April 2009, 3–5.

9.

"Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys," The Journal of the American Medical Association 291 (June 2004): 2581–90.

10.

"Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature," The Canadian Journal of Psychiatry 51 (2006): 100–13.

11.

Например, "Global Prevalence of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-regression," Psychological Medicine 10 (July 2012): 1–14.

12.

См., напр.: "Content of Family Practice: A Data Bank for Patient Care, Curriculum, and Research in Family Practice – 526, 196 Patient Problems," *The Journal of Family Practice* 3 (1976): 25–68.

**13.**

"The Hidden Mental Health Network: Treatment of Mental Illness by Non-psychiatric Physicians," *Archives of General Psychiatry* 42 (1985): 89–94.

**14.**

"Panic Disorder: Epidemiology and Primary Care," *The Journal of Family Practice* 23 (1986): 233–39.

**15.**

"Quality of Care of Psychotropic Drug Use in Internal Medicine Group Practices," *Western Journal of Medicine* 14 (1986): 710–14.

**16.**

См., напр.: Peter D. Kramer, "Tapping the Mood Gene," *The New York Times*, July 26, 2003. См. также Restak, *Poe's Heart*, 204–12.

**17.**

Thomas Insel, "Heeding Anxiety's Call" (lecture, May 19, 2005).

**18.**

Roccatagliata, *History of Ancient Psychiatry*, 38.

**19.**

Maurice Charlton, "Psychiatry and Ancient Medicine," in *Historical Derivations of Modern Psychiatry*, 16.

**20.**

Charlton, "Psychiatry and Ancient Medicine," 12.

**21.**

См., напр.: Rachel Yehuda et al., "Transgenerational Effects of Posttraumatic Stress Disorder in Babies of Mothers Exposed to the World Trade Center Attacks During Pregnancy," *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90, no. 7 (July 2005): 4115 Rachel Yehuda et al., "Gene Expression Patterns Associated with Posttraumatic Stress Disorder Following Exposure to the World Trade Center Attacks," *Biological Psychiatry* 66 (7) (2009): 708–11.

**22.**

Цит. по: Hunt, *Story of Psychology*, 72.

**23.**

См., напр.: "The Relationship Between Intelligence and Anxiety: An Association with Subcortical White Matter Metabolism," *Frontiers in Evolutionary Neuroscience* 3, no. 8 (февраль 2012). (Также о высоком IQ у евреев: Стивен Пинкер в лекции 2007 г. «Евреи, гены и интеллект» называет «средние показатели их IQ от 108 до 115». Ричард Линн, автор статьи 2004 г. «Интеллект американских евреев» ("The Intelligence of American Jews"), сообщает, что среднеквадратическое отклонение баллов IQ у евреев в два раза выше, чем в среднем

у европейцев. В докладе 2005 г. по результатам исследования Natural History of Ashkenazi Intelligence Генри Харпердинг, Джейсон Харди и Грегори Кохран из Университета Юты утверждают, что их испытуемые «набирают от 0, 75 до 1 доли среднеквадратического отклонения выше среднеевропейских показателей, что соответствует IQ 112–115».

**24.**

"The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation," The Journal of Comparative Neurology and Psychology 18 (1908): 459–82.

**25.**

Los Angeles Examiner, November 4, 1957, цитируется по Tone, Age of Anxiety, 87.

**26.**

Los Angeles Examiner, March 23, 1958, цитируется по Tone, Age of Anxiety, 87.

**27.**

Barlow, Anxiety and Its Disorders, 9.

**28.**

Steve Coll, "The General's Dilemma," The New Yorker, September 8, 2008.

**29.**

Lifton, Protean Self, 101.

**30.**

Niebuhr, Nature and Destiny, vol. I, 182.

**31.**

Hoch and Zubin, Anxiety, v.

**32.**

Theodore R. Sarbin, "Anxiety: Reification of a Metaphor," Archives of General Psychiatry 10 (1964): 630–38.

**33.**

Kagan, What is Emotion?, 41.

**34.**

См., напр.: "Three Essays on the Theory of Sexuality," in Freud, Basic Writings.

**35.**

Freud, Problem of Anxiety, 60.

**36.**

См., напр.: R. Spitzer and J. Fleiss, "A Re-analysis of the Reliability of Psychiatric Diagnosis," The British Journal of Psychiatry 125 (1974): 341–47; Stuart A. Kirk and Herb Kutchins, "The Myth of the Reliability of DSM," Journal of Mind and Behavior 15, nos. 1–2 (1994): 71–86.

**37.**



Burton, Anatomy, 261.

**38.**

Breggin, Medication Madness, 331.

**39.**

Kagan, What Is Emotion?, 83.

**40.**

См., напр.: "Fear and the Amygdala," The Journal of Neuroscience 15, no. 9 (September 1995): 5879–91.

**41.**

Cannon, Bodily Changes, 74.

**42.**

James, Principles of Psychology, 415.

**43.**

LeDoux, Emotional Brain, 107.

**44.**

Из исследования Эрика Кандела, описанного в Barber, Comfortably Numb, 191–96.

**45.**

Kagan, What is Emotion?, 17.

**46.**

Barlow, Anxiety and Its Disorders, 35.

**47.**

Sapolsky, Zebras, 182.

**48.**

Цит. по: Stephen Hall, "Fear Itself," The New York Times Magazine, February 28, 1999.

**49.**

Gray and McNaughton, Neuropsychology of Anxiety, 12.

**50.**

G. Desbordes et al., "Effects of Mindful-Attention and Compassion Meditation Training on Amygdala Response to Emotional Stimuli in an Ordinary, Non-meditative State," Frontiers of Human Neuroscience 6 (2012): 292.

**51.**

См., напр.: Richard J. Davidson and Antoine Lutz, "Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation," IEEE Signal Processing Magazine 25, no. 1 (January 2008): 174–76.

**52.**

Richard A. Friedman, "Like Drugs, Talk Therapy Can Change Brain Chemistry," The New York Times, August 27, 2002.

**53.**

Tillich, "Existential Philosophy," Journal of the History of Ideas 5, no. I (1944): 44–70. (Впоследствии упоминается в книге Тиллиха 1959 г. «Богословие культуры», Theology of Culture.)

**54.**

См., напр.: Gabbard, "A Neurobiologically Informed Perspective on Psychotherapy," The British Journal of Psychiatry 177 (2000): 11; A. Ohman and J. J. F. Soares, "Unconscious Anxiety: Phobic Responses to Masked Stimuli," Journal of Abnormal Psychology (1994); John T. Cacioppo et. al., "The Psychophysiology of Emotion," Handbook of Emotions 2 (2000): 173–91.

**55.**

Shawn, Wish, 10.

**56.**

David Barlow "Providing Best Treatments for Patients with Panic Disorder," Anxiety and Depression Association of American Annual Conference, Miami, March 24, 2006.

**57.**

Lauren Slater, "The Cruellest Cure," The New York Times, November 2, 2003.

**58.**

J. K. Ritow, "Brief Treatment of a Vomiting Phobia," American Journal of Clinical Hypnosis 21, no. 4 (1979): 293–96.

**59.**

Northfield, Conquest of Nerves, 37.

**60.**

Harvard Medical School, Sensitive Gut, 71.

**61.**

Ibid., 72.

**62.**

William E. Whitehead et al., "Tolerance for Rectosigmoid Distention in Irritable Bowel Syndrome," Gastroenterology 98, no. 5 (1990): 1187; William E. Whitehead, Bernard T. Engel, and Marvin M. Schuster, "Irritable Bowel Syndrome," Digestive Diseases and Sciences 25, no. 6 (1980): 404–13.

**63.**

Ingvar Wilhelmsen. "Brain-Gut Axis as an Example of the Bio-psycho-social Model," Gut 47, supp. 4 (2000): 5–7.

**64.**

Walter Cannon, "The Influence of Emotional States on the Functions of the Alimentary Canal," The American Journal of the Medical Sciences 137, no. 4 (April 1909): 480–86.

**65.**

Andrew Fullwood and Douglas A. Drossman, "The Relationship of Psychiatric Illness with Gastrointestinal Disease," *Annual Review of Medicine* 46, no. 1 (1995): 483–96.

**66.**

Robert G. Mauser, "Panic Disorder Associated with Gastrointestinal Disease: Review and Hypotheses," *Journal of Psychosomatic Research* 44, no. 1 (1998): 91.

**67.**

Цит. по: Roccagiatia, *History of Ancient Psychiatry*, 106.

**68.**

Цит. по: Sarason and Spielberger, *Stress and Anxiety*, vol. 2, 12.

**69.**

Wolf and Wolff, *Human Gastric Function*, 112.

**70.**

Alvarez, *Nervousness*, 123.

**71.**

*Ibid.*, 266.

**72.**

Angela L. Davidson, Christopher Boyle, and Fraser Lauchlan, "Scared to Lose Control? General and Health Locus of Control in Females with a Phobia of Vomiting," *Journal of Clinical Psychology* 64, no. 1 (2008): 30–39.

**73.**

Цит. по: Desmond and Moore, *Darwin*, 531.

**74.**

Цитируется в Colp, *To Be an Invalid*, 43–53.

**75.**

Desmond and Moore, *Darwin*, 530.

**76.**

Цит. по: Colp, *To Be an Invalid*, 84.

**77.**

Anthony K. Campbell and Stephanie B. Matthews, "Darwin's Illness Revealed," *Postgraduate Medical Journal* 81, no. 954 (2005): 248–51.

**78.**

Bowlby, *Charles Darwin*, 229.

**79.**

Thomas J. Barloon and Russell Noyes Jr., "Charles Darwin and Panic Disorder," *The Journal of the American Medical Association* 277, no. 2 (1997): 138–41.

**80.**

Life and Letters of Charles Darwin, vol. 1, 349.

**81.**

Quammen, Reluctant Mr. Darwin, 62.

**82.**

Источники: Bowlby, Charles Darwin; Colp, To Be an Invalid; Desmond and Moore, Darwin; Browne, The Power of Place; and Quammen, The Reluctant Mr. Darwin; и др.

**83.**

Bowlby, Charles Darwin, 300.

**84.**

Ibid., 335.

**85.**

Ibid., 343.

**86.**

Ibid., 375.

**87.**

Desmond and Moore, Darwin, 358.

**88.**

Bowlby, Charles Darwin, 282.

**89.**

Oppenheim, "Shattered Nerves," 114.

**90.**

Davenport-Hines, Pursuit of Oblivion, 56.

**91.**

Цит. по: Marshall, Social Phobia, 140.

**92.**

"Memoir of William Cowper," *Proceedings of the American Philosophical Society* 97, no. 4 (1953): 359–82.

**93.**

Gandhi, Autobiography. На этот источник меня навела глава пятая книги Тейлора Кларка «Нерв» (Nerve).

**94.**

Все упоминания о Джефферсоне взяты из книги Джошуа Кендалла «Американская одержимость» (American Obsessives, 21).

**95.**

Mohr, Gasping for Airtime, 134.

**96.**

"Hugh Grant: Behind That Smile Lurks a Deadly Serious Film Star," USA Today, December 17, 2009.

**97.**

"A Gloom of Her Own," The New York Times Magazine, November 21, 2004.

**98.**

Casper, Johann Ludwig, "Biographie d'une idée fixe" (translated into French, 1902), Archives de Neurologie, 13, 270–287.

**99.**

Burgess, Physiology or Mechanism of Blushing, 49.

**100.**

Hartenberg, Les timides et la timidite (Felix Alcon, 1901).

**101.**

Ken-Ichiro Okano, "Shame and Social Phobia: A Transcultural Viewpoint," Bulletin of the Menninger Clinic 58, no. 3 (1994): 323–38.

**102.**

Michael Liebowitz et al., "Social Phobia," Archives of General Psychiatry 42, no. 7 (1985): 729–36.

**103.**

"Disorders Made to Order," Mother Jones, July/August 2002.

**104.**

Manjula et al., "Social Anxiety Disorder (Social Phobia) – a Review," International Journal of Pharmacology and Toxicology 2, no. 2 (2012): 55–59.

**105.**

Davidson et al., "While a Phobic Waits: Regional Brain Electrical and Autonomic Activity in Social Phobias During Anticipation of Public Speaking," Biological Psychiatry 47 (2000): 85–95.