СОДЕРЖАНИЕ

Часть I

Загадка тревожности

Глава первая. Природа тревожности 9

Глава вторая. Что мы подразумеваем под тревожностью? 43

Часть вторая

История моего «нервного желудка»

Глава третья. Бурчание в животе 83

Глава четвертая. Страх перед публичным выступлением.....119

Часть третья

Медикаменты

Глава пятая. «Набор ферментов» 185

Глава шестая. Краткая история паники, или Как медикаменты породили новое расстройство.....219

Глава седьмая. Медикаменты и суть тревожности..... 244

Часть четвертая

Наследственность или среда

Глава восьмая. Сепарационная тревожность.....279

Глава девятая. Воины и беспокойные. Генетика тревожности.....318

Глава десятая. Тревожные времена 357

Часть пятая
Компенсация и психологическая устойчивость

Глава одиннадцатая. Компенсация 379
Глава двенадцатая. Психологическая устойчивость 397

Благодарности 409
Об авторе 412
Примечания 413
Библиография 432
Предметный указатель 452

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)**

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)***

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, глав-

* Кьеркегор С. Страх и трепет. — М.: Республика, 1993.

** Фрейд З. Введение в психоанализ. — СПб.: Алетейя, 1999.

ное, 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 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 голо-

вокружением. 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, пожимаю 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 самоуничижительному 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 застывал 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 (аэронаусифобия).

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** — поддерживающе-экспрессивную терапию, десенсибилизацию и переработку движениями глаз (ДПДГ), литературу по самопомощи, массаж, молитвы, акупунктуру, йогу, философию стоиков

* Вживую (*лат.*)

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, дерганый комок нервов.

> 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[1]. Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, у тревожных расстройств «вероятность возникновения в течение жизненного срока»[2] 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.[3], 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[4]. В 2005 г., за три года до последнего экономического кризиса, в США было выписано 53 миллиона рецептов на одни только успокоительные ативан и ксанакс[5]. (В первые недели после трагедии 11 сентября количество рецептов на ксанакс выросло на 9% по всей стране и на 22% в Нью-Йорке[6].) В сентябре 2008 г. спрос на успокоительные в Нью-Йорке подскочил в связи с экономическим кризисом: когда банки начали лопаться, а фондовый рынок рухнул, коли-

чество рецептов на антидепрессанты и успокоительные увеличилось по сравнению с предыдущим годом на 9%, а рецептов на снотворное — на 11%[7].

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[8], 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[9]. Авторы международного обзора исследований тревожности, опубликованного в 2006 г. в *The Canadian Journal of Psychiatry* [10], 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[11].

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[12], на тревожность их пациенты жалуются чаще, чем на простуду. Согласно одному крупномасштабному исследованию, проведенному в 1985 г.[13], 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[14]. (По данным прочих исследований, бензодиазепины вроде валиума или ксанакса принимают 20% пациентов американских учреждений первичной медицинской помощи[15].) 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 специализирован-

ных 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 Джозефом 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 вычленяем ее ком-

поненты. В 2002 г. (и это лишь один из многих сотен примеров) гарвардские ученые выделили ген, получивший в прессе название «ген Вуди Аллена»[16], 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»[17].

> 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 нейрохимии 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, кото-

рый 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*, современник Эпиктета Сенека на 20 веков опередил официального основоположника КПТ Аарона Бека, высказывавшего аналогичные соображения в 1950-х гг.**

---

* Сенека Луций Анней. Нравственные письма к Луцилию. — М.: Наука, 1977.

** В каком-то смысле Сенека предвосхитил и знаменитое высказывание Франклина Рузвельта: «Нам нечего бояться, кроме самого страха».

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*.

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»[18]. 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

---

* 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.

и философский подход к жизни. Платон (в изложении одного историка философии[19]) 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»[20], — утверждал он*.

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 психологическое явление, и социологическое. Выражаясь языком компьютерщиков, это одновременно проблема и «железа» (где-то что-то неправильно подключено), и программного

---

* 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.

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)**

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

* Хорни К. Невротическая личность нашего времени. — М.: Прогресс, 1993.

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»*. 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 прозак, велбутрин, нардил, нейронтин и буспар. Не помогло ничего, и сейчас она отказалась от психотропных препаратов вовсе, что среди моей взрос-

* 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).

лой 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, запои отца, несчастливый в целом брак, закончившийся разводом? А может, во всем виноваты паранойя и паника матери во время беременности, вызвав-

Конец ознакомительного фрагмента.
Приобрести книгу можно
в интернет-магазине
«Электронный универс»
e-Univers.ru