

Биопсихосоциальная модель тревожности: причины патологического беспокойства (Часть 1)

(С) Написал и подготовил Московченко Денис

□Что вызывает беспокойство?

Как мы с Вами знаем, обычное беспокойство на самом деле может быть полезно. Тем не менее тревога становится проблемой, когда слишком сильно злоупотребляет гостеприимством (продолжительность), и/или когда ее интенсивность или частота начинает влиять на жизнь человека и его общее состояние.

□Именно эти три фактора – длительность, интенсивность и частота – отличают нормальную адаптивную тревогу от аномальной патологической тревожности.

□По существу, аномальная патологическая тревожность отличается от нормальной тревоги несопоставимостью ситуации тому тревожному ответу, который она вызвала. Если интенсивность, длительность и/или частота тревоги становится мучительной (distressful) и хронической, таким образом негативно влияя на жизнедеятельность человека, это часто бывает признаком патологической тревожности.

□Тревожные расстройства представляют полное разнообразие форм такой патологической тревожности. Таким образом, **разница между нормальной тревогой и патологической тревогой такова:** беспокойство рассматривается как нормальное и адаптивное, когда оно способствует улучшению жизнедеятельности человека. И напротив, патологическая тревожность – это хроническое состояние, ухудшающее общее состояние человека и

процессы его жизнедеятельности.

□ Такая патология вызывает значительный стресс. Есть ряд особых симптомов, которые сопровождают каждое тревожное расстройство. И все же, главный критерий, по которому принято определять различие между нормальной тревогой и тревожным расстройством, заключается в значительном стрессе, который разрушает социальную, профессиональную или другие значимые аспекты человеческой жизнедеятельности (APA, 2013). Это различие крайне важно.

□ Например, у меня может быть страх перед посещением стоматолога. У меня могут быть даже панические атаки перед визитами к стоматологу. И несмотря на это, я все же регулярно посещаю стоматолога, и это не создает значительных проблем со здоровьем или огромного стресса для меня. Таким образом, я не подхожу по критерию тревожного расстройства (phobia disorder).

□ По данным Национального института исследования психического здоровья (NIMH, 2019) около 40 миллионов взрослых американцев (т.е. 18.1%) страдают каким-либо тревожным расстройством в текущем году, с учетом того, что первое проявление симптомов случилось после достижения возраста 21,5. Такой коэффициент распространенности заболевания в действительности ошеломляет: **приблизительно один человек из пяти с высокой степенью вероятности пройдет через тревожное расстройство в течение года**. Такие же показатели характерны и для всего населения планеты. Более того, наблюдения показывают, что женщины склонны чаще испытывать тревожные расстройства по сравнению с мужчинами, примерно в пропорции 2 к 1 (APA, 2016).

□ Есть несколько причин, почему так важно различать нормальную адаптивную тревогу от тревожного расстройства.

□□ Во-первых, было бы некорректно сделать вывод о том, что человек страдает от тревожного расстройства просто потому, что он испытывает некоторую степень беспокойства. Как было

разъяснено выше, тревога – это нормальная эмоциональная реакция на определенные ситуации, и даже имеет практическую ценность. Таким образом, нет никакой необходимости и пользы в том, чтобы попытаться совсем избавиться от тревоги.

□□ Во-вторых, для каждого из нас крайне важно признать, что наш собственный опыт обычной тревоги качественно отличается от того, который испытывает человек с тревожным расстройством. Часто родные и друзья, руководствуясь благими намерениями, дают советы людям, которые пытаются излечиться от тревожных расстройств. К сожалению, родные и друзья не могут понять, почему человек на пути к выздоровлению так негативно реагирует на их искренние попытки помочь ему «преодолеть это». Такого рода техники могут быть полезны для того, чтобы справиться с обычным беспокойством, но они перестают быть эффективными, когда тревога достигает патологического уровня. В действительности, не обладая необходимой информацией о тревожных расстройствах, выздоравливающие пациенты и их близкие могут обнаружить, что общение с друг другом становится все более разочаровывающим. Вот почему так важно информировать родных и близких.

□ **Что вызывает тревогу?**

□ Так что же вызывает тревогу и тревожные расстройства? По словам Эдмунда Борна (2000), автора популярной книги «Путеводитель по тревоге и фобии», люди, в том числе и профессионалы, часто предлагают одностороннее объяснение причин возникновения тревожных расстройств. Многие люди часто предлагают упрощенные объяснения.

□ **Наиболее распространенные причины включают в себя**

□□ **1) дисбаланс мозговой активности,**

□□ **2) болезненные эпизоды детства или всеобъемлющее чувство**

□□3) *плохое воспитание со стороны родителей. Стоит признать, что каждое из этих объяснений заслуживает внимания. И тем не менее, тревожные расстройства намного более сложные. Тревожные расстройства являются результатом множества биологических, психологических и социальных факторов, которые во взаимодействии порождают и подпитывают расстройство.*

□Эксперты по тревожным расстройствам обычно объясняют тревогу и тревожные расстройства с точки зрения биопсихосоциальной модели. Эта модель предлагает множество взаимосвязанных причин патологической тревожности. Эти причины могут быть схематично распределены на три главные группы:

1. □ Биологические
2. ψ Психологические
3. □ Социальные или обусловленные окружающей обстановкой.

□Когда психологи используют слово **«окружающая среда» (environment)**, они подразумевают совокупность событий, которая происходит вокруг нас. В этом контексте, окружающая среда представляет собой наш жизненный опыт, в частности опыт социальных взаимодействия с другими людьми, особенно с теми, кто заботится о нас, членами семьи и т.д.

□Теоретически, тревожное расстройство развивается у человека тогда, когда у него есть биологические и психологические «уязвимые места», которые дополняются/усугубляются окружением, которое пробуждает и провоцирует эти риски.

□Биологический аспект биопсихосоциальной модели относится к физиологически обусловленному адаптивному реагированию на страх. Также подразумеваются генетические черты и модель функционирования мозга, которую мы «унаследовали» (**Борн, 2000**).

□И хотя, возможно мы и появляемся на свет с биологически предопределенной повышенной чувствительностью к стрессу, только одного этого недостаточно для развития тревожного расстройства. Психологические факторы – это мысли, убеждения и восприятие нашего опыта, окружающей среды и нас самих. Эти когнитивные процессы влияют на наше субъективное чувство контроля над окружающей обстановкой. Они также влияют на то, как мы оцениваем и интерпретируем события вокруг нас – как угрозу или нет.

Эти мысли (когниции), об окружающей среде и о нас самих, играют ключевую роль в формировании тревожного расстройства.

□Например, мать исправляет домашнюю работу своего сына. Он воспринимает это как полезный показатель уверенности его родителя в том, что он способен учиться. Другая мать проверяет домашнюю работу своей дочери, и дочь, вместо того, чтобы воспринимать это как помощь, интерпретирует это действие как ограничение и неуверенность родителя в ее способностях. И это продолжает усиливать её собственную неуверенность в себе.

□Ранее мы упоминали, что тревога развивается, когда появляется ощущение пропасти – разрыва между оценкой собственной возможности справиться с задачей и оценочным суждением о сложности самого задания. Исходя из примера о двух детях, описанного выше, вы можете представить, что мальчик, вероятно, вырастет мужчиной, который будет уверен в собственных способностях, когда он столкнется со сложной задачей.

□Таковыми образом, оценивая разницу между своими способностями и сложной задачей, весьма маловероятно, что он испытает тревогу. И наоборот, девочка может вырасти неуверенной в себе женщиной. И когда она столкнется со сложной задачей, очень вероятно, что она будет испытывать тревогу. Все потому, что очень вероятно, что она переоценивает разрыв между своими

способностями и задачей. Таким образом, различия в их психологическом состоянии, делают риск развития тревожного расстройства у девочки более вероятным.

□По словам Барлоу (2002), стоит лишь биологическим и психологическим факторам риска сойтись в одной точке, человек может «научиться» у окружающего его социума (например, в семье) переносить свою тревогу на конкретные предметы или ситуации в окружающей их среде.

□Таким образом социальный компонент модели – это факторы окружающей среды, которые могут спровоцировать, сформировать и усилить биологические и психологические аспекты уязвимости.

□Факторы, относящиеся к окружающей социальной среде, могут включать в себя стрессоры, которые обычно влияют на всех, такие как трагические события 9 сентября 2011 года. Они также могут быть более индивидуальными, с которыми сталкивается не каждый. Это могут быть: финансовые проблемы, потеря любимого человека или питомца.

□Наш социальный контекст включает множество ролевых моделей, которые оказывают значительное влияние на любые существовавшие ранее факторы уязвимости. Чтобы продемонстрировать влияние ролевых моделей на формирование тревожных расстройств, рассмотрим группы подростков-ровесников.

□В таких группах часто есть строгое понимание того, какое поведение может помочь или наоборот помешать кому-то стать ее частью, «частью толпы».

□Соответственно, наблюдая за тем, как их сверстники ведут себя, подростки понимают, какое поведение и отношение поможет им быть принятыми сверстниками, или, по меньшей мере, не быть отверженными. Хотя определенное беспокойство о мнении окружающих сверстников является нормальным в процесс развития,

некоторые подростки особенно восприимчивы к мнению окружающих их сверстников. Они склонны быть чрезмерно озабоченными теми оценками, которые им дают сверстники. Парадоксально, но эта заикленность препятствует развитию настоящих отношений и получению признания сверстниками, которое они так сильно стремятся получить. К сожалению, для этих подростков результатом такой заикленности часто становится клинический уровень беспокойства, замкнутое поведение и чувство тревоги.