

Ирина Малкина-Пых

**Головная боль. Освободиться
забыть. Навсегда**



Ирина Германовна Малкина-Пых Головная боль. Освободиться и забыть. Навсегда

*Текст предоставлен издательством «Эксмо»
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=174634*

Аннотация

«... Основная идея, которую я хочу передать в этой книге, заключается в том, что вы можете сами оказывать влияние на свое физическое здоровье: ваше тело является неотъемлемой вашей частью, а не чем-то, что время от времени заставляет вас болеть, и у него есть удивительная способность учиться исцелять себя. Мы создаем наше здоровье каждый день своей жизни. Его не найти в лекарствах, и его не раздают доктора, какими бы ни были их философия и методы лечения – традиционными или нетрадиционными. ...»

Содержание

Введение	4
Глава 1	9
1.1. Теории возникновения и лечения болезней	10
1.2. «Psyche» (душа) и «Soma» (тело), или Что такое психосоматика	13
1.3. Основные источники психосоматических заболеваний	17
1.4. Стресс и головная боль	20
Глава 2	25
2.1. Как возникает головная боль	26
2.2. Головная боль: типы и симптомы	28
Конец ознакомительного фрагмента.	31

Малкина-Пых И.Г. Головная боль. Освободиться и забыть. Навсегда

Введение

Головные боли сопровождают человека с древнейших времен. Первые упоминания о головной боли относятся к периоду около 5000 лет назад (государство шумеров на юге Двуречья). Клиническое описание головной боли при мигрени как интенсивной боли в половине головы, сопровождающейся тошнотой, рвотой, найдено в тексте древнеегипетского Эберийского папируса.

Один из мифов Древней Греции повествует о рождении богини Афины. Однажды владыка Олимпа Зевс был поражен ужасной головной болью, причем настолько сильной, что он обратился к богу кузнечного дела Гефесту с просьбой расколоть ему голову молотом. Из нее вышла Афина – богиня мудрости, рожденная болью.

Описания больных, страдающих головной болью, встречаются в трудах Гиппократов, жившего почти 2400 лет назад. Он выделил симптомы мигрени с аурой и определил ее именно как самостоятельное заболевание, а не как Божью кару.

Древнегреческий ученый Сократ (около 470—399 гг. до н. э.) и его ученик Платон (428—348 гг. до н. э.) знали о зависимости между напряжением или волнением и возникновением головной боли.

Соран Эфесский (98—138), древнегреческий врачеватель, практиковавший в Риме, дал удивительно информативное описание как хронической головной боли, так и мигрени.

Также очень давно известны различные методы лечения мигрени.

Антропологи обнаружили скелеты доисторических людей с высверленными отверстиями в черепе, что представляло собой, по-видимому, метод облегчения головной боли. Этот способ лечения современным людям показался бы варварским, если бы его небольшая модификация не использовалась в нейрохирургической практике. Для снижения высокого внутричерепного давления и сейчас иногда высверливают маленькие отверстия в черепе, через которые выводится избыточное количество жидкости.

Согласно сообщению древнегреческого историка Геродота в Древнем Египте жрецы, занимавшиеся врачеванием, специализировались на лечении разных болезней, и среди них встречались такие, которые лечили лишь головную боль.

Древние египтяне, как свидетельствует текст Эберийского папируса, лечили мигрень, привязывая к голове больного фигурку глиняного крокодила. Возможно, сдавливание висков повязкой было более эффективным, чем влияние самой фигурки.

Лечение головных болей в Китае проводилось более 2500 лет назад. В книге «Цзичжуан» (581 г. до н. э.) китайские врачи рекомендуют лечить головную боль методом чжень-цзю-терапии (иглоукалывания и прижигания).

Древнеримский врач и естествоиспытатель Клавдий Гален (129—201) ввел для обозначения боли в одной половине головы термин «гемикрания» («геми» – «полу», «кранио» – «череп»). Впоследствии римляне преобразовали его в *hemicranium*. Постепенно это латинское название трансформировалось во французское слово *migraine* и перешло в другие европейские языки. К средствам лечения этого заболевания он причислял диету, гимнастику, ванны, растирания и «кровоизвлечения» (т. е. кровопускания) (Курбатова, 2005).

В развитие учения о головной боли определенный вклад внесли ученые арабоязычной медицины: аль Фараби (870—950), Абу Рейхан Бируни (973—1048) и особенно Абу Али Хусейн ибн Сина (Авиценна) (980—1031). В своей знаменитой книге, известной как «Канон врачебной науки», Авиценна описал несколько видов головной боли, в том числе и мигрень. Многие способы и методы лечения головной боли, которые приводятся в «Каноне врачебной науки», не утратили значения и в настоящее время.

Древние считали, что головную боль вызывают недовольство жизнью и чрезмерная требовательность к себе и к окружающим. Эти представления о связи физических недугов с психикой не противоречат современным научным данным. Мы же находим им подтверждение ежедневно и ежечасно, реагируя на тяготы нашей нестабильной и полной стрессов жизни настоящим ураганом в голове. Редкий счастливец может похвастать, что не знаком с таким состоянием. А для скольких из нас головная боль стала привычной!

Существует большое количество типов головной боли, но в нашей книге мы рассматриваем только два – головную боль напряжения и мигрень.

Мигрень – это достаточно распространенное состояние по сравнению с другими видами головных болей. Мигренью страдает от 12 до 15 % населения земного шара. Она является вторым по частоте видом первичной головной боли после головной боли напряжения. В России около 18 млн человек отмечают у себя возникновение болевых приступов, подходящих по клинической картине к описанию мигренозных болей. Характерным признаком мигренозной головной боли является возникновение ее в молодом возрасте, до 20 лет. Первый приступ мигрени может произойти в любом возрасте, от 5 до 40 лет, но в большинстве случаев это происходит в период от 13 до 19 лет. Известны случаи возникновения мигрени у 4—8-летних детей (0,07 % в популяции). Пик заболеваемости приходится на период от 25 до 34 лет.

До периода полового созревания мужчины и женщины страдают мигренью примерно в одинаковом соотношении, но затем женщины испытывают мигренозные приступы в 2—3 раза чаще, чем мужчины, однако у последних интенсивность боли, как правило, выше.

С возрастом, после наступления климакса, у половины больных мигрень проходит, а у остальных интенсивность боли несколько уменьшается. В отдельных случаях с возрастом происходит трансформация мигрени: число приступов увеличивается, интенсивность боли чаще уменьшается и появляется фоновая межприступная головная боль. Такая трансформированная мигрень приобретает хронический ежедневный характер. К наиболее частым причинам подобной трансформации относят абзусный фактор (злоупотребление анальгетиками и другими антимигреновыми средствами, которые потребляются пациентами в больших количествах для уменьшения интенсивности боли), а также депрессию.

За время, отделяющее нас от эпохи Древнего Египта, медицине удалось справиться с огромным количеством заболеваний, однако проблема головной боли остается не менее, если не более, актуальной. Несмотря на мудрость древней медицины и усилия современной, прекрасно вооруженной науки, природа мигрени до сих пор неизвестна.

Еще в начале XX в. в книгах о головной боли мигрень шла в одном ряду с эпилепсией, т.е. рассматривалась как результат органических поражений вещества головного мозга. Позже ее стали считать психосоматическим расстройством, возникающим при нервно-психическом истощении защитных сил организма. Потом ученые обнаружили, что головные боли вызываются мышечным напряжением, патологическими васкулярными изменениями (расширением и сужением кровеносных сосудов) головы. А причин, вызывающих их, может быть великое множество.

Сегодня врачи и ученые считают, что могут существовать и другие причины головных болей. Неприятные ощущения, вызываемые сужением или расширением кровеносных сосудов, могут быть всего лишь симптомом биологической аномалии мозга. Люди с хроническими головными болями, особенно мигренью, могут быть предрасположены к ним вследствие нарушений в работе некоторых химических веществ мозга.

Серотонин – вещество мозга, напрямую связанное с головной болью. Он действует как химический посредник и влияет на сон, настроение и расширение кровеносных сосудов. Если его запасы истощаются, может начаться мигрень. Исследование головных болей строится на изучении специфических рецепторов захвата серотонина и определении его уровня в мозге.

Однако действительная физиологическая причина головных болей все еще остается не вполне ясной. Известно, что мышечные и патологические васкулярные изменения вызывают боль, и что на эти изменения могут влиять, а могут и не влиять определенные химические соединения. Однако внешние факторы, которые, по всей вероятности, провоцируют головные боли, лучше изучены, чем физиологические.

Можно сказать, что современная медицина преуспела в лечении таких тяжелых состояний, как переломы, раны, аппендицит, серьезные инфекционные заболевания, подобные пневмонии. Они хорошо поддаются лечению антибиотиками. Кроме того, существуют эффективные средства лечения опасных заболеваний, которые требуют хирургического вмешательства. Медицина действительно может спасти жизнь. Но с такими современными болезнями, как аллергия, гипертония, артрит, астма, рак, остеопороз, вирусные инфекции, она управляется значительно менее уверенно. Это же относится и к головной боли. Мы полагаем, что тому есть две основные причины.

Во-первых, к сожалению, почти вся современная западная медицина направлена на борьбу и уничтожение болезней, а не на поиск, поддержку и выращивание здоровья.

Во-вторых, большинство головных болей имеют чисто психологическое происхождение, выражаются в тех или иных мышечных спазмах и могут быть очень быстро сняты чисто психологическими средствами, которые практикуются сравнительно недавно и поэтому мало известны широкой публике. Кроме того, при первичном знакомстве с этими методами они вызывают некоторое удивление и недоверие, поскольку выглядят, на первый взгляд, довольно странно. Тем не менее совершенно не надо быть профессиональным психологом, чтобы их применять, и они неизменно приносят успех, несмотря на доверие или недоверие. Они основаны на научном законе о взаимосвязи между эмоциональным состоянием и представляемым образом этого состояния и не имеют ничего общего с гипнозом или самовнушением (Линде, 1999).

Такие эмоции, как страх, злость, отвращение, радость, печаль, мобилизуют исключительно сложные телесные процессы, например изменение сердечного ритма и циркуляции крови, дыхания, деятельности желудочно-кишечного тракта, изменения в мускульной системе и железах. Поскольку эти явления постоянно сопутствуют нам в повседневной жизни, мы принимаем их как должное и не осознаем, что, когда мы смеемся или плачем, мы вовлечены в одно из величайших таинств человеческой жизни. Во всех этих процессах начальные звенья общей цепи воспринимаются **субъективно** как эмоции, а последующие – **объективно** как изменение телесных функций.

Более двух тысяч лет назад великий Сократ произнес: «Нет телесной болезни отдельной от души». Несмотря на это, многие психологи и большинство медиков до сих пор не рассматривают эту связь всерьез. Тем не менее и у нас в стране, и за рубежом появляется все больше работ на эту тему. Теоретические и практические исследования достоверно под-

тверждают тот факт, что базовые эмоции (гнев, печаль, страх, радость) оказывают влияние на состояние здоровья человека и имеют непосредственную связь с теми или иными физическими заболеваниями.

Вплоть до конца XVIII – начала XIX века такие психологические факторы, как потеря удачи, смерть любимого человека или разочарование в любви, вполне естественно признавались терапевтами играющими важную роль в порождении заболевания. Но к концу XIX века открытия в области патологии и введение новых методов в микроскопии привели к предположению, что все заболевания носят органический характер.

Сравнительно недавно мы пришли к осознанию того, что органические заболевания, равно как и умственные, могут иметь психологическую природу. Именно симпатическая часть автономной нервной системы готовит организм к экстремальной ситуации или, применяя биологические термины, к борьбе или бегству. А когда симпатические нервы стимулированы, происходят определенные телесные изменения: сердце бьется быстрее, зрачки расширяются, желудочная активность (процесс мирного времени) подавляется, из печени высвобождается сахар, из надпочечных желез выделяются гормоны адреналина, появляется бледность кожи.

С углублением наших знаний мы понимаем, что эмоциональные факторы имеют влияние практически на любую болезнь, их воздействие ощущается даже в таком известном органическом заболевании, как туберкулез. Каждый пациент – это личность, его эмоциональное напряжение влияет на все процессы его организма.

Знание о взаимодействии между эмоциональными факторами и основными органическими функциями организма еще в зачаточном состоянии, но его потенциальная ценность огромна, поскольку эмоциональные факторы задействованы в любом заболевании.

Пока мы говорили о влиянии эмоций человека на его организм, но психологическая сфера – это еще и мысли человека, и мотивы его поведения. Научой сейчас доказано, что мысль человека, которая представляет собой электрические импульсы, является источником энергии. Мысль может излучать и принимать энергию, как работающий радиоприемник. И от того, на какую «волну» настроил себя человек, будет зависеть, какая энергия к нему придет. Она может нести как положительный заряд для человека, улучшая его физическое и психологическое состояние, так и отрицательный заряд, который разрушает физически и морально. Работ на эту тему еще очень мало, можно привести фамилии В. Райха, А. Лоуэна, С. Грофа и советских ученых А. Гурвич (20-е годы), В. Казначеева (1967) и других. Человек является более сложным существом, чем мы можем видеть на анатомическом уровне.

Наш организм отражает все то, что мы тщательно скрываем даже от самих себя. Но рано или поздно накопившиеся проблемы дают о себе знать, проявляются в виде тех или иных заболеваний. «Плачет мозг, а слезы – в сердце, печени, желудке...» – писал известный отечественный ученый, врач и психолог Александр Лурия.

В наших телах отражаются все события и опыт, который мы приобретаем в течение жизни. Мы представляем собой сумму всего случившегося с нами. В действительности тело хранит в себе все, что когда-либо пережило: события, эмоции, стрессы и боль заключены в телесную оболочку.

Основная идея, которую я хочу передать в этой книге, заключается в том, что вы можете сами оказывать влияние на свое физическое здоровье: ваше тело является неотъемлемой вашей частью, а не чем-то, что время от времени заставляет вас болеть, и у него есть удивительная способность учиться исцелять себя. Мы создаем наше здоровье каждый день своей жизни.

Его не найти в лекарствах, и его не раздают доктора, какими бы ни были их философия и методы лечения – традиционными или нетрадиционными.

У нас нет намерения заменить врачей! Если у вас есть хотя бы малейшее подозрение на связь ваших головных болей с органическим заболеванием, обратитесь к врачу!

Данная книга не является учебником по медицине. Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.

Глава 1

Теоретическая. Почему мы болеем?

Величайшей ошибкой в лечении болезней является то, что есть врачи для тела и врачи для души, поскольку одно неотделимо от другого.

Платон

Желание постичь причины болезней вообще и одну-единственную, главную причину каждого заболевания в частности пронизывает всю историю медицины.

Древним врачам было легче: они не знали, что такое микробы, витамины, кислотно-щелочное равновесие, аминокислоты, антиоксиданты и тому подобные тонкости.

В Древней Месопотамии, например, возникновение болезни нередко приписывалось такой причине, как нарушение принятых в общине обрядовых, правовых, моральных и прочих предписаний.

На Тибете полагали: «Болезней три – ветер, желчь и слизь... Страсть, гнев, невежество являются причинами, порождающими ветер, желчь и слизь».

В древнекитайской натурфилософии считалось, что здоровье – это результат равновесия начал инь и ян, а болезнь – нарушение их правильного взаимодействия. Различные соотношения этих нарушений объединяются в несколько синдромов, которые подразделяются на две группы: синдромы избытка – ян-синдромы, и синдромы недостатка – инь-синдромы (Стефанович, Малкина-Пых, 2006).

Как это ни удивительно, но даже по мере развития медицинских знаний, особенно бурного в XIX и XX веках, вопрос о причинах болезней не намного прояснился.

Недаром великий физиолог И.П. Павлов говорил: «Этиология (наука о причинах болезни, от греч. *aitia*– «причина») – самый слабый отдел медицины. И в самом деле, разве обыкновенно причины болезни не закрадываются и не начинают действовать в организме раньше, чем больной делается объектом медицинского внимания?»

1.1. Теории возникновения и лечения болезней

Какие же основные теории возникновения и лечения болезней существуют в настоящее время? Несколько упрощая, можно перечислить следующие (Шевцов, 2006).

Магическая (астрологическая) теория. Самая древняя теория, девиз которой: «Все болезни – от энергий и духов», – утверждает, что человеческим здоровьем управляют энергия, духи природы, время рождения и многочисленные потусторонние силы. В ней существуют пять основных положений, основанные как на современных фактах биофизики и психологии, так и на многовековых религиозно-мифических знаниях.

Согласно основной концепции современной парапсихологии, экстрасенсорики, целительства, магии и колдовства всеми живыми существами управляет так называемая «энергия». Определение этому слову дано только в учебниках по физике или химии, в обычной психологии данного понятия нет. Чаще всего под этим подразумевают тонкие и слабые ощущения в теле или зрительные иллюзии, возникающие из-за бессознательной потребности в них, в результате внушения извне или самовнушения.

Согласно второй концепции парапсихологии каждый человек имеет семь основных энергетических центров (чакр): учение, базирующееся на этой теории, возникло около 5000 лет назад в индо-тибетской медицине. Сейчас очень многие, пока вполне убедительно, пробуют обосновать этот принцип психофизиологического строения человека с помощью волновых, вибрационных и частотных физических методов.

Третье положение – энергия, получаемая человеком из воздуха, воды и пищи, курсирует в его теле по определенным каналам и органам. Незаметно происходит также в той или иной степени обмен энергиями между людьми: детьми и родителями, коллегами и прохожими. Иногда обнаруживается взаимодействие энергий с домашними животными, растениями, деревьями, минералами и всей остальной живой и неживой материей. В концепции каналов используются как вышеупомянутая теория индо-тибетской и аюрведической медицины о чакрах, так и знания народной медицины Китая и Вьетнама, которая говорит о 12 основных каналах, где течет та же таинственная «энергия».

Четвертое правило метафизической и магической терапии – есть невидимые существа, способные влиять на наше здоровье, и через обращение к ним (путем заговора, молитвы, всевозможных ритуалов) духовно и материально лечить. К ним можно отнести домовых, ангелов, духов стихий, слуг дьявола, святых. Иерархия и специализация в потустороннем мире более строгая и детальная, чем в нашем бытии.

Пятое положение утверждает, что при рождении человека ему почти генетически закладывается определенная судьба, в том числе и здоровье, и в течение жизни небесные светила влияют на наше телесное и душевное состояние. И поэтому, узнав через Вселенную (планеты, звезды и т. п.) его особенности, можно рекомендовать от чего-то воздерживаться (например, в питании), а что-то использовать на все 100% (проводить очищение или голодание).

Теологическая теория. Девиз: «Все болезни – от Господа». Данная теория в наше время в России является, можно сказать, доминирующей. Это положение вызвано возрождением православия в нашей стране; другие религиозные конфессии в России также имеют соответствующих профессионалов в области диагностики и лечения духовных проблем, однако их гораздо меньше, чем христианских священнослужителей.

Часто в роли религиозных целителей выступают не духовные, а светские лица, использующие религиозную атрибутику и ритуалы в лечении болезней. Официальная же концепция православной церкви состоит в том, что больной человек должен каяться, поститься, исповедоваться и молиться.

Теологическая диагностика и терапия строят свои принципы противоположно медицинскому подходу – не «от тела к душе», а «от духа к телу». Несомненно, эффективнейшим древним и интернациональным способом теологического лечения является молитва – непосредственное обращение к Творцу. Современный самогипноз возник именно из этого метода. Различными молитвами можно исцелять многие заболевания и просто сложные проблемы. Только искренне верить, без амулетов, дано не всем.

Святые, ангелы, мощи, иконы, монастыри и различные другие источники соприкосновения с Божественной силой ни в какое сравнение не могут идти с прямым обращением человека к Единому – молитвами. К сожалению, не каждый из нас способен почувствовать и понять нематериальное, неосоздаемое, невидимое. Конечно же, через различные вещественные символы Всевышнего намного проще лечиться, особенно детям с еще слабо развитым абстрактным мышлением. И поэтому теологическая теория применяется в основном через святую воду, свечи и прочие осязаемые предметы. И помогает очень многим страждущим.

Экологическая (диетологическая) теория. Все болезни – от потребления вовнутрь продуктов окружающей среды, в том числе питания. Состояние окружающей среды может ухудшать здоровье людей путем токсического физико-химического повреждения органов и клеток через воздух, воду, пищу и ядовитые отходы производства. Скажи мне, чем ты дышишь, и я скажу, кто ты.

Люстра Чижевского, прогулки в хвойном лесу или центральная улица большого города, полимерный линолеум на полу – что приятнее и полезнее? Родниковая, профильтрованная вода или водопроводная, не кипяченая – что лучше? Где будет больше здоровья – на даче, в деревне или около АЭС, химико-металлургического комбината? Ответы на эти вопросы ни у кого не вызывают сомнений. Не менее популярна на сегодняшний день и отдельная теория, базовый тезис которой: «Все болезни – от неправильного питания». Причем как в метафизическом, так и в биохимическом смысле. В ней учитывается роль биохимически выявляемых в пище, крови и клетках витаминов, макро- и микроэлементов, белков, жиров, углеводов и калорий, а также многочисленные качества пищевых продуктов (согласно китайской и аюрведической медицине, а также современной науке макробиотике). В настоящее время существует очень много хорошей практической литературы по данным методам и теориям, поэтому подробно на них останавливаться мы не будем.

Инфекционная (паразитическая) теория. Все болезни – от микроорганизмов и их врагов внутри организма человека. И действительно, микробы есть практически везде. Даже на типографской бумаге и краске, не говоря уже о наших руках. В человеческом организме, в толстой кишке живут наши верные друзья и сотрудники – бифидо- и лактобактерии, стрептококки, палочки коли и другие маленькие живые существа, ежедневно помогающие нам правильно питаться. И поэтому комплексная саморегуляция практически неосуществима без учета роли бактерий в формировании максимального здоровья.

Близко к инфекционной теории заболеваний находятся **иммунная и аллергическая теории**. Их основное утверждение: почти все заболевания вызваны нарушением (недостатком или избытком) биологических защитных сил организма, что может проявляться в виде заболевания гриппом, СПИДом, фарингитом, раком, синдромом хронической усталости, снижением целенаправленного внимания или умственной отсталостью. Такой иммунный дисбаланс может быть вызван многими причинами: генетическими, психологическими, диетическими, экологическими.

Биохимическая и биофизическая теории. Все болезни – от молекул, находящихся в неправильном качественном и/или количественном состоянии (излучения, магнитные бури, биополе).

В настоящее время данная теория активнее всего применяется в мировой и российской медицине. Врачи-терапевты весьма эффективно используют ее как основную при лечении

практически всех болезней. Также широко она применяется и в психиатрии, неврологии, хирургии и так далее. Согласно ей в клетках всех живых существ находятся так называемые молекулярные рецепторы, для молекул, регулирующих деятельность всех органов или тканей тела. Когда они встречаются, происходят различные биохимические реакции, приводящие либо к адаптации организма к раздражителю, либо к болезни. Например, недостаток инсулина в крови имеет своим последствием сахарный диабет, недостаток оксида азота – ишемическую болезнь сердца, избыток натрия – гипертоническую болезнь, избыток холестерина – атеросклероз. Очень близка к химико-физической генетическая теория возникновения болезней. Спал один ген, спал, а потом проснулся (от чрезмерного общего стресса или специального, зашифрованного сигнала), стал изменять обмен веществ внутри организма, и человек заболел чем-то соответствующим. И это не сказка, так как есть строго научные биохимические подтверждения такому ходу событий. Сегодня разработаны даже эффективные лекарства для генотерапии.

Неврологическая теория. Все болезни – от нервов и позвоночника. Согласно данной концепции всеми функциями организма, даже мышлением и вниманием, руководят клетки центральной и периферической нервной системы. При их травматическом, токсическом (химическом) или аллергическом (иммунном) повреждении нарушается работа руководимых ими органов, что может привести к конкретному заболеванию.

Вертебрально-мануальная концепция усматривает возникновение различных болезней в неправильном положении позвоночника. Это действительно доказано в экспериментах на людях, при лечении конкретных пациентов. Ведь все нервные окончания, несущие информацию, например болевую или температурную, от клеток организма, находятся непосредственно между костями позвонков или остального опорно-двигательного аппарата. Кроме этого, нервные ткани снабжаются кровью через сосуды, которые тоже проходят в различных отверстиях позвоночного столба. Получается, что он может ухудшать их работу путем обычного физического сдавливания, вплоть до повреждения. А это плохо. Точнее, клетки и ткани тогда не могут нормально и вдоволь питаться кровью, связываться с «начальством» (нервной системой), докладывая состояние дел и получая строгие директивы. После этого в них накапливаются продукты обмена веществ, иногда вредные до ядовитости. И тогда уже начинают болеть мышцы, органы или сосуды в самых различных местах. С помощью соответствующей мануально-неврологической диагностики можно выявить конкретное место в позвоночнике или мышце и затем специальными приемами избавить человека от страдания.

Интегративная теория. Все болезни – от страха и пессимизма. Интегративная теория предполагает индивидуализированный синтез всех вышеназванных и других точек зрения на диагностику и терапию в соответствии со склонностями самого врача и желаниями и убеждениями конкретного пациента. Медицина является одновременно наукой и искусством. В первом качестве ей не больше 200—300 лет, так как современная молекулярная – физическая химия появилась только в XX в., а ее истоки находятся в «ятрохимии» XVI—XVII в. н. э. С точки зрения практической помощи больному человеку наибольшую пользу приносит синтез традиционной древней медицины и современной академической. Именно такая медицина называется интегративной. Интернет и религия, цифры и интуиция, анатомия с физиологией и психология с социологией, яды и диеты, нейрофизиология и психоанализ, измеряемый эксперимент и многовековой опыт – все это может и должен использовать врач в своей работе.

И, наконец, еще одна теория, к которой мы обращаемся в этой книге и которая находится на стыке медицины с психологией. Это теория **психосоматическая**.

1.2. «Psyche» (душа) и «Soma» (тело), или Что такое психосоматика

В настоящее время не только психологи, но и врачи склоняются к мнению о том, что причины различных заболеваний кроются в психосоматических расстройствах. К психосоматическим заболеваниям можно отнести бронхиальную астму, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, неспецифический полиартрит, язвенный колит, заболевания кожи, аллергические реакции и многие другие (от греч. *psyche* – «душа» и *soma* – «тело»).

Правда, термин этот весьма неопределенный. Употребляя его, обычно хотят описать физические заболевания, развитие которых связано с психическими факторами. Но как именно связано, что есть причина, а что – следствие, каждый понимает по-своему.

Медики склонны считать, что это соматические, то есть физические, состояния приводят ко всевозможным психологическим проблемам; психологи придерживаются прямо противоположного мнения (Стефанович, Малкина-Пых, 2006).

В принципе, к психосоматическим условно можно было бы отнести все заболевания, описание которых в медицинской литературе начинается со слов: «Причины неизвестны» (а таких заболеваний очень много!). Далее обычно перечисляются разные факторы риска, говорится, что имеет значение наследственность, и/или, возможно, какой-нибудь вирус, и/или еще что-нибудь. Нередко указывается, что во многих случаях началу болезни предшествует сильный стресс. Затем переходят к описанию механизма развития данной болезни (по-научному это называется патогенез от греч. *pathos* – «страдание» + *genesis* – «происхождение»), ее симптомов и течения, потом описываются диагностика, лечение и прогноз. И чаще всего прогноз при таких заболеваниях бывает неясен.

Сегодня в качестве причин, которые начинают действовать задолго до того, как «больной делается объектом медицинского внимания», даже медики всерьез рассматривают «события», происходящие в сфере психики.

Собственно, подобного рода наблюдений и у врачей, и у психологов накопилось достаточно, чтобы родилась психосоматика – система взглядов, согласно которой всякому телесному недугу сопутствует недуг душевный. Термин «психосоматический» ввел, между прочим, врач, а не психолог – Я. Хайнрот из Лейпцига в 1818 году.

На рубеже XIX—XX веков «отец психоанализа» Зигмунд Фрейд совершил открытие, которое, по сути, соединило психологию и медицину. Он доказал, что глубинные, подсознательные структуры психики живут по своим законам, и стресс, пережитый однажды, сохраняется в них и со временем может проявляться в различных заболеваниях, потому что наше физическое тело представляет собой «запоминающую систему». Клетки тканей различных органов несут присущую только им информацию, поэтому существует четкая взаимосвязь между характером мышления, частями тела и проблемами физического здоровья. Таким образом, симптомы болезней – это чисто внешние проявления духовного нездоровья.

Все первые психосоматические теории тесно связаны с психоанализом, по-своему интерпретирующим влияние психологических факторов на возникновение и течение соматической патологии. Ключевым понятием в теории болезни в рамках психодинамического направления в психологии и медицине является понятие конверсии (лат. *conversio* – «превращение, изменение»). Механизм символической конверсии, по мнению психоаналитиков, означает, что существует логически понятная связь между содержанием эмоционального конфликта и симптомами физического заболевания.

Одна из подобных теорий – теория «*символического языка органов*» — утверждает, что асоциальные мысли, стремления, фантазии, вытесненные в область бессознательного, проявляются в расстройствах функций внутренних органов.

В рамках психоанализа была создана первая теория личности, в структуре которой центральная роль в формировании патологии отводилась бессознательному. Трехчленное деление личности на «Я», «Сверх-Я» и «Оно» под другими названиями было принято впоследствии и другими психологическими школами.

Наиболее архаичной структурой личности Фрейд считает структуру «Оно» («Ид»). Это сфера инстинктов, страстей, влечений, «животная» часть человека, существующая по принципу удовольствия.

Структура «Я» («Эго») фиксирует сознательные аспекты личности, самосознание и произвольную деятельность. «Я» существует в соответствии с принципом реальности.

Часть личности, обозначенная Фрейдом как «Сверх-Я» («Супер-Эго»), содержит систему запретов, нормативных предписаний и ограничений. Это контролирующая часть личности, выполняющая функцию цензуры, носитель совести и морали.

«Ид» и «Супер-Эго» находятся в непрерывном конфликте друг с другом, поскольку «Ид» требует немедленного удовлетворения своих потребностей, а «Супер-Эго» постоянно вводит предписания и ограничения, санкционированные социумом.

Для разрешения этого конфликта «Эго» использует механизмы психологической защиты, в частности вытеснение, позволяющее устранять из сознания неприемлемые для личности черты, комплексы, мотивы.

К одним из крупнейших открытий З.Фрейда относится положение о том, что вытесненный в бессознательное психологический материал имеет значительное («динамическое») воздействие на всю личность человека в целом. Воспоминания, переживания, которые противоречат представлениям личности о мире и о самой себе, будучи устранены из сферы сознания с помощью механизмов вытеснения, продолжают оказывать на нее свое влияние. Вытесненный патопсихологический материал выражает себя в символической форме в виде физических симптомов.

Поиск содержательной, логической, однозначной связи между психологическими феноменами и клиническими симптомами позже получил название «гипотезы психосоматической специфичности» и превратился в основной объяснительный принцип психосоматической медицины. Психосоматическая медицина находится на стадии разрешения трех основных вопросов:

1. Вопрос о триггерном (пусковом) механизме патологического процесса и начальной стадии его развития.
2. Вопрос о том, почему один и тот же сверхсильный раздражитель у одного человека вызывает ярко выраженную эмоциональную реакцию и комплекс специфических вегетовисцеральных сдвигов, у других людей эти сдвиги вообще отсутствуют.
3. Вопрос о том, почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-сосудистой системы, у других – пищеварительного аппарата, у третьих – дыхательной системы, у четвертых – эндокринной системы и т.д.

Концепция «конstellации (лат. *constellatio* – «созвездие») личностных черт» Ф.Данбар положила начало многочисленным исследованиям специфических личностных особенностей больных различными психосоматическими заболеваниями. Данбар обследовала значительное количество пациентов с соматическими заболеваниями и обратила внимание на значительное сходство их личностных особенностей с одинаковыми заболеваниями. Данбар разработала «концепцию профиля личности», считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного, это позволяет предполагать, возможно, даже прогнозировать, развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от этого про-

филя. Она описала «коронарный личностный тип», «язвенный личностный тип», «гипертонический», «аллергический», «склонный к повреждениям личностный тип» и др.

Врач и психоаналитик Ф. Александер высказал предположение о том, что симптом — это не символическое замещение подавленного конфликта, а нормальное физиологическое сопровождение хронических эмоциональных состояний. По его мнению, любая эмоциональная реакция, не нашедшая выхода в данный момент, имеет свой относительно четко очерченный соматический эквивалент. Специфичность заболевания следует искать в конфликтной ситуации, в содержании соответствующего эмоционального конфликта. Теоретическую конструкцию Ф. Александера называют «теорией специфических для болезни психодинамических конфликтов» или «концепцией специфического эмоционального конфликта» (Александер, 2002).

Основные принципы «гипотезы специфичности» Ф. Александера были сформулированы в виде трех основных положений:

1. Психологические факторы, ведущие к соматической болезни, имеют специфическую природу. Они могут быть определены как установки больного по отношению к окружающей среде или к себе самому. Адекватное познание этих факторов возможно только в ходе лечения больного.

2. Сознательные психические процессы играют подчиненную роль в возникновении соматических симптомов, так как они могут быть свободно выражены и реализованы через произвольную систему. Подавленные тенденции вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальная жизненная ситуация имеет только ускоряющее влияние на болезнь. Понимание причинных факторов должно быть основано на знании истории развития личности больного.

Ф. Александер определил «специфичность» как физиологический ответ на эмоциональные стимулы, нормальные и патогенные, который варьирует в зависимости от качества эмоций. Каждое эмоциональное состояние имеет свой физиологический синдром. Специфичными для болезни Александер считал не отдельные психологические факторы, а их комбинации. Элементами комбинированной психологической специфичности являются тревога, подавленные враждебные и эротические импульсы, фрустрация (лат. *frustratio* — «обман, тщетное ожидание»), подчиненные желания, чувства вины и неполноценности.

В зависимости от глубины вытеснения специфического эмоционального конфликта Ф. Александер выделяет три основные формы психогенных заболеваний: истерические конверсии, вегетативные неврозы и психосоматические заболевания. В том случае, если разряда происходит только по вегетативным путям (глубина вытеснения наибольшая), формируются психосоматические заболевания: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сахарный диабет, тиреотоксикоз, язвенный колит, ревматоидный артрит и многие другие. При этом для каждого заболевания характерен свой внутриспсихический конфликт.

Все эти недуги в соответствии с представлениями Ф. Александера являются многофакторными, в их происхождении и развитии имеют значение самые различные факторы: родовые травмы, болезни в младенческом возрасте, физические травмы, эмоциональный климат в семье, особенности личности родителей, индивидуальные реакции на стресс и т.д.

Основные положения о роли психологических факторов в этиологии и патогенезе психосоматических расстройств, сформулированные Ф. Александером, в течение нескольких десятилетий оказывали значительное влияние на развитие психосоматического направления в медицине.

Вслед за работами Ф. Данбар и Ф. Александера последовали многочисленные исследования, посвященные специфическим особенностям организации эмоциональности или

структуры личности больных с самыми разнообразными психосоматическими нарушениями. Были сформулированы некоторые ключевые положения, концептуальные понятия, объяснительные схемы и конструкции, которые используются в современной литературе при описании и интерпретации психосоматических расстройств.

В настоящее время психосоматический подход включает в себя различные школы и направления, отличающиеся как интерпретацией причин заболеваний, отнесенных к этой группе, так и методами их излечения (Малкина-Пых, 2003).

Психосоматическая медицина не отрицает влияния других факторов, таких как наследственность, питание, физические перегрузки и зараженная среда, но добавляет к ним психологические причины как еще одну важную составляющую, влияющую на возникновение заболевания. Психологические факторы, как и любые другие, могут в разной степени влиять на здоровье (или болезнь) каждого конкретного человека. Психосоматическая медицина начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно.

Современная классификация соматических заболеваний и расстройств включает в себя:

1. Психосоматические реакции (сильные психологические переживания, получающие соматический ответ, например влюбленность).

2. Конверсионные симптомы (невротический конфликт человека соматически перерабатывается и превращается в телесный симптом, который сам по себе символичен, например психогенная слепота, глухота, рвота или болевые феномены).

3. Функциональные синдромы (органные неврозы по одной из классификаций): разнообразные нарушения в органах рассматриваются как телесные проявления, сопровождающие сильные эмоции:

- ком в горле – внутреннее беспокойство;
- затруднение дыхания – депрессивные проявления;
- болезненные ощущения в области сердца – симптомы страха.

4. Органические, или истинные, психосоматозы. В первую очередь бронхиальная астма, эссенциальная гипертензия, язва двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, язвенный колит, нейродермит, гипертиреоз.

Как уже говорилось, вопрос о механизме возникновения психосоматических заболеваний и их причинах сложен. Здесь играют роль и специфичность ситуации, и личная история человека, особенности его характера и др.

1.3. Основные источники психосоматических заболеваний

Здесь мы остановимся лишь на некоторых наиболее общих психологических источниках возникновения психосоматических, т.е. эмоционально обусловленных, заболеваний (Радченко, 2001). К ним относятся:

1. Внутренний конфликт (конфликт частей личности). Единоборство сознательного и бессознательного в человеке, которое приводит к разрушительной «победе» одного над другим.

Например, при злоупотреблении алкоголем можно выделить две различные части личности, которые формируют разные модели поведения. Часть первая, обвиняющая: «Я пить не хочу, мне стыдно, мне плохо, я собою недоволен».

Вторая часть в конце концов не выдерживает: «Замолчи, ты мне надоела!» И заставляет замолчать первую единственным доступным для нее способом – употребив алкоголь. Обе эти части, как на чаше весов, доминируют попеременно, создавая глубокий внутренний конфликт.

Основные внутренние конфликты людей, страдающих от головной боли, будут подробно рассмотрены в главе 3.

2. Мотивация или условная выгода. Это очень серьезная причина, потому что часто симптом несет условную выгоду для человека.

Важным фактором развития заболеваний может быть неосознанная желательность заболевания. Эта система патологической адаптации встречается тогда, когда наличие приступа избавляет от более значимых для личности проблем, чем проблемы, вызванные самим приступом. Человек может подсознательно желать заболеть также и в том случае, когда ему необходимо внимание. А единственным способом его получить является болезнь.

Например, если вы болеете, то внимание и забота к вам родных и близких усиливается.

Если вы не хотите что-то делать, то головная боль может освободить вас от этой необходимости.

Иногда у женщин мигрень может быть реакцией на весьма прозаический стимул – появление «поддатого» мужа. Вторичная выгода здесь налицо – наутро муж обнаруживает не только собственное похмелье, но еще и страдающую от жуткой головной боли жену. И, будучи таким образом дважды наказанным, начинает «зализывать раны» и налаживать отношения, становясь щедрым и ласковым. Просто стимул и реакция были сильно разнесены во времени. А связь их, естественно, не осознается.

Так как данный механизм работает на уровне бессознательного, то нет смысла объяснять его больному на уровне сознания. Если человеку попытаться объяснить, что болезнь для него выгодна, он чаще всего с этим не согласится. Особенно это характерно для истеричных людей. Они могут много ходить по врачам и пытаться вылечиться, но, как правило, если они чувствуют, что выздоровление близко, они находят уважительную причину, чтобы прервать лечение. В дальнейшем они будут жаловаться, что метод лечения или конкретный специалист не смогли им помочь.

А если врач действует достаточно энергично, и больной «пропускает» момент излечения от данного симптома или болезни, то на смену тут же приходит что-то новое, о старой болезни он уже может и не вспомнить, как будто ее и не было. С учетом данного механизма иногда лучше не излечивать человека полностью, а только лишь слегка облегчать его состояние. Это его, скорее всего, удовлетворит, так как он не нуждается в излечении, его интересует сам процесс лечения, с помощью которого он демонстрирует свое страдание.

3. Эффект внушения. В данном случае имеется в виду внушение другим человеком.

Например, родители людей, страдающих от головной боли, нередко сами бывают людьми деятельными и не могут уделить своим детям ни достаточно тепла, ни времени и терпения, отводя мало внимания даже собственным телу и чувствам, а также общению. Дети усваивают концепцию, что они живут не ради себя, а прежде всего для своей рациональной деятельности. Они все больше идентифицируются с родительской концепцией достижений и привыкают к давлению извне.

Неспособные расслабиться или получать удовольствие, они сами теперь подставляют свою голову под это давление, выбирая себе такие цели, которых они не в силах достичь.

4. «Элементы органической речи». Болезнь может быть физическим воплощением фразы. Например, слова «это моя головная боль», «я от этого с ума схожу» могут превратиться в реальные симптомы.

В этом случае болезнь рассматривается как способность выразить свою психологическую потребность в телесной форме.

5. Идентификация, попытка быть похожим на кого-то. Человек выбирает себе идеал и пытается быть похожим на него.

Но, постоянно имитируя, человек отстраняется от собственного тела. Живя все время в другой «ауре», он в конце концов начинает от этого страдать. Особенно опасно бессознательное подражание родителям. Выполнение родительского сценария, возможно, является одной из причин наследственных заболеваний. Генетики могут возразить, что наследственные болезни передаются генами. Но они согласятся с тем, что гены многих заболеваний носят все люди, а далеко не все болеют. Может, родительский сценарий и является тем фоном, на котором наследственная патология начинает развиваться.

Например, в ситуации возникновения мигрени существует такое понятие, как «болевое поведение». Подросткам нравится копировать поведение взрослых, особенно своих родителей. Часто наблюдая, как родители после сложных стрессовых ситуаций страдают от мигрени и на время болевого приступа снимают с себя некоторую ответственность за происходящее, дети начинают копировать этот тип поведения.

И это также приносит им так называемую вторичную выгоду от заболевания. Ребенка, страдающего от приступа мигрени, родители, скорее всего, станут жалеть, заботиться о нем, нежели проявлять к нему строгость и выяснять его настоящие неудачи и проблемы, с которыми он часто не решается обратиться напрямую, боясь наказания или невнимания. Так болевой приступ становится своеобразным языком тела, просящего о внимании, любви и ласке.

Поэтому если мы не хотим, чтобы наши дети болели теми же тяжелыми заболеваниями, что их бабушки и дедушки, т.е. наши родители, то именно мы должны постараться избежать этих заболеваний, изменить сценарий. К сожалению, сценарные нарушения плохо поддаются психологической коррекции, может, поэтому их и отнесли к группе наследственных заболеваний – что заложено в генах, медицина изменить не может.

6. Самонаказание. Это происходит, когда за совершенный неблагоприятный поступок человек начинает бессознательно наказывать себя.

Часто это результат того, что человек поступает не так, как его воспитывали, что приводит к возникновению чувства вины, а вина ищет наказания. Часто этим наказанием является возникновение какой-то болезни, в том числе и головной боли.

7. Болезненный, травматический опыт прошлого – самый серьезный, самый глубокий источник.

Как правило, это психические травмы раннего периода детства, вытесненные, забытые, но активно влияющие на поведение и здоровье человека из бессознательной части личности. Иногда они могут быть и не забыты, а постоянно держаться в памяти или периодически всплывать.

Еще одной очень важной причиной психосоматических заболеваний может быть алекситимия. Алекситимия (от греч. а – «отсутствие», *lexis* – «слово, речь» и *thymos* – «чувство») буквально означает: «без слов для чувств» или в близком переводе – «нет слов для названия чувств». Ограничение этой способности особенно выражено у психосоматических пациентов.

Согласно современным представлениям алекситимия является психологической характеристикой человека, определяемой следующими особенностями:

- 1) трудность в распознавании и определении собственных эмоций и чувств;
- 2) затруднения в определении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- 3) сниженная способность к символизации, о чем свидетельствует отсутствие склонности к мечтам и фантазиям;
- 4) сосредоточенность в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

У психосоматических пациентов крайне обеднена способность выражать свои ощущения и переживания, особенно конфликтного содержания. Их словарный запас для этих целей так же беден, как и внутренняя способность распознавать свои чувства. Как правило, социально это хорошо адаптированные личности, а симптом алекситимии является ответом на семейный запрет с самого детства выражать себя и свои чувства. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит жесткое следование социальным нормам и правилам. Тогда язык органов, болевые ощущения становятся «неудобной» попыткой тела интегрироваться с душой человека.

Существует множество других теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний. Тем не менее несколько упрощенно все их можно объединить в три большие группы (Лиманов, 2004).

Одна группа теорий связывает возникновение психосоматических заболеваний с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний.

При этом в отличие от неврозов, в основе которых также лежит интрапсихический (внутриличностный) конфликт, в психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение – не только неприемлемого для сознания мотива, но и невротической тревоги и всего невротического поведения.

В соответствии с другой группой теорий неразрешимый конфликт мотивов (как и неустранимый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это проявляется в виде явной или замаскированной депрессии. Поражение тех или иных органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями развития, определяющими и недостаточность механизмов психологической защиты.

Согласно ведущей группе теорий возникновения психосоматических заболеваний они являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами.

Теперь коротко рассмотрим, какой бывает стресс и почему он может вызывать головную боль.

1.4. Стресс и головная боль

Стресс (от англ. *stress* – «давление, напряжение») – это требование, предъявляемое различными жизненными обстоятельствами к адаптивным возможностям нашей психики и тела.

Концепция стресса была разработана лауреатом Нобелевской премии, физиологом Г. Селье в 30-х годах прошлого века. Он определил стресс как неспецифическую реакцию организма на любое обращенное на него воздействие. Он также говорил, что стресс – это «то, что ускоряет процесс старения, проводя нас через передрыги жизни». Утверждение Г. Селье о том, что «полная свобода от стресса означает смерть», стало общим и постоянно цитируется в научных работах. Вся человеческая жизнь соткана из радостных или вредоносных стрессов (дистрессов) (Селье, 1991).

Дистресс – стресс разрушительный, деструктивный; вызывает адаптационную активность, но даже если и расширяет адаптивные возможности, то часто одновременно тормозит развитие человека, мешает достижению далеких и близких целей; может вести к истощению сил, например, в том случае, если их резерв для данной стрессовой ситуации недостаточен.

Стресс также определяется как психическое состояние человека, возникающее в ответ на разнообразные экстремальные воздействия, как интегральный ответ организма и личности на экстремальные воздействия или на повышенную нагрузку. Стресс представляет собой явление, имеющее множество биохимических, физиологических, психологических, социально-психологических и социальных проявлений.

Таким образом, выделяют несколько типов стрессов:

- стресс как стимул или случай в окружении, требующий от индивида повышенной затраты ресурсов и реакций;
- стресс как реакция – общий адаптационный синдром;
- стресс как взаимодействие организма (личности) и среды (окружения).

Само событие, вызвавшее стресс, называется «стрессором». Ситуация, в которой адаптивные возможности, объективно или субъективно оцениваемые, не соответствуют величине действующей нагрузки (так, например, нарастание субъективных ощущений стресса может приводить к изменению обстоятельств таким образом, что они объективно и с большим основанием оцениваются как стрессогенные).

Стресс может развиваться как при наличии реальных стрессоров, так и при представлении возможной угрозы либо образа прошлого неблагоприятного события, так как психика человека одинаково реагирует и на реальную угрозу, и на представление о ней (воображаемые стрессоры).

Несбывшиеся надежды человека вызывают у него самый серьезный, длительный и разрушительный стресс. Г. Селье утверждает, что «стресс рухнувшей надежды» со значительно большей вероятностью, чем любые физические перегрузки, ведет к таким заболеваниям, как язва желудка, мигрень, высокое кровяное давление (Селье, 1991).

Что касается некоторых специфических типов стрессовых факторов, являющихся, по-видимому, наиболее сильными возбудителями головной боли, то среди них отмечается стресс от неудачного брака, работы с требовательным и суровым начальником, длительные неудачи или несчастная жизнь в семье. Другими словами, те стрессы, что являются хроническими или непреодолимыми, представляют собой наибольшую опасность.

Стресс, состояние напряжения организма, развивается по определенным закономерностям и проходит через ряд этапов (Сандомирский, 2001).

1. Вначале – стадия мобилизации, сопровождающаяся повышением внимания, активностью. Это нормальная, рабочая стадия. Силы расходуются экономно, целесообразно. Нагрузки, даже частые, протекающие на этой стадии, приводят к тренировке организма, повышению его стрессоустойчивости.

2. Если проблему решить не удастся, развивается вторая стадия, или фаза «стенической отрицательной эмоции». Возникает избыток отрицательных эмоций, носящих стенический, активно-действенный характер: ярость, гнев, агрессия. О таких состояниях говорят: «внутри все кипит», «злость наружу просится, прямо руки чешутся». Ресурсы организма расходуются неэкономно, в попытке добиться цели любой ценой на карту ставится все. Повторные нагрузки, доходящие до этой стадии, приводят к истощению организма.

3. Если же и это не помогает, наступает фаза «астенической отрицательной эмоции». Приходит черед отрицательных эмоций, носящих астенический, пассивно-бессильный, упадочнический характер. Человеком овладевают тоска, отчаяние, неверие в возможность выхода из тяжелой ситуации.

4. Далее – невроз, срыв. Человек полностью деморализован, смирился с поражением, опустил руки.

Дальнейшие медико-психологические последствия затяжного стресса также формируются поэтапно, в порядке нарастания степени выраженности нарушений.

1. Вначале происходит нарушение собственно психической адаптации, приводящее к снижению эффективности интеллектуальной деятельности. Происходит это вследствие того, что функциональные звенья, обеспечивающие переработку информации – ее поиск, восприятие, анализ и синтез, хранение и использование – функционируют извращенно или на сниженном уровне. Психическая напряженность характеризуется нарушениями устойчивости психических функций и снижением эффективности деятельности в следующих формах: тормозной (замедление выполнения интеллектуальных операций), импульсивной (ошибочные действия, суетливость) и генерализованной (срыв деятельности, сопровождаемый чувством безразличия, обреченности и депрессией).

2. На втором этапе добавляется ухудшение межличностного взаимодействия. Показано, что следствием любого стрессового расстройства является развитие в той или иной мере выраженного нарушения социального приспособления.

3. Последующее углубление стресса приводит к формированию уже отчетливых физиологических сдвигов. Вначале формируется так называемый синдром психоэмоционального напряжения. Он представляет собой пограничное состояние (на грани нормы и болезни) и включает следующие групповые признаки:

1) клинико-психологические: возрастание тревожности, снижение эмоциональной стабильности;

2) собственно психологические: снижение самооценки, уровня социальной адаптированности и фрустрационной толерантности (отсюда повышенная уязвимость, одним из проявлений которой служит симптом «взведенной пружины», когда человек бурно реагирует на малозначительные, хотя и негативные для него события);

3) физиологические: преобладание тонуса симпатической нервной системы над парасимпатической, нарушения регуляции системы кровообращения (в первую очередь, повышение артериального давления);

4) эндокринные и обменные: повышение активности надпочечниковой системы и нарушение холестерина обмена (предпосылка развития атеросклероза).

Все это составляет предпосылки для дальнейшего развития разнообразных заболеваний на фоне продолжающегося стресса – так называемый синдром стресса. Хрониче-

ский стресс зачастую сопровождается нарушением обмена в центральной нервной системе группы медиаторов (лат. *mediator* – «посредник») (биогенных аминов), снижение содержания которых приводит человека в состояние депрессии или тревоги. С другой стороны, изменение чувствительности к ним нервной системы приводит в ряде случаев к возникновению так называемых «панических атак», или приступов бегства от самого себя.

Следующий этап – негативные последствия, которые стресс оставляет в организме: неврозы, депрессия, начальные стадии психосоматических заболеваний. Далее – переход благоприобретенных заболеваний из стадии начальных, преимущественно обратимых, нарушений в стадию нарушений стойких, органических.

Однако главное, что необходимо помнить, – причиной стресса является реакция вашего организма на события, а не сами события. Иными словами, в развитии стресса определяющим моментом является психологическая оценка факторов, представляющих для человека угрозу.

Исследователи неоднократно указывали, что одно и то же событие одним человеком расценивается как принимаемый вызов, а для другого – причина дистресса. Периодическое столкновение со стрессогенными событиями может стать важным стимулом или толчком к дальнейшему развитию личности. Если событие ожидается или предвидится, оно может вызвать меньший стресс, чем в том случае, когда оно происходит внезапно. Усилить или ослабить воздействие стресса также может способность конкретного человека справляться с ним (Селье, 1991).

Именно поэтому в возникновении стрессовых реакций и последующих заболеваний важную роль играет ряд личностных особенностей.

Наиболее уязвимы по отношению к стрессам самые сильные и самые слабые. В реакции первых преобладает гнев, в реакции последних – страх, а обе эти эмоции чрезвычайно разрушительны для здоровья. Люди так называемых промежуточных типов лучше вооружены для противостояния стрессам. Их реакции более здоровые, они способны дозировать стрессы, принимая неизбежные и уклоняясь от избыточных. Кроме того, у них, как правило, большая «группа поддержки»: люди, готовые помочь или просто выслушать.

Люди, склонные к депрессии или обладающие высокой личностной тревожностью, как и пессимисты, высокочувствительны к развитию стресса. А характеризующиеся низкой личностной тревожностью эмоционально более устойчивы и спокойны. Для последних требуется относительно высокий уровень стресс-факторов, чтобы вызвать стрессовую реакцию. Восприимчивость к стрессу связана и с фактором самооценки. Люди с низкой самооценкой считают себя неспособными, не умеющими справляться с трудностями и противостоять угрозе. Как правило, у них высокий уровень тревожности и, соответственно, они более подвержены развитию стресса.

В исследованиях отмечается, что в стрессовой ситуации и при перегрузках женщины более склонны к сверхконтролируемому пассивному поведению, а мужчины – к неконтролируемому, активному.

Стресс чаще случается у женщин, чем у мужчин, но женщины легче справляются с ним и быстрее адаптируются к его воздействию. Некоторые специалисты полагают, что секрет такой выносливости представительниц слабого пола в том, что они умеют разряжать свои эмоции слезами, а то и истериками. Слезы, по утверждению ученых, содержат не только ионы натрия, калия и других солей, но и избыток адреналина, который, как известно, вызывает сужение большинства сосудов, усиливает сокращение сердца, изменяет частоту сердцебиения, повышает артериальное давление.

Женщины более чувствительны и гораздо сильнее выражают вовне свои чувства, им свойственны большая внушаемость, импульсивность. Кроме того, характерной особенно-

стью женщин является богатство сферы их фантазий, способствующих усугублению стрессовых ситуаций. Таким образом, женщины, давая волю эмоциям, на инстинктивном уровне оберегают себя от серьезных неприятностей, провоцируемых стрессом.

Вообще люди сильно различаются по способности использовать энергию стресса: у некоторых в периоды повышенного напряжения все из рук валится, а другие именно в это время достигают пика продуктивности. Есть люди, которые намеренно провоцируют стрессы, загоняют себя в цейтнот, чтобы потом заставить себя быстро сделать давно отложенную работу. Иные из нас по тем или иным причинам никогда не «выкладываются» полностью в обычной ситуации, но показывают чудеса производительности под давлением стресса. Разумеется, для здоровья это даром не проходит.

Для людей, страдающих мигренью, характерны повышенная требовательность к себе и другим, исполнительность и высокая самоотдача. Таким преодолеть стресс очень непросто. Однако именно эмоциональное напряжение играет роль провоцирующего фактора при возникновении приступов мигрени. Необходимо отметить, что приступ мигрени, в свою очередь, также является стрессом, приводящим к нарушению всех жизненных планов. Однако он расходует огромное количество энергии, особенно в том случае, если есть необходимость продолжать работу. Кроме того, люди, страдающие мигренью, склонны к повышенному самоконтролю. И когда ситуация выходит за рамки их компетенции, это вызывает дополнительный стресс. Таким образом, возникает один из множества патологических кругов, из которых складывается пестрая мозаика мигрени.

Среди мотивационных стратегий преодоления стресса современные психологи используют две основные категории: мотивация достижения успеха и мотивация избегания неудач. В той или иной мере все люди используют обе в своем поведении и планировании действий. Вопрос в соотношении этих основных категорий.

Руководствуясь стратегией достижения успеха, человек планирует позитивный результат своей деятельности. Деятельность при этом получается эмоционально позитивно окрашенной, достигнутый результат повышает настроение, служит базой для дальнейшего развития и продвижения, имеет выраженную антистрессорную активность, помогает преодолевать трудности, повышает порог невосприимчивости к боли, уменьшая таким образом интенсивность течения мигрени.

В случае преимущественного использования стратегии избегания неудач деятельность сопровождается страхом, негативным эмоциональным фоном, достижение результата не носит антистрессорного и противоболевого эффекта. Ресурсы нервной системы истощаются.

Выраженная ориентированность пациентов с мигренью на достижение результата любой ценой приносит свои плоды: бессонные ночи, сужение восприятия жизни, нарушение взаимоотношений внутри семьи. Если учесть, что все эти проблемы усугубляются болевыми ощущениями, значительно снижающими социальную активность, то ситуация напоминает гордиев узел, развязать который можно лишь разрубив.

С другой стороны, многими исследованиями была показана неравномерность мотивации у пациентов с мигренью. Неравномерность проявляется в повышении психоэмоционального напряжения по мере приближения к результату или выполнения действий, связанных с повышенной значимостью. Снижение мотивации проявляется в выполнении действий с невысокой значимостью, а также при выполнении обычных действий самообеспечения.

Отчасти проблема кроется в выраженных аутоагрессивных (агрессия, направленная против себя) личностных тенденциях, а также в приобретенной в детстве особенности неумения позаботиться о себе.

Пациентам с мигренью приходится испытывать более жесткий стресс, чем здоровым. Это связано с тем, что ситуация, не подлежащая контролю, воспринимается пациентом как

катастрофическая, а мотивация достижения успеха часто заменяется мотивацией избегания неудачи, что в конечном итоге чаще к ней и приводит.

Итак, у каждого человека индивидуальны и реакция на проблему, и восприятия, и ассоциации, и мышцы могут напрягаться в разной степени и в разном сочетании, создавая сложную мозаику.

Каков точный механизм превращения эмоции (и тем более мысли) в физическое ощущение – в этом вопросе многое еще остается неясным. Пожалуй, неплохо изучены лишь те процессы, которые происходят в организме при очень сильных отрицательных эмоциях, среди которых главные – гнев (злость) и страх. Именно эти эмоции развязывают в организме так называемую «реакцию борьбы или бегства». Иначе говоря, реакцию на острый стресс.

Суть ее в следующем (Стефанович, Малкина-Пых, 2005).

Наверное, всем знакомо слово «адреналин». И даже в среде людей, далеких от медицины, оно употребляется в общем правильно. Выброс адреналина в кровь происходит во всех случаях, когда мы по каким-либо причинам испытываем сильные эмоции. Хотя адреналин присутствует в крови всегда, только в меньшем количестве. Именно под воздействием адреналина учащается пульс и увеличивается сила сердечных сокращений, повышается артериальное давление, расширяются зрачки, несколько усиливается работа слюнных, потовых и других желез, ослабляется перистальтика кишечника, расслабляются бронхи. Во всех органах адреналин находит «свои» рецепторы – особые «приемники» на клеточных мембранах, «настроенные» именно на него. (Они так и называются – адренорецепторы.) Все органы готовятся к тому, чтобы весь организм адекватно отреагировал на стресс, приспособился к новой ситуации, а именно: в случае опасности – убежал или бросился в драку.

Таким образом, весь этот «адреналиновый механизм» рассчитан на то, что субъект будет совершать активные физические действия. Но в условиях современной цивилизации не так уж часто можно реагировать на стресс подобным образом: если негативное воздействие заключалось в том, что на вас накричала жена или начальник пригрозил увольнением, вы не можете (точнее не имеете права) отреагировать «первобытным» образом. Соответственно, физическая активность подавляется принятыми в обществе правилами поведения, весь «экстремальный» запас адреналина, вызывающий вполне определенные физиологические реакции, начинает действовать на своей территории. Образно говоря, все то, что вы хотели бы проделать с вашим врагом, происходит с вашим собственным организмом. Разрядка возникшего внутреннего напряжения не происходит. И остается так называемый мышечный зажим – незначительный и со временем проходящий. Если пережитый стресс многократно и часто повторяется, тогда напряжение накапливается, возникает стойкий зажим определенной группы мышц.

И если стрессовые воздействия достаточно регулярны, ваш организм почти постоянно находится в состоянии войны, а ввиду отсутствия внешней разрядки оказывается, что это война с самим собой. Какая именно система организма больше всего пострадает от этого, зависит от очень многих причин. Среди них не последнюю роль играет возможная «слабость» того или иного органа, обусловленная врожденными нарушениями, наследственностью или перенесенным ранее заболеванием. Бывает и так, что нарушения в работе какого-то органа однажды случайно совпадают по времени с воздействием стресса, а в дальнейшем эта связь закрепляется.

Глава 2

Головная боль: о физиологии

Боль – одно из самых распространенных ощущений. Многие знают, что характер, степень выраженности, продолжительность, локализация и другие особенности боли могут быть очень разными. Не существует двух людей, которые бы одинаково воспринимали и описывали болевые ощущения. Боль всегда неприятна, и организм стремится избавиться от нее. Вместе с тем оказывается, что боль организму полезна, так как сигнализирует о возникших в нем неполадках. Древние греки называли ее «сторожевой пес здоровья». Но боль не только извещает человека о неблагополучии. Она заставляет организм принимать меры к устранению причин, вызывающих ее. Это происходит рефлексорным путем, который представляет собой ответную реакцию организма на действие различных раздражителей (Курбатова, 2005).

Таким образом, боль представляет собой не только сигнальное, но и защитное приспособление. Люди, у которых в силу врожденного дефекта или заболевания нервной системы отсутствует чувство боли, не способны вовремя избежать воздействия повреждающего фактора и могут оказаться жертвой случайности.

Однако как ни трудно человеку, лишенному чувства боли, еще труднее ему, когда боль продолжается длительно. Выполнив свою защитную функцию, она становится злейшим врагом организма. Под ее воздействием снижается двигательная активность, нарушаются сон, аппетит и вообще вся обычная жизнь. Давайте коротко рассмотрим, как возникает головная боль.

2.1. Как возникает головная боль

Организм человека в первую очередь должен обеспечивать всем необходимым мозг и лишь затем – остальные органы и ткани. Поэтому мозг и органы чувств постоянно получают питание, кислород, жидкость (Стручкова, 2006).

Для того чтобы были понятны причины головных болей, следует сказать несколько слов о сосудах. Каждый из них – сложнейший орган, имеющий свои мышцы, которые могут сужать или расширять его. Сужение ведет к уменьшению притока крови, и наоборот. Сосуды имеют собственную нервную регуляцию. Они снабжены и сигнальной нервной системой, информирующей нервные центры о своем состоянии в любой момент, в каждом конкретном случае. Благодаря этому регулируется кровоснабжение мозга в целом и в каждой отдельной зоне. Рецепторы сигнальной системы разнообразны по своему назначению: болевые, тактильные (чувствительные к давлению), химические (чувствительные к химическому изменению тканей и среды), температурные и другие.

Появление любых, в том числе и головных, болей связано с раздражением болевых рецепторов оболочек мозга и их сосудов. Однако тело головного мозга, как и его сосуды, лишено болевой чувствительности. Во время нейрохирургических операций на мозге обезболивают только кожу головы и оболочки мозга. Сам же мозг в анестезии не нуждается. Так что головные боли вызываются не поражением головного мозга, а заболеваниями его оболочек и сосудов.

Чувство боли человек ощущает благодаря деятельности нервной системы, которая активизирует головной и спинной мозг (составляющие центральную нервную систему), нервные стволы и их концевые рецепторы, нервные ганглии и другие образования, объединяемые под названием периферической нервной системы.

В процессе длительного приспособления живых существ к условиям окружающей среды в организме сформировались особые чувствительные нервные окончания, которые превращают энергию разных видов, поступающую от внешних и внутренних раздражителей, в нервные импульсы. Они получили название рецепторов. Рецепторы имеются практически во всех тканях и органах. Строение и функции рецепторов различны. Самое простое строение имеют болевые рецепторы. Болевые ощущения воспринимаются свободными окончаниями чувствительных нервных волокон. Болевые рецепторы располагаются в различных тканях и органах неравномерно. Больше всего их в кончиках пальцев, на лице, слизистых оболочках. Богато снабжены болевыми рецепторами стенки сосудов, сухожилия, мозговые оболочки, надкостница (поверхностная оболочка кости). Так как оболочки мозга снабжены болевыми рецепторами в достаточной степени, их сдавливание или растяжение вызывает болевые ощущения значительной силы. Мало болевых рецепторов в подкожной жировой клетчатке. Не имеет болевых рецепторов вещество мозга.

Чувствительность к боли зависит не только от количества болевых рецепторов, но и от возраста и пола. Известно, что дети чувствительнее взрослых, а женщины, как правило, выносливее, терпеливее по сравнению с мужчинами. Имеется зависимость от состояния психики. Все, что способствует отвлечению внимания от болевого раздражения, уменьшает ощущение боли. Этим объясняется ослабление или прекращение болевых ощущений в период сильных эмоциональных потрясений, в экстазе, гневе, страхе. И наоборот, в состояниях депрессии, физического утомления, нервного истощения ощущение боли возрастает. Ожидание и опасение усиливают болевые ощущения, то же происходит при отсутствии отвлекающих моментов. Этим же можно объяснить усиление всех видов боли в ночное время.

Болевые импульсы, принятые рецепторами, направляются затем сложными путями по специальным чувствительным волокнам в различные отделы головного мозга и в конечном счете достигают клеток коры полушарий мозга.

Принято считать, что в понятие «головная боль» включаются болевые ощущения, локализующиеся внутри черепа или же одновременно внутри черепа и на разных участках головы.

Головная боль в основном представляет собой симптом определенного физического страдания, но не болезнь. Поэтому различают головную боль при органических и функциональных заболеваниях. Органическими считаются заболевания, при которых возникают структурные изменения в тканях организма (например, опухоли головного мозга, ушибы мозгового вещества, кровоизлияния). Функциональные заболевания не выявляют видимых изменений в строении тканей организма, происходит лишь нарушение взаимодействия отдельных систем организма.

Если болевые импульсы не воспринимаются клетками коры головного мозга, то ощущение головной боли отсутствует. В этом легко убедиться, наблюдая состояния организма, при которых происходит торможение активности нервных клеток коры головного мозга.

Головная боль не ощущается во время крепкого сна, наркоза, в периоды сильного эмоционального возбуждения, гипнотического внушения и т. п. Это обусловлено тем, что болевые импульсы в такие моменты не воспринимаются корой, поэтому человек не чувствует головной боли.

Следовательно, в механизме развития головной боли имеют значение раздражение болевых рецепторов различных структурных образований головы и передача этих импульсов в особые отделы мозга, в том числе в клетки коры, где и формируется ощущение головной боли.

На болевые рецепторы могут оказывать воздействие самые разнообразные виды энергии: механической, термической, электрической, лучевой, химической и т. п.

2.2. Головная боль: типы и симптомы

Головные боли разделяются на первичные и вторичные. К вторичным относятся головные боли, обусловленные какими-либо заболеваниями нервной системы или внутренних органов.

Вторичные головные боли могут быть проявлением патологии мозга, расстройств периферической нервной системы (радикулопатии, нейропатии). Они возникают при заболеваниях глаз и ушей, гриппе, повышении кровяного (артериальная гипертензия), внутричерепного давления (ликворная гипертензия, псевдоопухоль мозга), кровоизлияниях в головной мозг, опухолях мозга, менингитах, глистах, глаукоме, резком прекращении приема кофе и при сотнях других причин.

К счастью, только в небольшом количестве случаев головные боли – это признак тяжелого заболевания, требующего экстренной операции или интенсивного лечения в больнице. Для большинства людей головная боль, хотя она и может развиваться в мучительное состояние, рассматривается как обычное явление жизни.

Среди первичных головных болей чаще всего встречаются два типа – сосудистые (вазомоторные) головные боли (в том числе мигрень) и головные боли напряжения.

Кроме указанных двух основных типов первичных головных болей встречается несколько десятков других.

Современная классификация головной боли чрезвычайно сложна. Это во многом обусловлено тем, что медицинская наука даже на данном этапе не может назвать точных причин и механизмов развития некоторых видов головной боли.

Настоящая классификация была предложена в 1988 г. Международным обществом по изучению проблем головной боли. Она включает в себя 14 основных классов.

1. Головная боль мышечного напряжения является, по-видимому, самой распространенной, при современном врачебном подходе она должна диагностироваться у 50—80% больных. Возникает при чрезмерном и постоянном напряжении мышц головы и шеи, ощущается как распространенная тупая, но не пульсирующая боль. Головные боли напряжения могут быть эпизодическими (менее 15 приступов головной боли в месяц или менее 180 эпизодов в год) или хроническими, что встречается намного чаще.

Чаще всего люди страдают головной болью этого типа в возрасте 20—40 лет. Каждый шестой из них испытал первый приступ еще до наступления десятилетнего возраста. Обычно течение заболевания благоприятное, но если приступы недостаточно эффективно лечатся и повторяются до 30 лет, то эпизодическая головная боль напряжения переходит в хроническую. При отсутствии правильного лечения хроническая головная боль напряжения может сопровождать всю жизнь.

Нередко головная боль напряжения обнаруживается и у родственников больных. Если принять к сведению длительность и постоянство протекания (у 2/3 больных она бывает ежедневно, а у других является непрерывной на протяжении нескольких месяцев, а возможно, и лет), то становится понятным важность проблемы.

Наиболее характерными для больных при этом типе головной боли являются жалобы на наличие тяжести, скованности и сдавления в виде «каска» или «обруча» вокруг головы, ощущение несуществующего головного убора, который стягивает голову или давит на нее. Нередко больные ощущают нечто постороннее в области лба, темени или затылка, покалывания, «ползание мурашек». Довольно часто пациенты указывают на наличие чисто лобной боли с чувством давления вокруг и позади глаз. Дополнительно может появляться чув-

ство тяжести или давления в своде черепа. Характерны жалобы на «невозможность свободно думать», или что «голова стала слишком тяжелой для тела».

Головная боль напряжения может не иметь четкой локализации, у большинства больных она отмечается с двух сторон, с возможной иррадиацией (распространением) в височные области, лицо, а иногда в плечи и шею. Иногда это односторонние боли, периодически меняющие свою локализацию. Головная боль напряжения может сопровождаться склонностью к тревоге, депрессии и фобиям, не усугубляется физической активностью или приемом алкоголя. Состояние тревоги, внутреннего беспокойства, напряженности часто сочетается с нарушением сна: затрудненное засыпание, частые пробуждения, отсутствие ощущения бодрости после ночного сна, раннее пробуждение. У отдельных больных во время боли может отмечаться плохая переносимость яркого света и громких звуков, а также тошнота и даже рвота, что затрудняет дифференциальную диагностику с мигренью.

2. Сосудистая головная боль возникает при острых (инсульты, кровоизлияния) или хронических формах недостаточности мозгового кровотока (атеросклероз мозговых сосудов), при неправильном строении сосудистой стенки (например, при сформировавшейся аневризме), при пониженном или, наоборот, повышенном артериальном давлении.

Гипертонические головные боли обнаруживаются у людей с высоким кровяным давлением. Они обычно сильнее всего по утрам и затихают в течение дня. Боль носит сжимающий характер, иногда вызывает ощущение плотной повязки на голове.

3. Головная боль, связанная с несосудистыми внутричерепными заболеваниями возможна:

- при повышении или понижении внутричерепного давления;
- при раздражении мозговых оболочек (например, при менингите);
- при опухолевом процессе вещества головного мозга.

Симптомы включают прогрессивно усиливающуюся головную боль, которая часто сочетается с неукротимой рвотой, нарушениями речи и зрения, координации, равновесия, судорогами.

4. Кластерные головные боли состоят из группы приступов, которые следуют друг за другом в разном количестве (от 5 до 50 приступов). Обычно подобному состоянию подвержены мужчины, особенно курящие. Так же как и мигреневые, кластерные боли локализованы (чаще в области глазницы) и носят односторонний характер. В отличие от мигрени эти боли носят жгучий или пульсирующий характер, не сопровождаются предварительной аурой (т. е. отсутствует период предвестников).

5. Головная боль, связанная с наличием черепно-мозговой травмы. Она может возникать в остром периоде после недавно перенесенной черепно-мозговой травмы или же как ее последствие (при развитии хронической травматической болезни головного мозга). Травматическая головная боль похожа на мигрень, но она стойко держится ежедневно и плохо поддается консервативному лечению.

6. Абузусная головная боль (головная боль при синдроме отмены) связана с неправильным применением лекарственных веществ, их передозировкой или быстрой отменой. Большинство современных лекарств имеет в списке побочных эффектов возможность возникновения головной боли.

Если вы часто употребляете вещества, которые вызывают сужение кровеносных сосудов, например кофе и другие напитки, содержащие кофеин, препараты эрготамина, бензодиазепины, барбитураты, это может привести к обратному эффекту. Сосуды начинают реагировать на эти вещества расширением, что приводит к головной боли, вместо того чтобы избавиться от нее. Внезапная отмена дает такой же эффект. Поэтому любители кофе, пытающиеся отказаться от этой привычки, часто страдают головными болями. Самое правиль-

ное – постепенно снижать дозу вещества, вызывающего головную боль, но не прекращать его прием внезапно.

У пациентов, страдающих на протяжении длительного времени мигренью и другими видами головной боли и постоянно принимающих анальгетики, возникает так называемая анальгетик-индуцированная головная боль. Это боль невысокой интенсивности, очень продолжительная, несколько уменьшающаяся при приеме анальгетика и возобновляющаяся через короткое время до следующего приема. Ее появление говорит о сформированном патологическом замкнутом цикле приема препаратов.

Абузусные головные боли возникают также у заядлых курильщиков, наркоманов, после употребления алкоголя. Имеют пульсирующий характер, часто сопровождаются чувством тошноты.

7. Головная боль при общих инфекционных заболеваниях организма (вирусные и бактериальные инфекции), не связанных с поражением оболочек головного мозга. Это является следствием развития общеинтоксикационного синдрома, который возникает в результате попадания в кровь токсических продуктов жизнедеятельности вредных микроорганизмов.

8. Головная боль при заболеваниях шеи (например, при шейном остеохондрозе), патологии костей черепа, зубов, глаз, лор-органов (уха, ротовой и носовой полостей).

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.