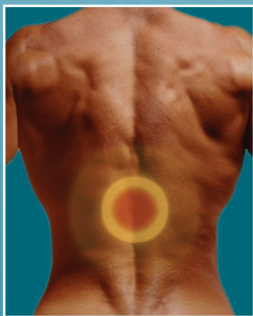


ДЖОН САРНО

*Как
вылечить*

**БОЛИ
В СПИНЕ**



ЛЮДИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ ПРАВДУ!



ДЖОН САРНО

*Как
вылечить*

**БОЛИ
В СПИНЕ**

JOHN E. SARNO

Healing

BACK PAIN

THE MIND-BODY CONNECTION

ДЖОН САРНО

*Как
вылечить*
**БОЛИ
В СПИНЕ**

ЛЮДИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ ПРАВДУ!

«СОМНЯ»  2 0 1 0

УДК 615.851
ББК 53.57
С20

Перевод с английского Н. Болховецкой

Сарно Джон

С20 Как вылечить боли в спине: Люди должны знать правду! / Перев. с англ. — М.: ООО Издательство «София», 2010. — 224 с.

ISBN 978-5-399-00148-7

Внимание! В этой книге описывается не «новый подход» к лечению спины, а новый ДИАГНОЗ, требующий адекватного лечения.

Ежегодно миллионы людей узнают от врачей, что причиной их страданий являются остеохондроз, «защемление нерва», артрит, спинальный стеноз, грыжа межпозвонкового диска и так далее. Но если все эти диагнозы верны, тогда почему медицина не справляется со своими обязанностями? Почему еще не родился невропатолог, который раз и навсегда вылечил бы хотя бы одного своего больного?

Доктор Сарно бросает вызов догме. Он утверждает: людей лечат не от того, от чего их нужно лечить, и ставит своим пациентам неизвестный ортодоксальной медицине диагноз — синдром мышечного напряжения (СМН).

Верна ли его теория? Оставим эти споры ученым. Для нас гораздо важнее практика — то, что благодаря доктору Сарно выздоровели уже тысячи людей!

УДК 615.851
ББК 53.57

Copyright © 1991 by John E. Sarno, M.D.
Healing Back Pain. The Mind-Body Connection
This edition published with arrangement with Grand Central Publishing,
New York, New York, USA. All rights reserved.

Все права зарезервированы, включая право на полное или частичное воспроизведение в какой бы то ни было форме.

ISBN 978-5-399-00148-7

© «София», 2010
© ООО Издательство «София», 2010

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	7
Глава 1. Проявления синдрома мышечного напряжения	14
Глава 2. Психология СМН	47
Глава 3. Физиология СМН	81
Глава 4. Лечение СМН	92
Глава 5. Традиционные (стандартные) диагнозы	123
Глава 6. Традиционные способы лечения спины	150
Глава 7. Ум и тело	164
Приложение. Письма пациентов	209

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Имейте в виду: эта книга, так же как и любая другая, не заменит врача. Она написана не для того, чтобы с ее помощью ставить себе диагнозы. Если вы испытываете боли, обязательно пройдите медицинское обследование, чтобы исключить серьезное заболевание.

ВВЕДЕНИЕ

По моему мнению, основной причиной болей в шее, плечах, спине, пояснице и суставах является так называемый синдром мышечного напряжения (СМН). Этот синдром представляет собой сложнейшую медицинскую задачу. Согласно статистике, от болей в спине в той или иной степени страдают восемьдесят процентов граждан США. В статье, напечатанной в 1986 году в августовском номере журнала «Форбс», приводятся следующие цифры: ежегодно на лечение стоящих за этими болями патологий тратится около пятидесяти шести миллиардов долларов! Боли в спине занимают первое место среди причин невыхода людей на работу из-за болезни и второе — по количеству обращений к врачу.

Причем очевидно, что за последние тридцать лет ситуация значительно ухудшилась. Но почему? Неужели, после миллионов лет эволюции, спины американцев перестали справляться со своими функциями? Откуда взялось такое количество больных? И отчего медики вдруг оказались бессильны перед недугом?

Цель моей книги — ответить на эти и многие другие вопросы, касающиеся данной широко распространенной проблемы. Я считаю, что на поднятую мной тему необходимо взглянуть шире, чем на нее смотрят обычно, поскольку причина описываемой эпидемии (да-да — эпидемии!) кроется в фактической неспособности

медицины признать истинную природу заболевания, то есть поставить точный диагноз. Аналогично, пока люди ничего не знали о бактериологии и эпидемиологии, чума опустошала целые страны. Конечно, поверить в подобную некомпетентность представителей современной высокотехнологичной медицины достаточно трудно. Тем не менее это факт. Ведь врачи — тоже люди, а значит, они отнюдь не всезнающи и вполне могут заблуждаться.

Вот один из наиболее часто встречающихся ошибочных стереотипов, которыми руководствуются врачи: боли в спине обязательно должны быть результатом структурных нарушений в позвоночнике либо повреждений мышц. Еще одно медицинское заблуждение: эмоции не могут вызывать физиологические изменения в организме. Мой опыт лечения СМН опровергает оба этих стереотипа. Нарушения, о которых идет речь, сопровождаются небольшими (хотя и весьма болезненными) изменениями мягких тканей тела (не позвоночника) и имеют психоэмоциональную природу.

Впервые я обратил внимание на эту проблему в 1965 году, когда возглавил амбулаторное отделение Института реабилитационной медицины Ховарда Руска при медицинском центре Нью-йоркского университета. Именно там я столкнулся с огромным количеством пациентов, страдающих от болей в шее, плечах, спине и пояснице. С точки зрения традиционной медицины, причинами их страданий были различного рода структурные нарушения — артриты смещения межпозвоночных дисков и так далее, а также мышечные патологии, связанные с неправильной осанкой, перенапряжением и недостаточной физической активностью. Боли в ногах и руках объяснялись защемлением нервов.

При этом механизм возникновения болей оставался неясным. Можно ли в такой ситуации говорить об осмысленности назначаемого лечения — всяческих инъекций, глубокого прогревания ультразвуком, массажа и специальных упражнений? Конечно же, нет. Никто толком не понимал, как именно воздействуют на организм подобные процедуры. Врачи довольствовались примитивными представлениями, — дескать, упражнения предотвращают возникновение болей, поскольку способствуют растяжке и укреплению мышц живота и спины, которые поддерживают позвоночный столб.

Как следствие, лечение таких больных нельзя было назвать по-настоящему успешным. Ситуация осложнялась еще и тем, что в результате обследований далеко не всегда удавалось установить прямую связь между болями и их предполагаемыми причинами. Например, согласно поставленному диагнозу, в поясничном отделе позвоночника пациента имеются дегенеративные артритные изменения, но казус в том, что при этом у него болят совсем другие части тела. Либо же у пациента межпозвоночный диск в поясничном отделе позвоночника смещен влево, а он почему-то чувствует боль в правой ноге.

Но самым важным наблюдением было следующее: у восьмидесяти восьми процентов пациентов с такими проблемами, как мигрень, изжога, грыжа пищевода, отверстие диафрагмы, язва желудка, колит, синдром раздраженной толстой кишки, сенная лихорадка, астма, экзема и так далее, обострения болезни провоцируются нервным напряжением. Но тогда логично предположить, что болезненное состояние мышц также связано с нервным напряжением. А точнее — с синдромом мышечного напряжения (СМН).

Когда мы подвергли это предположение проверке и начали лечить людей соответствующим образом, результаты оказались весьма позитивными. Таким было начало диагностико-терапевтической Программы, о которой пойдет речь в этой книге.

Необходимо уточнить, что в книге описывается не «новый подход» к лечению спины, а *новый диагноз* — СМН, требующий соответствующей диагностики и лечения. Когда врачи узнали, что причиной многих инфекций являются бактерии, они начали искать против них оружие — так появились антибиотики. Аналогично, если выясняется, что причиной болей в спине являются психоэмоциональные факторы, нужно применять соответствующую новую терапевтическую технику. Очевидно, традиционные психотерапевтические методы в данном случае не применимы. Тем не менее опыт показывает: для того чтобы лечение было успешным, необходимо разъяснить пациенту, что происходит с ним на самом деле.

Говорим ли мы сейчас о холистической медицине? К сожалению, то, что скрывается под этим термином, представляет собой смесь науки, псевдонауки и фольклора. Однако в основе холистического подхода к исцелению больных лежит мудрый принцип: человека необходимо воспринимать и лечить как *единое целое!* К великому сожалению, этот принцип игнорируют дипломированные врачи.

Возможно, «холистическими» стоит называть целительские методы, учитывающие как телесные, так и психоэмоциональные составляющие здоровья и болезни. И при этом ни в коем случае нельзя отказываться от научного подхода к лечению заболеваний. То есть я говорю не об «официальной» и не о «холистической»,

а просто о хорошей медицине. Хотя причиной СМН является нервное напряжение, он диагностируется традиционным для клинической неврологии способом — на основании физического, а не психологического состояния человека. Врачам, имеющим дело с подобными вещами, стоило бы научиться видеть взаимосвязь между телом и умом и получить, образно выражаясь, диплом «специалиста холистических наук». Потому что грош цена медицине, игнорирующей влияние эмоций на состояние здоровья людей.

Прошу вас не забывать: СМН — физическое недомогание, «спусковым крючком» развития которого являются эмоции. Это недомогание должен диагностировать разносторонне подготовленный врач, квалификация которого позволяет определить как физиологическую, так и психоэмоциональную составляющую возникшей проблемы.

Психологи, в отличие от невропатологов, в состоянии усмотреть причину мышечных болей в душевном разладе больного. Но поскольку у них нет необходимой подготовки в области неврологии, они не могут с полной уверенностью поставить диагноз СМН. И наоборот — трудно найти невропатолога, способного квалифицированно распознать психоэмоциональные корни тех или иных физиологических нарушений. В результате СМН проваливается, так сказать, «между двух стульев» и пациенты уходят с неправильным диагнозом.

Что думают о СМН врачи? Вряд ли они хорошо понимают, о чем идет речь. Судя по реакции знакомых мне врачей, когда речь заходит о СМН, большинство медиков либо вообще отрицают этот диагноз, либо игнорируют его. Некоторые мои коллеги признаются, что они попросту не знают, как нужно лечить таких пациен-

тов. Я написал об СМН несколько медицинских статей и специальных пособий, однако они доступны лишь узкому кругу специалистов, в основном — физиотерапевтам и реабилитологам. Мало того, в последние годы опубликовать работу на тему СМН стало практически невозможно, поскольку этот диагноз противоречит медицинской догме. Так что хочу обратиться к врачам, которые будут читать мою книгу: она содержит намного более полную информацию, чем любая из ранее опубликованных мною статей, поэтому было бы неплохо, если бы вы отнеслись к ней всерьез, несмотря на то, что я адресовал ее широкой аудитории.

Как быть читателям, испытывающим боли в шее, плечах, спине или ягодицах и полагающих, что у них СМН? Имейте в виду, что эта книга, так же как и любая другая, не может заменить врача; она написана не для того, чтобы с ее помощью ставить себе диагнозы. Я считаю по меньшей мере неэтичным внушать людям надежду на то, что они могут приобрести надлежащую медицинскую квалификацию благодаря чтению популярной литературы или просмотру DVD. Если человек испытывает повторяющиеся боли в какой-то части тела, они должны быть тщательно изучены, чтобы исключить такие серьезные заболевания, как рак, всякого рода опухоли, заболевания костей и другие патологии. Иначе говоря, ему обязательно нужно проконсультироваться с врачом и пройти обследование.

Научный подход требует, чтобы любая новая идея была надежно подтверждена. Новорожденная концепция может быть принята на вооружение только после того, как будут получены безусловные доказательства ее

истинности. Вот почему чрезвычайно важно, чтобы все озвученные здесь мысли стали объектом пристального внимания специалистов. Я призываю своих коллег либо подтвердить мои выводы исходя из собственного опыта, либо аргументированно возразить мне. Единственное, чего им не стоит делать, — это оставаться равнодушными, поскольку проблема болей в спине слишком серьезна и срочно нуждается в эффективном решении.

ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА МЫШЕЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ

Я никогда не видел пациентов, жалующихся на боли в шее, плечах, спине или ягодицах, которые не были бы уверены в том, что их проблемы возникли вследствие случайной травмы или чрезмерных физических нагрузок во время спортивной тренировки. «Я повредил ногу во время бега (игры в баскетбол, теннис, боулинг)». «Я почувствовал боль, когда поднял на руки дочку», «...когда пытался открыть заклинившее окно». «Десять лет назад я попал в аварию и с тех пор постоянно ощущаю боль в спине».

В умах американцев прочно засела мысль, что причинами болей могут быть исключительно травмы или другого рода внешние или внутренние повреждения. Конечно, если боль возникает во время или же после

физических нагрузок, легко предположить, что между тем и другим существует прямая связь (хотя, как вы позже узнаете, подобные предположения нередко бывают ошибочными). Широко распространенное представление об уязвимости спины — не что иное, как медицинская катастрофа американского общества, превратившегося в сборище полуинвалидов, испытывающих страх перед повторением болей и потому передвигающихся крайне осторожно.

В течение десятилетий этим представлением руководствуются как врачи традиционного толка, так и различного рода целители. Они говорят своим пациентам, что боли в шее, плечах, спине и ягодицах возникают из-за травмы или болезни позвоночника и связанных с ним структур, либо вследствие дисфункции мышц и других суставов, не приводя, однако, каких-либо убедительных аргументов в пользу своих диагнозов.

Что касается меня, я с успехом лечил подобные нарушения в течение семнадцати лет и сделал следующий вывод: такие боли возникают вследствие хронического напряжения мышц, нервов, сухожилий и фасций. Доказательством правильности моей точки зрения служит высокий процент исцелений после применения описанной в этой книге простой и быстродействующей Программы.

Заблуждения врачей относительно позвоночника коренятся в самой системе их обучения и обусловлены философией медицины. Дело в том, что современная наука о здоровье занимается механизмами и структурами. Тело явно или неявно рассматривается как чрезвычайно сложная машина, а болезнь — как ее поломка в результате инфекции, травмы, наследственных патологий, дегенерации тканей и, конечно, рака. Медицина

прожить не может без лабораторных исследований, полагая, что только они и стоят внимания. Я не собираюсь принижать роль, которую сыграли эти исследования в ее развитии (изобретение пенициллина, инсулина и тому подобное). Но, к сожалению, когда речь идет о человеке, далеко не все можно измерить приборами и описать посредством цифр.

В первую очередь это касается человеческого ума и ответственного за него мозга. Невозможно поместить в пробирку и взвесить или измерить эмоции, поэтому для современной медицинской науки их как бы и нет. А раз так, значит, они никоим образом не связаны ни со здоровьем, ни с болезнью. Как следствие, большинство практикующих врачей игнорируют тот факт, что эмоции могут быть причиной физиологических расстройств, хотя многие из них признают: нередко переживания пациента усугубляют его болезнь.

Вообще говоря, врачи традиционного толка чувствуют себя крайне некомфортно, имея дело с эмоциями. Они проводят четкую границу между проблемами «ума» и «тела» и намного лучше знают, как справляться с телесными дисфункциями. Хорошим примером к вышесказанному могут служить методы лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Хотя давно известно, что причиной этого заболевания является психоэмоциональное напряжение, большинство терапевтов, вопреки всякой логике, предпочитают назначать исключительно медикаментозное лечение, прописывая препараты, понижающие кислотность желудка, и откровенно игнорируют психотерапию. Иначе говоря, им нет дела до причины заболевания и они предлагают исключительно симптоматическое лечение — в точности так, как их учили в медицинских институтах.

Поскольку врачи сосредоточены главным образом на исцелении тела, психоэмоциональная сторона болезни не рассматривается ими вовсе, даже если она является основной причиной страданий больного. Вот почему именно на врачах лежит основная доля ответственности за столь широкое распространение, можно сказать эпидемию, заболеваний данного типа. Хотя, справедливости ради, нужно отметить, что некоторые медики все же говорят о нервном напряжении, но как-то вскользь: «Вам нужно расслабиться и отдохнуть, вы слишком много работаете». Цель этой книги — исправить сложившуюся ситуацию.

В первой главе мы поговорим о том, кого поражает СМН, в каких частях тела он проявляется, насколько могут различаться болевые ощущения и каким образом они сказываются на общем состоянии здоровья человека и его повседневной жизни. Последующие главы посвящены психоэмоциональной стороне СМН (с которой, собственно говоря, все и начинается), его физиологии и тому, как с этим синдромом бороться. Кроме того, я посвятил отдельную главу описанию связей, существующих между умом и телом, и того, как они отражаются на здоровье.

КОГО ПОРАЖАЕТ СМН?

Кто-то может сказать, что СМН — болезнь без возраста, поскольку этот синдром может проявиться не только у взрослых, но и у детей с пяти-шести лет. Хотя, конечно, симптомы ребенка отличаются от симптомов взрослого человека. Я уверен, что «невралгические боли», столь часто наблюдаемые в детском возрасте, никогда не были как следует изучены, тем более что врачам не

приходится особенно напрягаться, дабы убедить матерей в распространенности данной проблемы и в том, что она в общем-то не представляет угрозы здоровью ребенка. Однажды во время беседы с молодой мамой, жаловавшейся на то, что по ночам ее дочь испытывает сильнейшие боли в ноге, меня осенило: то, что ощущал ребенок, было очень похоже на ишиас у взрослых, который является одним из наиболее частых проявлений СМН. А значит, этот синдром вполне может встречаться и у детей.

Неудивительно, что никто не в состоянии объяснить природу так называемых «невралгических болей», ведь СМН не оставляет явных физических следов своего присутствия. Можно отследить временный спазм кровеносных сосудов, вызывающих характерные симптомы, но потом все возвращается в норму.

Эмоциональный стимул, провоцирующий болевой приступ, у детей и у взрослых один и тот же — это тревога. Некоторые считают, что таким образом у ребенка происходит своего рода замещение ночного кошмара болевой физиологической реакцией — вместо непереносимых для него болезненных переживаний он испытывает физическую боль. У взрослых, по сути, происходит то же самое. Я наблюдал проявление СМН даже у восьмидесятилетних. То есть данное состояние не имеет возраста и потенциально угрожает любому человеку, способному испытывать эмоции.

И все-таки в каком возрасте СМН проявляется чаще всего и какие уроки мы можем извлечь из такого рода статистики? В наших исследованиях, проводившихся в 1982 году, участвовали 177 пациентов, прошедших курс лечения от СМН. Семьдесят семь процентов из них относились к возрастной категории тридцать-шестьдесят

лет, девять процентов — от двадцати до тридцати лет, два процента — подростки, семь процентов — люди от шестидесяти до семидесяти лет и четыре процента — старше семидесяти.

Эти статистические данные подтверждают, что причины возникновения болей в спине прежде всего имеют эмоциональную природу, ведь период жизни человека от тридцати до шестидесяти — годы его наивысшей ответственности. В этом возрасте мы стремимся достичь успеха, добиться материального благополучия, и именно тогда чаще всего развивается СМН. Если бы основной причиной болей в спине были дегенеративные изменения позвоночника (например, остеоартрит, смещение дисков, грыжи межпозвонковых дисков, артрозы суставов, стеноз позвоночника), эта статистика должна была бы выглядеть иначе, поскольку СМН в первую очередь поражал бы пожилых людей.

Итак, на вопрос «Кого поражает СМН?» можно смело отвечать: «Кого угодно». И определенно я могу сказать следующее: этот синдром чаще всего встречается в середине жизни человека — в годы наивысшей ответственности. Давайте рассмотрим основные признаки СМН.

ГДЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СМН?

Мышцы

Прежде всего, описываемый здесь синдром затрагивает мышцы (отсюда и происходит его название). Мышцы, страдающие от СМН, находятся в задней части шеи, в спине, ягодицах и называются тоническими или позными. Именно они отвечают за правильное положение головы, туловища и обеспечивают эффективную работу рук.

По статистике, СМН чаще всего проявляется в пояснично-ягодичной области — приблизительно у двух третей пациентов. Иногда же ягодичные и поясничные мышцы поражаются отдельно.

Вторая по частоте область поражения — мышцы шеи и плеч. Обычно боль ощущается в боковой части шеи и верхней части плеча, а также в трапециевидной мышце.

СМН может появиться в любом отделе спины — от плеч до поясницы, но значительно реже, чем в двух вышеуказанных областях.

Чаще всего пациент жалуется на боль в одной из перечисленных выше частей тела, например в левой ягодице или правом плече, но при этом врачебный осмотр выявляет нечто весьма интересное. Практически у каждого пациента с СМН при пальпации наблюдается повышенная чувствительность или болезненность мышц внешней области обеих ягодиц (иногда во всей ягодице), области поясницы и обеих трапециевидных мышц.

Это служит одним из доказательств гипотезы, что при СМН боль возникает не вследствие конкретной патологии позвоночника или мышечной недостаточности, а фактически генерируется мозгом.

Нервы

Второй субстрат, на котором проявляется СМН, — нервы, особенно периферические. И чаще всего он поражает те нервы, которые расположены в непосредственной близости к мышцам.

Седалищные нервы находятся глубоко в ягодичных мышцах (по одному с каждой стороны), поясничные нервы — под параспинальными мышцами в области пояс-

ницы, затылочные нервы, также нервы плечевого сплетения — под верхней частью трапециевидных мышц. Именно эти нервы чаще всего страдают от СМН.

Как правило, СМН охватывает достаточно большую область спины, не ограничиваясь одним локальным участком. Все ткани этой области страдают от недостатка кислорода, поэтому человек может испытывать боль и в мышцах, и по ходу нервных стволов.

Когда поражены мышцы и/или нервы, возникают боли разных видов. Боль может быть острой, жгущей, режущей, ноющей, давящей. Помимо этого, в случае если синдромом затронуты нервы, нередко появляется ощущение покалывания или онемения, порой распространяющееся на мышцы рук или ног. В некоторых случаях наблюдается мышечная слабость, которую можно зафиксировать с помощью электромиографии.

Когда СМН затрагивает поясничные и седалищные нервы, возникают боли в ноге. Если страдают затылочный и плечевой нервы, болевые ощущения появляются в руке. Традиционный диагноз, который ставится при боли в ноге, обычно звучит так — «грыжа межпозвоночного диска», а при боли в руке — «защемление нерва» (см. главу 5).

СМН может затронуть любой из нервов шеи, плеч, спины и ягодиц, вызывая необычайную боль. Один из самых пугающих его симптомов — боль в груди. Встревоженный человек тут же решает: «Сердце!» — и для спокойствия ему совершенно необходимо знать, что с сердцем у него все в порядке. Убедившись в этом, он должен отдавать себе отчет в том, что причиной резкой боли в области груди может быть кислородное голодание нервов, обслуживающих верхнюю часть спины и переднюю часть туловища, вызванное СМН.

При этом человек может жаловаться на странные сопутствующие ощущения и слабость.

Помните: чтобы не пропустить серьезное заболевание, обязательно проконсультируйтесь с терапевтом! Эта книга не является «самсучителем» для желающих ставить диагнозы самостоятельно. Ее цель состоит в том, чтобы описать клиническое явление под названием СМН.

Во время медицинского осмотра необходимо проверить рефлексы сухожилий и силу мышц, чтобы узнать, насколько сильно сказалось на нервах кислородное голодание — повлияло ли оно на моторику и скорость передачи нервных импульсов. Кроме того, следует провести сенсорные тесты (например, тест на способность ощутить укол булавкой), дабы убедиться в том, что затронутый СМН нерв не поврежден. Основной целью диагностики и документирования фактов сенсорных или моторных нарушений является последующая возможность обсудить их с пациентами, которых нужно убедить в том, что испытываемые ими ощущения слабости, онемения или покалывания не таят никакой угрозы.

Во время осмотра обязательно проводится тест на подъем ноги. Поводов для этого теста может быть несколько. Если пациент чувствует сильную боль в ягодице, он не сможет высоко поднять выпрямленную ногу. Причина такого положения дел кроется в мышце или в нерве, либо и там, и там. Однако в большинстве случаев это вовсе не означает, что «на седалищный нерв давит сместившийся межпозвонковый диск», как часто говорят пациентам.

Когда возникает боль в плече или в руке, подобным же образом проверяется рука.

Иногда у пациентов появляется двухсторонняя боль. Люди также нередко рассказывают о том, что в дополнение к боли, например в правой ягодице или в ноге, они чувствуют периодическую болезненность в шее или в одном из плеч. Ничего необычного в таких ситуациях нет, поскольку СМН может поразить любую мышцу или все мышцы туловища одновременно.

Связки и сухожилия

Различные боли в связках и сухожилиях тоже являются частью синдрома мышечного напряжения (СМН). Термин «миозит» быстро устаревает, он появился за много лет до того, как выяснилось, что нервы также страдают от СМН. Потом я понял, что помимо мышц и нервов этот синдром может затронуть и другие ткани тела, и со временем все больше убеждался в правильности своих выводов.

Прежде всего я обратил внимание на то, как мои пациенты описывали свое состояние: когда утихала боль в спине, нередко пропадали и болезненные ощущения в сухожилиях (например, исчезали симптомы лучеплечевого бурсита). Воспаление вокруг сухожилия или в нем самом называется тендинитом. Считается, что болезненные сухожилия воспалены чаще всего из-за их перенапряжения. В подобных случаях прописывается противовоспалительная терапия и ограничение двигательной активности.

Предположив, что болезненность сухожилий может быть проявлением СМН, я стал разъяснять пациентам, что их тендинит скорее всего связан с болями в спине и исчезнет вместе с ними. Результаты такого подхода были

весьма впечатляющими, и со временем моя уверенность в том, что такие диагнозы правильны, росла. Теперь я готов сказать, что тендинит нередко является частью СМН, а в ряде случаев — прямым его проявлением.

Так называемый «локоть теннисиста» — один из самых распространенных видов тендинита. По моему опыту то же самое случается и с коленом. Самые распространенные диагнозы при болях в колене — хондромалиция коленной чашечки и травма колена. Однако притом что осмотр выявляет чувствительность сухожилий и связок, окружающих коленный сустав, боль в области колена обычно пропадает, когда перестает болеть спина.

Еще одно слабое место — лодыжка, стопа (верхняя и нижняя ее части) и ахиллесово сухожилие. Распространенные диагнозы которые ставят при болях в этой области, — неврома, костная шпора, подошвенный фасциит, плоскостопие и травмы вследствие слишком сильных физических нагрузок.

Следующая область, где проявляется тендинит при СМН, — это плечо; наиболее часто встречающиеся диагнозы — бурсит и травма мышцы-вращателя. Как правило, чувствительность этой области легко проверяется при пальпации сухожилий плечевого пояса. Сухожилия кисти СМН обычно не затрагивает. Возможно, то, что известно как кистевой туннельный синдром, также представляет собой разновидность СМН, но, чтобы это доказать, необходимы дальнейшие наблюдения и исследования.

Недавно я общался со своей давней пациенткой, у которой после небольшой травмы возникли болевые ощущения в области бедра. Рентгеновский снимок показал наличие артрита в тазобедренном суставе.

Естественно, врач решил, что этот артрит и есть причина боли. Поскольку в прошлом она страдала от СМН, я предложил обследовать ее дополнительно. Судя по рентгеновскому снимку, артритные изменения в тазобедренном суставе были вполне характерны для ее возраста. Сустав сохранял подвижность, и во время ходьбы женщина не испытывала никакого дискомфорта.

Когда я попросил ее ткнуть пальцем в то место, где у нее болит, она указала на небольшой участок, где сухожилие прикрепляется к кости, заметно выше бедренного сустава — боль возникала при надавливании в этом месте. Я сказал, что у нее тендинит, вызванный СМН. Через несколько дней боль действительно прошла.

Тендинит чаще всего сопровождается вертлужный бурсит. Но в данном случае такой диагноз был бы неверным, поскольку местонахождение боли оказалось выше вертела бедренной кости, который можно почувствовать при пальпации верхней части бедра.

СМН проявляется в разных местах и нередко перемещается, особенно если с этим расстройством пытаются бороться симптоматически. Пациенты рассказывают о том, как болевые ощущения, после того как пройдут в одном месте, появляются в другом. Похоже, мозг не желает расставаться с удобной стратегией, позволяющей ему отвлекать внимание от эмоций. Поэтому очень важно, чтобы человек точно знал, в каких местах локализуется боль. Я прошу своих пациентов сразу же звонить и сообщать мне, если боль переместилась куда-то в другое место, тогда мы точно сможем сделать вывод, является ли этот симптом частью СМН.

Итак, от СМН могут пострадать три разных вида тканей: мышцы, нервы и связки-сухожилия. Давайте рассмотрим подробнее, как проявляется СМН.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ПРИЧИНАХ И ТИПАХ ПРИСТУПОВ БОЛЕЙ

При первом взгляде на многих моих пациентов можно предположить, что они страдают от последствий давних тяжелых травм, дегенерации тканей, врожденных патологий опорно-двигательного аппарата или мышечной слабости. Чаще всего побеждает версия о травме, поскольку людям удается выстроить причинно-следственную связь своих страданий с определенными обстоятельствами, при которых проявилась болезнь.

Согласно исследованию, которые мы провели несколько лет назад, сорок процентов пациентов рассказывают, что боль началась после нагрузки, травмы, физической работы. У кого-то это была автомобильная авария — обычно удар сзади. Кто-то упал с лестницы или поскользнулся на льду. Другие поднимали тяжести, играли в теннис, баскетбол или бегали. Но поскольку боль появляется и через минуту, и спустя несколько часов или дней после соответствующего происшествия, возникает вопрос о ее природе. Некоторые говорят, что ничего необычного в самом происшествии не было, — например, человек наклонился, чтобы поднять зубную щетку с пола, или потянулся, доставая из буфета чашку, и такую же боль может ощутить герой, попытавшийся самостоятельно поднять холодильник.

Я вспоминаю одного молодого человека. Он смиренно сидел за столом у себя в кабинете и вдруг испытал такой «прострел» в спине, что пришлось вызвать «скорую» и отправлять его домой. Следующие двое суток были для него мучительными, при малейшем движении на него накатывала волна боли.

Отчего совершенно разные виды физической нагрузки провоцируют одинаково сильную боль? Учитывая различную степень мышечного напряжения и огромное многообразие ситуаций, после которых состояние человека меняется драматическим образом, остается сделать вывод, что случившийся инцидент — отнюдь не причина возникшей проблемы; он выступает лишь в роли триггера. Причем многие пациенты и вовсе обходятся без таких триггеров — испытываемая ими боль просто постепенно нарастает, либо же они просыпаются с ней однажды утром. И судя по данным упомянутых выше исследований, это происходит в шестидесяти процентах случаев.

Предположение, что инциденты, якобы являющиеся причиной болезни, на самом деле представляют собой не более чем триггеры, доказывается следующим фактом: установить отличительные признаки боли, развивающейся постепенно, от боли, возникающей резко, а также точно предсказать силу и длительность таких болевых приступов практически невозможно. Это лишний раз подтверждает, что в подобных случаях мы имеем дело с СМН. Несмотря на соблазн списать все на травму, нужно признаться, что никаких травм в таких случаях нет — просто мозг человека нашел повод атаковать тело посредством СМН.

Есть еще один повод усомниться в главенствующей роли травм при болевых приступах. Биологическая способность к самоисцелению является одним из мощнейших механизмов сохранения вида, эволюционировавших в течение миллионов лет существования жизни на Земле. Благодаря этой способности наши тела довольно быстро восстанавливаются после травм.

Даже самая крупная кость человеческого организма — бедренная, — будучи сломанной, срастается за шесть недель, при этом человек совсем недолго испытывает боль. Вот почему кажется странным, что некая травма может причинять боли по прошествии двух месяцев, не говоря уже о двух или десяти годах. Тем не менее; большинство людей абсолютно уверены в том, что причиной их болей являются травмы, и безоговорочно соглашаются с такими же диагнозами врачей.

Итак, практически все пациенты, испытывающие приступы болей в спине, стараются найти связь между своим нынешним состоянием и каким-нибудь инцидентом в прошлом, возможно даже случившимся несколько лет назад, — например, автомобильной аварией или падением во время катания на лыжах. По их мнению, травма *должна быть обязательно*.

Такая убежденность — одно из самых больших препятствий на пути к выздоровлению. Необходимо устранить это препятствие из сознания пациента, иначе боли будут повторяться. Человеку нужно начать искать психологическое объяснение своей болезни. И действительно, узнав диагноз — синдром мышечного напряжения (СМН), он начинает вспоминать психологические проблемы, с которыми ему приходилось сталкиваться в те периоды своей жизни, когда его донимали приступы болей: например, при переходе на новую работу или при вступлении в брак; эти трудности также могли быть связаны с болезнью кого-то из членов семьи, финансовым кризисом и так далее. Либо же человек признает, что он всегда был тревожным, гиперответственным и слишком добросовестным — словом, настоящим перфекционистом. Осознание пси-

хологической подоплеки физических болей — первый шаг к выздоровлению. Избегать такого осознания — значит обречь себя на продолжительную болезнь и инвалидность.

ПРИРОДА ПРИСТУПОВ БОЛЕЙ

Острая боль

Наверное, самым распространенным и самым пугающим проявлением СМН является острая боль. Она внезапна и мучительна, как в описанном выше случае с молодым человеком. Чаще всего такая боль локализуется в нижней части спины и затрагивает поясничные и/или ягодичные мышцы. Каждое движение приносит новую волну боли, что делает состояние больного весьма незавидным. Спазм сковывает мышцы. Спазм — это резкое сокращение (напряжение) мышц, патологическое состояние, способное причинять нестерпимые страдания. Почти все знают, что такое судорога в голени или ступне, но судорога быстро проходит. Приступ СМН так просто не прекращается — едва боль ослабевает, любое движение снова ее провоцирует. Я считаю, что спазм, как и другие проявления СМН, развивается в результате кислородной недостаточности. Вероятнее всего, и судорога голени также является следствием нехватки кислорода в мышцах, что часто происходит в постели, когда кровообращение замедленно.

Люди часто рассказывают, что в момент начала приступа они как будто слышат некий шум — щелчок или треск. Вспоминая о нем, пациенты говорят: «Спина вышла из строя». И хотя на самом деле у них в спине ничего не сломалось, они убеждены, что речь идет о поломке. Трудно найти объяснение этому шуму. Возможно, он

аналогичен звуку, ощущаемому при манипуляциях на позвоночнике, — «щелчкам позвонков». Ясно одно — он не является признаком чего-то опасного.

Хотя чаще всего приступы острой боли случаются в нижней части спины, они также могут возникнуть в шее, плечах и верхней части спины. Но где бы ни появилась эта острейшая, почти невыносимая боль, самое удивительное в том, что она, по сути, не угрожает вашему здоровью.

Довольно часто при таких приступах перекашивается тело. Оно может наклониться вперед, либо в сторону, а возможно — вперед и в сторону сразу. Точного объяснения этому пока никто не дал. Безусловно, такое положение тела очень неудобно, но не причиняет серьезного вреда.

Описываемые приступы острой боли могут быть разной длительности, и после них человек долго пребывает в состоянии тревоги и страха. Кажется, случилось нечто ужасное и нужно быть очень внимательным, чтобы не сделать неверного движения, которое приведет к новому приступу.

Если боль в нижней части спины сопровождается болью в ноге, тревога растет, поскольку на горизонте начинает маячить угроза грыжи межпозвонкового диска и, соответственно, операция. Большинство людей среднего возраста слышали о таких грыжах и испытывают страх перед ними. Такой страх усиливает боль. Если в процессе медицинского обследования и вправду будет обнаружена грыжа диска, страх возрастает. Человек ощущает онемение или покалывание в голени либо ступне или же слабость в ноге (эти ощущения сопровождают СМН и фактически являются следствием нарастающего страха). Далее мы еще поговорим о том,

что грыжа межпозвонкового диска редко становится причиной болей.

К сожалению, существует не так много средств, позволяющих избавиться от такой боли. Если, к своему счастью, человек понимает, что это всего лишь мышечный спазм и ничего страшного на физиологическом уровне не происходит, приступ скоро пройдет. Но так бывает крайне редко. Я советую своим пациентам не паниковать по поводу происходящего, лечь в постель и, возможно, принять сильное обезболивающее средство. Далее им следует по чуть-чуть проверять свои двигательные возможности, не пытаясь сохранять неподвижность в течение многих дней или недель. Если человек сможет преодолеть собственные предрассудки, длительность болевого приступа значительно сократится.

Хроническая боль

Однако чаще всего боли при СМН развиваются постепенно — без острых приступов. В некоторых случаях объяснить появление болей вообще невозможно. В других случаях неприятные ощущения появлялись и нарастали спустя часы, дни и даже недели после каких-либо инцидентов. Это может быть авария, когда в вашу машину сзади врезается другая машина и у вас голова резко откидывается назад. Рентгеновский снимок не показывает ни переломов, ни смещения шейных позвонков, но почему-то со временем появляется боль — обычно в шее и плечах, а иногда в средней или нижней части спины. Порой боль начинается в шее и плечах, а потом спускается вниз, охватывая спину. Если вы понимаете, что это СМН, скорее всего, боль пройдет довольно быстро. Если же за вас берутся врачи, болевые симптомы могут сохраняться в течение многих месяцев.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПА

Острый ли приступ или же постепенное нарастание боли — откуда все это берется? Помните: инцидент, каким бы драматичным он ни был, скорее всего лишь триггер. Истинную причину болей следует искать в психологическом состоянии больного. Иногда причина очевидна — например, финансовый кризис либо же событие, которое обычно считается радостным, — свадьба или рождение ребенка. Я знаком со многими профессиональными спортсменами, которые вдруг начинали чувствовать боль во время соревнований, например теннисного турнира. Естественно, они были уверены в том, что причиной боли была травма. Однако узнав, что у них СМН, эти люди вспоминали, как сильно г их тревожил исход матча.

По-видимому, настоящей причиной СМН следует считать не столько источник одолевающей человека тревоги, сколько скрытую психоэмоциональную реакцию на него — тревогу или гнев. Именно от ее интенсивности зависит сила проявления болевых симптомов. Иными словами, СМН обусловлен подавляемыми эмоциями. Мы предпочитаем не выпускать наружу свои неприятные и болезненные переживания.

В нас как будто вшита программа, удерживающая их на задворках подсознания. Не находя выхода, они дают о себе знать в виде СМН. На эту тему мы еще подробно поговорим в главе, посвященной психологии.

Но бывает и так, что человек говорит: «Когда это началось, в моей жизни не происходило ничего особенного». В результате обычно выясняется, что он пребывает в состоянии тревоги постоянно. Мне кажется, у таких людей происходит постепенное накопление

внутреннего «мусора», и когда «контейнер» переполняется, проявляются физические симптомы. Стоит обратить на это внимание пациентами он довольно быстро признает свой перфекционизм, вынуждающий его отвечать на ежедневный стресс подавляемым гневом и тревогой.

Отложенный приступ

Существует еще один довольно распространенный вариант СМН. В таких случаях пациенты переживают довольно длительный период нервного напряжения — например, во время серьезной и продолжительной болезни кого-то из членов семьи. Они сами вроде бы вполне здоровы, но по прошествии одной-двух недель после того, как «черная полоса» в их жизни заканчивается, вдруг случается приступ боли в спине — острый или постепенно нарастающих. Пока этим людям приходилось действовать, они, можно сказать, держали себя в руках, но, как только опасность миновала, накопившаяся тревога выплеснулась наружу, провоцируя боль.

Эту же ситуацию можно объяснить и так: стрессовая ситуация провоцирует всплеск эмоциональной боли и отчаяния такой силы, что физическая боль попросту не нужна. Другими словами, функция болевого синдрома — отвлечь внимание человека от подавляемых нежелательных эмоций, таких как тревога и гнев. А когда человек переживает кризис, отвлекаться от него нет смысла.

Какой бы ни была психоэмоциональная составляющая СМН, она представляет собой паттерн, который обязательно нужно принимать во внимание, если мы хотим поставить верный диагноз при болях в спине.

Синдром отпуска или выходного дня

То, как у человека проявляется тревога, в основном зависит от его характера. Нередко пациенты сообщают, что во время каждого отпуска у них случается болевой приступ или же беспокоящая их хроническая слабая боль усиливается в выходные дни. Причины подобных проблем вполне очевидны — эти люди чрезвычайно тревожатся по поводу работы или бизнеса, когда находятся не у дел. Тут имеет место своего рода отложенная реакция: пока они на работе, их тревога можно сказать «сгорает», а во время отдыха нарастают беспокойство и страх.

Напряженный, зажатый человек часто слышит совет: «Расслабься», как будто он может это сделать произвольно, по собственному желанию. Существует множество приемов релаксации, включая медитацию, но пока человек не научится избавляться от подавленного гнева и тревоги, никакая релаксация ему не поможет — он будет страдать от СМН и спастических головных болей.

Некоторые же вообще не умеют отключаться от повседневных забот и думать о чем-то приятном. Я помню пациентку, у которой всегда начинались боли в спине, когда она, в надежде расслабиться, садилась за стол и наливала себе что-нибудь выпить.

Недавно я общался с молодым человеком, чей пример мог бы послужить прекрасной иллюстрацией «отпускного» синдрома мышечного напряжения (СМН). Он рассказал мне, что долгое время пребывал в состоянии сильнейшего нервного напряжения и при этом никакой боли в спине не чувствовал. До тех пор, пока не отправился в свадебное путешествие. И вот однажды

он очнулся от ночного кошмара и немедленно ощутил сильнейший спазм в спине. Этот случай можно было бы объяснить переживаниями, пусть и приятными, связанными со вступлением в брак, но, учитывая, что мой пациент относился к категории чрезвычайно обязательных людей, я связал его недуг с отношением к работе.

Я снова встретился с этим молодым человеком спустя три месяца после нашего знакомства. У него все еще болела спина, тем более что магнитно-резонансная томография показала смещение межпозвонкового диска в поясничном отделе позвоночника и врачи настаивали на операции. (Магнитно-резонансная томография — диагностическое исследование, с помощью которого можно получить снимок мягких тканей, а значит, увидеть такие нарушения, как смещение дисков или опухоль.)

Выяснилось, что он пришел ко мне на прием, прочитав мою статью об СМН. Обследовав его, я пришел к выводу, что его симптомы не могли развиваться вследствие имеющегося смещения межпозвонкового диска. Такая неврологическая картина могла иметь место только при воспалении седалищного нерва — типичном проявлении СМН. Как бы то ни было, узнав, что причиной его страданий является СМН, молодой человек обрадовался и быстро поправился.

Еще один факт, с которым многим людям крайне трудно согласиться: очень часто источником их подавляемого гнева и тревоги, а соответственно и СМН, является личная жизнь — несчастливый брак, проблемы с детьми или необходимость заботиться о престарелых родителях. Я мог бы привести массу подтверждающих это примеров: женщины, связанные узами ненавистно-

го брака, который они не в состоянии разорвать из-за эмоциональной или финансовой зависимости от мужей; люди, компетентные и успешные в деловой сфере, но совершенно неспособные решать проблемы с супругами или детьми.

Я вспоминаю одну женщину, страдавшую от болей в спине. Она жила вместе с братом, у которого был очень сложный характер. Несмотря на лечение, мучавшие ее боли только усиливались. И вот однажды она совершила нечто абсолютно из ряда вон выходящее — выплеснула накопившуюся ярость на брата. Женщина кричала и ругалась, а потом выскочила из дому. И — о, чудо! — боль исчезла. К сожалению, моя пациентка не смогла сохранить силу духа и вскоре боль возвратилась.

Синдром праздника

Нередко приходится слышать или читать о стрессах, которые люди переживают во время праздничных событий. То, что должно быть весельем и отдыхом, превращается в мучение. Я неоднократно сталкивался с ситуациями, когда пациенты испытывали сопровождающие СМН приступы болей перед, во время или сразу же после больших праздников.

Причина таких приступов очевидна: значимые события требуют немалых усилий, особенно от женщин, которые традиционно берут на себя обязанности по подготовке и проведению праздничных мероприятий. Кроме того, согласно общему мнению, такие мероприятия должны проходить весело и непринужденно. Обычно в подобных случаях женщины даже не представляют, насколько сильно их внутреннее напряжение, поэтому внезапный приступ боли становится для них полной неожиданностью.

ЕСТЕСТВЕННАЯ ИСТОРИЯ СМН

Каковы характерные проявления СМН? И что происходит, когда человек долгое время пребывает во власти этого синдрома?

Обусловленность

Одним из важнейших понятий, необходимых для понимания обсуждаемой здесь темы, является так называемая обусловленность. У обусловленности также есть новый и более популярный синоним — *запрограммированность*. Можно сказать, что все живые существа, в том числе и люди, имеют свои встроенные программы. Этот феномен был открыт и подвергся дальнейшему изучению русским ученым Иваном Павловым. Его эксперименты показали, что, в ответ на определенные раздражители, у животных возникают ассоциации, вызывающие повторяющиеся физические реакции. Например, Павлов звонил в звонок всякий раз, когда кормил подопытных собак. После нескольких повторений этой процедуры у собак после знакомого звонка начиналось слюноотделение, даже если не было еды. То есть слюноотделение оказалось обусловленным не только едой, как это было прежде, но и звонком — в ответ на определенный звук возникала ожидаемая физиологическая реакция.

Похоже, что процесс обусловленности или программирования стоит на первом месте, когда человек переживает связанный с СМН болевой приступ. Любопытно, что люди, страдающие от СМН, чаще всего начинают испытывать боли, когда сидят. Удивительно, что такая щадящая поза может провоцировать болевые ощущения. Обусловленность возникает, когда две вещи

происходят одновременно, и вполне логично предположить, что в какой-то момент человек с СМН почувствовал боль сидя. Его мозг связал это положение тела с болезненными ощущениями, и родилась программа: «мне больно, когда я сижу». Впоследствии боль появляется из-за подсознательной ассоциации с сидением, а не из-за того, что такая поза вредна для спины. Это один способ формирования обусловленности, наверняка существуют и другие, о которых я пока не знаю, поскольку большинство людей с «проблемными» поясницами жалуются именно на боль в положении сидя.

Плохой репутацией пользуются автомобильные сиденья, поэтому, садясь в машину, человек автоматически готовится к боли. Нередко люди запрограммированы на болевые ощущения потому, что им о них кто-то сказал. Вы слышите: «Постарайтесь не сгибаться в талии» — и некоторое время спустя при наклоне ощущаете боль, хотя раньше ничего подобного не случалось. Другой авторитет заявляет вам, что при сидении увеличивается давление на поясницу, — очевидно, что вы обязаны испытывать боль, когда сидите. Стоять на одном месте, поднимать и нести тяжести — все эти якобы опасные действия могут послужить базой для формирования все новых и новых обусловленностей.

Одни люди говорят, что при ходьбе мучающая их боль проходит, другие — что она усиливается. Кому-то становится хуже днем, а кому-то — ночью. Один мужчина целыми днями поднимал тяжести, даже не вспоминая о своей спине. Но по ночам (примерно в три часа) он просыпался от сильнейшего болевого приступа, заставлявшего его подниматься с постели. Наглядный пример сформированной обусловленности.

А кто-то жалуется на то, что, стоит ему проснуться и встать с кровати, как у него начинает болеть спина. У таких людей боль обычно усиливается к вечеру.

Судя по рассказам всех этих людей и результатам обследований, я с уверенностью говорю им, что у них СМН, однако внутренние программы заставляют их верить в то, что причина терзающих болей другая. Тем не менее через несколько недель после того, как они заканчивают мою программу лечения, боли проходят, и это доказывает, что болевые приступы были обусловленными. Согласитесь, если бы боль вызывалась поражением тканей, она бы не исчезала после реабилитации, состоящей в основном из лекций и семинаров. А так получается, что прежние подсознательные программы разрушаются благодаря новым знаниям.

При СМН нельзя недооценивать важность обусловленности, поскольку именно она провоцирует реакции, которые остаются непонятными пациентам. Когда кто-то говорит: «Я могу поднимать только легкие предметы, их вес не должен превышать три килограмма, иначе у меня начинает болеть спина», это означает, что боль имеет психосоматический характер. Еще один аналогичный пример: женщина жалуется на то, что испытывает боль, наклоняясь, чтобы застегнуть обувь, при этом она без труда может согнуться в пояснице и коснуться ладонями пола.

Причиной многих подобных обусловленных реакций является страх, который появляется у людей, ощущающих боль в спине, особенно в нижней ее части. Эти люди часто слышали и много читали о том, насколько хрупкой и уязвимой частью тела является их спина, как легко ее травмировать при таких тяжелейших нагруз-

ках, как бег, плавание или уборка квартиры с помощью пылесоса. И они привыкли ассоциировать физическую активность с болью, которая обязательно появится, если ее ждать. Вот что такое обусловленность.

Ни специфическая поза, ни вид деятельности не имеют особого значения, если речь идет о болях при СМН. Важно помнить о подсознательной программе, запускающей болевой приступ, то есть главную роль играет психоэмоциональная, а не физиологическая составляющая болей.

Паттерны СМН

Вероятно, наиболее распространенным паттерном СМН являются повторяющиеся болевые приступы, о которых говорилось ранее. Они могут длиться днями, неделями и даже месяцами, а потом боль начинает понемногу стихать. Обычно медицинское лечение включает в себя постельный режим, обезболивающие и противовоспалительные препараты в виде таблеток или инъекций. Я не даю инструкций своим пациентам по поводу того, что нужно делать во время приступа острой боли, поскольку цель моей программы не лечить приступы, а предотвращать их. Но иногда мне звонят и просят совета — как поступить в случае острого приступа. Как я уже говорил ранее в этой главе, чрезвычайно важно выждать, пока боль утихнет. Я могу прописать сильное обезболивающее средство, но ни в коем случае не противовоспалительное, ибо воспаления нет.

Ирония заключается в том, что во время болевых атак при СМН было бы лучше вообще не обращаться за советами к врачу. Но абсолютно правильным такое поведение тоже не назовешь, поскольку в некоторых случаях боль может быть связана с настоящими пато-

логиями и тогда необходима консультация терапевта. Но, даже если ни о какой действительно серьезной патологии речь не идет, диагнозы, которые ставят врачи, звучат угрожающе: дегенеративные изменения межпозвонковых дисков, артрит, спинальный стеноз, травматический артрит и так далее. В совокупности со страшными предупреждениями о том, что случится, если пациент не начнет соблюдать предписываемый постельный режим или когда-либо еще в жизни попытается бегать, пылесосить квартиру и играть в теннис и боулинг, — идеальная комбинация для дальнейших регулярно повторяющихся болевых приступов.

Но человеческий дух не так-то легко сломить, и в конце концов боли слабеют. Человек чувствует облегчение, физическая боль проходит, но страх остается. За исключением редких отчаянных смельчаков, большинство людей, испытавших приступы острой боли, больше никогда не пытаются заняться каким-либо из перечисленных выше опасных видов деятельности. Люди становятся чрезвычайно внимательными к своим ощущениям и постоянно находятся в состоянии тревоги. Они боятся нового приступа, и тот неизбежно наступает. Может пройти полгода или год, но в конце концов пророчество сбывается и ужасное событие происходит. Как и раньше, человек связывает боли с каким-то инцидентом. На сей раз вместе со спиной может заболеть нога, и тогда начинаются пугающие разговоры о перспективе хирургического вмешательства, если компьютерная или магнитно-резонансная томография (МРТ) покажут межпозвонковую грыжу (компьютерная томография, как и МРТ, дает информацию о состоянии костей и мягких тканей). Как следствие, тревога нарастает и боли усиливаются.

Этот паттерн повторяющихся острых болевых приступов довольно широко распространен. Со временем болевые атаки случаются все чаще, становятся все сильнее и длятся все дольше. И с каждым новым приступом растет страх, который заставляет людей избегать физической активности. Некоторые пациенты постепенно доводят себя до состояния полной обездвиженности.

На мой взгляд, обусловленные страхом двигательные ограничения представляют собой наихудшую составляющую болевого синдрома. Несмотря на попытки отказаться от «лишних движений», боль все равно будет возвращаться и уходить, сказываясь на всех аспектах жизни человека — его работе, семейных отношениях и отдыхе. Я видел пациентов с СМН, казавшихся большими инвалидами, чем люди, у которых были парализованы обе ноги. Последние жили полной жизнью, воспитывали детей и работали, передвигаясь при этом в кресле на колесах. Некоторые же пациенты с тяжелыми проявлениями СМН из-за боли проводят большую часть жизни в постели.

Со временем у многих людей СМН переходит в хроническую стадию. Теперь они чувствуют боль не периодически и приступообразно, а постоянно, обычно не очень сильную, но усугубляющуюся при некоторых видах физической активности или в определенных положениях, что, как мы помним, свидетельствует о ее обусловленности: «Я могу лежать только на левом боку»; «Когда я лежу, мне обязательно нужно класть подушку между коленей»; «Я никогда никуда не езжу без своей маленькой подушечки для спины»; «Если я посижу больше пяти минут, у меня начнет болеть спина»; «Я могу сидеть только на твердых стульях с прямой спинкой» и тому подобное.

У некоторых боль становится центральной темой всей жизни. Нередко можно услышать, как люди заявляют: «Боль в спине — первое, о чем я вспоминаю, проснувшись утром, и последнее, о чем думаю, засыпая». Это становится навязчивой идеей.

У СМН есть множество различных проявлений. Некоторые люди постоянно испытывают легкую боль и стараются избегать физического напряжения. Другие, несмотря на периодические острые приступы, живут в обычном ритме с небольшими ограничениями или вообще без них.

Я уже достаточно много говорил как об относительно легких, так и о более тяжелых проявлениях СМН, когда боль ощущается в пояснице и ноге. Но ощущения в шее, плечах и руках также бывают весьма болезненными и мешают нормально жить. Приведу типичный пример. Мой пациент — мужчина средних лет, вот уже три года страдающий от болевых приступов в шее и плечах, сопровождающихся онемением и покалыванием в руках. Он попал ко мне на прием после того, как восемь месяцев назад почувствовал боль в левой руке. Ранее этот мужчина побывал на приеме у двух невропатологов, прошел несколько обследований и в результате ему сказали, что боль возникает из-за «проблемы в межпозвоночных дисках шейного отдела». Перед ним стояла дилемма — нужно ли ему ложиться на операцию немедленно или же можно некоторое время подождать. Его предупредили, что без хирургического вмешательства ему угрожает паралич. Неудивительно, что после такого диагноза боль распространилась с шеи и плеч на всю спину — он больше не мог заниматься своими любимыми видами спорта — играть в теннис и кататься на лыжах. Мужчина был сильно напуган.

Обследовав его, я обнаружил, что у него СМН и в шейном отделе позвоночника нет никаких патологий. К счастью, третий невропатолог, к которому он обратился за консультацией, подтвердил, что его позвоночник в полном порядке. В результате мужчина с легкой душой принял поставленный мною диагноз — синдром мышечного напряжения (СМН). Пройдя мою программу, он через несколько недель избавился от болей и смог вернуться к любимым занятиям. Приступы больше не повторялись. Иногда он, по его словам, лишь «немного чувствовал» плечо или колено. Для любого, кто активно занимается спортом, боль в колене — крайне раздражающий фактор. Я убедился в этом на собственном опыте и могу подтвердить, что она действует на нервы, тревожит и вообще мешает нормально жить. И тут надо помнить, что любая связка или сухожилие в руках и ногах, любая мышца или нерв в шее, плече, спине и ягодицах могут пострадать от СМН.

Хотя в случае с каждым новым пациентом нужно стараться четко определить затронутые СМН области тела, эта часть консультации является наименее значимой. Беседа с человеком об испытываемых им болях по сути представляет собой экскурс в его личную жизнь. После того как мы разберемся, в каких местах он чувствует боль, эту информацию можно отложить в сторону, поскольку мы не работаем напрямую с мышцами, нервами и связками. Главное — выяснить какой эпизод в эмоциональной жизни пациента сыграл роковую роль и стал причиной появления болевых симптомов.

Я вспоминаю случай с одним мужчиной, который решил, что достаточно финансово обеспечен, чтобы в достаточно молодом возрасте оставить бизнес на попечение детей. Вскоре у него появились боли в спине,

из-за которых, собственно говоря, мы и познакомились. Во время беседы стало очевидным, что, отойдя от дел, он так сильно озаботился многочисленными семейными проблемами (вызванными смертью нескольких родственников), что стал всерьез беспокоиться и по поводу оставленного им бизнеса. Кроме того, его начала страшить перспектива якобы приближающейся старости и смерти.

Все эти переживания на сознательном и подсознательном уровнях стали причиной повышенной тревожности (и гнева), что привело к появлению СМН. Традиционная медицина объясняла его состояние ранним старением позвоночника. Понятно, что назначенное на основании такого диагноза лечение не принесло никаких результатов — ведь в действительности проблема была не в спине, а в отношении к жизни.

СМН может затронуть мышцы, окружающие и пронизывающие их нервы, а также связки и сухожилия рук и ног. При этом человек ощущает в различных частях тела боль, покалывание, слабость или онемение, причем интенсивность испытываемых им ощущений тоже бывает различной — от незначительного дискомфорта, до мучительных болей, фактически делающих его инвалидом.

Повторяющиеся болевые приступы, сопровождающиеся страхом перед ними и их усилением при физической нагрузке, — основные характеристики СМН. Боль, онемение, покалывание и слабость — не что иное, как способы привлечения вашего внимания. Таким образом мозг пытается вам сообщить: что-то не в порядке. Для большинства людей — как врачей, так и их пациентов — это «не в порядке» означает патологию и полученную

травму — по отдельности или в комплексе. И чем глубже эта убежденность, тем сильнее боль ассоциируется с физической активностью. Пациент не может удержаться от вывода, что он был где-то травмирован или в его организме возникло некое нарушение. Далее им начинает руководить программа, обусловленная страхом перед такими простыми позами и движениями, как положение сидя, стоя, наклоны или поднятие тяжестей.

Комплекс симптомов СМН страхов и ограничений подвижности привлекает повышенное внимание человека к своему телу. Как мы увидим в следующих главах, именно это и является главной целью синдрома мышечного напряжения (СМН) — создать физический дискомфорт, отвлекающий внимание от нежелательных эмоций. Кажется, что такая цена слишком высока, но ведь никто точно не знает, как происходит внутренняя работа ума, мы только предполагаем, что страх и болезненные ощущения являются для него нежелательными.

ПСИХОЛОГИЯ СМН

Боли в шее, плечах и спине обычно не являются следствием механических нарушений, поэтому их нельзя вылечить механическими средствами. Они связаны с человеческими эмоциями, личностной реализацией и превратностями жизни. Попытки традиционной медицины справиться с такими болями напоминают пародию на лечение. Врачи диагностируют различные структурные патологии, хотя на самом деле проблема скрывается в том, что заставляет работать структуры тела, а именно — в уме. СМН выражается в виде физических болей, но провоцируют их психологические трудности, а не телесные патологии. Это чрезвычайно важный аспект описываемого синдрома, о котором мы поговорим на следующих страницах. Но прежде всего хочу привести несколько определений, чтобы не возникло путаницы в словах.

НАПРЯЖЕНИЕ

Напряжение — широко применяемый термин, для разных людей имеющий разное значение; в моей работе и в

данной книге это слово входит в название СМН — синдрома мышечного напряжения. Я использую его для описания состояния, непроизвольно возникающего в ответ на некоторые переживания, поэтому оно будет часто встречаться и далее. Можно сказать, что переживания являются результатом сложного взаимодействия различных областей ума, а также ума и внешнего мира. Некоторые из них сопровождаются дискомфортом, провоцируют душевную боль или же попросту вызывают смущение. Такие переживания не встречают одобрения в обществе и считаются неприемлемыми. Поэтому мы их подавляем. Я говорю в первую очередь о тревожности, гневе и низкой самооценке (комплексе собственной неполноценности). Эти переживания загоняются вглубь, ибо наш ум не хочет, чтобы мы их испытывали и демонстрировали окружающему миру. Вероятно, если бы у людей был выбор, большинство предпочло бы осознать собственные негативные переживания и разобраться с ними, но человеческий ум функционирует таким образом, что они мгновенно и автоматически подавляются — так что выбирать нечего. Такое подавление неизбежно сопровождается напряжением.

Итак, употребляя здесь слово «напряжение», мы будем говорить о подавленных, нежелательных переживаниях.

СТРЕСС

Понятие «стресс» нередко путают с понятием «напряжение» и оценивают негативно. Я предпочитаю употреблять его для обозначения любого фактора, оказывающего на человека какое бы то ни было давление. Мы можем находиться в состоянии физического или

эмоционального стресса. Жара и холод — виды физического стресса, а ответственная работа или семейные проблемы — эмоционального. Стресс, связанный с СМН, ведет к эмоциональной реакции и подавлению переживаний.

Ганс Селье первым обратил внимание на то, как стресс влияет на тело, и его глубокие исследования этой проблемы стали одним из ярчайших достижений медицинской науки двадцатого века. Селье дал следующее определение стресса: «неспецифический ответ тела на любой адресованный ему вызов».

Стресс может быть как внешним, так и внутренним. Примерами внешнего стресса является ответственность на работе, финансовые проблемы, смена профессии или места жительства, переживания по поводу детей и родителей. Но значение внутреннего стресса в плане возникновения напряжения намного больше. В данном случае речь идет о всякого рода перфекционизме, потребности любой ценой превзойти окружающих и тому подобных вещах. Люди часто говорят, что у них стрессы на работе, отсюда и возникает напряжение. Но если бы они не испытывали по отношению к своей работе некое чувство гиперответственности, то не чувствовали бы напряжения. Обычно такие личности склонны к соперничеству и стремятся во что бы то ни стало пробиться вперед. Как правило, они чрезвычайно самокритичны и выдвигают к себе повышенные требования.

Домохозяйка и мать с подобным характером «пресует» себя не меньше, чем какой-нибудь менеджер, хотя центром ее волнений и переживаний является не работа, а семья. Она тревожится за детей, мужа, родителей, хочет, чтобы у ее родных было все самое лучшее, и тратит на это все свои силы. Женщина такого типа

очень расстроится, если почувствует, что кто-то из членов семьи ею недоволен (стремление угождать близким свойственно не только женщинам, недавно один мой пациент — мужчина среднего возраста, — сидя в моем кабинете, признался в том же).

Таким образом, стресс — это внешняя оболочка некоей эмоциональной структуры, состоящей из переживаний повседневной жизни, накладываемых на характер человека. Стресс вызывает напряжение (следствие подавления неприемлемых переживаний). А теперь давайте внимательнее рассмотрим, что собой представляет личность.

СОЗНАТЕЛЬНЫЙ УМ

Сознательный ум — это та часть вашей личности, которую вы осознаете. По поводу этой части себя вы можете определенно сказать, какие чувства в данный момент испытываете, например радость или печаль, и уверены, что знаете себя. Вам известно, что вы — добросовестный, трудолюбивый и, пожалуй, мнительный человек, а возможно, даже перфекционист. Вам представляется, что именно эти личностные свойства определяют ваше поведение. Но так ли это на самом деле? Нередко за нашими поступками стоят такие подсознательные мотивы, о которых мы не подозреваем. Вот почему важно заглянуть в свое подсознание, чем мы вскоре и займемся.

Многие люди с СМН признают, что им присуща чрезмерная добросовестность. Можно сказать, что они сами относят себя к категории людей «типа А», согласно классификации врачей Мейера Фридмана и Рэя Розенмана, представленной в их книге «Ядро типа поведения».

Человек этого типа — трудоголик. Он может работать по восемнадцать часов в сутки, не замечая усталости. Но даже самым трудолюбивым людям следует помнить, что человеческие силы не безграничны и длительное перенапряжение чревато сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также другими заболеваниями. Кроме того, таким людям стоило бы обратить внимание на собственные чувства. Чаще всего человек «типа А» старается не обращать внимания на свои переживания, поскольку они кажутся ему проявлением слабости.

Однако, согласно моим наблюдениям, между пациентами, страдающими от СМН, и людьми «типа А» есть определенная разница, ибо при СМН достаточно редко встречаются заболевания коронарных артерий. Да, мне приходилось наблюдать несколько подобных случаев, но их число нельзя сравнить с количеством больных с такими сопровождающими СМН диагнозами, как колит, сенная лихорадка, мигрень, акне, крапивница и так далее. Похоже, именно эти заболевания, помимо болей в спине, являются наиболее частыми и характерными проявлениями СМН, что отражает более низкий уровень импульсивности, чем у людей типа «А».

Как бы то ни было, осознаваемые нами собственные личностные характеристики и все, что с ними связано, — лишь капля в море по сравнению с тем, что скрыто у нас в подсознании.

ПОДСОЗНАНИЕ

В психологической литературе термин «подсознание» указывает на ту часть психической активности человека, которую он не осознает. Именно в этом смысле мы используем его, обсуждая эмоции.

Подсознание — глубинная, мистическая и неразгаданная область человеческой психики, место, где обитают самые разнообразные чувства, отнюдь не всегда приятные, не подчиняющиеся логике и порой просто пугающие. Мы получаем некоторое представление о том, что происходит у нас в подсознании, когда вспоминаем и оцениваем свои сны, проявляющие себя без какого-либо присмотра со стороны бодрствующего сознательного ума. Подсознание представляет собой хранилище всех наших переживаний, независимо от того, насколько они приятны или социально приемлемы. Знать о том, что происходит у нас в подсознании чрезвычайно важно, поскольку именно оно нередко диктует нам наше поведение после пробуждения. И именно в подсознании скрыты корни СМН.

Интересный факт: преобладающая часть эмоциональной и ментальной активности человеческой психики проходит ниже уровня сознания. Наш ум подобен айсбергу — его сознательная верхушка значительно меньше того, что нами не осознается. И как раз в подсознании идут сложные процессы, которые позволяют нам думать, помнить, писать, говорить и логически мыслить, то есть делать все то, что позволяет человеку считать себя разумным существом. Наша способность находить смысл в том, что мы видим, узнавать лица и выполнять десятки разнообразных действий, которую мы воспринимаем как нечто само собой разумеющееся, тоже результат подсознательной мозговой активности.

Вероятно, большая часть эмоциональных реакций рождается в подсознании. Переживания, которые не находят выхода наружу, остаются там в подавленном состоянии и обеспечивают условия, благоприятные для возникновения СМН. Описываемые здесь структуры

человеческой психики, подразделяемой на сознание и подсознание, а также неосознаваемое нами содержание ее «нижних этажей» (которое при определенных условиях может быть поднято наверх и осознано) были открыты более ста лет назад Зигмундом Фрейдом.

Чтобы лучше понять, откуда берется синдром мышечного напряжения (СМН), необходимо разобраться в происходящих в подсознании процессах.

Низкая самооценка

Для меня стало шокирующим откровением осознание того, как много людей живут с заниженной самооценкой. Для этого должны быть какие-то культурные предпосылки и общие тенденции в воспитании детей, обуславливающие этот феномен. Чувство собственной неполноценности глубоко спрятано, но оно все равно так или иначе проявляется в поведении человека. Как правило, мы стремимся компенсировать неприятные нам переживания, поэтому, чувствуя слабость, демонстрируем силу. Много лет назад в моей практике был случай, послуживший ярчайшей иллюстрацией данного утверждения: ко мне на лечение попал этакий мачо, которого скрутили боли в пояснице. Медсестры рассказывали, что он хвастался перед ними своей крутизной в драках, бизнесе и амурных делах. В моем же кабинете он безутешно жаловался на невыносимую боль. В эмоциональном плане этот человек был маленьким мальчиком, отчаянно старающимся доказать себе и всему миру, какой он большой.

Скорее всего, присущая большинству из нас навязчивая потребность добиться успеха, прийти к цели и победить есть отражение глубоко спрятанного комплекса неполноценности. Откуда бы ни бралось желание

жить в соответствии с определенным идеалом — быть самым лучшим родителем, самым лучшим учеником или самым лучшим работником, оно характерно для людей с СМН.

Типичный пример — мужчина, самоотверженно трудившийся на протяжении многих лет, создавший очень успешный бизнес и окруженный детьми и внуками, которым он покровительствует. Ему всегда нравилась такая роль, но и лежащая на нем ответственность всегда была чрезвычайно высокой. Многие годы он мучался от болей в пояснице, несмотря на то что перепробовал самые разные методы терапии. К тому моменту, когда я с ним познакомился, боль уже давно стала частью его жизни. Он принял концепцию напряжения как причины боли, но не смог избавиться от порождающих его внутренних паттернов. Наш герой считал себя слишком старым, чтобы прибегнуть к психотерапии, которая часто необходима в таких случаях. Однако теперь ему было ясно, что за испытываемыми им болями нет никаких патологий, и это стало главным результатом нашего лечения.

Следующий мой пациент — молодой человек двадцати с небольшим лет, у которого родился первый ребенок вскоре после того, как он организовал филиал семейного бизнеса. В его жизни одновременно появились новые зоны ответственности, и он, как человек крайне добросовестный, отнесся к ним со всей серьезностью. Вскоре у этого молодого человека вследствие СМН возникла боль в пояснице. Как только он понял, что источником болевых симптомов является внутреннее напряжение, боль исчезла. Далее мы еще поговорим о том, что такая осознанность — ключевой фактор лечения СМН.

У этих двух мужчин — пожилого и молодого — было одно общее качество, а именно: повышенное чувство

ответственности и сильная внутренняя мотивация достижения успеха в бизнесе и в семейной жизни. Таких людей не нужно контролировать и заставлять работать, они и так сверхдисциплинированы и сверхответственны.

Те, у кого развивается СМН, обычно чрезвычайно целеустремленны. Они стремятся во что бы то ни стало достичь результата и ставят перед собой непростые задачи. В нашей культуре успех завоевывается в конкурентной борьбе, и эти люди обладают необходимыми бойцовскими качествами. Они привыкли предъявлять к себе повышенные требования, им все время кажется, что можно было сделать больше, чем сделано. Нередко их перфекционизм проявляется неожиданным образом. Я помню одного молодого человека, выросшего на ферме, который признался мне, что после того, как он узнал, что такое СМН, ему стало понятно, почему во время сенокоса у него появляется непреодолимое желание укладывать сено в идеально ровные копны.

Вероятно, сейчас вы думаете: почему такие прекрасные качества, как трудолюбие, ответственность, увлеченность делом и стремление к совершенству, нередко становятся причиной СМН. Совершенно очевидно, что между такими личностными характеристиками и СМН существует прямая связь, но как она возникает? Чтобы в этом разобраться, нужно вспомнить о гневе и тревоге.

Гнев и тревога

У меня нет специального психологического и психиатрического образования, и я отдаю себе отчет в том, что мои описания психофизиологических процессов в человеческом организме упрощены и могут показаться наивными профессионалам. Но так как эта книга рассчитана на широкую публику, минимум специфиче-

ских слов и сложных концепций здесь как раз кстати. Как бы то ни было» мы имеем дело с почти неисследованной пограничной территорией, расположенной между психикой и телесностью человека. Увы, современная медицинская наука эту территорию фактически игнорирует (за редкими исключениями). О причинах такого невнимания говорится в главе седьмой «Ум и тело». Что касается меня, мой опыт диагностики и лечения СМН проливает некоторый свет на то, что происходит в неизведанном царстве, где встречаются эмоции и физиологические процессы.

Мы будем говорить о гневе и тревоге в одном разделе, поскольку я считаю эти чувства родственными и наиболее часто подавляемыми, а значит, и провоцирующими развитие СМН.

Еще в самом начале моей работы с СМН мне стало понятно, что большинство страдающих от этого синдрома людей подавляют в себе гнев и тревогу. Даже те, кто сначала это отрицают, со временем соглашаются, что им все-таки это присуще, просто они «старались ни о чем таком не думать».

Учитывая характерные для СМН личностные характеристики, перечисленные выше, нетрудно сделать вывод: именно тревожность становится причиной данного синдрома в первую очередь, поскольку человек всегда находится в состоянии беспокойства: «А что будет дальше?» Тревожность — исключительно человеческий феномен, стоящий где-то рядом со страхом, но более высокого уровня, поскольку он обусловлен качеством, которым не обладают животные, а именно — способностью ожидать и предвосхищать. Тревожность возникает в ответ на предположение об опасности и несет в себе определенную логику, если только само

ожидание опасности не алогично, как это часто бывает. Тревожный человек во всем видит угрозу, даже там, где ее нет. Такова природа *homo sapiens*. Но нередко бывает и так, что сам индивидуум не подозревает о своей тревоге, поскольку она остается скрытой в его подсознании в результате действия механизма подавления. Как мы увидим позже, СМН принимает в процессе такого подавления активное участие.

Нарциссизм

О роли заниженной самооценки мы уже говорили. Рядом с этим скрытым в подсознании чувством находится еще один, не менее любопытный феномен — нарциссизм, подразумевающий чрезмерную концентрацию на собственной персоне. Он берет начало в склонности человека любить себя. Эволюция общества в Соединенных Штатах Америки привела к появлению «Я»-ориентированного общества, исключаящего всякий коллективизм. Говорят, что во многих индейских наречиях местоимений «я», «мне» и «меня» просто не существует, поскольку индейцы ассоциируют себя с чем-то большим, чем некий отдельный индивид, и чувствуют себя неотъемлемой частью племени. Нынешние же белые американцы, напротив, исповедуют крайний индивидуализм и восхищаются теми, кто «сам себя сделал». У этой медали есть вторая сторона — человек, целиком сосредоточенный на собственных эгоистических интересах и не имеющий подлинных идеалов, неизбежно становится алчным.

Нас периодически шокируют известия о том, что уважаемых членов американского бизнес-сообщества или государственных служащих уличают в преступлениях, но ведь удивляться на самом деле нечему, такая

тенденция — всего лишь логическое продолжение благосклонного отношения общества к нарциссическому эгоизму.

Гнев

Нарциссизм в определенной степени присутствует у всех людей. Когда эта личностная характеристика гипертрофирована, у человека могут возникнуть проблемы с социальной адаптацией, поскольку он склонен раздражаться по пустякам, особенно при общении с людьми, не желающими подчиняться его воле. В результате рождается гнев, и если степень самовлюбленности индивидуума зашкаливает, он может находиться в разгневанном состоянии практически постоянно, даже не осознавая этого, поскольку гнев, как и тревожность, подавляется в подсознании. Это может показаться парадоксальным: с одной стороны, мы страдаем от низкой самооценки, а с другой — наш нарциссизм провоцирует нас строить из себя королевских особ. Помните сказку про принца и нищего? Эти диаметрально противоположные чувства представляют собой две стороны одной медали, и хотя такое утверждение звучит странно, обычно мы испытываем их одновременно. Такая ситуация вполне типична для человеческой психики. Она хранит в себе множество конфликтующих эмоций, о большей части которых мы даже не догадываемся.

Почему люди испытывают злость? Собственно говоря, все, что вызывает у человека тревогу (неосознанную), заставляет его злиться. Вы стараетесь выполнить свою работу как можно лучше и надеетесь, что все будет в порядке (тревога), но опасаетесь проблем, возникающих при контактах с коллегами(гнев).

Хотя причиной возникновения тревоги и гнева чаще всего выступает работа, личные отношения также являются распространенным источником подавленных негативных эмоций. В семейной жизни нередко возникают достаточно серьезные проблемы, которые остаются без внимания, поскольку кажутся незначительными. Одной из моих пациенток была женщина сорока восьми лет, выросшая в приюте. Она рано вышла замуж и полностью посвятила себя семье и дому. Эта женщина прекрасно справлялась со своими домашними обязанностями, поскольку была умной, старательной и добросовестной. Но настал момент, когда ее стало тяготить, что она не получила достойного образования и даже не имела водительских прав — ведь в ее жизни доминировали интересы семьи. Она не осознавала этой внутренней обиды, и постепенно у нее развились боли в спине, от которых ее долго и безуспешно лечили, в том числе и хирургическими методами.

Когда эта женщина попала ко мне, ей было тяжело выполнять даже самые простые действия, поскольку боли в спине приобрели постоянный характер. Моя программа помогла ей осознать свои подавленные чувства, и в результате мучавшие ее боли исчезли. Процесс исцеления был непростым, и ей пришлось пережить немалую эмоциональную боль. Но это вполне естественно в такой ситуации, и уж, конечно, намного лучше, чем невыносимая физическая боль, превратившая ее в беспомощную жертву.

Важным источником гнева и обиды, о котором мы обычно не догадываемся, является наше чувство ответственности перед близкими людьми — родителями, супругами и детьми. Хотя мы искренне их любим, они нередко осложняют нашу жизнь, и постепенно в нас

растет внутренняя злость. Но разве можно сознательно злиться на пожилого родителя или маленького ребенка? Вот хороший пример: мужчина сорока с лишним лет отправился в другой город, чтобы навестить престарелых родителей. Уикенд еще не закончился, а у нашего героя разыгралась боль в спине — впервые через год после успешного окончания программы по СМН-терапии. Когда мы встретились, я предположил, что боль вернулась из-за какого-то подсознательного беспокойства, но мужчина утверждал, что выходные прошли чудесно. Правда потом он признался, что его мать совсем слаба и ему пришлось все это время за ней ухаживать, да и вообще он волнуется за престарелых родителей. Ситуация усугублялась тем, что они жили далеко и, чтобы их навестить, ему нужно было лететь к ним на самолете. Мой пациент — хороший, порядочный человек, и, конечно, он ни в коем случае не стал бы винить своих родителей в том, что они постарели. Поэтому он подсознательно подавлял копившееся в нем раздражение, что по причинам, о которых мы поговорим чуть позже, вызвало новый приступ боли.

А сейчас рассмотрим еще один случай. Мой пациент — молодой отец, чей первенец почти не спал, — страдал от недосыпания, так же как и его жена. В свободное от работы время он старался помочь ей ухаживать за ребенком, и если раньше их совместная жизнь напоминала сплошной медовый месяц, то теперь от той поры остались одни воспоминания. Скоро у молодого отца начала болеть спина из-за подавляемой злости на собственного ребенка (нелепо, не так ли) и на жену, поскольку она уже не могла удовлетворять его эмоциональные и физические потребности так, как раньше (согласитесь, абсурд). Поскольку испытываемые им

эмоции были для него неприемлемы, у него развился СМН.

Многие врачи интерпретировали бы описываемую ситуацию иначе. Они сказали бы, что его спина разболелась из-за того, что он часто носил на руках ребенка, мало спал, да еще и выполнял непривычную работу по дому. Знакомое объяснение, не правда ли? Другим распространенным объяснением подобных случаев является любимая психологами-бихевиористами так называемая «вторичная выгода» — якобы нередки случаи, когда человек заболевает, чтобы получить некие преимущества.

Однако в данном случае оба эти объяснения следует считать несостоятельными. С одной стороны, наш молодой отец пребывал в отличной физической форме, поскольку в старшей школе и колледже играл в американский футбол. Трудно поверить, что при любых обстоятельствах ему было противопоказано брать маленького ребенка на руки. С другой стороны, концепция выгоды, получаемой человеком благодаря болезни, также весьма сомнительна — мне трудно поверить, что такая выгода существует в природе.

Однако психологам-бихевиористам эта концепция нравится, поскольку она проста и вес, что нужно сделать для исправления ситуации, — вознаграждать себя за поведение, исключаящее «вторичную выгоду», и наказывать за обратное. И никакой возни с такими неприятными подсознательными чувствами, как тревога и гнев. Много лет назад, еще до того, как я узнал о СМН, я пробовал применять данный подход и убедился в его неэффективности.

Все семейные отношения в той или иной мере эмоционально отягощены. Именно об этом нужно помнить

в первую очередь, когда у человека внезапно и без видимых причин начинается приступ СМН. Комбинация тревоги, любви к близкому человеку и внутреннего сопротивления ответственности, связанной с близкими отношениями, представляет собой источник глубокого конфликта, из которого вырастает СМН.

Вот еще один, можно сказать классический, случай проявления СМН. Моим пациентом был тридцатидевятилетний женатый мужчина, управлявший семейным бизнесом, который когда-то затеял его отец. Он рассказал мне, что отец все еще принимает активное участие в делах, но в последнее время стал скорее помехой, чем помощником. Мужчина признался, что на этой почве у него с отцом конфликт и он чувствует себя виноватым. Боли появились примерно два с половиной года назад, а через четыре месяца после их начала ему на глаза попала информация об СМН. Он решил, что это полная чушь и лучше довериться традиционной медицине. Он обращался ко многим врачам, испытал на себе все возможные способы лечения, но безуспешно. Спустя два года мужчина по-прежнему страдал от боли, мысль о которой преследовала его постоянно, и уже не мог двигаться так же свободно, как раньше. Он боялся любой физической активности и не решался даже наклониться.

В конце концов он успешно прошел мою программу и вскоре освободился от боли. Во время очередной консультации я увидел человека, настроенного на сотрудничество, готового воспринимать любую информацию, и просто не мог поверить, что сначала он полностью отвергал очевидный диагноз. Этот случай стал для меня уроком: при работе с СМН приходится признать неприятный факт: люди склонны всячески отрицать саму

идею СМН, пока их положение не становится критичным.

Совершенно очевидно, что причина возникновения болевого синдрома у этого мужчины скрывалась в его отношениях с отцом.

Приведу еще один наглядный пример роли семейных отношений в развитии СМН. Однажды мне позвонила женщина, за два года до этого избавившаяся от болей в пояснице благодаря моей программе, и сказала, что теперь у нее болит шея, плечо и рука. Она была уверена, что причиной боли стали отношения с мужем и падчерицей-подростком. Я посоветовал ей постараться обойтись без традиционного медицинского лечения, но боль прогрессировала. Женщине стало трудно двигать обоими плечами — обычное проявление СМН в шее и плечах. И вот однажды она решила посмотреть проблеме в лицо и высказала мужу все, что думала. В результате, как только им удалось распутать клубок семейных проблем, исчезла и боль. Ведь ее причиной была подавляемая обида. В главе, посвященной лечению СМН, я подробнее расскажу о том, как нужно справляться с подобными ситуациями.

Одним из главных конфликтов подсознания и сознания является битва испытываемых нами негативных чувств и порождаемых нарциссизмом желаний с той частью нашего ума, которая озабочена вопросами приличий и соответствия совершаемых нами поступков общественным нормам. Известный психоаналитик Карен Хорни описала так называемую «тиранию долга», часто довлеющую над жизнью человека. Пациенты часто рассказывают, что ими жестко руководят определенные поведенческие императивы. Одна женщина, отказывавшаяся признавать свою тягу к перфекционизму,

рассказала мне, что она родилась в семье, где царил культ сильного характера и непреклонности. Очевидно, что, поскольку она сама была от природы довольно мягким человеком, доминирующие в ее семье установки порождали в ней внутренний конфликт.

Нередко именно давление культурных традиций заставляет нас вести себя тем или иным образом. Я вспоминаю одну свою пациентку — очень красивую женщину, члена религиозной группы, приветствовавшей большие семьи — шесть-восемь детей были у них обычным явлением. Я предположил, что ее боли вызваны внутренним сопротивлением ответственности, связанной с воспитанием такого количества детей. Она долго не желала с этим соглашаться, настаивая, что никакого сопротивления не чувствует. В конце концов мне удалось объяснить ей, что осознать подобные чувства очень сложно, поскольку они подавляются и оказываются запертыми в подсознании. В итоге она допустила, что где-то глубоко в ней сопротивление все-таки существует, и вскоре болезненные симптомы стали ослабевать.

Чем дольше я работаю с СМН, тем больше меня впечатляет влияние гнева на человеческий организм. Мы все так хорошо научились его подавлять, что в большинстве ситуаций абсолютно не подозреваем о его существовании. У меня появилась следующая идея: по сравнению с тревожностью, гнев играет более важную роль в развитии симптомов СМН; возможно, тревожность — реакция на подавленный гнев.

Следующая история произвела на меня очень сильное впечатление. Мужчина сорока пяти — пятидесяти лет помимо многих других проблем со здоровьем страдал от приступов паники. После обследования я поставил ему диагноз СМН и сказал, что причиной его

паники, вероятнее всего, является не повышенная тревожность, а подавляемый гнев. Тогда он рассказал мне об одном происшествии в его жизни, которое подтвердило мое предположение. Как-то раз он сильно на кого-то разозлился и был готов вступить в перебранку, но вспомнил, что это неприлично, и предпочел сдержаться. Через мгновение у него случился приступ паники! Вероятно, мой пациент не просто разозлился в тот момент, он был вне себя от злости, и необходимость подавлять столь сильные эмоции обернулась для него паникой. Мы скоро увидим, что подобные ситуации часто вызывают СМН. Но сначала давайте разберемся с феноменом подавления. Откуда он берется?

Подавление

Я помню женщину, с гордостью рассказывавшую мне, как она смогла победить приступы гнева у своего пятнадцатимесячного малыша. «Умный» семейный врач посоветовал ей брызгать в лицо ребенка ледяной водой, когда тот начинал злиться. Эффект был потрясающим — кроха больше не злился. В столь нежном возрасте он научился подавлять свои эмоции. Его запрограммировали на подавление гнева, и теперь он будет руководствоваться этой подсознательной программой всю свою жизнь. Сталкиваясь с многочисленными раздражающими, огорчающими и приводящими в бешенство ситуациями, которые ежедневно случаются в жизни любого из нас, он автоматически станет подавлять естественную реакцию гнева, а когда уровень накопленной злости перейдет критическую черту, у него разовьется СМН.

Данная история служит прекрасной иллюстрацией одного из источников потребности в подавлении: бла-

гонамеренного родительского влияния. Возможно, это наиболее распространенная причина, по которой мы учимся подавлять эмоции. Пытаясь воспитать своих детей, родители по незнанию создают им психологические проблемы, которые дадут о себе знать во взрослой жизни.

Вы только представьте, как много поводов существует для подавления гнева — как логически обоснованных, так и неосознанных. Каждый хочет, чтобы его любили, и никому не нравится неодобрение со стороны других людей. Поэтому мы подавляем в себе позывы к асоциальному поведению. Мы боимся наказания, хотя не желаем себе в этом признаться. Согласно воззрениям общества, проявление гнева — вариант неприемлемого поведения. Мы усваиваем это еще в раннем детстве и знаем, что злиться нехорошо (особенно когда это чувство возникает в ответ на внешний раздражитель, на который мы не должны негативно реагировать), и поэтому подавляем собственный гнев. При этом мы даже не догадываемся о собственной потребности подавлять гнев. Как следствие, у нас откуда ни возьмись появляется СМН или какие-либо проблемы по части гастроэнтерологии.

Лично я уже знаю: если у меня появляется изжога, значит, я на что-то разозлился, хотя сам не знаю на что. Тогда я начинаю думать о возможном источнике своей изжоги, и, когда нахожу его, она проходит.

После семнадцати лет работы с СМН для меня очевидно — все мы злимся и тревожимся, независимо от культурных традиций и воспитания, и все подавляем свои негативные эмоции. С другой стороны, психологические условия, ведущие к психофизиологическим реакциям, подобным СМН, язве желудка и колитам,

универсальны и различаются только степенью проявления. В серьезных случаях мы называем эти реакции невротическими, но на самом деле мы все в той или иной мере невротики, так что такое определение теряет смысл.

Концепция подавления тесно связана с концепцией бессознательного. Обе эти концепции впервые изложил на языке науки Зигмунд Фрейд. В превосходной биографии Фрейда «Фрейд: жизнь в наше время», написанной Питером Гэем, приводится замечательная метафора бессознательного: «Бессознательное похоже на тюрьму строгого режима для антисоциальных элементов, томящихся там долгие годы или недавно прибывших; с узниками сурово обращаются и неусыпно их охраняют, но полностью установить над ними контроль не удастся, к тому же они постоянно стремятся сбежать».

Именно эти «антисоциальные элементы», заключенные в тюрьме подсознания, описываются в данной главе. Они стремятся вырваться из заточения в наше сознание, но подсознание сопротивляется и окружает их стенами забвения.

Недавно я услышал от одной пациентки любопытнейшую историю. Осмотрев ее, я поставил ей диагноз «СМН» и пояснил, что это значит. Пациентка сказала, что боль началась после того, как она пригласила свою старшую сестру в путешествие по Европе. С этого момента ее не покидало беспокойство: а понравится ли сестре поездка? Потом она начала злиться на себя за такие переживания. Вскоре ей стали сниться сестра и мать и всплыли давние подростковые обиды на них, которые приобрели особую болезненность после того, как умер ее отец (девочке было одиннадцать лет).

Такой набор эмоций: тревога, злость и коренящиеся в детстве обиды — является питательной почвой для

СМН. Я был поражен, когда после моей небольшой под- сказки женщина смогла поднять на поверхность своего сознания столь важный психологический материал.

Интересно, что от болей, которые я считаю симпто- мами синдрома мышечного напряжения (СМН), стра- дают более восьмидесяти процентов американцев, при- чем в течение последних тридцати лет их число росло в геометрической прогрессии. Боли в спине и шее, судя по количеству больничных, первая причина невыхода на работу в США. И на борьбу с этими болями ежегод- но тратится около пятидесяти шести миллиардов дол- ларов. Иначе говоря, речь идет о настоящей эпидемии!

ФИЗИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ПРОТИВ ПОДАВЛЯЕМЫХ ЭМОЦИЙ

В течение многих лет я был уверен, что СМН — это, если можно так выразиться, физиологический выплеск подавленных негативных эмоций. Но в начале 1970-х годов мне стало ясно, что боли в спине и шее, от которых страдает значительная часть населения нашей страны, являются следствием их подавления. Об этом свидетельствует следующий факт: восемьдесят восемь процентов людей с СМН страдают от явных послед- ствий хронического нервного напряжения — колита, язвы желудка, астмы или мигреней.

Идею о том, что болевой синдром не выражает пода- вленные эмоции, а, наоборот, препятствует их переходу в сознание, мне подал мой коллега доктор Стэнли Коэн во время нашей совместной работы над статьей. Он сказал, что на психологическом языке это называется защитой. То есть боли при СМН (или при язве желудка, колите и мигренях), а также астматические приступы

возникают для того, чтобы отвлечь человека от настоящего источника его страданий, скрытого в сфере эмоций. При этом внимание волей-неволей переключается на физические ощущения. Это значит, что СМН — вовсе не физиологическая патология, а часть психоэмоционального процесса.

Болевые синдромы в шее, плечах и спине приобрели за последние тридцать лет характер эпидемии именно потому, что стали самым распространенным видом защиты от подавляемых эмоций. Признак хорошей маскировки: никто не догадывается, что она скрывает. Как следствие, ни один человек, страдающий от болей в спине, даже не пытается связать их с эмоциональными факторами. Напротив, практически все начинают искать причину в каких-то травмах или дегенеративных изменениях тканей. Да, есть диагнозы, указывающие на действительные патологии — фибромиалгии, фиброзиты, миофасциты и тому подобное. Эти патологии и вправду могут возникать вследствие травм и мышечной недостаточности, однако они же представляют собой превосходную маскировку психоэмоциональных проблем.

До тех пор пока внимание человека сфокусировано на физической боли, подавленным эмоциям не удастся выбраться в сознание. Я неоднократно замечал: чем болезненнее спрятанная эмоция, тем сильнее СМН. Например, у пациента, подавившего ярость, вызванную издевательствами, которым он подвергался в детстве, боли обычно становятся невыносимыми. Они буквально обездвиживают его и исчезают только тогда, когда у него появляется возможность выплеснуть наружу ужасный, мучительный гнев, годами томившийся в подсознании, — это еще один пример того, как злость становится причиной СМН.

ЭКВИВАЛЕНТЫ СМН

Как я уже говорил, существуют и другие заболевания, выполняющие ту же задачу, что и СМН. Вот список наиболее распространенных из них:

- Предъязвенные состояния
- Язва желудка
- Грыжа пищеводного отверстия (хиатальная грыжа)
- Синдром раздраженной толстой кишки (слизистый колит)
- Сенная лихорадка
- Астма
- Простатит
- Головная боль, вызванная нервным напряжением
- Мигрень
- Экзема
- Псориаз
- Акне, крапивница
- Головокружение
- Звон в ушах
- Частое мочеиспускание

Все эти заболевания могут служить одной цели — подавлению эмоций. И чем дольше человек пребывает в заблуждении, считая их «только болезнями», тем больше от них страдает. До тех пор пока этим болезням будет что подавлять, они никуда не уйдут.

Кроме того, одни симптомы могут замещаться другими. Например, лекарства нового поколения для лечения язвы желудка помогают от нее избавиться, но ей на смену приходит какая-нибудь другая болезнь. Один сорокалетний мужчина рассказал мне, что десять лет

назад у него появились боли в пояснице и ему оперировали позвоночник. Спустя пять месяцев после этой операции у него развилась язва желудка, мучавшая его почти два года. Врач прописывал ему разные лекарства, но они не помогали. Потом язва перестала давать о себе знать, но взамен у него заболели плечи и шея. Операция и лечение язвы не избавили его от проблемы, а просто вытесняли одни ее симптомы, давая место другим.

История лечения язвы желудка

История лечения язвы желудка довольно интересна. Уменьшение числа случаев этого заболевания в Соединенных Штатах Америки и Канаде в течение последних двадцати лет объясняют появлением новых высокоэффективных лекарств. Я, благодаря журналисту Расселу Бейкеру, знаю лучшее объяснение.

В одной из своих воскресных статей в журнале «Нью-Йорк тайме» (за 16 августа 1981 года) он поднял вопрос: «Куда исчезла язва желудка?» Мистер Бейкер обратил внимание читателей на то, что люди стали реже страдать от этого заболевания. Эта статья натолкнула меня на мысль: раз уж все — и врачи, и их пациенты, — поняли, что язва связана со стрессом, значит, она перестала быть хорошим средством маскировки подавляемых эмоций. Вот почему заболеваемость язвой желудка снижается. И может быть, это объясняет, откуда взялось столько больных спин, плеч и шей?

УМ И ТЕЛО

Я считаю, что практически любой орган тела может быть использован для маскировки подавленных эмоций. В качестве примеров приведу сенную лихорадку, частые

респираторные заболевания и уро-генитальные проблемы. Один мой знакомый врач-уролог с ученой степенью сказал мне, что более чем в девяноста процентов случаев простатит возникает вследствие нервного напряжения. У меня есть пациент, страдающий от постоянной сухости во рту вследствие рефлекторного сокращения слюнных протоков, вызванного нервным напряжением. Подавленные эмоции могут спровоцировать ларингит. Офтальмологи говорят о распространенных нарушениях зрения, связанных с нервным напряжением, и так далее. Однако напоминаю вам: написанное выше ни в коем случае не отменяет медицинские обследования, которые необходимы, чтобы исключить из числа причин симптомов дегенеративные, инфекционные и неопластические заболевания (на эту тему мы подробнее поговорим в главе, посвященной уму и телу).

Окончательный вердикт специалиста должен звучать в утвердительной форме. Расплывчатые диагнозы типа «Я точно не знаю, что это, поэтому, вероятнее всего, во всем виновата психосоматика» неприемлемы. Врач должен сказать, например, следующее: «Теперь, когда мы исключили вариант опухоли, я могу с уверенностью продолжать лечение, зная, что причина недуга — психологическая». Редко кто поступает так, поскольку большинство практикующих врачей либо ничего не знают о психосоматической природе многих распространенных заболеваний, либо предпочитают не задумываться на подобные темы и продолжают лечить симптомы.

Роль страха при СМН

Интенсивность проявления СМН измеряется не только болезненностью, но и степенью ограничения подвижности тела. Чего человек боится или что он не

в состоянии делать? Инвалидность и неспособность выполнять привычные действия пугают даже больше, чем боль. По большому счету, страх перед физическими ограничениями — более эффективная маскировка того, что происходит в подсознании, чем болевой синдром.

Сильный болевой приступ проходит через несколько дней, но, если человек боится его повторения и опасается совершить лишнее движение, ему не до подавленных эмоций. Для большинства моих пациентов этот фактор является ключевым.

Время от времени у меня появляются люди, утверждающие, что боль не мешает им двигаться, но это исключение из правила. Все остальные боятся физической активности, что лишь усугубляет проблему, поскольку такая боязнь провоцирует дополнительные страхи и нередко приводит к депрессии.

Степень озабоченности симптомами — мера глубины проблемы. Одни пациенты признаются, что болевой синдром влияет на их образ жизни, другие же в буквальном смысле становятся его рабами. Боль — вот о чем они думают, просыпаясь утром, засыпая вечером.

Я работал с одной молодой женщиной, которая однажды сказала, что «испытывает ужас перед физической болью». Но во время нашего разговора было совершенно очевидно, что на самом деле она боится каких-то эмоций, а болевой синдром, наоборот, позволяет ей от них отвлечься.

Основываясь на собственном опыте, я смею утверждать, что сила болевого синдрома, а также степень «зацикленности» на нем является достаточно точным показателем величины подводной части «айсберга» эмоционального дисбаланса пациента. Люди, прошедшие через физические, моральные и особенно сексуальные

унижения и надругательства в детстве, хранят в себе огромные «запасы» гнева и тревоги. Вот о чем я в первую очередь вспоминаю, когда вижу человека с острыми проявлениями СМН. Физические симптомы — не что иное, как средство, с помощью которого сознание защищается от ужасных, пугающих, глубоко захороненных чувств. Такие слова — вовсе не преувеличение, поскольку мы говорим об очень сильном страхе и невероятной ярости, отравляющих человека изнутри, пусть даже он и отказывается это признавать. Подавленные чувства некоторых людей таковы, что, прикоснувшись к ним, они замирают как парализованные. Таким людям обязательно потребуется психотерапевтическая помощь как часть лечебной программы.

Однако примерно у девяноста пяти процентов людей с СМН, то есть у абсолютного большинства, уровень тревожности и гнева намного меньше, что значительно облегчает процесс лечения.

Страхи больных сплошь и рядом усугубляют врачи. Одна из моих пациенток рассказала мне, что вышла из кабинета врача в состоянии шока после того, как узнала о дегенеративных изменениях в поясничном отделе своего позвоночника. Она чуть не потеряла сознание прямо на улице, а боль стала намного сильнее, чем до визита к врачу.

Молодой человек двадцати с небольшим лет с фигурой футболиста поведал мне о том, что весь семейный бизнес держится на нем. Однажды он решил отправиться вместе с отцом к врачу, поскольку во время утреннего умывания стал чувствовать боль в нижней части спины. Молодому человеку сделали рентгеновский снимок, и врач сказал, что у него в поясничном отделе

позвоночника смещен межпозвонковый диск и со временем боль может усилиться. Ему посоветовали сделать компьютерную томограмму, и она действительно показала смещенный диск. Теперь уже речь шла о серьезной проблеме, ему запретили поднимать тяжести, а также играть в баскетбол (одно из его главных увлечений) и вообще порекомендовали быть очень осторожным. Молодой человек был в отчаянии. Все началось с легкого дискомфорта в спине, а теперь он ежедневно ощущал сильную боль и в его жизни появилась масса ограничений. Из-за поставленного диагноза он стал почти инвалидом со всеми вытекающими последствиями. Парня убедили в том, что у него серьезные проблемы с позвоночником и что он уже никогда не сможет поднимать что-то тяжелое и заниматься спортом. Ко мне на прием он попал в состоянии тяжелой депрессии.

К счастью, причиной терзавших его болей был не сместившийся межпозвонковый диск, а СМН. Лечение прошло успешно, и вскоре он вернулся к нормальной жизни (в том числе, к игре в баскетбол).

О боли в спине, которую стимулирует страх, можно говорить очень долго. Американцы уверовали в то, что спина — это хрупкая, деликатная структура, постоянно находящаяся в опасности и легко травмируемая. Существуют десятки бытовых запретов: не наклоняться, не носить тяжестей, поднимать предметы только с прямой спиной, не сидеть на мягких диванах и стульях, не плавать кролем и брассом, не ходить на каблуках, не выгибать спину (вот почему нельзя плавать кролем и брассом, а также носить каблуки), не бегать, не заниматься активными видами спорта, спать только на жестком матрасе и так далее. Большое количество моих пациентов (несколько тысяч) после успешного

курса лечения на собственном примере доказали, что эти инструкции не имеют никакого смысла. Все, чего можно добиться, выполняя их, — сохранить болевой синдром и превратить свою жизнь в ад.

Острые приступы СМН пугают. Любому, кто испытает хоть однажды такую боль, мысль о ее повторении будет внушать страх. К сожалению, пребывая в тревоге перед новой болью, человек почти гарантированно рано или поздно столкнется с ней снова.

Тревога и гнев усиливаются при мысли о том, что ты больше не можешь быть идеальным родителем, супругом, сексуальным партнером, работником, справляться с обязанностями по дому и заниматься прочими вещами. Не сможешь ходить в кино, театр, на концерты или в рестораны, потому что тебе нельзя долго сидеть. Печально, но приходится признать, что пациент с больной спиной — пленник всепоглощающего страха. И именно страх является основной причиной возникновения болевого синдрома.

Справляться и не справляться

Я неоднократно слышал о том, как некоторые люди болевают из-за того, что не могут справиться с жизненными трудностями. В случае с СМН складывается обратная ситуация: он возникает у тех, кто прекрасно со всем справляется. Почему? Причина проста — для того, чтобы добиться успеха в нашем обществе, нужно подавлять свои эмоции, а СМН существует на почве подавленных эмоций.

Недавно я общался с крупным бизнесменом, который, по его словам, никогда не отказывал друзьям и родным, о чем бы те его ни попросили. Он утверждал, что слово «нет» для него — проявление слабости. Говоря

же «да», он любой ценой выполняет обещанное. Этот человек всегда совсем справляется и является идеальным кандидатом в ряды пациентов с больной спиной.

Кроме того, он представляет собой яркий пример личности, склонной к СМН: повышенная потребность быть любимым, уважаемым, вызывать восхищение, добиваться цели любой ценой и занимать первые места. За свое умение разрешать любые трудности мы дорого расплачиваемся: прекрасно выглядим снаружи и страдаем внутри.

Нежелание соглашаться с диагнозом

С прискорбием должен отметить, что большинство людей не хотят признавать диагноз СМН. Это неудивительно, ведь в нашем обществе существует сильная предубежденность против всего, что связано с психологическими проблемами и психотерапией. Ситуацию не спасает ни то, что большая часть подобных трудностей в действительности не является чем-то серьезным, ни то, что миллионы людей ежегодно обращаются к психотерапевтам. Похоже, неприятие эмоциональных проблем относится к той же категории, что расовые и религиозные предрассудки.

Судя по заявлениям наших политиков, за последние годы американское общество смогло преодолеть большинство расовых и религиозных фобий. Но фобии по поводу психотерапии никуда не делись. Это прискорбно, поскольку многим политикам психотерапия просто необходима. При таких обстоятельствах вряд ли стоит надеяться на то, что какая-нибудь персона с политического Олимпа признает у себя СМН.

Точно так же этот диагноз отвергает большинство спортсменов, ведь эмоциональные проблемы ассоции

руются со слабостью, а образ атлета должен быть воплощением силы. Я знаю спортсменов, которым советовали ко мне обратиться, но они так и не явились в мой кабинет.

Не меньшими предрассудками руководствуются и врачи. Они предпочитают лечить различного рода патологии и чувствуют себя неуверенно, когда сталкиваются с пациентами, страдающими от психосоматических симптомов. Обычные действия врача — выписать лекарство в надежде на то, что пациент как-нибудь почувствует себя лучше. В наши дни даже психотерапевты норовят лечить людей медикаментами. И еще мне встречались психиатры, которые отказывались принять концепцию СМН, хотя могли с ее помощью избавиться от болей в спине.

Медицинская страховка оплачивает современные методы диагностики и терапевтические процедуры, но большинство страховых полисов строго лимитируют суммы, выделяемые на психотерапию, или исключают ее вовсе. Огромные деньги крутятся в индустрии трансплантации органов, а на терапию, способную улучшить качество жизни без хирургии и лекарств, тратятся жалкие гроши. И в общем-то людей, которые даже не пытаются бороться с подобными предрассудками, нетрудно понять. Ведь нам известно, что ум стремится всеми способами избегать болезненных переживаний. Вот почему мы подсознательно выбираем физическую боль, вместо того чтобы признать свои негативные переживания.

Я как-то раз беседовал на эту тему с одной своей пациенткой, и она отметила: «Если вы попросите окружающих быть снисходительными к вашим эмоциональным проблемам, на понимание не рассчитывайте.

Но стоит только признаться, что вы испытываете физическую боль, люди будут готовы сопереживать и помогать вам». Моя пациентка была совершенно права. В нашем обществе вполне допустимо открыто страдать от физической боли, но оно отворачивается от тех, кто не может справиться со своими эмоциями. Это еще одна причина, по которой человеческий ум выбирает СМН, когда дело доходит до негативных чувств и болезненных переживаний.

РАСПРОСТРАНЕН ЛИ СМН В ДРУГИХ СТРАНАХ?

Время от времени меня спрашивают: есть ли в мире страны, где люди не страдают от СМН? Доктор Каркадли-Уэллис, окончивший университет в Великобритании, а потом двадцать два года проработавший в Кении, дал четкий ответ на этот вопрос. В своем докладе на медицинской конференции в 1988 году он отметил, что у аборигенов первобытных африканских племен боли в спине встречаются крайне редко, чего нельзя сказать о гражданах США и Канады. Он объясняет этот факт тем, что африканцы менее тревожны, чем мы. Все очень логично.

НИЧЕГО НОВОГО

Поскольку симптомы описываемого здесь синдрома были известны много лет назад, мне было трудно поверить, что до сих пор никто не занялся его изучением. Просматривая медицинскую литературу, я наткнулся в одном из выпусков «Английского медицинского журнала» за 1946 год на статью военного врача майора Моргана Сарджента, где было сказано, что многие военные,

служащие в военно-воздушных силах страны, страдают от болей в спине. Майор Сарджент, кстати не имеющий психологического или психиатрического образования, отметил, что среди них примерно у девяноста шести процентов эта боль имеет психологическую природу. Те симптомы, которые он описал, явно относились к СМН. В наши дни эту его статью, вероятнее всего, попросту отказались бы публиковать, ссылаясь на ее «ненаучность» (в седьмой главе я еще буду говорить об изменении отношения к вопросу связи «ум-тело»).

РЕШЕНИЕ ЗАДАЧИ

Итак, наступает момент, когда пациент говорит мне: «Хорошо, вы меня убедили. Я понимаю, откуда взялась эта боль. А теперь расскажите мне, каким, интересно, образом я могу изменить свой характер, решить жизненные проблемы (особенно если решить их невозможно, — например, речь идет о моей девяностолетней матери), перестать злиться, тревожиться и подавлять свои чувства?»

К счастью, Природа бесконечно добра и в большинстве случаев решение этой задачи не требует серьезной внутренней трансформации. А точнее, лишь пять процентов людей, страдающих от СМН, нуждаются, для того чтобы выздороветь, в специализированной психотерапевтической помощи. Остальным достаточно просто разобраться в том, что такое СМН, и изменить отношение к собственной спине. Что, слишком просто? Прежде чем об этом судить, прочтите главу, в которой описано лечение СМН.

ФИЗИОЛОГИЯ СМН

Термин *физиология* имеет отношение к работе всех частей тела. Биологические системы чрезвычайно сложны, и чем выше стоит животное на эволюционной лестнице, тем сложнее его физиология.

В случае СМН это особенно важно, поскольку данный синдром является результатом взаимодействия физиологии человека с его умом и эмоциями. За последние сто лет медицина накопила огромный багаж знаний о физиологии большинства живых организмов, а также химии и физике человеческого тела, но она почти ничего не знает о взаимодействии ума и тела, которое является критически важным для понимания болезней и здоровья. СМН представляет собой классический пример такого взаимодействия, но мы не понимаем, как именно эмоции могут стимулировать физические реакции на клеточном уровне. Я хочу предложить свою концепцию того, как это происходит при СМН.

СМН начинается в мозгу. Именно оттуда подавленные эмоции типа гнева и тревожности запускают процесс, во время которого автономная нервная система уменьшает подачу крови к мышцам, нервам и сухожи-

лиям, в результате чего в этих тканях возникает боль и нарушается их функционирование. Автономная нервная система контролирует все произвольные функции организма. Она регулирует сердцебиение, выделение желудочного сока при переваривании пищи, скорость дыхания и другие жизненно важные физиологические процессы. Инстинктивные реакции, которыми в основном руководствуются низшие животные, также диктуются автономной нервной системой.

Кроме того, автономная нервная система контролирует кровообращение, причем с исключительной точностью. Она может усилить или ослабить ток крови в те или иные области нашего тела, и обычно делает это вполне обоснованно. Но деятельность автономной нервной системы при СМН можно считать аномальной, поскольку она обслуживает не базовые нужды организма, а некую психологическую потребность. Такая ситуация ненормальна уже хотя бы потому, что в результате человек испытывает боль.

КИСЛОРОДНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ — ПАТОФИЗИОЛОГИЯ СМН

Мы уже выяснили, что при СМН автономная нервная система в ответ на присутствие подавленных эмоций, например тревоги и страха, выборочно уменьшает ток крови и, соответственно, поставки кислорода к некоторым мышцам, нервам и сухожилиям. Такое состояние называют ишемией. В результате в тех областях тела, которые испытывают нехватку кислорода, возникают боль, онемение, покалывание и иногда — слабость. Иначе говоря, когда уровень кислорода в тканях тела падает ниже критической нормы, человек обязательно

это чувствует.

Довольно трудно понять, почему автономная нервная система реагирует именно таким образом, ведь ее предназначение — обеспечивать оптимальный режим работы тела, независимо от внешних условий. И все же она реагирует именно так. Как мы уже говорили ранее, такая ее реакция отвлекает наше внимание от подаваемых неприятных и нередко болезненных эмоций. Создается впечатление, что физическая боль для нас предпочтительнее душевной. Если посмотреть на ситуацию с подобной точки зрения, она перестает казаться нелогичной.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КИСЛОРОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Откуда мы знаем, что кислородная недостаточность является причиной болей? Дело в том, что многие телесные реакции на напряжение и тревогу — не что иное, как результат функционирования автономной нервной системы в условиях стресса. Наиболее известная из таких реакций — язва желудка (которую раньше лечили путем иссечения нервов в желудке). Кроме того, это спастические колиты, головные боли, вызванные напряжением, мигрень и так далее. То есть вполне логично предположить, что причины СМН также следует искать в деятельности автономной нервной системы.

Если это так, то наибольший вред мышцам и нервам автономная нервная система может нанести через сердечно-сосудистую систему. Мелким кровеносным сосудам нужно всего лишь немного сузиться и пропустить в соответствующую область тела меньше крови, чтобы там появилась боль.

Давно известно, что разогрев мышц диатермическими или ультразвуковыми аппаратами временно снимает болевой синдром в спине. Тот же эффект дает глубокий массаж соответствующих мышц. Эти физиотерапевтические процедуры способствуют усилению тока крови в мышцах. Больше крови — больше кислорода, и если указанные процедуры избавляют от боли, вполне логично предположить, что причиной болевых ощущений является кислородная недостаточность.

Данное утверждение доказано лабораторными исследованиями. В 1973 году двое немецких ученых — Х. Г. Фассбендер и К. Вегнер — обнаружили в ядрах клеток мышечной ткани, взятой с помощью биопсии, микроскопические изменения, вызванные кислородной недостаточностью. Об этом говорится в научном труде «Морфология и патогенез внесуставного ревматизма». А в 1986 году в «Скандинавском журнале ревматологии» (выпуск 15, стр. 165) Н. Лунд, А. Бенгтссон и П. Торборг опубликовали статью «Кислородное голодание мышечной ткани и первичная миалгия», в которой были представлены конкретные цифры, показывающие, что у людей, страдающих от первичной фибромиалгии, снижается уровень кислорода в мышцах.

Каким образом это связано с СМН? Я уже давно придерживаюсь мысли, что фибромиалгия, известная также как фиброз или миофиброз, а в некоторых случаях миофасцит и миофасциальная боль — синонимы СМН. Я вылечил большое количество пациентов, пришедших ко мне с диагнозом «фибромиалгия». Их истории болезни и результаты осмотров говорят о симптомах, полностью соответствующих симптомам тяжелой формы СМН. И доказательством моей правоты стало выздоровление

этих людей.

Как я уже ранее говорил, СМН проявляется множеством разных способов и очевидно, что фибромиалгия относится к их числу. У таких пациентов боли особенно выражены, поскольку возникают в разных мышцах одновременно; вдобавок они страдают от бессонницы, повышенной тревожности и депрессии, а также от общей повышенной утомляемости. Все это — признаки подавления сильных эмоций, в основном гнева, отсюда и острые симптомы.

Сказанное выше противоречит вере большинства врачей в то, что все болезни имеют физические причины. Врачам трудно согласиться со следующей мыслью: спина болит из-за того, что происходит в голове. И до тех пор, пока они не изменят своей веры, пациенты будут страдать от неправильно поставленных диагнозов.

ПОСЛЕДСТВИЯ КИСЛОРОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мышцы

Нам известны две причины, по которым в мышцах, страдающих от кислородной недостаточности, возникает боль.

Первая и самая главная причина — мышечный спазм. Именно он вызывает мучительную боль во время болевого приступа, об этом мы говорили в первой главе. После того как спазм проходит, отступает и боль. Из тысяч пациентов, побывавших у меня на обследовании, мышечного спазма не было у единиц.

Второй механизм описали врачи Холмс и Вулф в

своей статье «Жизненные ситуации, эмоции и боли в спине», опубликованной в 1952 году в журнале «Психосоматическая медицина» (выпуск 14, стр. 18). В ней говорится, что боли в спине вызываются накоплением в мышцах спины продукта расщепления глюкозы — молочной кислоты. Это весьма любопытный факт, поскольку и мышечные спазмы, и избыток в мышцах молочной кислоты наблюдаются у бегунов на длинные дистанции, мышцы которых испытывают недостаток кислорода. Боль, возникающая самопроизвольно или при надавливании во время обследования, означает, что мышцам не хватает кислорода. Не нужно путать это состояние с мышечным напряжением. Необходимо также учесть, что обычно кислородная недостаточность проявляется в очень легкой степени, а значит, не наносит никакого вреда мышечной ткани.

Триггерные зоны

Термин «триггерные зоны» появился много лет назад. Он означает точки в мышцах шей, плеч, спины и ягодиц, при надавливании на которые возникает боль. Пока еще нет единого мнения насчет того, в каких именно тканях локализуются при этом болевые ощущения, но большинство специалистов согласны, что речь идет все-таки о мышцах. Ревматологи, которым принадлежит ведущая роль в изучении фибромиалгии (а значит, СМН), стараются не использовать данный термин, — вероятно, из-за того, что в течение многих лет он ассоциировался с другими диагнозами. Я его не отрицаю, но и не использую, поскольку сделал вывод, что чувствительные триггерные точки представляют собой *центральные зоны кислородной недостаточности*. У людей, склонных к СМН (таких, например, как я), они могут присутствовать на про-

тяжении всей жизни, но при этом боль появляется в них далеко не всегда.

В первой главе акцент был сделан на то, что у большинства пациентов с СМН есть шесть чувствительных зон: внешние участки ягодиц, обе стороны поясницы и верхние точки плеч. Эти «триггерные зоны», точки повышенной чувствительности — называйте их как хотите — свидетельствуют об СМН, именно они продолжают болеть при надавливании даже после того, как болевой приступ закончился. Изучая физиологию СМН, очень важно знать, что мозг выбрал именно эти мышцы в качестве «жертв» болевого синдрома.

Иногда пациенты спрашивают, можно ли облегчить боль, вдыхая чистый кислород. Этот способ пытались использовать в качестве обезболивающего средства, но он оказался бесполезным. Если мозг решил создать кислородное голодание в тех или иных тканях тела, он это сделает независимо от насыщенности крови кислородом.

Нервы

Нервные волокна тоньше и чувствительнее мышечных. Дефицит кислорода провоцирует болевые ощущения в нервных окончаниях из-за того, что кислородное голодание угрожает целостности нерва. Иначе говоря, мышцы могут переносить нехватку кислорода (намного большую, чем при СМН) в течение довольно долгого времени и при этом их структура не пострадает. Нервные волокна гораздо более деликатны, и поэтому они сигнализируют болью мозгу при малейшем уменьшении уровня кислорода. То есть боль, возникающая в нервных окончаниях при СМН, — не что иное, как сигнал тревоги.

Человек также может ощущать онемение, покалывание, жжение, давление и так далее. За эти ощущения и боль, возникающую в отдельных частях тела, отвечают нервы.

Нервы подобны проводам и связывают мозг со всеми участками тела. Они передают из мозга сигналы, побуждающие мышцы активизироваться. Если вы уколетесь иглой, по нервам в мозг передается импульс, информирующий его о том, что произошло нечто угрожающее. Если же где-то был травмирован или раздражен нерв, боль будет ощущаться в той части тела, откуда изначально поступила эта информация. Например, если от недостатка кислорода страдает седалищный нерв, проходящий через ягодичную мышцу, человек может ощутить боль в любой части ноги, где пролегает этот нерв. И поскольку он проходит почти по всей ноге, ишиас проявляется по-разному. Иногда болит вся задняя часть ноги, а иногда только голень, задняя или передняя часть бедра, свод стопы или пятка. Порой боль чувствуется в бедре, потом перемещается в ступню. Точно так же в некоторых случаях она затрагивает только руку или ногу, не беспокоя шею и спину.

Есть люди, у которых из-за возбужденного поясничного нерва болевые ощущения появляются в верхней части бедра или даже в паху, хотя за половые органы отвечают крестцовые нервы.

Нервы, несущие информацию в мозг называются сенсорными нервами.

Двигательные же нервы ориентированы, можно сказать, в обратную сторону. Они передают послания из мозга в мышцы, и в результате те сокращаются, вызывая движения тела. Когда мышца сильно и непрерывно сокращается, это называется спазмом, о котором уже

говорилось выше. При спазме возникает мучительная боль.

Большинство нервов, например седалищный, — смешанные. То есть они состоят и из сенсорных, и из двигательных волокон. Вот почему повреждение или раздражение такого нерва может сопровождаться и сенсорными, и моторными симптомами, хотя и необязательно. При СМН бывают и только сенсорные симптомы — боль, покалывание, онемение, жжение, ощущение давления, и (менее распространенный случай) только двигательные симптомы — слабость соответствующих мышц. Но чаще всего наблюдается комплекс сенсорных и двигательных проявлений описываемого синдрома.

Связки и сухожилия

В СМН еще много загадок, и одна из его самых сложных для понимания особенностей — участие в нем сухожилий и связок. Например, после лечения СМН часто пропадает дистрофия ткани сухожилия (тендинит) локтя, плеча или колена. То есть она также может быть составляющей СМН.

Считается, что тендинит — результат воспаления, но стопроцентных доказательств у этого предположения нет. Так как дистрофия ткани сухожилия является одним из его проявлений, возникает соблазн во всем обвинить кислородную недостаточность. Хотя в сухожилии нет кровеносных сосудов, оно состоит из живой ткани и, значит, должно как-то снабжаться питательными веществами и кислородом. Логично было бы предположить, что боль в сухожилиях и связках также вызывается дефицитом кислорода. Как бы то ни было, очевидно то, что эти структуры являются частью шарды, придуманной мозгом, чтобы отвлечь внимание

человека от внутренней тревоги и гнева. Иначе говоря, необходимо помнить: тендинит — еще одно проявление синдрома мышечного напряжения (СМН).

ВЫВОДЫ

Итак, давайте подведем итоги относительно физиологии СМН. Этот синдром возникает при определенных эмоциональных состояниях, которые вызывают возбуждение в центральной нервной системе, и особенно — в автономной нервной системе, в результате чего в той или иной части тела сужаются кровеносные сосуды, в результате чего некоторые мышцы, нервы, связки и сухожилия испытывают легкую кислородную недостаточность. Нехватка кислорода вызывает боль — основное проявление СМН — и другие неприятные ощущения (онемение, покалывание, жжение), а также двигательные нарушения (слабость мышц, ухудшение рефлексов сухожилий).

Похоже, пока еще никому не удалось найти ответ на вопрос; для чего ум в качестве «жертв» СМН выбирает мышцы, нервы, связки и сухожилия. На этом этапе развития науки мы не в состоянии понять общие принципы работы человеческого мозга. Как следствие, механизм возникновения СМН остается для нас загадкой.

Однако, хотя физиология СМН представляет интерес с академической точки зрения, в практическом плане докапываться до самой сути этого вопроса нет особой необходимости. Мы знаем, как справиться с данной патологией, поскольку нам известна истинная причина ее возникновения. Биохимические и физические изменения в мышцах, нервах, связках и сухожилиях, в результате которых появляется боль и другие симпто-

мы, есть следствия процессов, происходящих в мозгу и спровоцированных психологическими причинами. Поскольку любые отклонения, возникающие на психологическом уровне, проявляются и на физическом уровне, не так уж важно точно знать, что именно происходит при этом в тканях тела. Более того, в следующей главе, посвященной лечению СМН, мы покажем, как перенос фокуса внимания на физиологию и симптоматику СМН лишь усугубляет проблему.

ЛЕЧЕНИЕ СМН

КАК ВСЕ НАЧИНАЛОСЬ

В течение последних семнадцати лет моя методика лечения СМН развивалась в соответствии с четкой диагностической концепцией: *болевым синдромом есть результат взаимодействия ума и тела*. Когда я пришел к этому выводу, мне немедленно захотелось рассказать пациентам о том, что, на мой взгляд, происходит с ними на самом деле. Однако я продолжал прописывать физиотерапию. Мои соображения были таковы: раз симптомы СМН появляются вследствие кислородной недостаточности, физиотерапевтические процедуры полезны, поскольку они стимулируют кровообращение.

Со временем я обратил внимание на любопытную деталь. Большинство пациентов, избавившихся от СМН, принимают идею, что терзавшие их боли были спровоцированы эмоциональными факторами. Некоторые же из тех, кто почувствовал улучшение, хотя и относятся к поставленному мной диагнозу скептически, но пози-

тивно реагируют на физиотерапию. Также стало очевидным, что эффект от одних физиотерапевтических процедур выше, чем от других. Основываясь на своих наблюдениях, я пришел к двум выводам:

1. Главный фактор, способствующий выздоровлению: пациент должен точно знать, что с ним происходит; достоверная информация является своего рода «пенициллином», позволяющим избавиться от СМН.
2. На некоторых пациентов физиотерапия и/или физиотерапевт действуют как плацебо. Я ничего не имею против эффекта плацебо, но обычно он носит временный характер. Моей же целью является полное и окончательное выздоровление больного.

Понять, как работает эффект плацебо оказалось сложно, но для меня оставался загадкой механизм действия информированности пациента. По сути, речь шла о терапии знанием, и объяснить принцип ее действия я не мог. Но меня радовала эффективность такой терапии и, соответственно, растущее число излечившихся пациентов. Кроме того, наконец-то у меня появилось чувство, что я понимаю, с чем имею дело, хотя пока что я был не готов говорить о таких вещах детально. Впрочем, последнее меня не слишком огорчало, ведь речь шла о процессах, происходящих у нас в голове, и всем прекрасно известно, насколько мизерны наши знания о принципах работы мозга.

В тот период я тесно сотрудничал с группой талантливых физиотерапевтов, знавших все, что только можно знать о синдроме мышечного напряжения. Они совмещали физиотерапевтическое лечение СМН с обсуждением с пациентами психологических факторов их проблем, фактически выступая еще и в роли психотерапевтов.

Позднее мне было нелегко отказываться от физиотерапии, так как я был чрезвычайно благодарен этим профессионалам за их преданность делу.

В первые годы своей работы с СМН я также установил прекрасные рабочие отношения с небольшой группой психологов из Института реабилитационной медицины Говарда Раска; мы общаемся и по сей день. От них я многому научился в области психологии, кроме того, они оказывали весьма квалифицированную помощь моим пациентам, нуждавшимся в психотерапии. Мы работали как единая команда.

В 1979 году — возможно, позже, чем следовало бы, — я начал собирать группы пациентов на своеобразные лекции-дискуссии. С каждым годом мне становилось понятнее, что в лечении СМН на первом месте стоит образовательный фактор. Иногда у меня появлялись пациенты с СМН, долгое время общавшиеся с психоаналитиками, либо же проходившие психотерапию, у которых боли так и не уменьшились. Я сделал вывод: психологических инсайтов недостаточно для того, чтобы предотвратить новые приступы СМН. До тех пор пока человек не имеет понятия об этом синдроме, боль не уйдет. Начав с четырех часовых лекций, мы перешли к двум двухчасовым сессиям, первая из которых посвящена физиологии и диагностике СМН, а вторая — его психологическим аспектам и лечению. Важность лекций была очевидна: раз для выздоровления так необходима информированность, значит, пациенту должно быть известно об СМН все. Но что еще важнее — ему нужно точно знать, чего у него нет (в плане диагнозов). Он должен понимать, что СМН, как таковой, не представляет опасности для его здоровья и, значит, нет необходимости в каких-либо запретах и ограничениях.

Напротив, запреты и ограничения усиливают страх и тем самым лишь усугубляют ситуацию.

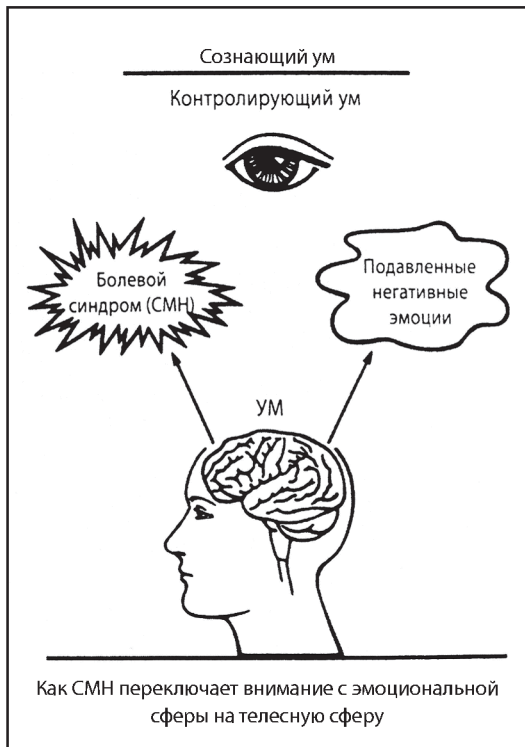
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ

Если боль появляется для того, чтобы отвлечь наше внимание от сферы эмоций, и если с помощью лекций можно убедить пациента не обращать внимание на болевые симптомы и сосредоточиться на своих психологических проблемах, значит ли это, что болевой синдром теряет свою значимость?

Это похоже на разглашение сведений о какой-нибудь секретной операции. Пока человек не догадывается о том, что СМН является отвлекающим фактором, боль никуда не исчезнет. Но как только он осознает (я подчеркиваю — *осознает*, поскольку одного только интеллектуального понимания тут недостаточно), уловка перестает работать; боль прекращается, так как теперь в ней больше нет надобности. Информация сделала свое дело.

На рисунке изображена схема, которая поможет вам разобраться в механизме этого процесса. В мозгу—органе, отвечающем за работу ума, — рождаются неприемлемые негативные эмоции, о которых рассказывалось выше, поэтому стрелка указывает вверх и вправо. Сверху расположен сознающий, или, как его еще называют, контролирующий ум. Для того чтобы он оставался в неведении относительно испытываемых человеком негативных эмоций, эти эмоции подавляются, то есть остаются в подсознании. Подавленные эмоции пытаются выбраться в сознание, и, чтобы этого не произошло, требуется защитный механизм. В данном случае защитой может служить все, что способно отвлечь сознаю-

щий (контролирующий) ум от того, что подавляется. Именно для этого мозг создает СМН — стрелка направлена влево. Теперь человек должен обращать внимание на различные проявления СМН, и тогда он сможет избежать неприятных переживаний, изображенных на схеме справа.



Эта иллюстрация очень полезна для понимания того, каким образом люди избавляются от СМН, просто разобравшись в том, что именно с ними происходит. Если я смогу убедить сознающий ум пациента, что СМН не представляет серьезной угрозы и не стоит особого внимания, поскольку это всего лишь подделка, обман, который легко раскрывается, и единственное, на чем нужно сосредоточиться, — это подавленные чувства, СМН окажется бесполезным. Он больше не сможет отвлекать внимание сознающего ума; защита рассыпается (покров сорван, маскировка снята), и в результате боль исчезает.

Если сказанное выше кажется вам фантастическими выдумками или сказками вроде сказок братьев Гримм, могу добавить, что на протяжении семнадцати лет я с помощью этого метода помог нескольким тысячам людей.

Хочу рассказать историю, которая станет прекрасным дополнением к моим словам. Одна женщина прошла мою программу с отличным результатом. Боль пропала через несколько недель после окончания лекций, и она смогла вернуться к своим любимым занятиям, в том числе к бегу и игре в теннис. Однако спустя примерно девять месяцев после нашего общения она почувствовала во время бега боль совсем в другом месте — внешних частях бедер. Опять СМН!

Женщина отправилась к врачу, который сказал, что у нее бурсит, направил на рентген и назначил уколы и таблетки. Позднее она призналась мне, что боль была невыносимой. Это продолжалось три недели — пока она не набрала номер моего телефона и я не пожурил ее за то, что она следовала предписаниям своего врача. После нашего разговора она крепко задумалась и разо-

злилась на собственный мозг за то, что тот сыграл с ней такую злую шутку. В результате через пару минут боль прошла и больше не возобновлялась. Пораженная тем, как быстро исчезла боль, женщина продолжила занятия спортом, сосредоточившись на реальной проблеме: подсознательной тревоге — а не нанесет ли она себе травму во время тренировок.

Смысл этой истории в том, что информация оказалась решающим фактором выздоровления, которое не заставило себя ждать, поскольку наша героиня уже прошла программу и осознала (то есть приняла на глубинном уровне) концепцию СМН. Боль не прошла бы мгновенно, если бы женщина не имела представления об СМН. Но так как после моих лекций она уже знала, что это такое, стоило ей понять, что появившаяся боль — еще одно проявление СМН, Синдром тут же прошел, поскольку он уже не мог отвлекать ее от эмоциональных проблем.

Вы можете поинтересоваться: «Почему же у нее снова появились боли?»

Повторение болевого синдрома всегда свидетельствует о наличии подавленных чувств, например гнева или тревоги.

Тут вы, вероятно, спросите: «Но если ваша программа рассчитана на то, чтобы предотвращать такие инциденты, что произошло в данном случае?»

Тот факт, что боли у этой женщины появились в другом месте, говорит о попытках ее мозга снова использовать СМН для маскировки подавленных переживаний. Я с ней об этом беседовал, и мы договорились, что, если нечто подобное повторится, она обратится к психотерапевту (см. раздел о том, кому нужна и кому не нужна психотерапевтическая помощь).

Здесь будет нелишним повторить, что в уме действуют некие противоположные силы, которые и определяют судьбу подавленных эмоций. Одна из этих сил пытается перенести их в сознание, несмотря на то что они для него неприемлемы. Другая же сила, стараясь ей воспрепятствовать, прибегает к отвлекающим средствам вроде СМН.

Однако само возникновение СМН говорит, что эти эмоции зачем-то нужно вынести на свет Божий. Психологическая литература свидетельствует о том, что люди демонстрируют широкий спектр различных поведенческих отклонений, позволяющих им избегать неприятных и болезненных переживаний. Классический пример — так называемая гермофобия, при которой человек настолько боится микробов, что моет руки по сто раз на день. Такое поведение, когда человек, движимый страхом перед микробами, становится в буквальном смысле маньяком чистоты, считается проявлением невроза. В нем уже давно признали своего рода замену сильных подсознательных чувств, с которыми человек не хочет иметь дела и потому предпочитает озаботиться микробами. СМН, так же как и мигрень, сенная лихорадка, экзема, учащенное сердцебиение, выполняет ту же задачу, привлекая внимание человека к телесным проблемам.

СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ

Программа лечения СМН базируется на двух основных принципах:

1. Получение знаний, знакомство с природой синдрома мышечного напряжения (СМН).

2. Действия в соответствии с полученными знаниями и, как следствие, изменение направления работы мозга.

Психологический подход

Итак, прежде всего пациент должен узнать, что такое СМН: откуда берется боль и какая часть мозга за нее отвечает. Потом он знакомится с психологическими аспектами СМН и осознает, что все мы, представители современной культуры, склонны генерировать гнев и тревогу и что чем больше наша склонность к перфекционизму, тем выше уровень испытываемых нами негативных эмоций. Это позволяет ему научиться мыслить, если можно так выразиться, психологически вместо того, чтобы фокусироваться на своих болезненных физических ощущениях.

То есть я советую пациентам осознанно переключить собственное внимание на свое психологическое состояние — на то, что их волнует в этот момент: финансовое положение или семейные проблемы. Источником СМН может быть все что угодно, и когда вы этот источник раскрываете, ваш мозг получает информацию, что болью он вас больше не обманет. Как только это послание достигает глубинных слоев подсознания, боль исчезает.

Конечно, все хотят, чтобы боль пропала мгновенно. Пациенты часто спрашивают: «Хорошо, я прекрасно понял все, что вы сказали, но почему боль не проходит?» Заключительные строки стихотворения Эдны Сент- Винсент Миллей могут служить прекрасным ответом на этот вопрос:

*«Как жаль, что сердце нехотя внимает
Тому, что быстрый ум готов преподнести».*

Если заменить слово «сердце» на «подсознание», все сразу станет понятным. Сознательный ум быстр, он мгновенно схватывает и усваивает информацию. Подсознание медленно и неторопливо принимает новые идеи и изменения, что в общем-то тоже неплохо. В противном случае люди были бы очень непостоянными существами. Но иногда, как в случае с болью, нам хочется, чтобы перемены происходили немедленно.

Итак, сколько времени потребуется на то, чтобы боль ушла? Хотя я не люблю приводить подобные цифры, но все же, основываясь на опыте, могу сказать, что у большинства людей симптомы пропадают через две-шесть недель после лекций. Однако мне приходится предупреждать пациентов, что этот период может удлиниться, если они начнут считать дни и недели или разочаруются из-за того, что боль не уходит тогда, когда, по их мнению, она должна была бы исчезнуть. Помните, человек не машина и период выздоровления у разных людей разный. Насколько сильны ваши подавленные эмоции? Сколько страхов скопилось у вас внутри за годы жизни? И действительно ли вы готовы отказаться от того диагноза, с которым идете на лекцию? Все это влияет на то, как быстро вы выздоровеете.

Поговорите со своим мозгом

Вот одна полезная стратегия, которая поначалу может показаться вам странной, однако в действительности она чрезвычайно действенна. Я в обязательном порядке предлагаю пациентам побеседовать об имеющихся у них проблемах с собственным мозгом. Многие люди рассказывали мне, что подобные разговоры давали прекрасные результаты. И все потому, что таким

образом вы берете на себя ответственность за свое состояние, вместо того чтобы чувствовать собственную беспомощность, бессилие и обиду, как это часто бывает у людей с СМН. Когда человек начинает отстаивать свои права, заявляя мозгу, что больше не будет мириться с его хитростями, — эффект удивляет. Пациенты утверждают, что нередко именно в этот момент у них прекращается боль. Очень полезная стратегия!

Возобновите физическую активность

Вероятно, самой важной (и самой сложной) задачей для пациентов с СМН является необходимость продолжать вести активный образ жизни, даже если речь идет о достаточно больших физических нагрузках. Нужно преодолеть страх перед наклонами, поднятием тяжестей, бегом, игрой в теннис, другими видами спорта и сотнями простых движений. Забудьте весь вздор о том, каким образом вам можно наклоняться, садиться, вставать, ложиться, поднимать, как плавать, какой стул купить и на каком матрасе спать, какие туфли и корсет носить и тому подобные медицинские мифы. Врачи, благодаря своим средневековым верованиям в травму как основную причину болей в спине, и без того добились немалых успехов в создании армии полуинвалидов.

Каждый пациент, хоть это и непросто, должен преодолеть свой страх перед движениями, который сковывает сильнее, чем боль, и вернуться к нормальной физической активности, чтобы снова стать здоровым человеком. Ведь задача СМН — не позволить уму сосредоточиться на психологической проблеме. Как сказал персонаж комикса «Peanuts», величайший философ современности песик Снупи: «Чтобы отвлечь ваши мысли от эмоциональных проблем, нет лучшего средства, чем

небольшое физическое недомогание». Автор этого комикса Чарльз Шульц определенно был очень наблюдательным человеком.

Я абсолютно уверен, что физические ограничения, спровоцированные СМН, наносят больший ущерб, чем боль, и потому я делаю особый упор на необходимости возвращения к нормальной жизни. Если пациенты к этому не готовы, они остаются в подавленном состоянии и переживают все новые и новые рецидивы болей. Чуть раньше я говорил о фобиях. Так вот, боязнь физической активности, изводящая людей с болевыми симптомами, особенно в области поясницы, заставила меня изобрести новый термин физиофобия. Это очень мощный фактор, мешающий избавиться от СМН.

В связи с вышесказанным хочу отметить, что совет возобновить нормальную двигательную активность, в том числе и довольно интенсивную, я давал за последние семнадцать лет огромному количеству людей, и не помню ни одного случая, чтобы кто-то назвал его причиной повторного появления боли.

Я предлагаю своим пациентам понемногу возвращаться к нормальным движениям начиная с момента ослабления болей, когда они чувствуют, что уверены в поставленном мною диагнозе. Если начать раньше, боль может усугубиться. Тогда страх многократно усилится, и процесс выздоровления затормозится. Люди обычно настроены на болевые ощущения во время движений; не нужно пытаться насильно разрушать такие программные паттерны до тех пор, пока у человека не возникнет стойкая внутренняя уверенность в том, что причиной терзающих его болей является СМН.

Один из моих пациентов, адвокат тридцати пяти лет, столкнулся с интересным явлением. Он вполне успешно,

без эксцессов прошел мою программу. Спустя несколько недель боль исчезла и он мог делать все что угодно, кроме одной вещи. Он боялся бегать. Позже этот мужчина пояснил мне, что у него в голове так прочно засела вдалбливаемая ему на протяжении многих лет мысль о вредном влиянии бега на спину, что он просто не мог преодолеть свой страх, хотя прекрасно справлялся с другими видами деятельности, требующими больших усилий, чем бег. Прошел год, он решил, что глупо так себя вести и нужно начать бегать. После пробежки боль вернулась. Мужчина оказался на распутье — продолжать бегать или отказаться от этой идеи? Он позвонил мне, чтобы посоветоваться, но, к сожалению, я был в отпуске, так что ему пришлось принимать самостоятельное решение. Проявив мудрость, мой пациент решил победить свой недуг и продолжил бегать, хотя ему было больно. Однажды ночью он проснулся от острой боли в верхней части спины, но поясница не болела. Зная, что СМН в процессе выздоровления может перемещаться по телу, он решил, что, скорее всего, одерживает победу над болезнью. Именно так и случилось. Через пару дней боль в верхней части его спины прошла, и с тех пор не повторялась ни там, ни в пояснице.

С СМН нужно бороться и победить его, иначе симптомы будут возвращаться. И главная задача во время лечения — избавиться от страха и возобновить нормальную физическую активность.

Откажитесь от всех видов физиотерапии

Еще одно необходимое условие полного выздоровления: следует отказаться от любых форм физиотерапевтического лечения. Увы, прежде чем я перестал назначать физиотерапию людям с диагнозом СМН, прошло

двенадцать лет. Так много времени мне понадобилось чтобы отказаться от старых традиционных методов, которым меня научили.

Физиотерапия концептуально противоречит тому, в чем я ныне вижу единственный рациональный способ лечения СМН, а именно — обучению, то есть остановке процесса там, где он начинается, в голове. Со временем для меня стало очевидным, что некоторые пациенты всецело полагаются на физиотерапию (или физиотерапевтов) и в результате срабатывает эффект плацебо, но это означает, что рано или поздно боль все равно вернется.

Необходимо, чтобы человек признал несостоятельными любые объяснения мучающих его болей с точки зрения соматики, иначе симптомы не исчезнут. Мануальная терапия, тепло, массаж и акупунктура — физиотерапевтические средства, которые изобретены для лечения действительных патологий, а не для борьбы с СМН. И до тех пор, пока страдающий от СМН человек не изменит собственные представления о природе своего недуга, ему не удастся избавиться от болей.

Пациенты обычно бывают шокированы рекомендацией прекратить выполнять специальные упражнения и растяжки. Но это важно для формирования необходимой внутренней установки. Однако упражнения для поддержания хорошей физической формы и здоровья — совсем другое дело, и мы их настоятельно рекомендуем.

Просматривайте напоминания

Следующая стратегия чрезвычайно важна, но нужно быть осторожным, чтобы не превратить ее в ритуал.

Я вручаю пациентам список из двенадцати ключевых

пунктов-напоминаний, который он должен перечитывать как минимум раз в день, находя минут пятнадцать, чтобы посидеть в тишине и обдумать написанное. Вот этот список:

- ◆ Боль, вызванная СМН, не является следствием структурной патологии.
- ◆ Основная причина боли — небольшая кислородная недостаточность.
- ◆ СМН не представляет серьезной угрозы здоровью, поскольку он спровоцирован подавленными эмоциями.
- ◆ Основная подавленная эмоция — страх.
- ◆ СМН возникает для того, чтобы отвлечь мое внимание от эмоций.
- ◆ Мне нечего бояться, потому что у меня в спине нет никаких серьезных нарушений или повреждений.
- ◆ И значит, физическая активность не принесет мне вреда.
- ◆ Я должен возобновить нормальную физическую деятельность.
- ◆ Я перестану бояться боли и не буду постоянно думать о ней.
- ◆ Я переключаю свое внимание с болевых ощущений на собственные эмоции.
- ◆ Я (а не мое подсознание) контролирую ситуацию.
- ◆ Я принял решение думать «психологически», а не «телесно».

К концу второй лекции-дискуссии информация о СМН должна стать пациентам понятной. Теперь им нужно ее «переварить» и принять на подсознательном уровне, поскольку для победы над СМН одного лишь

интеллектуального понимания недостаточно. Пациентам дается срок от двух до четырех недель, и если прогресса нет, они перезванивают мне. Тогда я либо приглашаю их к себе на консультацию, либо (что бывает чаще) на встречу небольшой группы таких же пациентов (недовольных результатами такого лечения или имевших рецидивы болей через несколько месяцев или лет). Цель подобных сессий — разобраться в причинах происходящего.

ПОВТОРНЫЕ ВСТРЕЧИ МАЛЫХ ГРУПП

Прежде всего нужно убедиться в том, что человек понял диагноз СМН и согласился с ним. Давайте представим себе некоего вымышленного пациента, например пятидесятилетнего бизнесмена. Он пришел на эту встречу потому, что после лекций-дискуссий его состояние не улучшилось. Причины могут быть разными:

- ◆ Он на девяносто процентов согласен с диагнозом СМН, но ему все-таки кажется, что причиной боли в спине является смещение межпозвонкового диска, о котором он узнал после магнитно-резонансной томографии.
- ◆ Ему трудно поверить, что боль пройдет после какой-то там образовательной программы.
- ◆ Он согласен с диагнозом СМН, но все еще боится возвращаться к нормальной физической активности.

Подобные ментальные преграды позволяют мозгу и дальше с помощью СМН отвлекать внимание человека от реальной проблемы. Пока пациент будет фокуси-

роваться на том, что происходит в его теле, симптомы никуда не исчезнут. Необходимо осознать, что боль вызвана СМН, и быть абсолютно уверенным в этом диагнозе.

Представим также, что рядом с нашим бизнесменом сидит его жена, тридцатилетняя домохозяйка. Она говорит, что после тех же лекций-дискуссий ей тоже ничуть не стало лучше, однако это ее не удивляет, ведь ее жизнь осталась такой же беспокойной и полной забот, как и раньше. Она чувствует усталость и разочарование. Ей постоянно кажется, что она все делает не так.

Этой женщине подсказали, что, будучи перфекционисткой, она никогда не удовлетворена тем, что делает. Но секрет избавления от СМН состоит не в том, чтобы изменить себя, освободившись от подавленного страха и гнева. Да-да, и гнева тоже. Скорее всего, ей в голову не приходила мысль, что, обожая трех своих маленьких дочурок, она часто на них злится — ведь дети требуют постоянного внимания. Она даже представить себе не может, что способна на такую злость. Как только женщина поймет, что путь к исцелению лежит через осознание неприемлемых подавляемых чувств, боль пройдет.

Следующим поднимает руку сидящий в боковом ряду мужчина, сорокапяти летний прораб, который прошел программу три года назад и с тех пор чувствовал себя прекрасно — никакой боли, никаких физических ограничений. И вдруг, как гром среди ясного неба, «прострел» в спине, и теперь он страдает от сильнейшей боли. Если бы этот мужчина не был знаком с программой, он не на шутку бы испугался. Тем не менее ему непонятно, что с ним случилось на сей раз.

— Что сейчас происходит в вашей жизни? — спрашиваю я у него.

— Ничего особенного, — отвечает он. — У жены все хорошо, у детей — тоже, все здоровы, у нас нет финансовых проблем.

Но прострел в спине означает, что на психологическом уровне есть какие-то проблемы, ведь СМН представляет собой эмоциональный барометр. Поэтому я продолжаю задавать вопросы. В конце концов мы находим проблемы у него на работе — конфликт с подчиненными и критика со стороны начальника.

— Ничего серьезного, я прекрасно справляюсь, — говорит он, не понимая, что, «справляясь», испытывает сильнейший страх и тревогу.

После этой встречи он уходит, зная намного больше о той эмоциональной работе, которая происходит у него внутри. Как следствие, боль в спине утихнет, и возможно, в следующий раз, столкнувшись со стрессовой ситуацией, он задумается о своих подсознательных реакциях.

Встречи небольших групп стали ценным терапевтическим инструментом. Благодаря им пациенты не только начинают лучше разбираться в себе, но и учатся на примерах окружающих. Людям нужно знать, что они не одиноки и не остаются один на один со своей проблемой. Кроме того, эти встречи помогают мне решить, нужна ли тому или иному пациенту квалифицированная психотерапевтическая помощь.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Хотя примерно девяносто пяти процентам пациентов с СМН для полного выздоровления достаточно описываемой здесь программы, некоторые все-таки нуждаются в дополнительной психотерапевтической помощи. Это

означает, что у них значительно повышен уровень тревожности, а также слишком подавляемый гнев. Их мозг не собирается просто так отказываться от удобной стратегии сокрытия истинных переживаний за физическими симптомами. Когда кому-то сложно принять диагноз СМН, я подозреваю, что его подсознание не желает расставаться с этим синдромом и потому сопротивляется.

Однажды у меня был пациент, который с помощью психотерапевта начал разбираться в своих давно подавленных чувствах, но ему стало так страшно, что он предпочел прервать этот процесс. Подчеркиваю: речь идет не о психически больных, мы говорим о совершенно нормальных людях, которые попросту не догадываются о том, какой эмоциональный груз лежит у них в подсознании. У некоторых «резервуар» обид и злости начинает заполняться еще в детстве, и эти чувства хранятся очень глубоко, поскольку являются социально неприемлемыми и слишком пугающими, чтобы их можно было выпустить в сознание. Как уже говорилось ранее, мы все в той или иной степени подавляем неприятные эмоции — это универсальное явление, которое нельзя относить к нервным расстройствам, иначе всех людей следовало бы причислить к невротикам.

У некоторых людей, получивших в детстве психологическую травму, подавляемые эмоции могут быть очень сильны. Чтобы в них разобраться и научиться справляться со своим состоянием, им требуется психотерапевтическая помощь.

К сожалению, наше общество до сих пор недооценивает роль психотерапии, бытует мнение, что за профессиональной помощью к психотерапевтам обраща-

ются только слабые и не очень умные люди. Но груз подавляемых чувств не имеет никакого отношения к силе характера или умственным способностям. Тем не менее в США этот предрассудок настолько силен, что государственного служащего, обратившегося к психотерапевту, могут уволить с работы.

Я же считаю, что работа руководящих лиц была бы намного эффективнее, если бы все они в обязательном порядке проходили сеансы психотерапии. В этом случае мы бы наверняка избежали множества скандалов в высоких кабинетах.

Имейте в виду, в психотерапии нуждаются всего лишь пять процентов пациентов с СМН, и те, кто попадает в эти пять процентов, ни в коем случае не должны чувствовать себя «людьми второго сорта».

Я восхищаюсь пациентами, прошедшими мою программу. Для того чтобы исцелиться, им пришлось преодолевать серьезные препятствия, в том числе скептицизм и предрассудки окружающих. Достаточно вспомнить постоянные предостережения, обычно со стороны родных и близких: «Не поднимай», «Не наклоняйся», «Не забывай носить корсет». Поэтому я рекомендую всем родственникам моих пациентов ознакомиться с описываемой здесь программой, тогда они не будут мешать процессу лечения.

Главная задача людей, желающих излечиться от СМН, — обрести уверенность в том, что с помощью этой программы они смогут победить свой недуг и что его причина кроется не в физиологии, а в сфере эмоций. Мне же нужно убедить их в том, что исцеление реально.

ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Очень важным фактором, помогающим обрести необходимую уверенность в результате, является статистика успешного лечения СМН. В 1982 году мы оценили состояние здоровья 177 наших пациентов, которые проходили лечебную программу с 1978 по 1981 годы включительно. Семьдесят шесть процентов из них жили обычной жизнью, не испытывая болей в спине, у некоторых изредка проявлялись очень слабые симптомы. Восемь процентов ощутили значительное улучшение, а у шестнадцати процентов ничего не изменилось — они не получили от наших лекций-дискуссий никакой пользы, но нужно учесть, что раньше программа была не столь совершенна, как сейчас.

В 1987 году мы провели еще одно аналогичное исследование. На сей раз нами была обследована группа пациентов, у которых с помощью компьютерной томографии обнаружили смещение межпозвонковых дисков. Все эти люди с 1982 по 1986 год прошли мою программу лечения СМН. Восемьдесят восемь процентов из них полностью выздоровели, десять процентов — почувствовали улучшение, и у двух процентов ничего не изменилось.

Не так давно известный писатель и журналист Тони Шварц, избавившийся от СМН в 1986 году, в своей статье в журнале «Нью-Йорк» рассказал о докторе Берни Сигале, который направил на описываемую здесь программу сорок пациентов — тридцать девять из них избавились от болей. В общем, согласно моим наблюдениям, эта программа позволяет вылечить до девяноста процентов людей, страдающих от СМН, при условии, что они согласны с поставленным диагнозом. Однако

попытки избавиться от этого синдрома убежденных скептиков — пустая трата времени и усилий.

Некоторые критики говорят, что я получаю хорошие результаты потому, что лечу исключительно тех пациентов, которые верят в мою концепцию. Но я действительно могу работать только с теми, кто хотя бы попытается воспринять идею, что терзающие их боли спровоцированы подавленными эмоциями. Как бы то ни было, при первой нашей встрече большинство пациентов настроено крайне скептически и мне приходится убеждать их в логичности диагноза, ведь только осознание роли эмоций может помешать мозгу и дальше вводить их в заблуждение. Это не вера, это новые знания.

Возьмется ли хирург оперировать пациента, если риск негативного исхода операции слишком высок? Почему же я должен быть менее избирательным, чем хирург?

Я часто слышу критические замечания со стороны своих коллег, когда утверждаю, что большинство болезненных симптомов в шее, плечах и спине — проявления СМН. Они говорят: «Он может быть прав в тридцати-сорока процентах случаев, не больше». Но если у тридцати или сорока процентов пациентов все-таки СМН, тогда почему мои критики *никогда* не ставят этот диагноз? Увы, они не смогут позволить себе этого, поскольку такой диагноз означал бы их отказ от привычных принципов диагностики и лечения.

Мои успехи в лечении болей в спине являются неопровержимым доказательством точности диагноза СМН и эффективности терапевтической программы. Многие из моих пациентов приходят ко мне по совету своих друзей и знакомых, прошедших эту программу

ранее. И это вполне характерно для медицины. Лучшая рекомендация — успешно вылеченный человек.

Хочу подчеркнуть, что я не считаю результат удовлетворительным до тех пор, пока пациент не почувствует значительное облегчение (хотя у любого из нас может быть периодическое ощущение дискомфорта или легкая боль) и не вернется к привычной физической активности, не боясь рецидивов. Как я уже говорил, страх движений приносит намного больше вреда, чем хроническая боль. Буквально все мои пациенты были узниками собственных страхов (получить травму, спровоцировать новый приступ боли), которые отвлекают внимание от эмоциональных проблем эффективнее, чем сама боль. Наша задача — вырвать человека из лап страха.

Я постоянно ищу новые методы донесения своей идеи до пациентов. До некоторых доходят одни фразы, до других — иные. Вот некоторые из употребляемых мной формулировок.

- ◆ «Мы собираемся помешать вашему телу физически реагировать на подавленные эмоции».
- ◆ «Я хочу, чтобы вы научились общаться со своим подсознанием».
- ◆ «Информация — это пенициллин, исцеляющий от недуга».
- ◆ «Знание — лекарство».
- ◆ «До сих пор вами руководило подсознание; я хочу, чтобы вы научились подчинять его своему сознательному уму».
- ◆ «Разозлитесь на свой мозг; прикажите ему, покажите, кто здесь главный»
- ◆ «СМН — это трюк, придуманный вашим мозгом, — не дайте себя обмануть».

- ◆ «Болевые симптомы — это спектакль, маскирующий то, что происходит на психоэмоциональном уровне».
- ◆ «Ваш мозг не желает признавать, что внутри вас живет подавленный гнев».
- ◆ «Игнорируя боль или смеясь над ней, вы учите свой мозг передавать мышцам новые послания».
- ◆ «Я хочу помочь вам взять в свои руки этот дамклов меч, вместо того чтобы совать под него шею».

Я искренне благодарен своей пациентке мисс Норме Пуцис, которая по окончании программы подарила мне свое стихотворение. Оно стало частью организуемых мной лекций-дискуссий:

*Думать психологически —
 Задана не из простых.
 Ведь никому не приходит в голову,
 Что подавленные эмоции
 Могут вызывать такое напряжение,
 не говоря уже о СМН.
 Но бояться здесь нечего!
 Эй, подсознание, ты меня слышишь?
 Ты сосредоточилось на боли,
 Чтобы отвлечь внимание от внутреннего напряжения,
 И стало проклятием для измученной спины.
 Но твой секрет раскрыт.
 Ты потеряло свою силу.
 Поэтому сдавайся, отступай —
 СМН безопасен!
 Я контролирую ситуацию, а не ты.
 Теперь я знаю, что мне следует делать —
 Думать психологически.*

Я уверен, что это чудесное стихотворение принесет пользу еще очень многим пациентам, потому что в нем четко изложены основные принципы борьбы с СМН.

Для людей с СМН характерно чувствовать себя жертвами боли. Наша же программа делает упор на том, что боль, сколь бы сильной она ни была, не наносит большого вреда. Тем самым мы помогаем им вернуть веру в собственные силы. Я хочу, чтобы мои пациенты избавились от робости перед болью и начали относиться к ней с презрением. Вследствие такого отношения подсознание получает послание, что его стратегия удержания внимания на теле перестает работать, и в результате боли исчезают.

ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

Как мне изменить свой характер, чтобы перестать тревожиться и бояться?

Если бы изменение характера было непременно условием выздоровления от СМН, результаты моей работы равнялись бы нулю. Не нужно избавляться от тех или иных эмоций, необходимо только признать сам факт их существования и понять, что с помощью механизма болевого синдрома мозг пытается помешать вам это сделать. Вот почему знание в данном случае является наиважнейшей составляющей успешного лечения.

Почему вы решили, что ваша методика — это не эффект плацебо?

Отличный вопрос, который когда-то беспокоил и меня, поскольку именно эффекта плацебо я всегда старался избегать. Успешный результат этого эффекта поч-

ти всегда носит временный характер, а мы стремимся решить проблему раз и навсегда. Вот почему эффект плацебо нас не удовлетворяет, хотя это явление чрезвычайно распространено. Люди получают самое разное физиотерапевтическое лечение, чувствуют улучшение на некоторое время, а потом им требуется новое средство (и уж конечно, они не избавляются от страха перед физической активностью). Одним из признаков, позволяющих мне сделать вывод, что результаты описываемой здесь программы лечения СМН не являются эффектом плацебо, можно считать доказанный факт долгосрочного избавления пациентов от болезненных симптомов.

Кроме того, эффект плацебо базируется на слепой вере; пациенты ничего или почти ничего не знают о своем заболевании и обоснованности предписанного им лечения. Они просто верят врачу. Образовательная программа, направленная на лечение СМН, представляет собой полную противоположность такому эффекту. Я в буквальном смысле учу пациентов всему, что сам знаю об этом нарушении, прошу их задавать вопросы и предупреждаю о том, что они обязательно должны осмыслить логику поставленного им диагноза. Их выздоровление зависит от степени информированности и осознанности. Они принимают активное участие в процессе собственного исцеления. Таким образом, данную программу можно отнести к чему угодно, только не к плацебо.

Почему вы перестали использовать физиотерапию как часть вашей программы?

Мы уже касались этого вопроса, но повторить сказанное будет нелишним. Как я уже говорил, положительный результат любой физиотерапевтической про-

цедуры может оказаться эффектом плацебо, которого мы стараемся избегать, поскольку действенность такого исцеления временная. Но есть еще одна, более тонкая причина. Если я хочу убедить людей в необходимости перевести фокус внимания с тела на психоэмоциональную сферу и искать проблему в ней, то, прописывая физиотерапию, буду противоречить собственной стратегии лечения. Мне понадобилось много времени, чтобы это осознать и набраться смелости перестать назначать физиотерапию, ведь меня, как и других врачей, научили на нее полагаться. Я вспоминаю, как трудно мне было поначалу убеждать себя четко соблюдать принципы образовательной программы. Чтобы подчеркнуть важность этой стратегии, я рекомендую пациентам прекратить выполнять упражнения для спины из арсенала лечебной физкультуры (ЛФК). Человек никоим образом не должен акцентировать внимание на болезненном участке своего тела.

Именно поэтому мы говорим пациентам о том, что нет каких-то особых «правильных» наклонов или вариантов поднятия тяжестей и что не нужны корсеты для разгрузки позвоночника, равно как и всяческие запреты, ставшие неременной составляющей темы болевой спины. СМН не угрожает телу. Бег при этом синдроме не вредит позвоночнику. Слабые мышцы брюшного пресса не могут быть причиной боли в спине. Сильные мышцы спины не спасут от боли. Нет ничего страшного в наклонах назад, плавании кролем или брассом. Человек был создан прямоходящим (*homo sapiens* и его предшественники ходили так четыре миллиона лет), следовательно, вертикальная нагрузка на позвоночный столб ничего плохого с ним сделать не может. Продолжать в том же духе можно еще очень долго.

Как отличить боль при от мышечной боли после интенсивной нагрузки?

Очень просто. Просыпаясь утром после интенсивной нагрузки не привыкших трудиться мышц, вы чувствуете «хорошую» боль, которая скоро проходит. Боль при СМН намного сильнее и длительнее.

Какие упражнения можно выполнять при СМН?

Когда боль ослабевает, можно выполнять любые упражнения и делать все что угодно, чем энергичнее, тем лучше. Естественно, браться за виды деятельности, требующие интенсивной физической нагрузки, можно только после консультации с врачом. И конечно, нужны такие физические нагрузки, которые не только укрепляют спину, но и улучшают состояние всего тела.

Предположим, у меня прошла боль в пояснице, но начали болеть шея и плечи. Что делать?

В таких случаях я обычно советую своим пациентам звонить мне, чтобы мы вместе смогли разобраться в причине такого «переключения». На ранних этапах работы согласно моей программе мозг человека порой пытается переместить СМН куда-нибудь в шею, плечи, спину или ягодицы, не желая отказываться от удобной стратегии переключения внимания с подавляемых эмоций на физическую боль. Я предупреждаю пациентов о том, что такая ситуация весьма вероятна и что они не должны пугаться и опускать руки. При СМН, независимо от места локализации боли, следует руководствоваться одними и теми же принципами лечения. Кроме того, я напоминаю, что костно-мышечная система — отнюдь не единственное, во что может «целиться» мозг.

Нередко он обманным путем уводит внимание человека к желудочно-кишечному тракту, к голове (мигрень), к коже или к мочеполовой системе. Мозг может использовать в своих целях любой орган или систему тела, поэтому нужно быть начеку. Если появляются новые болезненные симптомы, я рекомендую пациентам прежде всего обращаться к своему терапевту, а затем — ко мне, поскольку перемещение боли может быть просто новым проявлением СМН. Например, язву желудка нужно лечить медикаментозно, но при этом не менее важно осознавать причину ее возникновения — внутреннее напряжение.

Что мне делать, если боль повторится через полгода или через год после лечения?

В таких случаях нужно сразу же позвонить мне, и мы немедленно начнем искать психологическую причину рецидива. Обычно это делается на одной из встреч в малых группах или во время индивидуальной беседы в моем кабинете.

Что вы думаете по поводу гипноза? По-моему, это неплохой способ заставить ум делать то, что нужно?

Если говорить о временном облегчении, гипноз — эффективный способ лечения. Но ведь мы с вами стремимся к полному исцелению. Результаты недавних исследований ученых Стэнфордского медицинского института, опубликованные в «Американском психиатрическом журнале», прекрасно продемонстрировали, что гипноз может заметно уменьшить боль у некоторых пациентов. Он является весьма полезным средством для снятия боли, например при злокачественной опухоли.

Но я стараюсь донести до своих пациентов, что я лечу не боль! Лечение боли является симптоматическим, такую медицину я не признаю. Я исцеляю недуг, являющийся причиной боли. И на основе своего опыта могу с уверенностью заявить: гипноз в таком деле не помощник. Последнее плавно переводит нас к теме, о которой я, честно говоря, предпочел бы не говорить, поскольку она для меня болезненна. И все-таки мы обязаны ее коснуться. Речь идет о методах лечения так называемой хронической боли, применяемых в сотнях клиник, открытых в течение последних двадцати лет по всей стране. Основной постулат, лежащий в основе этих методов (кстати, впервые озвученный отнюдь не врачом), таков: хроническая боль — совершенно новый вид заболевания, которое развивается из-за того, что пациент извлекает из нее, как говорят психологи, «вторичную выгоду». То есть боль приносит ему какую-то психологическую награду — внимание окружающих, возможность спрятаться от внешнего мира и даже деньги. Согласно такой теории, пациенты учатся испытывать боль потому, что это неосознанно поощряется их семьей, друзьями и самой системой медицины. Как следствие, лечение хронической боли ограничивается «награждением» за то, что пациент не поддается соблазну «поболеть», и «наказанием» — в противном случае. Студенты-психологи знакомы с этой концепцией из трудов Б. Ф. Скиннера, чьи исследования данного типа обусловленности получили известность.

Хотя классическая теория Павлова привела неопровержимые доказательства возможности программирования человека, к умозаключениям Скиннера необходимо относиться с большой осторожностью. Я

часто замечаю элементы вторичной выгоды у своих пациентов, но она ни в коем случае не является основной причиной развития болевого синдрома. Придавая вторичной выгоде слишком большое значение, мы можем пропустить настоящую проблему — подавленные эмоции и допустить серьезную ошибку при попытке устанавить истинную природу боли, являющейся следствием психофизиологического процесса, а не структурной патологии.

Вот почему результаты лечения в подобного рода клиниках нельзя назвать успешными— боль проходит, но ненадолго.

Является ли программа лечения СМН примером *vis medicatrix naturae*—действия целительной силы природы?

В какой-то степени, да. С другой стороны, эта программа выходит за рамки естественного процесса самоздоровления, который всегда запускается при травмах, отравлении или инфицировании организма. Моя программа — пример того, как можно повернуть вспять определенный психофизиологический процесс. В последней главе мы поговорим об этом, а также о других способах взаимодействия ума и тела, которые наконец-то начали привлекать внимание ортодоксальной медицины.

ТРАДИЦИОННЫЕ (СТАНДАРТНЫЕ) ДИАГНОЗЫ

Хотя рутинная работа не доставляет мне никакого удовольствия, я считаю необходимым сделать обзор диагнозов, которые обычно ставят при болях в шее, плечах, спине и конечностях. Читатель должен понять, что такие диагнозы означают для врачей, которые их ставят, и для пациентов, которым приходится с этим жить.

В курсе моих лекций для пациентов с СМН очень четко сформулирована мысль о том, как важно знать, что является и что не является причиной болей, поскольку многие из диагнозов выглядят устрашающе, а ведь страх, как вы уже поняли из предыдущих глав, является главным фактором развития и усиления болевого синдрома.

Большинство граждан нашей страны уверены в том, что поясница — хрупкая, уязвимая структура, которой

постоянно угрожает опасность травмы. Количество людей, убежденных в этом, постоянно растет, отсюда впечатляющие цифры: восемьдесят — восемьдесят пять процентов взрослых американцев периодически испытывают боль в спине. Свою роль в формировании данного стереотипа играют врачи. Такие термины, как смещение позвонков, дегенерация, износ и разрушение, постоянно употребляемые при описании состояния нижней части позвоночника, вызывают страх и фактически провоцируют приступы невыносимой боли. Затем наступает черед множества запретов и ограничений, которые люди усваивают в процессе общения с врачами, а также друзьями и родственниками:

- ◆ Не наклоняйся.
- ◆ Не сутулься.
- ◆ Не сиди на мягких диванах и в креслах.
- ◆ Не выгибай спину.
- ◆ Не плавай кролем или брассом.
- ◆ Не носи высокие каблуки.
- ◆ Поднимая тяжести, держи спину прямо.
- ◆ Не бегай по твердой поверхности.
- ◆ Спина болит из-за слабых мышц.
- ◆ Сильные мышцы пресса предотвращают боль в спине.
- ◆ Перед любыми упражнениями обязательно делай растяжку.
- ◆ Если болит спина, нельзя заниматься спортом.

И это далеко не полный список подобных поведенческих установок. Ввиду того, что в абсолютном большинстве случаев называются неверные причины болей в шее, плечах и спине, на людей обрушивается шквал

ложной информации, что лишь усугубляет и удлиняет испытываемые ими приступы болей.

На самом деле спина — крепкая и выносливая структура, полностью приспособленная для того, чтобы справляться с нагрузками повседневной жизни. Являясь существами прямоходящими, мы постоянно ее тренируем, поскольку нам нужны сильные мышцы, всегда готовые держать в вертикальном положении туловище, а на нем — голову. А при быстрой ходьбе или беге эти мышцы тренируются еще больше. Они, безусловно, являются самыми сильными мускулами нашего тела.

Когда я слышу, что профессиональный спортсмен, например теннисист, выбыл из чемпионата из-за боли в спине, я восхищаюсь наивностью тех, кто предполагает, что у него травма. Тридцать лет назад о подобных случаях ни в теннисе, ни в гольфе, ни в бейсболе, ни в футболе, ни в баскетболе никто не слышал. Так что это — примета времени.

Много лет назад я консультировал известную спортсменку, у которой разболелись все важнейшие в ее виде спорта мышцы. К счастью, она быстро поняла концепцию СМН и очень скоро избавилась от мучавших ее болей.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ДИАГНОЗЫ

В своей практике я видел очень мало случаев, когда причиной боли действительно были структурные нарушения в позвоночнике и мышцах спины. Поэтому нет ничего удивительного в том, что эпидемия болей в спине возникла относительно недавно. Человечество как-то образом умудрилось прожить миллион лет без

этой проблемы. Но если верить нынешним диагнозам, то сейчас, в течение чуть ли не мгновения эволюции, со спинами хомо сапиенсов случилось что-то страшное.

Эта идея совершенно несостоятельна. Естественно, какие-то патологии позвоночника существовали и раньше, но в них никогда не видели причины болей, ввиду того что не было и самих болей. Пятьдесят лет назад спины у людей болели намного реже, и никто не обращал на такие боли особого внимания. За последние тридцать лет данное расстройство приобрело вид эпидемии из-за неспособности медицины выявить основной его фактор — врачи считают основной причиной болей различные структурные нарушения в позвоночнике.

Очень важно знать, что большая часть действительных патологий позвоночного столба не причиняет боли. Учитывая этот факт, ознакомьтесь с наиболее распространенными диагнозами, которые ставят при болях в спине.

Грыжа межпозвонкового диска

Мало кто из тех, кто страдает от болей в спине» знают то, что известно студентам-медикам: межпозвонковые диски в поясничном отделе позвоночника у большинства населения Земли деформированы в той или иной степени уже к двадцати годам! Функция межпозвонковых дисков смягчать толчки и удары. Они прочно

прикреплены к позвонкам снизу и сверху и поэтому никак не могут «выскользнуть» или «сместиться». Диск состоит из крепкой волокнистой оболочки, внутри которой находится густая жидкость, которая, собственно говоря, и поглощает удары. Диски в нижней части спи-

ны и в шее в той или иной мере изнашиваются раньше остальных, у некоторых людей — уже к двадцати годам, поскольку они расположены в наиболее активных зонах тела.

Со временем межпозвонковые диски становятся более плоскими, — вероятно потому, что наполняющая их жидкость частично высыхает или же вытекает через истончившуюся оболочку, обычно в задней части диска. Такой прорыв называют прободением или, чаще, грыжей диска. Это похоже на выдавливание пасты из тюбика. Иногда же жидкость не вытекает, но формирует выпуклость на стенке диска. Все это можно увидеть с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии — замечательных диагностических технологий, которые показывают состояние мягких тканей. Традиционный рентген без применения контрастного вещества позволяет рассмотреть только кости.

Далее следует важный вопрос: «Какой вред здоровью организма может нанести изменение формы межпозвонкового диска?»

Есть мнение, что «паста»-жидкость давит на ближайшие позвоночные нервы и вызывает боль. Если дефектный диск находится между четвертым и пятым поясничными позвонками или пятым поясничным позвонком и крестцом, то боль появится в ноге. Если в шее, то в руке. Боль в ногах обычно называют ишиасом.

Основываясь на своем опыте, могу сказать, что позвоночная грыжа редко становится причиной боли или любых других неврологических симптомов. Конечно, речь идет о мнении меньшинства, тем не менее не я один его придерживаюсь. Известный нейрохирург и заведующий кафедрой Медицинского института университета Майами доктор Хуберт Розомофф написал об

этом в статье «Вызывает ли боль межпозвонковая грыжа?». Он много лет делал операции на позвоночнике, и сделанные им выводы основываются на несовпадении его собственных практических наблюдений с теоретической неврологией и патофизиологией: в действительности при продолжающемся сдавливании нерва передача информации о боли через некоторое время должна попросту прекратиться. Результат — потеря чувствительности, онемение. Вот почему позвоночная грыжа не может вызывать долговременную боль.

Еще один уважаемый врач и исследователь, изучавший эту проблему в течение многих лет, швед Альф Нахемсон, написал в статье «Поясничная часть позвоночника: вызов ортопедам», опубликованной в 1976 году, что причина болей в спине в большинстве случаев остается неизвестной и почти всегда лечение должно быть нехирургическим.

Моя теория, согласно которой грыжи межпозвонковых дисков не представляют особой опасности и не причиняют боли, базируется на семнадцатилетнем успешном опыте лечения пациентов с СМН. Я даже осмелился сделать следующий вывод: такие грыжи вообще ни на что не давят и не вызывают болевых ощущений.

Впервые вина бедного дефектного межпозвонкового диска была подвергнута сомнению, когда стало увеличиваться количество случаев несовпадения ожидаемого при позвоночной грыже состояния с реальным положением дел. Например, диагностическое обследование (в частности, МРТ) показывает грыжу диска между четвертым и пятым поясничными позвонками. Одним из предполагаемых последствий такой патологии должна быть слабость мышц-сократителей стопы и пальцев

ноги. Но во время осмотра обнаруживается, что в ослабленном состоянии пребывают не только эти мышцы, но и те, что находятся в задней части ноги и не связаны нервом с данным межпозвонковым диском. Кроме того, ягодичные мышцы болезненно реагируют на надавливание в области седалищного нерва. То есть становится очевидным, что проблема кроется не в грыже диска, а в седалищном нерве, который иннервирует и те, и другие мышцы.

В качестве примера такой ситуации сошлюсь на одну из моих пациенток. Эта женщина сорока четырех лет страдала от периодических болей в пояснице и ногах в течение пятнадцати лет. Примерно за полгода до визита ко мне у нее был сильнейший приступ боли в пояснице и правой ноге. Она также жаловалась на слабость в ноге. Компьютерная томография показала небольшое выпячивание (протрузию) диска между пятым поясничным позвонком и крестцом, которое, вероятно, произошло очень давно, поскольку грыжа уже заостенела. Было непохоже, что именно она вызывала болевые симптомы, хотя диагноз говорил именно об этом. Боль не отпускала женщину в течение семи месяцев, и из-за слабости в правой ноге ей предписали серьезные ограничения двигательной активности.

Осмотрев ее, я обнаружил отсутствие сухожильного рефлекса в лодыжке правой ноги и слабость мышц икры правой ноги. Оба этих симптома можно было бы объяснить давлением на нерв первого крестцового позвонка (о чем с самого начала говорил ее врач), поскольку двигательные волокна этого нерва идут к икрам. Но дальнейшее обследование показало, что мышцы передней части ноги моей пациентки также были слабыми;

у нее отвисала стопа. Это никак нельзя было объяснить позвоночной грыжей, ввиду того что позвоночные нервы, связанные с соответствующими мышцами, не имели прямого отношения к выявленной протрузии диска.

Описанные симптомы можно было объяснить, найдя то, что мешает нормальному функционированию седалищного нерва, как это часто бывает при СМН. Упомянутый нерв связан своими ветвями с третьим, четвертым и пятым поясничными нервами, а также с первым и вторым крестцовыми нервами. Следовательно, все, что тревожит седалищный нерв, может повлиять на любую часть ноги, по которой эти нервы проходят, как и оказалось в случае с моей пациенткой. Осмотрев ее, я обнаружил чувствительность к надавливанию на мышцы правой ягодицы по ходу седалищного нерва. Это убедило меня в правильности поставленного мною диагноза — СМН, затронувший правую ягодицу и седалищный нерв. Что касается позвоночной грыжи, она была найдена случайно и в данном случае не имела никакого значения.

Подобные ситуации настолько распространены, что остается только удивляться, почему никто не занимается их изучением. Врачи заикнулись на позвоночных грыжах, причем нередко диагнозы ставятся без магнитно-резонансных и компьютерных исследований, исключительно на основе рассказа пациента о боли в пояснице, ягодицах и ноге, или даже притом что болей в ноге нет. Нельзя обнаружить позвоночную грыжу путем обычного клинического осмотра и с помощью рентгена. На рентгеновском снимке видно разве что сужение межпозвонкового пространства. Но, как уже говорилось ранее, это изменение наблюдается почти у

всех людей старше двадцати лет. Оно означает дегенерацию диска, представляющую собой естественный процесс возрастных изменений. Я считаю, что дегенерация диска — не большая патология, чем седина или морщины. И крайне неразумно приписывать болезненные симптомы нормальному природному старению, хотя, конечно, соблазн велик.

За последние годы в медицинской литературе описывалось немало случаев, когда люди с позвоночной грыжей никогда не жаловались на боль в спине. О протрузии диска они узнавали совершенно случайно — после магнитно-резонансной томографии, назначенной по другому поводу.

Впрочем, справедливости ради стоит отметить, что, согласно медицинской статистике, среди людей, у которых наблюдаются очевидные нарушения в межпозвоночных дисках, довольно много тех, кто жалуется на боли в спине. И я стремлюсь доказать, что они испытывают боли не из-за этих нарушений, а из-за СМН. То есть это тоже часть поистине мистического процесса, когда мозг, подыскивая место для СМН, выбирает некую область, в которой врачи, справедливо или же нет, усматривают патологию (такую как позвоночная грыжа).

Для того чтобы собрать статистические данные об успешно вылеченных пациентах с диагнозом СМН, у которых также были обнаружены с помощью компьютерной томографии позвоночные грыжи, мы в 1987 году провели специальное исследование. По телефону были опрошены сто девять пациентов. Их имена выбирались без какой-либо системы из числа множества имен пациентов, прошедших мою программу за три предшествующих года. Мы получили следующие результаты:

Полностью или почти полностью излечились и вернулись к обычной физической активности без каких-либо ограничений96 человек (88 процентов)

Наступило значительное улучшение, ограниченная двигательная активность11 человек (10 процентов)

Без изменений.....2 человека (2 процента)

У двух человек, состояние которых не изменилось, были обнаружены серьезные психологические проблемы, и они посещают психотерапевта по сей день.

Эта статистика не позволяет относиться к позвоночной грыже как к серьезной патологии, хотя каждому из участников опроса ранее говорили, что именно в ней кроется причина болей; причем тридцати девяти из них рекомендовали хирургическое вмешательство, троих оперировали, а остальных предупреждали о том, что, возможно, им придется прибегнуть к операции, если не помогут консервативные методы лечения.

Вот еще одна история. Пациент — мужчина двадцати лет, жалующийся на боль в пояснице и правой ноге. За два месяца до того, как он пришел ко мне на консультацию, ему сделали миелограмму поясничного отдела позвоночника, предписали строго ограничить физическую активность и рекомендовали операцию — оба назначения были бы вполне обоснованными, если бы боль вызывал межпозвонковый диск. Этот мужчина, заядлый спортсмен (его любимые виды спорта — баскетбол и сквош), очень расстроился, узнав о диагнозе. Больше всего он переживал, что теперь не сможет «избавиться от стресса, хорошенько потренировавшись». Это привело к росту внутреннего напряжения.

Он не согласился на операцию и, в душе очень волнуясь, продолжал посещать спортзал, иногда даже от-

важиваясь поиграть в баскетбол. Ему не становилось ни хуже, ни лучше, но он жил в постоянном страхе — а вдруг занятия спортом ему повредят.

Я осмотрел его и не обнаружил никаких признаков повреждения нервов в ногах, хотя во время теста на подъем прямых ног он почувствовал боль в правой ягодице. Как это обычно бывает при СМН, ему было больно при надавливании на мышцы обеих ягодиц, поясницы, верхней части плеч и с двух сторон шеи. Эти признаки служили доказательством того, что причина мучавшей его боли — СМН, а не грыжа межпозвонкового диска. Мой пациент согласился с таким диагнозом, прошел программу лечения и через несколько недель распрощался с болью. Прошло почти двенадцать месяцев с тех пор, как он пришел ко мне на консультацию. Сейчас он прекрасно себя чувствует и продолжает интенсивно заниматься спортом.

Спинальный стеноз

За годы работы с СМН я убедился в том, что пациентам с болью в пояснице (при условии, что у них не находили грыжу межпозвонкового диска) врачи чаще всего ставят диагноз «спинальный стеноз». При этом речь идет иногда о врожденном, но чаще всего — о возрастном сужении спинномозгового канала. Разрастающаяся в некоторых местах кость формирует нарост — остеофит, который и является причиной этого сужения.

Мое отношение к данной патологии определяется практическим опытом работы с пациентами, страдающими от болей в спине. У большинства из них, независимо от возраста, я обнаруживаю СМН, какими бы ни были рентгеновские снимки. При тяжелой форме спинального стеноза спинномозговой канал расширяют

хирургическим путем, но я видел всего несколько таких случаев.

Обычно я рекомендую пациентам, особенно пожилым, проконсультироваться у невролога, чтобы исключить возможность неврологических патологий. Затем, если таких патологий нет и у пациента выявляется классическая картина СМН, я с уверенностью продолжаю работать по своей программе лечения независимо от результатов рентгеновских снимков.

Защемление нерва

Вторым по количеству, после позвоночной грыжи, является диагноз «защемление нерва». Его ставят, когда пациенты жалуются на боль в шее, плече и соответствующей верхней конечности. То, что предположительно бывает при этом сдавлено, — шейный спинальный нерв, проходящий через отверстие, формируемое двумя соседними шейными позвонками (*канал*), а то, что его сдавливает, — остеофит (см. выше — нарост на кости) или позвоночная грыжа.

Диагноз неутешительный, но он базируется на шаткой концепции. Следующие наблюдения заставляют усомниться в таком диагнозе.

Во-первых, описанные выше симптомы часто возникают у молодых людей, у которых попросту нет никаких костных наростов или позвоночных грыж.

Во-вторых, у взрослых костные наросты встречаются очень часто, и далеко не все из тех, у кого они есть, жалуются на боль. С годами эти наросты только увеличиваются, и значит, в среднем и в пожилом возрасте у всех должны болеть шея и руки, но это далеко не так.

В-третьих, нейрорадиологи (специализирующиеся в рентгенологических исследованиях нервной системы)

говорят следующее: чтобы возникло защемление нерва, нарост должен полностью закрыть канал, но такие патологии встречаются крайне редко.

В-четвертых, в данном случае работает тот же принцип, что и с позвоночной грыжей в поясничном отделе: постоянное сдавливание нерва должно вызывать онемение (и, как следствие, отсутствие боли при тестировании), заметно отличающееся от субъективного ощущения онемения в руке или ноге, на которые жалуются пациенты.

И, наконец, *в-пятых*, в медицинской литературе описано огромное количество случаев формирования больших наростов на позвоночнике, напоминающих доброкачественные опухоли, однако не причинявших никакой боли.

У большинства пациентов с так называемым «защемлением нерва» совершенно явно проявляется СМН в области мышц шеи и плеч (особенно в верхней части трапеции) и шейных спинальных нервов в том месте, где они выходят из позвоночного столба. Четыре шейных и первый грудной спинальные нервы формируют плечевое сплетение, иннервирующее руку. Плечевое сплетение часто становится жертвой СМН. Но будь то спинальные нервы, плечевое сплетение или и то и другое сразу, мы, вместо того чтобы лечить локальную патологию, работаем с ее источником — с мозгом.

В качестве примера хочу привести одну удивительную и очень поучительную историю. Пациентка, женщина средних лет, имеющая высшее образование и успешно продвигающаяся по карьерной лестнице, страдает от болей в левой части шеи, в плече и во всей левой руке, причем особенно сильно боль проявляется в кисти. Однажды утром она обнаруживает, что почти не может пошевелить левым плечом, оно как будто оне-

мело. Это распространенное осложнение. Дело в том, что из-за боли пациенты непроизвольно ограничивают движения плечом, не замечая сопутствующих таким ограничениям постепенных изменений в плечевом суставе, и вдруг обнаруживают, что рука практически обездвижена. Потом женщина отметила слабость в левой руке и позднее даже стала ронять предметы.

Хотя описанные выше симптомы выглядели весьма зловеще, я все-таки предположил, что речь идет о СМН, и осмотр подтвердил мои догадки. Пациентка согласилась с таким диагнозом. Этот синдром был ей знаком, к тому же она идеально вписывалась в типичный психологический шаблон: чрезвычайно предана работе, необыкновенно трудолюбива и ответственна в отношении своих обязанностей.

К моему удивлению после обычной терапевтической программы симптомы не только не исчезли, но, наоборот, только усиливались в течение нескольких недель. Решив, что под маской СМН может скрываться более серьезная патология, я пригласил на консультацию невролога. Осмотр, анализы и тестирование ничего серьезного не выявили.

Прошло несколько месяцев, прежде чем симптомы начали ослабевать, и только тогда мы с моей пациенткой осознали, откуда, собственно, взялся СМН и почему именно теперь ей стало легче. Проблемы начались, когда ей сообщили об уходе одной очень важной участницы ее исследовательской группы. В ожидании этого события ей пришлось взвалить на себя огромное количество работы. Понятно, что она очень переживала и злилась на ситуацию. Симптомы полностью исчезли, как только бесценная сотрудница наконец уехала — необходимость в СМН тут же пропала. Плечо моей па-

циентки полностью восстановило свои функции — без медикаментов и физиотерапии.

А ведь ей ставили классический диагноз — защемление нерва, хотя никакого защемления не было. Этот случай наглядно продемонстрировал, что СМН находится на службе у психологических проблем и что приписывать подобные симптомы серьезным структурным нарушениям — грубая диагностическая ошибка.

Фасеточный синдром (травматический артрит с поражением суставных поверхностей позвонков)

Фасеточные суставы соединяют дужки позвонков. Как и все остальные суставы, они постоянно подвергаются трению и с годами меняют свою форму. Считается, что у некоторых людей такие изменения становятся причиной боли. Я с этим не согласен.

Артрит позвоночника

То, что обычно называется артритом позвоночника, на самом деле является остеоартритом или остеоартрозом. Иначе говоря, мы снова говорим о естественных возрастных изменениях, которые также называют спондилезом. Я не нахожу все эти симптомы патологическими и считаю, что никакой угрозы здоровью они не несут. Другое дело — ревматоидный артрит. Это воспалительный и всегда болезненный процесс, который может развиваться в любом суставе тела.

Переходный позвонок

Переходный позвонок — это врожденная патология, при которой в нижней части позвоночника образуются

вается дополнительный позвонок. В нем часто (и ошибочно) видят причину болей в пояснице.

Спондилез

Спондилез — дегенеративные изменения в межпозвонковых суставах и дисках, легко распознаваемые на рентгеновском снимке. Следует помнить, что боли в спине редко возникают по его вине.

Скрытая расщелина позвоночника

Скрытая расщелина позвоночника (неполное заращение дужки позвонка) — еще одна врожденная аномалия, обычно локализующаяся в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и, как правило, ничем себя не проявляющая. Эту аномалию также ошибочно называют источником болей.

Спондилолистез

При данном нарушении два позвонка, обычно в нижней части позвоночника, неправильно прилегают друг к другу, так что один из них оказывается выдвинутым. На рентгеновском снимке такая картина выглядит устрашающе, но лично я не нахожу в ней особой опасности. Вероятно, есть и тяжелые случаи спондилолистеза, но мне они никогда не встречались.

В моей практике были весьма драматичные примеры. Однажды ко мне пришел шестидесятилетний мужчина, у которого в течение последних трех лет постепенно усиливалась боль в спине, и теперь она уже просто не давала ему жить. Он не мог заниматься спортом, о чем очень сильно жалел, по его словам жизнь стала для него сплошной мукой. Ему неоднократно рекомендовали

лечь на операцию, но он, несмотря на свое плачевное состояние, очень боялся хирургического вмешательства.

Итак, передо мной предстал крайне озабоченный своим здоровьем человек, который выглядел при этом вполне здоровым. В ходе обследования я не обнаружил никаких неврологических изменений у него в ногах, все мышцы от шеи до ягодиц при надавливании были очень болезненными. Классический пример СМН.

Возникла дилемма: аж два диагноза — спондилолистез и СМН. Не много ли на одного пациента? Я ни секунды не сомневался в правильности второго диагноза, и этот мужчина сказал, что хочет мне верить, но как быть с теми врачами, которые рекомендовали ему операцию, — неужели они ошибались? Я ответил, что раз уж я вижу у него СМН, нам стоит попробовать избавиться его от этой боли, а дальше будет видно.

Начался обычный курс лечения, и боль стала уменьшаться. Примерно через четыре недели после завершения программы мой пациент вместе с женой отправился в отпуск и по возвращении домой доложил мне, что все это время чувствовал себя великолепно. Однако оказавшись снова в Нью-Йорке, в привычной обстановке, он снова почувствовал боль, хотя и гораздо более слабую, чем прежде. Вопросов о ее причинах у него не возникло, и вскоре он снова смог заниматься любимым видом спорта.

Через год после нашей первой консультации он написал мне, что чувствует себя прекрасно. Этот мужчина продолжает активно двигаться и считает свое выздоровление чудом, поскольку во время лечения ему нужно было лишь слушать лекции и запоминать сказанное.

Было бы неправильным утверждать, что спондилолистез никогда не вызывает болезненных ощущений, но в моей практике не было ни одного такого случая.

В промежутке между 1976 и 1980 годами два израильских врача — А. Магора и А. Шварц — опубликовали четыре статьи в «Скандинавском журнале реабилитационной медицины», в которых они рассказывали о результатах своих исследований. Целью этих исследований было выяснение того, являются ли определенные аномалии позвоночника источниками болей в спине. Исследователи сравнивали рентгеновские снимки позвоночника людей, которые никогда не жаловались на боли в спине, с рентгеновскими снимками позвоночника тех, кто страдал от болевых синдромов. В результате выяснилось, что боли в спине с точки зрения статистики никак не коррелируют с такими диагнозами, как дегенеративный остеоартрит, переходный позвонок, скрытая расщелина позвонка и спондилез, однако отчасти коррелируют со спондилолистезом. То есть можно утверждать, что человек с этими патологиями вовсе не обязательно будет страдать от приступов боли в спине, за исключением, возможно, спондилолистеза.

Аналогичные исследования с такими же результатами проводил американский радиолог доктор С. А. Спилтхофф. Отчет доктора Спилтхоффа опубликован в 1953 году в «Журнале Американской медицинской ассоциации».

Сказанное выше подтверждает, что аномалии позвоночника вовсе не обязательно вызывают боль в спине.

Сколиоз

Сколиозом называется аномальное искривление позвоночника, обычно диагностируемое у подростков, которое у многих не проходит и во взрослом возрасте. Это нарушение редко вызывает боли у тинейджеров, но его часто считают причиной болевых симптомов у

взрослых, чему я так и не нашел подтверждений. Хочу привести вполне типичную историю.

Пациентка— женщина тридцати лет, с подросткового возраста страдающая от повторяющихся болей в спине. За несколько лет до нашей встречи она пережила сильнейший приступ боли, находясь дома с маленькими детьми. Сколиоз средней степени, в котором видели причину мучавших ее болей, легко просматривался как при обычном визуальном обследовании, так и на рентгеновском снимке. Ей сказали, что с годами боль будет усиливаться. Несмотря на мрачные прогнозы, ее дела после того приступа, казалось, пошли на поправку, однако за два месяца до ее визита ко мне у нее : снова возникли сильнейшие боли в спине. По словам женщины, болевой приступ начался, когда у нее в спине «как будто что-то хрустнуло» при наклоне — наиболее частое описание подобных ситуаций. Она очень сильно испугалась, поскольку ее туловище стало заваливаться в одну сторону.

Слушая предысторию этих событий, я узнал, что в последние годы она периодически страдает от тендинита, болей в шее и плечах, а также в области желудка и кишечника, от сенной лихорадки и сильной головной боли. Классический пациент с СМИ.

Осмотр не выявил, за исключением сколиоза и повышенной чувствительности мышц шеи, плеч, спины и ягодиц, никаких патологий в ее позвоночнике и мышцах.

Женщина легко согласилась с диагнозом СМИ, прошла описываемую здесь программу лечения и вскоре избавилась от болей. Позже она рассказывала мне, что острых приступов у нее больше не было, лишь время от времени — легкая боль. Однако моя пациентка знала,

что ее здоровью и жизни ничего серьезного не угрожает, и потому продолжала спокойно заниматься своими делами.

Совершенно очевидно, что в данном случае сколиоз не являлся источником боли, поскольку программа лечения никак его не затрагивала. В действительности эта женщина страдала потому, что ее характер идеально вписывался в модель пациента с СМН.

Остеоартрит тазобедренного сустава

Остеоартрит — широко известное и одно из наиболее драматичных заболеваний, нередко приводящее к операции по замене тазобедренного сустава. Безусловно, эту операцию можно назвать триумфом реконструктивной хирургии.

При остеоартрите необходимость в оперативном вмешательстве появляется из-за разрастания кости и стирания хряща, вследствие чего нарушается функция тазобедренного сустава. Считается, что деформированные остеоартритом суставы очень болезненны, и в некоторых случаях так вполне может быть. Тем не менее врачу нужно быть очень внимательным при постановке такого диагноза, потому что я видел нескольких пациентов, у которых боли в бедре были проявлением СМН, а не остеоартрита.

Совсем недавно я столкнулся с подобным случаем. Пациентка — женщина шестидесяти лет, жалующаяся на боль в бедре. Рентген показал изменения в тазобедренном суставе вследствие остеоартрита средней степени, что сразу же посчитали причиной боли. Однако сустав полностью сохранил свою подвижность, и женщина не чувствовала боли при нагрузке на ногу. Эпицентр боли располагался примерно на пять санти-

метров выше сустава и проявлялся при надавливании — типичное проявление тендинита при СМН.

В подобных ситуациях нередко источником боли является ягодичная мышца или седалищный нерв, затронутые СМН. Я могу утверждать это с большой долей уверенности, поскольку избавляю людей от такой боли. Я не говорю, что деформация тазобедренного сустава никогда не сопровождается болью, речь идет о том, что это происходит далеко не во всех случаях.

Хондромалиция

Хондромалиция — дегенеративные изменения внутренней поверхности хрящей коленного сустава; данная патология просматривается на рентгеновском снимке, — вероятно, именно поэтому ее часто называют одной из причин болей в колене. Однако в отличие от того, что было сказано об остеоартрите, это нарушение, судя по моему опыту, никогда не вызывает болей. Во всех без исключения случаях осмотр выявляет очевидные признаки тендинита при СМН одного или нескольких сухожилий и связок, окружающих колено. То есть, строго говоря, источником боли является не колено, поскольку она локализуется за пределами сустава.

Костные шпоры

Костные шпоры, которые легко просматриваются на рентгеновских снимках, часто называют причиной болей в пятке. Мой опыт говорит, что костные шпоры не вызывают никаких симптомов, а болезненные ощущения возникают вследствие тендинита при СМН.

Патологии мягких тканей: фибромиалгия (фиброзит, воспаление перимизия, миофасцит)

От мышечного ревматизма, хронических и острых мышечных болей, мигрени и бессонницы страдает несколько миллионов американцев, в основном женщины в возрасте от двадцати до пятидесяти лет. И всем им могут поставить диагноз: фибромиалгия.

Несмотря на то что фибромиалгию диагностируют все чаще, причина данного нарушения до сих пор не выявлена. Одни врачи пугают этим заболеванием своих пациентов, другие же советуют им не тревожиться, поскольку оно имеет скорее психогенный характер и не вызывает деформации тканей.

Что касается меня, я уже много лет назад понял, что фибромиалгия — одна из множества вариаций на тему СМН, то есть она провоцируется эмоциональными факторами. Как уже неоднократно говорилось в этой книге, многие врачи не в состоянии принять эту концепцию. Они не допускают даже мысли о том, что эмоции могут вызывать изменения на соматическом уровне.

Врачи обычно признаются, что они точно не знают причины появления фибромиалгии (считай — СМН), но некоторые ее признаки все-таки можно исследовать лабораторно, — например, есть возможность зафиксировать сопутствующую ей кислородную недостаточность тканей (об этом мы уже говорили выше). Проблема состоит в следующем: признавая обусловленные СМН физиологические изменения, они не знают, что делать с этой информацией, и потому, обладая весьма впечатляющей эрудицией, выносят на свет божий все, что знают о физике и химии мышц, строя искусные этиологические гипотезы. Увы, пациентам от этого легче не становится.

Я же уверен, что фибромиалгия — это СМН. В течение многих лет я осмотрел и вылечил сотни людей с симптомами фибромиалгии. Не секрет, что они страдают от нестерпимых болей (более сильных, чем в среднем человек с СМН) и нередко нуждаются в профессиональной психотерапевтической помощи.

Плечелопаточный периартрит и вертлужный бурсит

Медицинский термин «бурсит» произошел от слова bursa — синовиальная сумка. Окружая мышцы, сухожилия и суставы, синовиальные сумки, наполненные так называемой синовиальной жидкостью, служат своего рода амортизаторами, снижающими давление и трение тканей при движении в суставах. Есть два места, где чаще всего появляется боль из-за воспаления синовиальной сумки: плечо и бедро. На медицинском языке это называется плечелопаточным периартритом и вертлужным бурситом.

Плечевой сустав достаточно сложен, и с ним может случиться много неприятностей, которые вызовут боль. Однако исходя из своего опыта могу сказать, что наиболее часто боль возникает в сухожилии, проходящем над синовиальной сумкой или рядом с местом прикрепления сухожилия к кости (акромионом). Поэтому причиной боли является не периартрит, а тендинит, который в большинстве случаев возникает вследствие СМН. Поэтому в случае с диагнозом «плечелопаточный периартрит» нередко допускаются ошибки, поскольку боль вызывает СМН.

Аналогично, причину боли в области вертела бедренной кости видят в бурсите, но я считаю, что это также проявление СМН (тендинит).

Тендинит как разновидность СМН мы уже подробно обсуждали в других главах книги, и потому сейчас поговорим о нем кратко.

Тендинит

Сталкиваясь с группой заболеваний, относящихся к тендинитам, правильно называют источник проблемы — сухожилие, но неверно выявляют его причину. Обычно болезненность сухожилия списывают на перегрузку. Поэтому лечение предполагает ограничение движений и/или инъекции в сухожилие стероида (кортизона). К сожалению, при этом облегчение часто бывает только временным.

Много лет назад я начал подозревать, что тендинит может быть одним из проявлений СМН. Это случилось после того, как пациент рассказал мне, что после лечения спины у него не только прошла боль в спине, но и стал меньше болеть локоть. Я обследовал его, и понял, что смогу помочь многим людям, страдающим от тендинита. Теперь я считаю, что сухожилия являются третьим, после мышц и нервов, видом тканей, страдающих от СМН.

Наиболее частые места возникновения тендинита — плечо, локоть, кисть, бедро, колено, лодыжка и ступня.

Кокцигодиния

Кокцигодиния — боли в области копчика, в глубине межъягодичной складки. Источником этих болей считается копчик, хотя нередко болезненной является область крестца. Будь то копчик или крестец, симптомы кокцигодинии чаще всего остаются загадкой для

диагноста, поскольку рентгеновские снимки ничего не показывают. Как правило, пациенты объясняют появление такого нарушения падением на копчик, случившимся когда-то в далеком прошлом.

Кокцигодия — достаточно частое проявление СМН, — вероятно, она представляет собой разновидность тендинита, потому что в этой области мышцы прикрепляются к крестцу и копчику. Вам нужны доказательства? Пожалуйста — кокцигодия исчезает после лечения СМН.

Неврома

Неврома — еще одна вариация тендинита при СМН — на этот раз в нижней части стопы. Боль обычно чувствуется в области плюсневых костей, и почти всегда ее причиной считают неврому — доброкачественное утолщение вокруг нервов стопы. Однако болезненность в этом месте проходит после лечения СМН.

Подошвенный фасцит

При подошвенном фасците боль локализуется в пятке и в средней части стопы. Эта область обычно очень чувствительна к надавливанию. Чаще всего врачи не в состоянии назвать точную причину этой проблемы, но некоторые говорят о воспалении подошвенной фасции. Здесь совершенно очевидно проявление СМН.

Множественный мононеврит

Множественный мононеврит — еще один описательный диагноз, поскольку причина данной патологии неизвестна. Речь идет о симптомах поражения многочисленных нервных окончаний. Множественный моно-

гневрит порой возникает при диабете, но многие люди, которым ставят этот диагноз, диабетом не больны. На мой взгляд, множественный мононеврит — еще один пример СМН, поскольку этот синдром может затрагивать большое количество разных мышц и нервов в шее, плечах и спине.

Болевой дисфункциональный синдром височнонижнечелюстного сустава

Болевой дисфункциональный синдром височнонижнечелюстного сустава — очень распространенное болезненное состояние лица, которое исторически относили к числу патологий челюстного сустава, а значит к епархии стоматологов. Я никогда не занимался лечением именно этого нарушения, но склоняюсь к мысли, что причина его возникновения сходна с причиной головных болей при СМН. Нередко мои пациенты, жалующиеся на боли в шее и плече, говорят, что боль распространяется и на челюстные мышцы, которые, так же как плечо, спина и ягодицы, становятся болезненно чувствительными при надавливании.

Воспаление

Эта тема требует пояснения, поскольку именно в воспалении врачи нередко видят причину болей в нижней и верхней части спины. Исходя из такого диагноза, они назначают стероиды (кортизон) и нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен). Ввиду того что боли в спине — чрезвычайно распространенная проблема, эти медикаменты тоже употребляются весьма широко.

Мой многолетний опыт в области диагностики и ле-

чения СМН не позволяет мне сомневаться в том, что воспаления, так же как и структурные изменения в позвоночнике и мягких тканях тела, не являются причиной боли в спине. Воспаление — это защита, автоматическая реакция на инфекцию или травму, ответ на внедрение вирусов или бактерий, обеспечивающий процесс выздоровления.

Можно ли говорить о воспалении при болях в спине? Удовлетворительного ответа на данный вопрос до сих пор нет. В этой книге я высказал предположение, что причиной таких болей является не воспаление, а кислородная недостаточность. По крайней мере, эта идея подтверждается результатами некоторых ревматологических исследований фибромиалгии.

Растяжение и вывих

Термин «вывих» должен употребляться в строго ограниченных случаях травм — например, при подвернутой лодыжке. Я не уверен точно, что означает слово растяжение. К сожалению, оно нередко используется, когда следовало бы говорить об СМН.

Теперь, после краткого обзора традиционных диагнозов при болях в спине, давайте познакомимся с наиболее распространенными способами ее лечения.

ТРАДИЦИОННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ СПИНЫ

В главе учебника по лечению болей в спине я когда-то написал, что терапевтический эклектизм — признак некомпетентности диагноста. Тот факт, что существует так много различных способов лечения распространенных болевых синдромов в шее, плечах и спине, говорит о непонимании врачами сути проблемы. Конечно, пациенту обязательно поставят какой-нибудь диагноз. Но многочисленные приемы, призванные облегчить состояние больного, — прием лекарств, разнообразные виды физиотерапии, мануальная терапия и массаж, вытяжения, акупунктура, так называемая биологическая обратная связь, чрескожная нервная стимуляция и хирургическое вмешательство — наталкивают на мысль, что у тех, кто ставит эти диагнозы, нет настоящей уверенности в их состоятельности.

Людям с СМН, чтобы хорошо ориентироваться в ситуации, нужно иметь представление о перечисленных выше видах лечения.

Размышляя о том, как раскрыть данную тему наилучшим образом, я решил рассматривать каждый лечебный прием с точки зрения его цели. Конечно, все они направлены на ослабление боли, но главный вопрос — каков механизм их действия. Что есть рационального во всех этих подходах? Прежде чем мы двинемся дальше, давайте рассмотрим подробнее эффект плацебо, поскольку без него не обходится ни одна дискуссия об исцелении.

ЭФФЕКТ ПЛАЦЕБО

Плацебо можно называть любой вид лечения, дающий хороший терапевтический эффект несмотря на то, что при этом в организм пациента не поступают лекарственные вещества. Классический пример — сахарная таблетка. Очевидно, что желаемый эффект наступает благодаря способности мозга влиять на состояние организма. Но чтобы осуществлять такое влияние, мозг должен поверить в эффективность данного вида лечения или же компетенцию врача или целителя. Ключевой момент здесь — вера. Если пациент действительно верит в свое выздоровление, результаты лечения могут быть поразительными. Прочтите следующую историю, рассказанную доктором Бруно Клопфером в 1957 году:

Мужчина с тяжелой формой рака лимфатических узлов убедил своего врача лечить его препаратом «Кребиозен». Больной чудесным образом выздоравливал, многочисленные крупные опухоли исчезли.

Его состояние быстро улучшалось до тех пор, пока он не услышал в новостях, что «Кребиозен» признан неэффективным. С того момента его состояние резко ухудшилось.

Впечатленной реакцией этого мужчины, врач сказал, что будет делать ему уколы улучшенного, более сильного «Кребиозена», а сам делал ему инъекции стерильной воды. И снова больной стал выздоравливать, опухоли исчезли. Увы, некоторое время спустя Американская медицинская ассоциация официально объявила, что «Кребиозен» не обладает приписываемыми ему лечебными свойствами. В результате у мужчины снова возникли опухоли и вскоре он умер.

Эта история показывает, что эффект плацебо влияет на тело, но не меняет образа мыслей. В данном случае он вызывал активную реакцию иммунной системы, уничтожавшую опухоли.

Убедившись в том, что большая часть болевых синдромов, с которыми мне приходилось работать, есть проявления СМН, я прихожу к выводу, что в основном предписываемые врачами лекарства и процедуры выступают в роли плацебо.

Виды терапии для травмированных частей тела

Если боль возникла в результате внешнего повреждения и были травмированы какие-то структуры организма, вполне логично назначать терапию, обеспечивающую покой травмированной части тела. Это может быть постельный режим, вытяжение поясницы (на самом деле изобретенное для того, чтобы удержать пациента в постели, поскольку используемый вес ни при каких условиях не раздвинет поясничные позвонки),

ограничение физической активности, использование шейных и поясничных корсетов. Постельный режим почти всегда предписывается пациентам с грыжей межпозвонкового диска.

Но, если нет никакой патологии и у человека СМН, любые медицинские назначения подобного плана станут бессмысленными. Они не приносят пользы и, более того, усугубляют проблему, поскольку убеждают пациента в опасности того, что с ним происходит. Как говорилось в предыдущей главе, поиск причины боли в физической, а не в эмоциональной сфере провоцирует повторение болезненных симптомов.

Целесообразность использования шейных и поясничных корсетов вообще остается под вопросом, потому что они обездвиживают избранную часть тела и тем самым ослабляют мышцы. Когда кто-то рассказывает об улучшении после ношения корсета, я считаю, что сработал эффект плацебо.

Снятие болевого синдрома

Цель любого традиционного лечения — купирование боли, и все применяемые способы рассчитаны только на это. Такое лечение является симптоматическим, а значит, не решает главную задачу — не ведет к подлинному исцелению. Иначе говоря, оно не имеет смысла за исключением тех случаев, когда болезнь неизлечима, и болевой синдром снимается из гуманистических соображений. Тогда оправдано применение морфина, демерола и других сильных анальгетиков.

Хорошим местным анестетиком является акупунктура, поскольку она блокирует передачу болевых нервных импульсов в мозг. При неизлечимых хронических заболеваниях ее применение вполне оправданно.

Типичному же пациенту с болью в спине акупунктура принесет временное облегчение, но никак не повлияет на причину возникшей проблемы.

В современной медицине широко используется блокада нервов, особенно при сильной нестерпимой боли. При этом в определенные точки (аналогично акупунктуре) вводится местный анестетик. Такой вариант лечения также не выдерживает критики.

Облегчение при болях в спине приносит и чрескожная нервная стимуляция, при которой в болезненные участки тела подаются слабые электрические импульсы. Электроды обычно накладываются на определенное место, и пациент сам может активировать электрический разряд. По поводу этого способа можно сказать то же самое, что и о двух предыдущих. Остается вопрос — дают ли они еще какой-нибудь эффект, кроме плацебо? Группа ученых из клиники Майо в 1978 году проводила исследования, доказавшие высокую действенность плацебо (Г. Торстейнсон, Х. Х. Стоннингтон, Дж. К. Стиллвел и Л. Р. Елвебек «Эффект плацебо при чрескожной электрической стимуляции», «Pain», вып. 5, стр. 31).

К сожалению, даже в случае продолжительного позитивного результата применения подобных видов лечения, они не воздействуют на причину проблемы как таковую.

Методы расслабления

Специалистам, предписывающим своим пациентам расслабление, я бы задал следующие вопросы: «Как долго требуется его практиковать?» и «Чего вы надеетесь достичь?»

На этот счет, когда речь идет о лечении боли, существует явная неопределенность. Безусловно, спокойный

и расслабленный человек будет испытывать боль меньшей силы, однако при этом мы снова сталкиваемся с симптоматическим лечением. Основная проблема никуда не исчезает. И сколько времени нужно ежедневно посвящать расслабляющим упражнениям? Я рассказываю своим пациентам, что, конечно, медитация и упражнения на релаксацию вреда не принесут, но на них нельзя надеяться как на средство избавления от боли.

Специфической задачей биологической обратной связи в деле излечения от боли является расслабление мышц. При этой процедуре к мышцам лба пациента подключают небольшие электроды, электрическая активность которых (отражающая мышечную активность) отражается на экране или шкале измерительного прибора. Цель состоит в том, чтобы уменьшить колебания стрелки — это означает расслабление мышц лба, которое в свою очередь вызовет рефлекторное расслабление мышц во всем теле.

Я не прописываю данную процедуру своим пациентам все по той же причине — она воздействует на симптом, а не на причину заболевания.

Коррекция структурных нарушений

Наверное, самым распространенным методом коррекции структурных нарушений в позвоночнике является мануальная терапия. Ее применяют при смещении позвонков, чтобы их выровнять. Я не верю в то, что мануальная терапия может исправить это нарушение. Иногда после мануальных манипуляций наступает резкое облегчение, но оно лишь подтверждает существование эффекта плацебо. Как правило, после такого облегчения пациенты начинают обращаться за подобной помощью регулярно, что тоже доказывает предпо-

ложение о плацебо, поскольку его воздействие бывает временным.

Чуть реже, чем мануальная терапия, рекомендуется хирургическое вмешательство — например, для удаления грыжи межпозвонкового диска. Безусловно, иногда операция совершенно необходима. Но, основываясь на опыте работы с пациентами с такой патологией, я могу сказать, что боль вызывает вовсе не грыжа. Нужно ли добавлять, что врачи, проводящие эти операции, абсолютно уверены: после удаления позвоночной грыжи должно наступить выздоровление. Что касается меня, мой терапевтический опыт убедил меня в том, что хирургическое вмешательство иногда дает желаемый результат благодаря эффекту плацебо. Можно даже сказать, что хирургия является одним из сильнейших видов плацебо при болях в спине.

Врачи заговорили об этом после того, как в 1961 году в «Журнале Американской медицинской ассоциации» (Вып. 176, стр. 1102) была опубликована статья Генри Бичера, которая так и называлась: «Хирургия как плацебо». Я не подвергаю сомнению ценность хирургических операций, хотя и о хирургах рассказывают немало анекдотов. Однако, как уже не раз говорилось в этой книге, СМН намного чаще бывает причиной боли в спине, чем грыжа межпозвонкового диска. Поэтому операция по удалению грыжи чаще всего не решает основную проблему.

Есть еще один способ лечения, который можно было бы охарактеризовать как псевдохирургический, поскольку его цель, как и цель операции, — удаление грыжи. В этом случае в грыжу делают инъекцию хипопапаина — энзима, который ее фактически растворяет. Эта процедура менее сложная, чем хирургическая операция,

но и ее можно смело подвергнуть критике, поскольку не грыжа является причиной боли. Кроме того, в медицинской литературе не раз говорилось о возможных серьезных негативных последствиях применения этого препарата.

Вытяжение шейного отдела позвоночника — еще одна попытка лечения структурной патологии, на сей раз речь идет о попытке расширить отверстия между позвонками в шейном отделе позвоночника, по которым проходят спинальные нервы, — дескать, тогда нервы «не будут защемляться». Но мы уже говорили о том, что «защемление нерва» относится скорее к области фантазий, и согласитесь, трудно воздействовать на то, чего нет.

Укрепление мышц

Теория, согласно которой укрепление мышц спины и брюшного пресса позволяет защитить спину и уменьшить боль, получила широкое распространение. Эта идея, глубоко врезавшаяся в сознание среднего американца, совершенно ошибочна. Ее преподают как часть программы Молодежной христианской организации, тысячи врачей прописывают соответствующие упражнения, и десятки тысяч людей выполняют их под наблюдением всевозможных инструкторов.

Нет ничего плохого в занятиях физкультурой и укреплении мускулатуры (я и сам занимаюсь спортом). Но я предупреждаю своих пациентов, что никакая лечебная физкультура не способна уменьшить боль и защитить их от приступов, а если такое и случается, то только благодаря эффекту плацебо.

А как насчет упражнений, которые помогают преодолеть страх перед физической активностью? О, это

совершенно другая история, такие занятия я полностью поддерживаю.

Доктор Хуберт Розомофф, о котором мы упоминали в связи с его отказом придавать слишком большое значение патологиям межпозвонковых дисков, в сотрудничестве со специалистами Медицинского института Майами внедрил в практику успешную программу консервативного лечения хронических болевых синдромов. Эта программа предусматривает интенсивные, почти жесткие физические нагрузки. Но мне показалось, что, несмотря на улучшение состояния здоровья его пациентов, многие из них продолжают испытывать боль. С моей точки зрения это неизбежно, поскольку основная причина болей так и не была найдена.

Я отправляю своих пациентов к инструкторам по лечебной физкультуре в редких случаях, и только для того, чтобы помочь им преодолеть страх перед физическими упражнениями.

Активизация кровоснабжения

Существует множество видов терапевтических процедур, усиливающих кровоснабжение болезненной части тела посредством повышения температуры тканей. Тепло можно генерировать внутри мышцы, например с помощью коротковолнового или ультразвукового излучения. Глубокий массаж и активные физические упражнения выполняют ту же функцию. Обычное же прогревание, вопреки ожиданиям, фактически не активизирует кровоток, поскольку тепло плохо проходит через кожу и не достигает мышц. И наоборот, как это ни парадоксально, кровоснабжение усиливает пузырь со льдом, поскольку он стимулирует рефлекторную реакцию на холод.

Но что дают все эти процедуры? Если боль — результат ослабления кровотока и, соответственно, дефицита кислорода, спровоцированного какой-то причиной, увеличение количества кислорода не сыграет заметной роли.

Читателю уже известна наша гипотеза, подтвержденная ревматологическими исследованиями, согласно которой СМН возникает вследствие кислородной недостаточности. Тем не менее я не использую описанные выше процедуры, поскольку они приносят временное облегчение и воздействуют исключительно на физиологию.

Холод или тепло, использование излучения (в наши дни — в основном ультразвукового), глубокий и поверхностный массаж, а также активные физические упражнения широко распространены в практике лечения болевых синдромов, но не затрагивают их настоящих причин. Например, пациенту ставят диагноз «грыжа межпозвонкового диска» и врач решает, что в операции нет необходимости. После некоторого периода постельного режима, при условии того, что боль не прекращается, больному прописывают физиотерапию, обычно включающую в себя прогревание, массаж и лечебную физкультуру. Для чего нужны все эти назначения, понять трудно. Они не изменяют состояние грыжи. Возможно, такие процедуры временно усилят кровообращение и простимулируют мышцы, но до какой степени?

Как один из тех, кто когда-то и сам назначал описанные выше процедуры, я должен признаться, что никаких действительно рациональных мотивов у меня тогда не было. Я просто руководствовался незатейливыми мыслями типа: «Нужно что-нибудь сделать, — может-

быть, тогда боль пройдет», «Необходимо укрепить мышцы спины и пресса, чтобы позвоночнику было на что опереться», «Важно расслабить мышцы» и так далее.

Если физиотерапевт — талантливый специалист, его результаты обычно весьма впечатляют. Однако тут мы снова имеем дело с эффектом плацебо, поскольку боль уходит ненадолго. При этом жизнь пациента полна всяческих ограничений и его не покидает страх перед возвращением болевого приступа.

Снятие воспаления

На любое лечение, направленное на снятие воспаления, я всегда реагирую однозначно: «Какого воспаления?» Ни у одного известного мне пациента, страдающего от боли в спине, никакого воспаления не было, при этом они принимали огромное количество стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов согласно рецепту врача или самостоятельно. Трудно объективно оценить эффективность подобных лекарств, поскольку большинство из них обладают еще и обезболивающим действием.

Так как при СМН не бывает воспаления, остается предположить, что улучшение наступает благодаря болеутоляющим свойствам принимаемых лекарственных препаратов или эффекту плацебо. С одним исключением — стероиды (так называемые препараты группы кортизонов) временно ослабляют или вообще снимают симптомы СМН у многих пациентов. Я не знаю, каким образом и отчего это происходит. Но я видел этих людей, когда они снова испытывали боль, — то были явные проявления СМН. Лишь только после того, как они, став моими пациентами, проходили описанную здесь программу, боль действительно оставляла их.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Ранее я уже рассказывал о широко применяемой в нашей стране программе лечения хронической боли. И сейчас мне хочется вновь поднять эту тему. Я утверждаю, что лечить боль как таковую, не касаясь ее настоящих причин, по меньшей мере некорректно! Боль — это симптом, такой же как, например, повышение температуры. Но ей почему-то придали статус отдельной патологии.

Основываясь на своем опыте, могу сказать, что причиной как острой, так и хронической боли у большинства пациентов следует считать подавленные эмоции, а не физические аномалии и травмы. Но, даже если это и не так, стремиться убрать симптомы — не многим умнее, чем пытаться вылечить больного пневмококковым воспалением легких, сбивая температуру.

Но тогда откуда взялся столь некорректный подход к боли? Проблема в том, что врачи часто не в состоянии правильно назвать ее причину. И поэтому, когда она становится невыносимой, врачи поднимают руки вверх в надежде на то, что кто-нибудь избавит их от бремени забот о таком пациенте.

Вот почему, когда психологи-бихевиористы выдвинули свою теорию о психологической потребности некоторых людей в хронической боли, врачи с радостью сняли с себя ответственность за своих пациентов, отреклись от роли диагностов и наградили боль статусом своего рода психологической болезни.

В действительности же боль была и всегда будет только симптомом. Если она становится невыносимой или хронической, это происходит оттого, что ее причина остается невыясненной. Более того, хронический характер боли — не что иное, как следствие невер-

ных диагнозов. Следующая история прояснит сказанное выше и поможет вам сделать правильные выводы из этой главы.

Пациентка — женщина средних лет, мать взрослых детей, прежде, чем попасть ко мне, около двух лет была прикована к постели. Она в течение нескольких лет страдала от сильной боли в пояснице и ноге и перенесла две операции, после которых ее жизнь проходила в спальне на кровати.

Обследовав ее, я не нашел никаких патологий, зато обнаружил тяжелые проявления СМН. Неудивительно, что физиологические проявления ее психоэмоционального состояния оказались такими драматичными: в детстве над ней надругались, поэтому она, не осознавая этого, подавляла в себе ярость. Это была приятная, спокойная женщина — воплощение материнских качеств; личность такого типа подавляет свой гнев автоматически. Он копился внутри нее на протяжении многих лет, и, чтобы она не вспоминала о тяжелой психологической травме, на страже стоял сильнейший болевой синдром.

Эту женщину нам пришлось госпитализировать. Ее выздоровление не было легким, поскольку, когда она начала осознавать собственную ярость, ей пришлось пересмотреть всю свою жизнь. Кроме того, у нее проявились и другие физиологические проблемы — с сердцем, желудком, а также аллергия, однако боли постепенно ослабевали. Женщина посещала сеансы интенсивной групповой и индивидуальной психотерапии. К счастью, она обладала достаточным уровнем интеллекта, чтобы быстро усвоить основную концепцию СМН, и через два с половиной месяца после начала лечения отправилась домой, совершенно освободившаяся от болей и готовая начать жизнь заново.

У этой женщины был СМН, спровоцированный серьезной психоэмоциональной травмой. Было бы серьезной ошибкой считать, что она получала некую вторичную психологическую выгоду от мучавших ее сильнейших непрекращающихся болей. Этот пример поясняет, почему я являюсь противником концепции вторичной выгоды.

Я продолжаю настаивать на том, что в основе лечения СМН должен лежать образовательно-психотерапевтический подход. Большинству пациентов психотерапия вовсе не нужна, но они должны знать, что все мы испытываем и подавляем неприятные чувства, которые затем могут провоцировать физические симптомы.

УМ И ТЕЛО

Когда мы имеем дело с СМН, необходимо четко понимать, что данный синдром является ярчайшим примером взаимосвязанности ума и тела. История осознания медициной этой взаимосвязанности — долгая и непростая. Гиппократ советовал больным астмой стараться удерживаться от гнева — то есть уже две с половиной тысячи лет назад люди обнаружили влияние эмоций на течение болезни. Однако позднее, в семнадцатом веке, философ и математик Рене Декарт провозгласил, что ум и тело — две независимые друг от друга сущности, которые следует постигать отдельно. Согласно Декарту, все, что касается ума, относится к области философии и религии, а тело нужно изучать с помощью объективных наблюдений и опытов. Учение Декарта до сих пор служит фундаментом современной исследовательской и практической медицины. Большинство врачей продолжает воспринимать болезнь

как поломку в машине под названием тело, а свою роль видит в том, чтобы обнаружить ее и устранить. Медицинские исследования базируются исключительно на лабораторных методах, а то, что невозможно обнаружить с помощью анализов, считается ненаучным. Несмотря на очевидную ошибочность такого подхода, им руководствуются очень многие исследователи. Так что дух Декарта жив и по сей день.

ШАРКО И ФРЕЙД

В конце девятнадцатого века известный французский невролог Жан-Мартин Шарко обнародовал результаты своих экспериментов с группой крайне интересных с врачебной точки зрения пациентов и тем самым дал новую жизнь концепции взаимосвязанности ума и тела. У этих людей, которых называли истериками, проявлялись сильнейшие неврологические симптомы (например, паралич руки или ноги) при отсутствии неврологических заболеваний. Представьте, какое впечатление произвела на медицинскую аудиторию демонстрация сеанса гипноза, во время которого у человека исчезал паралич!

Среди множества врачей, посещавших знаменитую клинику Шарко, был венский невролог Зигмунд Фрейд. Теперь его имя известно всему миру благодаря созданной им теории бессознательного (или подсознания, если хотите), которая позволила глубоко понять мотивы человеческого поведения. Увы, несмотря на то, что Фрейд начал писать на эту тему около ста лет назад, большая часть психологов и психиатров до сих пор плохо представляет себе, что такое подсознательная эмоциональная активность и как она влияет на поведение

и чувства людей. Это печально, поскольку источником таких расстройств, как СМН, язва желудка и колиты, является подсознание — их появление связано с загнанными в него подавленными эмоциями.

Фрейд чрезвычайно заинтересовался пациентами с истерией и начал с ними работать. Он попытался найти ответ на вопрос: почему гипноз временно снимает симптомы, но по сути не лечит. В конце концов Фрейд пришел к выводу, что демонстрируемые пациентами-истериками псевдосимптомы, которые он называл *симптомами истерической конверсии*, были результатом сложнейшего подсознательного процесса, в ходе которого эмоции подавлялись, а затем выходили наружу в виде физических симптомов. Он считал, что эти симптомы несут символический смысл и играют роль психологической разгрузки.

Фрейд выдвинул следующую идею: процесс подавления болезненных эмоций является защитным механизмом. Однако он считал, что у симптомов, возникающих в результате действия такого защитного механизма, нет ничего общего с нарушениями, затрагивающими внутренние органы, например желудок и кишечник. Как бы то ни было, Фрейд обнаружил, что может помочь множеству пациентов, страдающих от истерической конверсии, с помощью изобретенного им психотерапевтического метода — психоанализа.

На мой взгляд, открытие бессознательного и работа над дальнейшим развитием этой теории — величайший вклад Фрейда в медицину. Важность его достижений сопоставима с открытиями Эйнштейна, Галилея и других великих ученых.

ФРАНЦ АЛЕКСАНДЕР

Хотя первым и главным защитником теории взаимосвязанности ума и тела был Фрейд, весомый вклад в дальнейшее развитие этой концепции сделали его ученики. Одним из самых ярких сторонников Фрейда был Франц Александер. Вместе с коллегами из Чикагского института психоанализа он сделал немало важнейших открытий в области психосоматической медицины.

Утверждая, что органические нарушения, такие, например, как язва желудка, также возникают в ответ на психоэмоциональные факторы, хотя и отличающиеся от тех, что вызывают симптомы истерической конверсии, Александер пошел дальше Фрейда. То, что он называл вегетативными неврозами (в первую очередь, язва и колиты), было, по его словам, реакцией на определенные постоянные или изменяющиеся эмоциональные состояния. К числу проявлений вегетативных неврозов Александер относил болезни верхней и нижней частей желудочно-кишечного тракта, бронхиальную астму, сердечную аритмию, повышенное артериальное давление, психогенные головные боли, некоторые кожные заболевания, диабет, гипертиреоз и ревматоидный артрит.

По его мнению, всем этим болезням предшествовала некая негативная психологическая ситуация, которая и вызывала то или иное расстройство. Например, подавленный гнев провоцирует повышение артериального давления (я еще вернусь к этой теме и поясню свою теорию причин возникновения физически выраженных заболеваний, спровоцированных психоэмоциональным дисбалансом).

Важным вкладом Александра в развитие медицинской науки стала его книга «Психосоматическая медицина». Помимо всего прочего, он в этой книге пишет о том, что начиная с XIX века представителей науки не интересует влияние психики на состояние здоровья человека.

Нынешняя медицина полагает, что тело человека фактически представляет собой сложный механизм, работу которого нужно объяснять с точки зрения физики и химии. Отсюда следует, что врач должен знать принцип работы деталей этого механизма и в случае поломки — уметь его отремонтировать. Как уже было сказано, впервые эта идея была сформулирована Декартом. Именно поэтому врачи — современники Фрейда с подозрением отнеслись к его теории, посчитав ее ненаучной.

ГОСПОДСТВО ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ ПАТОЛОГИЙ

Александр надеялся, что ему удастся смягчить критические настроения медицинского сообщества по поводу взаимосвязи ума и тела, если он будет использовать в своей работе научные методы. Он объявил, что мы стоим на пороге новой эры в медицине, когда будет признана и исследована роль эмоций в вопросах здоровья и болезней человека. К сожалению, этого так и не произошло. Постепенно сошли с медицинской сцены талантливые энтузиасты — ученики Фрейда. То же самое произошло и с теорией, согласно которой эмоции оказывают влияние на тело и являются причиной некоторых заболеваний. Последователи философии Декарта опять взяли верх, и эмоции были изгнаны из области

медицинских исследований. Основанный Александром и его коллегами журнал «Психосоматическая медицина» изменился до неузнаваемости, поскольку им стали руководить люди, более всего заинтересованные в лабораторных исследованиях и статистике. То, что нельзя было изучить в лаборатории, они признавали «ненаучным». И в первую очередь это касалось эмоций, которые невозможно измерить приборами.

С годами физико-химический подход укрепился в медицине до такой степени, что даже многие психиатры стали называть себя *биопсихиатрами*, подчеркивая тем самым, что эмоциональные расстройства являются результатом химических нарушений функций мозга и единственный способ от них избавиться — обнаружить природу химического дефекта и устранить его с помощью лекарства. Согласно этой теории депрессия и тревожность есть следствие химического дисбаланса мозга. Понятно, что производители и продавцы лекарств чрезвычайно обрадовались такому повороту событий, но не они его инициировали, а сами психиатры.

Концепция химических изменений в мозгу, обуславливающих «нормальные» и «ненормальные» эмоциональные состояния, несостоятельна, поскольку такие изменения являются частью механизма или результатом действия психологического фона. Поэтому лечение пациента одними лишь химическими препаратами — не что иное, как профанация, поскольку результатом такого лечения будет устранение симптомов, а не их причины.

Например, некий мистер Джонс очень сильно переживает из-за своих финансовых проблем, его тревога проявляется в виде различных органических симптомов. И врач, вместо того чтобы помочь мистеру Джонсу

справиться с ситуацией, прописывает ему транквилизаторы. Абсурд, не правда ли?

Окончательный поворот в сторону физико-химического подхода к лечению болезней произошел в течение последних тридцати пяти лет. И сейчас официальная медицина не проявляет никакого интереса к взаимоотношениям ума и тела. В июне 1985 года в передовице одного из наиболее уважаемых изданий — «Медицинского журнала Новой Англии» — было прямо сказано, что большую часть информации о таких взаимоотношениях следует относить к сфере фольклора. Эта передовица вызвала бурю протестов в тех странах, где все-таки ведутся соответствующие научные исследования. Однако господа картезианцы отнеслись к критике в свой адрес с полнейшим пренебрежением. К счастью, другой, не менее уважаемый журнал — британский «Ланцет» — ровно через месяц также опубликовал редакторскую статью, содержащую данные о работе в области изучения взаимосвязи ума и тела, где выражалась надежда на то, что медицинское сообщество обратит внимание на данный предмет. Нельзя сказать, что эта статья вызвала массовое одобрение со стороны учёных-медиков, но она определенно была более объективной, чем статья в «Медицинском журнале Новой Англии».

НЫНЕШНЯЯ СИТУАЦИИ В ОБЛАСТИ ИССЛЕДОВАНИЙ ВЗАИМОСВЯЗИ УМА И ТЕЛА

Если нарисованная мной картина и получилась слишком мрачной, то лишь оттого, что именно так обстоят дела в США. Однако я думаю, что еще не все потеряно. Новым идеям всегда тяжело пробивать себе путь. После того как они появляются на свет, их обычно нещадно

критикуют и отвергают, особенно если они бросают тень на давно существующие, устоявшиеся и лелеемые большинством принципы. Наиболее значительные изобретения медицины за последние сто лет были сделаны в лабораториях (достаточно вспомнить пенициллин), и мы должны быть бесконечно благодарны за них эре так называемой лабораторной медицины. Но нам пора двигаться вперед и признать необходимость поиска новых методов исследований, особенно в столь сложной, и даже мистической, области, как деятельность ума и работа мозга.

Франц Александер в своей книге «Психосоматическая медицина» процитировал Эйнштейна, сказавшего, что Аристотелевы идеи о движении затормозили развитие механики на целых две тысячи лет. Будет жаль, если господствующая ныне картезианская парадигма, игнорирующая влияние мозга, особенно эмоций, на тело, сделает то же самое с нашей медициной.

Почему нынешним врачам так трудно принять концепцию воздействия ума на тело? Вероятно, потому, что они считают себя инженерами человеческого тела. Они уверены, что о здоровье и болезнях можно говорить исключительно с помощью физических и химических терминов, и предают анафеме идею, что мысли и эмоции могут вызывать те или иные физиологические реакции. Вот почему мои работы так упорно игнорируются.

Я убедительно доказал и продемонстрировал, что многие патологические физиологические процессы в человеческом организме являются результатами определенных эмоциональных изменений, которые можно остановить путем умственных усилий. Но многие врачи считают эту идею ересью, — мало того, создается впечатление, что она попросту недоступна их понима-

нию. Их профессиональная подготовка мешает им допустить саму возможность существования такой концепции. Для традиционных медиков она сродни заклинаниям вуду. Мысль о ней пробуждает в них смутные воспоминания о додекартовой медицине и вызывает страх.

Парадоксально, но вдумчивый человек, не имеющий врачебного диплома, демонстрирует гораздо большую готовность к восприятию нового, поскольку он не отягощен медицинским образованием и сопутствующими предубеждениями. Иначе говоря, взгляды современной медицинской науки крайне ограничены и, не желая выйти за пределы привычных догм, она лишает сама себя дальнейшего развития. Так что врачам стоило бы поучиться у учёных-физиков, постоянно пересматривающих свои теории в свете новых, только что полученных знаний.

МОИ ИДЕИ О ПРИРОДЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УМА И ТЕЛА

Большинство моих идей на данную тему родилось в ходе практической работы по диагностике и лечению СМН.

Первая и основная идея такова: ментальные и эмоциональные состояния оказывают непосредственное влияние на тело, изменяя в худшую или в лучшую сторону состояние его органов и систем. Механизм такого влияния нам пока еще не ясен. Но это не должно вызывать у нас беспокойства, ведь точно так же мы не можем объяснить ни механизм кодировки звуков, входящих в наши уши и превращающихся у нас в мозгу в слова, ни то, как мозг переводит поток воспринимаемой нами

визуальной информации в осмысленные образы. Разве это мешает нам слышать и видеть?

Соответственно, что бы мы ни думали по поводу того, как ментальная и эмоциональная деятельность мозга воздействует на тело, — то, что происходило в Лурде, было реальностью, как является реальностью и эффект плацебо, и то, что вытворяют индийские факиры. Медицине стоило бы изучать подобные феномены, а не высмеивать их.

А сейчас позвольте мне пояснить, как именно, на мой взгляд, мозг воздействует на любые физиологические процессы в человеческом организме.

Устройство психики

Уже не одно десятилетие доподлинно известно, что ментальное и эмоциональное устройство человеческой психики весьма многогранно. Оно включает в себя множество разных сил, подчас конфликтующих между собой и действующих в основном ниже уровня сознания. Мы благодарны за это открытие Фрейду. Его формулировки и описания *ид*, *эго* и *суперэго* широко известны. К сожалению, я не обладаю такими познаниями в области психоанализа, которые позволили бы мне последовательно оценивать мою работу сточки зрения теории Фрейда. Я могу лишь описать то, что видел, пояснить свои впечатления и оставить написанное на суд экспертов — им решать, соответствуют ли мои выводы современным психоаналитическим воззрениям.

Чтобы упростить себе задачу, мы можем называть это многогранное ментальное и эмоциональное устройство психики *личностью*. Она есть у каждого, и все мы осознаем некоторые ее характеристики, например свою склонность к перфекционизму или гиперответственность.

Но есть и такие важные составляющие нашей личности, о которых мы даже не догадываемся, поскольку они находятся в подсознании. Эти составляющие оказывают значительное влияние на нашу жизнь.

Совершенно очевидно, что всем нам присущи некие общие компоненты личностной структуры, однако множество вариантов их сочетания поистине бесконечно. Например, у всех есть совесть, но у кого-то она играет доминирующую роль в жизни и в буквальном смысле управляет всеми поступками человека, а у другого ее голос настолько тих, что его поведение в социуме чуть ли не преступно.

Подсознательную часть нашей личности можно считать незрелой. Ей присущ нарциссизм. Она эгоистична, ее не интересуют потребности, желания и комфорт других людей. У разных людей эта часть личности обладает различным влиянием. Те, кто находятся в ее власти, склонны вести себя по-детски эгоистично, хоть сразу это и не всегда заметно, поскольку такое поведение маскируется повадками взрослого человека.

Вообще надо сказать, что многие наши эмоции и шаблоны поведения родом из детства. Дети чувствуют себя слабыми и уязвимыми, они зависимы, у них занижена самооценка. Поэтому они очень тревожны, часто злятся и нуждаются в постоянных похвалах. Детям не свойственна терпеливость. Все мы в той или иной степени подсознательно продолжаем испытывать те же детские чувства во взрослом возрасте.

Великий философ и мифолог Джозеф Кемпбелл описал церемонии перехода мальчиков и девочек во взрослую жизнь, практикуемые в первобытных племенах. Это всегда очень драматичные, нередко болезненные и травматичные обряды, имеющие немалую силу.

Являясь своего рода «демаркационной линией» между детством и взрослостью, они, безусловно, помогают победить влияние детских слабостей. Наше так называемое цивилизованное общество подобных обрядов лишено (бармицва и конфирмация представляют собой некое их подобие, но не обладают той же силой внушения), и, возможно, нам не хватает этой границы. Если между детством и взрослостью нет четкого разделения, человек, несмотря на свой биологический возраст, может сохранить большую часть характерной для детства незрелости личностных черт.

Вполне вероятно, что тревожность, в той или иной степени свойственная каждому человеку, является реакцией детской, незрелой части нашей личности на стресс и повседневное напряжение. Чем больше стресс, тем сильнее тревога. И, как уже говорилось ранее, то же самое происходит и со злостью.

Возможно, гнев является наиболее важным и наименее приемлемым переживанием в эмоциональном арсенале человека. Известный психоаналитик Виллард Гейлин в 1984 году издал книгу «Гнев внутри», в которой он исследовал гнев как проявление личности современного человека. Поскольку гнев никак не вписывается в картину достойного поведения в цивилизованном обществе, мы склонны его подавлять и потому нередко даже не знаем о том, что он нам свойствен. Мы подавляем гнев по многим, в основном неосознаваемым, причинам, о которых шла речь выше.

Тенденция подавлять нежелательные эмоции — чрезвычайно важный элемент эмоциональной жизни человека. Этой концепцией мы обязаны Фрейдю. Причины, по которым мы подавляем, гнев, тревогу, чувство зависимости и обусловленное заниженной

самооценкой ощущение собственной слабости, вполне очевидны.

С другой стороны нашего эмоционального спектра находится то, что Фрейд назвал суперэго. Можно сказать, что суперэго — это наш Моисей. Оно говорит нам, что мы должны и что не должны делать, причем его указания далеко не всегда легко выполнимы. Когда у нас не получается следовать распоряжениям своего суперэго, мы чувствуем себя так, как если бы на нас оказывалось давление. Испытываемое нами внутреннее напряжение растет, и мы все больше и больше тревожимся и злимся. Как я уже говорил ранее, люди с СМН обычно чрезвычайно трудолюбивы, гиперответственны, добросовестны, амбициозны и целеустремленны — все эти в принципе положительные качества способствуют росту внутреннего напряжения, поскольку такой человек предъявляет к себе особые требования.

Еще одно наблюдение: помимо склонности подавлять нежелательные эмоции, нам, похоже, присуща не меньшая потребность вытаскивать их из подсознания и осознавать. Чтобы противодействовать этой потребности, мозг по сути придумывает СМН, язвы желудка и мигрени.

СМН как пример взаимодействия ума и тела

Теперь мы можем рассмотреть следующий вопрос: какое место занимает СМН в обширной схеме связей ума и тела? Безусловно, СМН представляет собой одно из ярчайших ее проявлений. Этот синдром можно отнести к группе преследующих общую цель физиологических реакций, в которую входят язва желудка, спастические колиты, запоры, головная боль при нервном напряжении, мигрень, учащенное сердцебиение,

экзема, аллергические риниты (сенная лихорадка), простатиты а (часто) и звон в ушах (часто). Причем это далеко не полный список. Мне доводилось видеть немало преследующих ту же цель ларингитов, частых мочеиспусканий, патологической сухости во рту и многих других нарушений. Лично я считаю подобные нарушения взаимозаменяемыми и равноценными, — вдобавок, те или иные из них нередко сопутствуют СМН. Недавно я общался с пациентом, который рассказал мне о своих сильнейших мигренях (с его слов я сделал вывод, что речь идет от головной боли при нервном напряжении), которые пропали после того, как у него начала болеть поясница и появился ишиас.

Многие пациенты также рассказывают о том, что, исцелившись от СМН, они избавляются и от других проблем со здоровьем, например от сенной лихорадки. Это еще раз подтверждает специфический характер перечисленных выше нарушений. И я объясняю людям, что все они служат одной и той же психологической цели.

Хочу привести отрывок из письма, которое я получил несколько месяцев назад. Автор письма начал с того, что его жена, моя пациентка, ранее страдавшая от болей в спине, чувствует себя хорошо. И вот что последовало дальше:

«Возможно, вы помните, как я подходил к вам после лекции и сказал, что уже двадцать лет у меня проблемы с желудком. Вы сказали, что тут действуют те же принципы. Я не мог поверить, что это сработает! У меня начал болеть желудок, когда я учился на третьем курсе. Я годами принимал всевозможные таблетки и жить не мог без «Маалокса». Воспользовавшись вашей теорией и осознав, насколько сильно подсознание контролирует

нашу повседневную жизнь, я полностью избавился от болей в желудке. Когда я пытаюсь кому-то объяснить, что со мной произошло, мне не верят, но вы-то понимаете, о чем я говорю!»

Конечно, ему никто не верит, ведь люди черпают информацию о здоровье и болезнях от врачей и из традиционной медицинской литературы, а мы уже говорили о позиции официальной медицины. Я допускаю, что вообще только процентов десять населения готовы понять то, о чем говорит этот мужчина, и поверить ему.

Что касается списка заболеваний, которые я перечислил, он составлен в соответствии с гипотезой Франца Александра, согласно которой отдельные заболевания несут определенную психологическую нагрузку. В своей классической книге «Психосоматическая медицина» Александр пишет о психодинамике, которая, по его мнению, вызывает гастроэнтерологические, респираторные и сердечно-сосудистые проблемы. Мой опыт работы с СМНи этими проблемами подсказывает мне, что у них должен быть некий общий знаменатель, возможно подавленная тревога. В таком случае некоторые другие подавленные эмоции, например гнев, могут быть триггерами тревожности, которая затем провоцирует возникновение определенных симптомов.

Лично мне нередко приходится констатировать у пациентов с СМН повышенную желудочную кислотность, колиты, мигрень, учащенное сердцебиение и так далее. И я знаю, что все эти симптомы — результат подавленного гнева. В результате мне, чтобы убрать тот или иной симптом, нужно только идентифицировать причину гнева.

Надо отметить, что большинство вышеперечисленных проблем возникают при участии автономной нервной системы. Исключением является сенная лихорадка, возникающая вследствие сбоя в работе иммунной системы. Я еще вернусь к этой теме, когда мы будем говорить о новом направлении в медицине — психонейроиммунологии.

Физиологические нарушения как защита от подавленных эмоций

О том, что различные физиологические нарушения по сути представляют собой защиту от подавленных эмоций, мы уже говорили во второй главе. Поэтому тут мы коснемся этой темы вскользь. Задача болей в спине и проблем, связанных с желудочно-кишечным трактом, мочеполовой системой и так далее, — отвлечь внимание человека от подавляемых им негативных эмоций. Здесь мы видим действие механизма, который позволяет людям избегать необходимости осознавать свои неприятные переживания. По сути, речь идет о категорическом нежелании ума разбираться с этими переживаниями.

Однако человек должен четко разделять решения, принимаемые им на сознательном и подсознательном уровнях. Пациенты с СМН обычно обладают решительным характером и без страха смотрят в лицо жизненным трудностям. Но их подсознание крайне трусливо.

И наилучшим подтверждением данного тезиса является следующий, неоднократно упоминавшийся в этой книге факт: люди избавляются от мучающих их болей, всего лишь осознав, что именно с ними происходит. Все тайные маневры ума становятся бесполезными, когда

их секрет разгадан. Как было сказано в четвертой главе, многие люди сообщали мне о том, что они исцелились благодаря полученной от меня информации. Это нельзя назвать плацебо.

Фрейд и его ученики признавали, что истерия порой сопровождается болезненными ощущениями в теле, За многие годы работы мне не раз приходилось заниматься пациентами, с тяжелыми формами СМН, практически прикованными к постели. Помимо классических признаков СМН — болезненности при надавливании на мышцы в области определенных нервов, например седалищного, эти пациенты нередко испытывали необычную боль в нехарактерных местах. Типичный пример того, как они описывают свои ощущения: «У меня как будто под кожей трескается стекло». Фрейд назвал бы такую разновидность боли истерической. При истерических симптомах задействована не автономная, а центральная нервная система и считается, что их вызывает другая психологическая причина. Я же полагаю, что и СМН, и истерические боли имеют один источник, но мозг выбирает то или другое в зависимости от силы имеющейся эмоциональной проблемы.

Психогенные локальные боли

В июле 1858 года доктор Алан Уолтерс на одиннадцатой ежегодной встрече Канадского неврологического общества прочитал доклад на тему «Психогенные локальные боли, называемые истерическими болями». В 1961 году его доклад напечатали в мартовском номере журнала «Мозг». Согласно доктору Уолтерсу, первоначальное определение болей неясной этиологии, локализованных в той или иной части тела, как истерических было неточным. Такого вида нарушения он предложил

считать не истерическими, а психогенными локальными болями.

Почему эти боли психогенные? Потому что они являются результатом психэмоционального расстройства (всех пациентов тщательно обследовали на предмет выявления физических заболеваний). Говоря же об их локальности, Уолтерс имел в виду, что они возникают в определенных частях тела, независимо от характера иннервации.

На основе собственного опыта я могу согласиться с доктором Уолтерсом и готов развить его теорию. Мне приходилось наблюдать такие боли у пациентов с разной степенью тревожности, а также у больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Создается впечатление, что из обширного репертуара болезненных и безболезненных нарушений ум сам выбирает подходящий симптом, с помощью которого он защищается от негативных переживаний. И психогенные локальные боли чаще всего проявляются при тяжелых эмоциональных состояниях.

Кроме того, нужно иметь в виду, что разные люди подавляют свои негативные переживания в различной степени. Некоторые хоронят свои эмоции так глубоко, что психотерапевтам вообще не удастся заставить таких пациентов вытащить их наружу. У других подавленные эмоции лишь слегка прикрыты. Безусловно, чем глубже в подсознании скрыты эмоции, тем сильнее физическая боль и тяжелее общее состояние.

На основании собственной практики могу сказать, что в особо сложных случаях помимо образовательной программы людям необходима помощь психотерапевта; в эту группу входит примерно пять процентов моих пациентов.

Ответственность за собственные эмоции

Среди врачей все-таки есть немногочисленные сторонники теории, согласно которой эмоции играют ключевую роль в вопросах здоровья, и я — один из них. Александер в конце концов предложил отказаться от термина психосоматическая медицина как от тавтологии, ведь эмоции фактически определяют то, здоровы мы или больны, и значит, с психосоматикой приходится иметь дело любому врачу.

Что касается меня, я считаю, что любые медицинские умозаключения будут неточными, если игнорируется психоэмоциональный фактор. Например, при наблюдении за состоянием артерий обычно учитываются следующие факторы: диета (на предмет холестерина), вес, физическая активность и генетика, но никто не вспоминает об эмоциях, поэтому, на мой взгляд, выводы, которые делаются на основе таких наблюдений врачами, не имеют особой ценности.

Тут необходимо подчеркнуть, что, как правило, люди не контролируют собственные эмоции (если не считать контролем подавление). Нередко, услышав диагноз «СМН», пациенты восклицают что-то вроде: «Какой ужас, мне стыдно, я сам во всем виноват». На это я отвечаю, что их базовые эмоциональные паттерны сформировались задолго до того, как они достигли возраста, позволяющего осознавать и регулировать свои чувства, и то, какими они стали сейчас, — результат комбинации генетических факторов и внешнего воздействия, находящихся вне зоны их контроля. Это все равно что горевать о невозможности выбирать себе рост или цвет глаз.

Вот почему человек реагирует на неприятности единственным известным ему способом — подавляя

собственные негативные переживания. И он сможет вернуть себе здоровье лишь в том случае, если начнет понимать, что стоит за теми или иными его поступками, и захочет изменить свое отношение к жизни и поведенческие паттерны.

Здесь нельзя не упомянуть о нежелании многих врачей говорить о роли эмоций, например, при раке. Они полагают, что объяснять пациентам, мол, ваше заболевание возникло на фоне испытываемых вами эмоций, — жестоко. Дескать, такая ответственность может стать непосильной ношей для больного. На это я отвечаю, что тут все зависит от формы подачи информации.

Не нужно обрушивать на человека лавину подобных сведений, поскольку в результате он действительно может посчитать себя эмоционально уязвимым. Врач должен объяснить пациенту, что он не несет ответственности за свои эмоции (о чем уже говорилось выше), поговорить с ним о его жизни, постараться выявить те эмоциональные факторы, которые спровоцировали развитие злокачественной опухоли, а затем предложить конкретные способы замедления процесса болезни и, возможно, поворота его вспять. Я не утверждаю, что уже существует тщательно отработанный и проверенный алгоритм исцеления, базирующийся на этой идее. Но хочу подчеркнуть, насколько важны исследования в данной области.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНЫ УМА И ТЕЛА

Любознательным читателям, которым хотелось бы узнать, насколько современная медицина интересуется связью ума и тела, я советую прочесть книгу доктора

Стивена Лоука и Дугласа Коллигана «Внутренний целитель». Доктор Лоук работает на кафедре психиатрии в Медицинском институте Гарвардского университета. Описывая современные попытки понять, как ум влияет на тело, а также историю этого вопроса, он, вместе со своим соавтором, проделал отличную работу.

Я согласен с этой книгой практически по всем ключевым вопросам. Но мне кажется, что авторы слишком много внимания уделили иммунной системе. Они полагают, что будущее медицины зависит от так называемой психонейроиммунологии. Безусловно, исследования, проводимые в этой области, очень важны для понимания многих серьезных заболеваний, таких как рак или аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит и диабет), однако, на мой взгляд, это всего лишь один участок огромного поля исследований влияния эмоций на все органы и системы человеческого организма.

СМН — пример нарушения, провоцируемого автономной нервной системой; иммунная система здесь ни при чем. Я также полагаю, что иммунная система не имеет отношения к влиянию эмоций на сердечно-сосудистую систему. Но интересно, что ум, удовлетворяя свои потребности, фактически пересекает любые границы. Одна и та же психоэмоциональная проблема может спровоцировать СМН при участии автономной нервной системы, аллергический ринит — с помощью иммунной системы и так далее.

Чрезвычайно важный вклад в изучение взаимосвязи ума и тела был сделан учеными кафедры биохимии Национального института ментального здоровья, в первую очередь — Кэндаси Перт, в свое время возглавлявшей эту кафедру. Тем, кого интересует данная тема, могу

порекомендовать превосходный обзор ее работ, сделанный Стивеном С. Холлом, опубликованный в июне 1989 году в «Smithsonian».

Ум и тело взаимодействуют множеством разных способов, в следующей части этой главы мы рассмотрим основные из них.

УМ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

В сфере взаимодействия ума с сердечно-сосудистой системой нас прежде всего интересуют повышенное кровяное давление, заболевание коронарной артерии, атеросклероз, учащенное сердцебиение и пролапс митрального клапана. Высокое кровяное давление (гипертензия) — широко распространенное нарушение, вызывающее страх у людей, поскольку оно ассоциируется с сердечными болезнями и инсультом. Мысль, что повышение давления связано с эмоциями, высказывалась неоднократно. Доктор Нил Миллер, психолог, работающий в Университете Рокфеллера, продемонстрировал своего рода программирование подопытных животных, вызывающее понижение кровяного давления и изменение других процессов в организме. Тем самым он доказал, что мозг можно заставить влиять на тело.

Доктор Герберт Бенсон, кардиолог из Гарварда, описал то, что он называет реакцией расслабления, и наглядно показал, как человек может снизить свое кровяное давление с помощью медитативных методик.

Одиннадцатого апреля 1990 года в «Журнале Американской медицинской ассоциации» (вып. 263, стр. 1929-35) доктор Питер Л. Шнал в соавторстве с коллегами из Центра сердечно-сосудистых заболеваний и высокого давления при Медицинском колледже больницы Кор-

нелл (Нью-Йорк) и докторами из двух других медицинских институтов Нью-Йорка, опубликовал статью, где ясно говорится о связи стрессов и переутомления на работе с высоким давлением и о том, что рост кровяного давления вызывают негативные эмоции. В статье также сказано, что одним из следствий высокого давления является увеличение размера сердца. Результаты исследований доктора Шнала и его коллег могут убедить во взаимосвязи ума и тела даже самых отъявленных скептиков.

Гипертензия упоминается в анамнезе многих людей с СМН. Стоит предположить, что и болевой синдром, и повышение кровяного давления провоцируются одними и теми же эмоциональными факторами. Всего несколько недель назад мне позвонила пациентка и сказала, что у нее перестала болеть спина, но повысилось давление. Зато у меня сложилось впечатление, что СМН, можно сказать, несовместим с ишемической болезнью сердца, хотя я не могу подтвердить это документально, поскольку не собирал соответствующую статистику.

Наверняка, многие слышали о так называемом поведении «типа А» и о том, что оно связано со склонностью к заболеваниям коронарной артерии. Об этом говорится в книге Мейера Фридмана и Рэя Роузмена «Поведение “типа А”», опубликованной в 1974 году.

Фридман и Роузман описывают людей типа А как чрезвычайно амбициозных, достаточно агрессивных и склонных к соперничеству трудоголиков, нуждающихся в признании окружающих и в то же время очень недружелюбных. Такие люди склонны к перфекционизму, гиперответственны и сверхдобросовестны. Любопытно, что многие пациенты с СМН причисляют себя именно к этому к типу, хотя далеко не все из них враждебны и

нелюдимы, — наоборот, многие — добрые, милые, приятные в общении люди, всегда готовые помочь окружающим. Они и вправду амбициозны и целеустремленны, но далеко не всегда стремятся решать поставленные задачи любой ценой (что, казалось бы, является одной из отличительных черт представителей типа А).

После публикации книги «Поведение типа «А»» было немало попыток ранжировать характерные черты людей этого типа А. Например, предполагается, что из всех перечисленных выше черт у пациентов с ишемической болезнью сердца, по сравнению с другими, ярче проявляется враждебность.

Такие сведения должны насторожить тех, кто часто злится, независимо от наличия у них СМН. Для меня этот факт представляет немалый интерес, поскольку количество доказательств того, что подавленный гнев — важная составляющая психоэмоциональной динамики СМН, растет. Но тогда как относиться к статистике, говорящей о небольшом проценте больных ишемической болезнью сердца среди пациентов с СМН?

Очевидно, чтобы ответить на этот вопрос, необходимы дальнейшие исследования. Было бы неправильным сосредоточиться на такой черте, как враждебность, не обладая достаточными сведениями о психодинамике гнева и не имея детальной картины других черт личности человека. Возможно, мужчина, который, сидя за рулем своей машины, ругает почему зря водителей такси, таким образом попросту избавляется от накопившейся злости (например, на начальника). Подобный выход негатива намного лучше, чем потеря работы из-за болезни.

Однако, чтобы усложнить жизнь этому злящемуся бедняге, ему советуют перестать испытывать гнев!

Такой совет может сделать его существование невыносимым. Ему говорят, что гнев опасен, поскольку увеличивает шанс получить инфаркт, и предлагают измениться — то есть перестать быть собой.

Я бы не рискнул давать подобные советы человеку, относящему себя к типу А. Своим пациентам с СМН я говорю, что, согласно статистике, у них нет предрасположенности к ишемической болезни сердца; впрочем, если они действительно часто злятся, то, скорее всего, знают это и без меня. Если же человек испытывает по поводу собственного гнева определенное беспокойство, я готов познакомить его с психотерапевтом, который объяснит ему, почему он ведет себя именно таким образом. Опираясь на собственный опыт, могу сказать, что и тут просвещение — лучшее лекарство.

Как бы то ни было, шумиха, поднятая вокруг типа А, принесла хорошие плоды — во всяком случае некоторые врачи признали следующий факт: состояние здоровья человека напрямую зависит от того, что происходит у него в уме, по крайней мере это касается заболевания коронарной артерии.

Атеросклероз, отверждение артерий и формирование атеросклеротических бляшек — все эти термины обозначают по сути одно и то же. Атеросклеротические бляшки вызывают сужение коронарных артерий. И раз уж мы увидели зависимость состояния коронарных артерий от эмоций, трудно удержаться от подозрения, что эмоциональные факторы входят в число причин атеросклероза. При атеросклерозе к стенкам кровеносных сосудов прикрепляются твердые бляшки, затрудняющие ток крови и способствующие образованию тромбов. В свете исследований Фридмана и Роузмена напрашивается вывод, что именно эмоции провоцируют отвержде-

ние артерий, хотя ясно, что свою роль в возникновении этого заболевания играют и генетика, и кровяное давление, и диета, и вес, и физическая активность.

В уважаемом британском журнале «Ланцет» в июле 1990 года (вып. 336, стр. 129-33) был опубликован отчет доктора Дина Орниша об исследовании, которое проводилось под его руководством в Калифорнийском медицинском институте. Это исследование показало, что изменение стиля жизни (в течение года) может повернуть вспять процесс развития атеросклероза в коронарных артериях.

В ходе данного исследования пациентов из экспериментальной группы посадили на низкокалорийную, низкохолестериновую вегетарианскую диету. Они медитировали, занимались релаксацией, практиковали дыхательные техники и визуализацию, выполняли упражнения на растяжку и уделяли время легким аэробным тренировкам. Кроме того, каждые две недели их приглашали на групповые встречи, где им оказывали психологическую поддержку, необходимую для изменения прежнего образа жизни. У пациентов контрольной группы, не участвовавших в эксперименте, наблюдалось дальнейшее развитие атеросклероза. У тех же, кто под наблюдением врачей решил расстаться со старыми привычками, помимо явного улучшения состояния коронарных артерий намного реже и в гораздо более слабой форме случались приступы стенокардии, тогда как пациенты из контрольной группы через год стали чаще жаловаться на боли в груди.

Данные, полученные в ходе этого исследования, доказывают то, о чем многие уже давно догадывались, а именно: питание, упражнения и другие физические факторы — не единственные причины развития атеро-

склероза, необходимо учитывать еще и его психоэмоциональную составляющую. Я уверен, что дальнейшие исследования выявят ведущую роль эмоционального состояния в развитии атеросклероза и покажут, что для его лечения вполне достаточно интенсивной психотерапии.

Учащенное сердцебиение для обычного человека обычно означает слишком быстрый стук сердца. Состояние, когда пульс равен 130-200 ударам в минуту, медики называют тахикардией. Наиболее частой формой этого заболевания является пароксизмальная предсердная тахикардия, и, судя по моему опыту, ее появление провоцируют эмоциональные факторы. Чем бы ни была вызвана тахикардия, ее должен лечить семейный врач, терапевт или кардиолог. И в идеале, нужно найти эмоциональную причину приступа.

Сердечную аритмию можно отнести к той же группе нарушений. Я периодически чувствую ее на протяжении всей своей сознательной жизни, и мне ясно, что она обусловлена испытываемыми мною эмоциями. Сердечная аритмия требует пристального внимания со стороны кардиолога — необходимо выяснить, не является ли она следствием порока сердца, и убедиться в том, что за нее несет ответственность вегетативная нервная система.

Ну и наконец, рассмотрим такое заболевание, как пролапс митрального клапана сердца. При этом заболевании лепесток митрального клапана становится слишком гибким и не выполняет как следует свою функцию, отчего в сердце появляются шумы. Звучит пугающе, не правда ли? Однако в действительности это часто встречающееся (в основном у женщин) нарушение, похоже, довольно безобидно. Во всяком случае я живу с ним

много лет и продолжаю активно заниматься спортом.

Любопытно отметить, что некоторые врачи считают пролапс митрального клапана психогенным заболеванием, возникающим при повышенной тревожности. В медицинской литературе можно найти доказательства того, что он обусловлен деятельностью вегетативной нервной системы (статья «Вегетативные функции при пролапсе митрального клапана» в журнале «Ланцет» за 3 ноября 1987 года).

В июле 1989 года в «Архивах физиологической медицины и реабилитации» (вып. 90, стр. 541-543) был опубликован отчет об одном научном исследовании. Согласно этому отчету, у семидесяти пяти человек из группы пациентов с диагнозом фибромиалгия нашли пролапс митрального клапана — цифра, намного превышающая среднестатистические данные. И я уже говорил, что считаю фибромиалгию одной из форм СМН.

Ввиду того что и СМН, и пролапс митрального клапана возникают из-за нарушений деятельности вегетативной нервной системы, а СМН однозначно провоцируется эмоциональными факторами, трудно удержаться от искушения добавить пролапс митрального клапана в список нарушений, коренящихся в сфере эмоций. Я на собственном опыте знаю, что такое СМН и пролапс митрального клапана, страдал от мигреней, дерматологических болезней, сенной лихорадки и имел проблемы с желудочно-кишечным трактом. Поэтому у меня есть все основания утверждать, что в основе всех этих нарушений лежат подавленные нежелательные переживания.

Позвольте мне повторить одну важную вещь: большинству врачей трудно принять идею, что эмоции могут провоцировать те или иные нарушения в организме.

Как следствие, они сами лишают себя возможности разобраться в причинах множества заболеваний — в том числе СМН и пролапса митрального клапана.

Итак, это было краткое описание пяти сердечно-сосудистых заболеваний, причиной которых, вероятнее всего, являются подавленные эмоции. Кроме того, интересно отметить, что три из них — повышенное кровяное давление, учащенное сердцебиение и пролапс митрального клапана — провоцируются изменениями в деятельности вегетативной нервной системы.

УМ И ИММУННАЯ СИСТЕМА

Размышляя о том, насколько сложна биология представителей животного мира, невольно начинаешь испытывать восхищение. Неудивительно, что эволюции потребовались миллионы лет для создания такого существа, как человек.

Одним из самых потрясающих по своей сложности и эффективности биологических механизмов является иммунная система. Она защищает нас от негативного воздействия внешней среды, в особенности — от инфекционных заболеваний, а также от опасных внутренних врагов, например от рака. Иммунная система использует несколько защитных стратегий. Она может вырабатывать определенные химические вещества для борьбы с инфекциями, мобилизует армии клеток, поглощающих болезнетворные микробы, и обладает способностью распознавать и нейтрализовывать тысячи инородных субстанций.

Долгие годы врачи-иммунологи были уверены в том, что активность иммунной системы регулируется исключительно автономной нервной системой. Однако

их уверенность изрядно пошатнулась, когда они начали фиксировать случаи иммунных нарушений, явно вызываемых негативными эмоциями. Сегодня таких данных накопилось столько, что их уже нельзя игнорировать.

Зависимость иммунной системы от эмоций была доказана доктором Робертом Адером из Рочестерского университета в ходе интересного эксперимента. Исследуя поведенческие реакции крыс, Адер попробовал запрограммировать своих подопытных так, чтобы они отказывались от подслащенной сахаринном воды. Этот эксперимент напоминал классические опыты Павлова, во время которых у собак вырабатывался условный рефлекс — выделение слюны на звук колокольчика.

Чтобы заставить крыс испытывать отвращение к сахарину, Адер вводил некоторым из них химическое вещество — циклофосфамид, вызывавшее тошноту. Предполагалось, что это вещество создаст у крыс ассоциацию: сладость равно тошнота. Однако он не учел одного нюанса: циклофосфамид подавлял иммунную систему крыс, отчего они умирали.

И вдруг неожиданно выяснилось, что иммунная система подавлялась даже у тех пивших воду с сахаринном крыс, которым не вводили циклофосфамид. То есть их иммунную систему подавлял безвредный сахарин! Здесь становится понятным, отчего у людей с СМИ боль может появиться при самых неожиданных обстоятельствах, — например, когда они спокойно лежат на животе. Дело в том, что им когда-то внушили — лежать на животе вредно для спины, и у них сформировалось соответствующее предубеждение, провоцирующее болевые ощущения. Как уже говорилось ранее, мозг может влиять на любой орган или систему организма. Просто

во время эксперимента Адера мозг крыс воздействовал на их иммунную систему, а при СМН мозг человека влияет на его вегетативную нервную систему.

Проводя свои опыты, Адер и его коллеги обратили внимание еще на один весьма любопытный факт: состояние здоровья крыс с аутоиммунными заболеваниями во время эксперимента улучшалось. Это объясняется тем, что данная группа нарушений является следствием гиперактивности иммунной системы, при которой она атакует тело и стимулирует выработку веществ, наносящих вред тканям организма (ревматоидный артрит, диабет, красная волчанка, рассеянный склероз). Иными словами, все, что подавляет иммунную систему, заодно ослабляет симптомы подобных болезней. Именно такую картину наблюдал Адер, когда поил сладкой водой крыс, страдающих от аутоиммунных заболеваний.

Значение этого открытия трудно переоценить, поскольку аутоиммунные нарушения являются одними из самых сложных и малоизученных болезней, с которыми приходится сталкиваться человеку. Результаты же вышеописанного эксперимента Адера означают, что эмоциональная сфера хотя бы частично служит причиной этих нарушений и что роль мозга в их лечении недооценивается.

В своей известной книге «Анатомия болезни» Норманн Казинс рассказывает о том, как он исцелил себя от одного из аутоиммунных заболеваний — анкилозирующего спондилоартрита (болезнь Бехтерева — Щтрюмпелля — Мари), осознав, что его болезнь была спровоцирована плохим эмоциональным состоянием. В результате Казинс изобрел своего рода юмор-терапию, сочетающуюся с приемом витамина С. Основы-

ваясь на собственном опыте работы с СМН, я склонен думать, что он исцелился благодаря тому, что понял роль эмоций как причины своего заболевания. Вполне возможно, что, как и в случае с СМН, анкилозирующий спондилоартрит служит для отвлечения внимания от эмоциональной сферы, и как только человек понимает, что, собственно, происходит, и осознает свои эмоции, недуг отступает, поскольку больше не выполняет свою функцию.

На меня произвел особое впечатление отчет Визинтейнера, Вопличелли и Селигмана, опубликованный в журнале «Наука» в апреле 1982 года. В этом отчете говорится о наблюдениях за крысами, которым вначале пересаживали раковые клетки, а затем подвергали действию электрошока. Крысы, входящие в первую группу, могли при определенных условиях отсрочить разряд тока или не получить его вообще. Крысы, составляющие вторую группу, такой возможности были лишены и получали разряд тока в обязательном порядке. «Только у двадцати семи процентов крыс, у которых не было возможности избежать разряда, — написано в отчете, — организм отвергнул опухолевые клетки, в отличие от другой группы, где эта цифра составила шестьдесят три процента. В контрольной группе, не подвергавшейся действию тока, раковые клетки были отвергнуты организмом пятидесяти четырех процентов крыс».

Это означает, что иммунная система крыс, перенесших наибольший стресс, функционировала слабее всего, поскольку именно она отвечает за то, примет организм раковые клетки или же избавится от них. Если такие вещи происходят с крысами, представьте, насколько важна роль эмоций в жизни человека.

ИММУННАЯ СИСТЕМА И РАК

Раз уж мы коснулись темы эмоций и рака, предлагаю развить ее дальше. Хотя официальная медицина не слишком интересуется этим предметом, за многие годы накопилось немало свидетельств того, что психологические и социальные факторы могут сыграть большую роль в исцелении от рака.

Об одном из таких случаев рассказал Кеннет Пелетье, когда-то преподававший в Калифорнийском медицинском институте. Его заинтересовали случаи чудесного исцеления от рака семи жителей Сан-Франциско, и он решил попытаться найти у всех этих людей что-то общее. Пелетье обнаружил, что все они стали более общительными, чем прежде, живо интересовались тем, что происходит в мире, и старались перестроить свою жизнь так, чтобы иметь больше времени для деятельности, доставляющей им удовольствие. Кроме того, оказалось, что они все тем или иным путем пришли к религии и каждый ежедневно посвящал время медитации, созерцанию или молитве. Вдобавок они начали заниматься физкультурой и поменяли рацион питания — стали есть меньше мяса и больше овощей. Иначе говоря, причинами их исцеления от рака можно считать социальные и эмоциональные факторы.

Остается добавить, что Кеннет Пелетье — автор известной книги о связи ума и тела «Ум — целитель, ум — убийца».

Заинтересовавшимся могу также посоветовать книгу О. Карла Симонтона, Стефании Мэтьюз-Симонтона и Джеймса Крейгтона «Возвращение здоровья», где описывается терапевтический метод лечения рака, изобретенный Симонтонами. Они пропагандируют психоло-

гический подход к этой проблеме и настаивают на том, что ключом к исцелению от рака является изменение отношения больного человека к жизни.

На эту тему есть еще одна очень интересная книга, «Любовь, медицина и чудеса», написанная хирургом из Йеля Берни Сигалом. Доктор Сигал начал свою карьеру в хирургии, однако потом осознал, насколько важны для выздоровления человека социальные и психологические факторы, и начал работать с пациентами по-новому. Благодаря его необыкновенно вдохновляющей книге тысячи людей узнали о том, что ум можно мобилизовать на борьбу с раком. К сожалению, доктор Сигал не создал теоретическую модель роли эмоций в возникновении рака и исцелении от этого недуга. Поэтому вряд ли его работа сможет значительно повлиять на традиционные методы лечения рака, принятые в медицинском сообществе.

И точно так же у нас нет окончательного ответа на вопрос, какие именно социальные и психологические факторы могут спровоцировать те или иные заболевания. Тем не менее уже ясно, что медицина должна пересмотреть свои концепции причин возникновения болезней. Загадочное, не изученное пространство между эмоциями и физиологией требует внимания лучших медицинских умов, сопоставимого с усилиями исследователей, создающих новые генетические и химиотерапевтические методы лечения рака.

ИММУННАЯ СИСТЕМА И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Главным защитником нашего организма, стоящим на пути вторгающихся в него внешних инфицирующих

агентов, является иммунная система (и она же противостоит развитию рака). Иммунитет ослабляют стрессы. Как следствие, эффективность иммунной защиты снижается и инфекции прогрессируют в организме. Но есть доказательство того, что люди могут стимулировать активность собственной иммунной системы, улучшая свое эмоциональное состояние или применяя другие техники. Следующая история — хорошая иллюстрация к этому тезису.

На первой странице январского номера журнала «Washington Post Health Journal» за 1985 год была напечатана статья Салли Сквайерс под названием «Ум побеждает», в которой описываются результаты эксперимента группы иммунологов и психиатров из Научно-исследовательского медицинского института Арканзаса. Женщине, владеющей навыками медитации и контролирования состояния своего тела, сделали в предплечье инъекцию жидкости, содержавшей вирус ветряной оспы. Ранее она уже перенесла это заболевание и получила иммунитет к нему, поэтому никаких последствий кроме небольшого волдыря (диаметром примерно в один сантиметр), который через пару дней исчез, инъекция не имела. После двух повторных инъекций вируса результат был тем же. Затем женщину попросили попытаться изменить нормальную реакцию своего организма, что она и сделала во время ежедневной медитации. После следующей инъекции волдырь уменьшался постепенно и исчез не через несколько дней, а по прошествии трех недель. Потом ее снова попросили не вмешиваться в ход нормальной защитной реакции своего организма, и после каждой из трех следующих инъекций вируса, волдыри опять исчезали через два-три дня.

Описанный выше эксперимент — превосходный пример феномена воздействия ума на реакции тела. Результаты этого эксперимента произвели настолько сильное впечатление на проводивших его врачей, что они повторили его спустя девять месяцев — с теми же результатами.

ГИПЕРРЕАКЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ — АЛЛЕРГИЯ

Основываясь на своем опыте работы с пациентами с СМН и аллергическими ринитами (сенной лихорадкой), я считаю, что некоторые распространенные аллергии у взрослых эквивалентны СМН, то есть тоже провоцируются эмоциональными факторами. Мне могут возразить: «Но ведь сенную лихорадку вызывают такие аллергены, как цветочная пыльца, пыль и плесневый грибок. Причем тут подавленные эмоции?»

Если расставить десять человек на поле среди цветущих растений, чихать начнут не все, а только аллергики. Так чем же они отличаются от людей, не склонных к аллергическим реакциям? Дело в том, что иммунная система аллергиков под влиянием нервного напряжения и подавленных чувств (о которых мы уже говорили) выдает гиперреакцию. Соответственно, аллергия как таковая или, как минимум, сенная лихорадка представляет собой эквивалент СМН и может быть исцелена тем же способом!

Один мой пациент на встрече малой группы рассказал, что страдал от сенной лихорадки семнадцать лет, но в этом году у него не было ни одного приступа! Он принял близко к сердцу то, что услышал от меня об

аллергических реакциях, и — о чудо! — прожил сезон без сенной лихорадки.

Я сам многие годы мучался от аллергии на кошек (раньше считалось, что аллергическую реакцию вызывает отмерший эпителий их кожи, а теперь некоторые говорят, что всему виной слюна, высыхающая на кошачьей шерсти после того, как они себя вылизывают, и затем попадающая в воздух. Если я заходил в дом, где жила кошка, даже не зная, что она там есть, у меня сразу начинали чесаться глаза. И я автоматически их тер. Когда кошка входила в комнату, до меня наконец доходило, в чем тут дело: «Ага, теперь я понимаю, отчего у меня чешутся глаза». После этого зуд проходил. Так происходило потому, что я знаю — аллергические риниты и конъюнктивиты — очередные реакции из репертуара ума и, как уже говорилось в четвертой главе (о лечении), стоит только это осознать и выяснить истинную причину своего состояния, как симптомы исчезают.

Большинство медиков отрицают идею, что аллергия каким-то образом может быть связана с эмоциями. Однако приведенные выше два примера ничем иным объяснить нельзя. Они показывают, что иммунная система не настолько автономна, как кажется. Иначе как можно объяснить исчезновение аллергических симптомов в результате определенных мыслей? Очевидно, в данном случае мы имеем дело с той же ментально-эмоциональной динамикой, что и при лечении СМН.

К сожалению, у меня нет убедительных доказательств того, что моя образовательная терапия влияет не только на сенную лихорадку, но и на другие распространенные виды аллергии, поэтому я ничего не буду говорить на эту тему.

И как бы то ни было, следует помнить, что осознание роли эмоций при аллергии не мешает применению традиционных лекарственных препаратов.

УМ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

Заболевания желудочно-кишечного тракта — единственная область, по отношению к которой люди склонны признавать значимость эмоциональных факторов. Несмотря на это, многие врачи продолжают отрицать тот факт, что язву желудка вызывает стресс. Прочтите любой медицинский журнал, посвященный гастроэнтерологии, и вы найдете немало статей, где говорится о чисто физических причинах этого недуга — без каких-либо упоминаний об эмоциях.

За много лет работы с СМН я убедился в том, что этот синдром нередко сопровождается желудочно-кишечными нарушениями. Пациенты с СМН часто жалуются на изжогу, грыжу пищеводного отверстия (вероятно, сопутствующую язве), язву желудка, синдром раздраженного кишечника, запоры, газообразование и так далее.

Многие из этих симптомов проявляются еще до возникновения СМН. И как СМН, они являются результатом того, что я называю дисфункцией вегетативной нервной системы. То есть они обусловлены теми же эмоциональными факторами, что и СМН. Сейчас желудочно-кишечных расстройств стало меньше, чем тридцать-сорок лет назад, но это произошло потому, что СМН занял первое место среди используемых умом способов защиты от тревожности и гнева. Вероятно, еще одной причиной уменьшения количества случаев язвы желудка стало появление высокоэффективных ме-

дикаментов. Лекарства устраняют симптомы, и раз уж боль в данном месте больше не отвлекает внимание человека от подавленных эмоций, что является главной ее задачей, ум человека придумывает что-нибудь другое, например СМН.

Одним из наиболее убедительных доказательств того, что многие гастроэнтерологические патологии связаны с эмоциональными проблемами, является приведенная выше история мужчины, который сопровождал свою жену, посещавшую мои лекции, и избавился от многолетних болей в желудке после того, как узнал от меня о влиянии ума на тело.

УМ И ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Человек, страдающий от хронической или периодически повторяющейся головной боли, обязательно должен проконсультироваться с терапевтом, поскольку данное нарушение может быть признаком таких серьезных патологий, как раковая опухоль (хотя это бывает нечасто).

Я не планирую проводить здесь глубокое исследование темы головной боли, однако, основываясь на своем профессиональном опыте, скажу, что большинство головных болей вызываются нервным напряжением, и значит, они являются близкими «родственниками» СМН. Я предполагаю, что механизм их возникновения один и тот же, а именно — спазм мелких кровеносных сосудов.

Боли, возникающие в задней части головы, напрямую связаны со спазмом мышц задней части шеи при СМН. Некоторые пациенты рассказывают, что у них болит вся голова, другие жалуются на фронтальную

зону черепа. Часто встречаются жалобы на сильную боль «за глазами». Асимметричная боль (только с одной стороны) особенно сильна и нередко вызывает тошноту, люди называют такое состояние мигренью. Головная боль, провоцируемая нервным напряжением, выводит человека из строя так же, как сильные боли в шее, плечах или спине.

Итак, причины мигреней те же, что и у обычных головных болей, возникающих вследствие нервного напряжения, однако они различны по своим физиологическим проявлениям. Я сам многие годы страдал от мигреней и могу авторитетно говорить о своих страданиях. Мигреням сопутствуют своего рода предвестники, чаще всего визуальные. Например, у меня перед глазами обычно возникали волнистые или зигзагообразные линии. Иногда они напоминали разбитое стекло и даже искрились, мерцали. Почему-то принято называть их «звездочками». Сначала появлялось несколько таких линий, а потом они рассыпались на мельчайшие сверкающие точки. Такая картинка висела у меня перед глазами примерно в течение пятнадцати минут. Потом она тускнела. Затем начиналась и постепенно усиливалась головная боль.

Приступы мигрени пугают, поскольку известно, что их вызывает спазм кровеносных сосудов, снабжающих мозг. Однажды у меня даже был приступ афазии — бессвязности речи, длившийся около часа и возникший вследствие спазма артерии, питающей участок мозга, отвечающий за речь.

Но оказывается, опасность мигрени преувеличена, поскольку она является эквивалентом СМН и, значит, от нее можно избавиться тем же самым способом. По крайней мере мне этот способ помог. В то время я был

молодым семейным врачом, ничего не знавшим об СМН и периодически страдавшим от приступов мигрени. И вот однажды один пожилой врач, работавший в одном районе со мной, пересказал мне прочитанную им статью, в которой говорилось о подавленном гневе как о возможной причине мигрени. В следующий раз, когда перед моими глазами появились «звездочки» (это означало, что у меня оставалось минут пятнадцать на размышления), я постарался понять, что именно меня так сильно разозлило. В результате, к моему удивлению, ожидаемая головная боль так и не пришла. С тех пор я больше никогда не испытывал мигрени, хотя несколько раз в год у меня перед глазами возникают «звездочки».

Теперь я знаю, что было причиной моих тогдашних мигреней и что именно я подавлял внутри себя. После появления предвестника приступа мигрени — звездочек мне хватает времени осознать, на что я злюсь. И меня всегда поражает тот факт, что, независимо от того, сколько раз я осознавал свой подавленный гнев, злость все равно появляется, — вероятно, так уж я устроен. Но зато я абсолютно уверен в силе своего знания. Ведь, имея представление о собственных чувствах, я могу предотвратить эту крайне болезненную физиологическую реакцию, так же как и боли при СМН.

УМ И КОЖА: УГРИ И БОРОДАВКИ

Похоже, между этими кожными проблемами и эмоциями существует тесная связь. Как и при большинстве других проявлений взаимодействия ума и тела, нет лабораторных доказательств того, что подавленные

эмоции являются причиной возникновения угрей и бородавок. Однако клинических примеров их причинно-следственной связи можно привести великое множество.

Акне (угри) — одно из наиболее часто встречающихся неприятных явлений, с которыми сталкиваются люди с СМН. Я вспоминаю историю мужчины, у которого однажды под обручальным кольцом появилась зудящая сыпь. Эта сыпь прошла сразу же после того, как он разошелся с женой. Другое золотое кольцо не вызывало у него такой реакции.

Предполагается, что и другие распространенные кожные заболевания, например экзема и псориаз, также возникают из-за эмоциональных проблем. Я склонен с этим согласиться, но никаких доказательств данной гипотезы не имею.

ЗНАХАРЬ

Достаточно оглядеться по сторонам, и мы увидим уйму примеров силы ума. Во всяком случае, эффект плацебо встречается повсеместно. И большинство врачей должны быть благодарны плацебо за свои успехи — если бы не эффект плацебо, их успехи в лечении больных равнялись бы нулю.

Много лет назад я нашел прекрасный пример взаимодействия ума и тела в статье Луиса Витона «Под сенью силы бабушки Гэду» в журнале «Естественная история» в номере за август-сентябрь 1971 года (вып. 80, № 7). Доктор Витон в течение нескольких лет проводил антропологические исследования в Суринаме. Особенно его заинтересовали церемонии, ритуалы и способы лечения больных знахарями одного из племен, обитающих в джунглях. Сам Витон в течение двух лет

страдал от болей в правом бедре, появившихся на фоне вертлужного бурсита, причем ему не помогали никакие лекарства. В компании своего личного врача, пяти друзей и редактора суринамской газеты он проехал сорок миль от Парамарибо вглубь джунглей, чтобы попасть к одному из глубоко почитаемых знахарей племени, которого звали Райне. В статье доктора Витона была помещена фотография этого знахаря, — надо сказать, обладавшего весьма внушительной внешностью.

Подробно описанная доктором Витоном церемония началась ровно в полночь и длилась четыре с половиной часа. Она была многоступенчатой. Сначала пациента нужно было защитить от злых духов. Затем следовало расспросить его душу о прошлых жизнях и призвать ей на помощь местных добрых божеств. После этого знахарь «вынул» из тела Витона постороннюю злую колдовскую силу. Тут Витон почувствовал, что мучавшая его боль прошла, и поднялся с земли. Однако церемония продолжалась, так как знахарю еще нужно было поместить эту злую колдовскую силу в тело петуха и завершить ритуал магическими заклинаниями, чтобы «зло» не вернулось к Витону.

Доктор Витон получил потрясающий опыт исцеления и вдобавок — неопровержимое доказательство силы ума, способной исцелить тело. Однако мы видим, что у него не получалось исцелиться самостоятельно — ему понадобился авторитетный целитель, которого он нашел в джунглях Суринама. Как бы то ни было, я ничего не имею против подобного лечения с помощью плацебо, хотя всегда говорю: этот эффект носит временный характер.

ДОКТОР Х. К. БИЧЕР

Доктор Х. К. Бичер — так звали одного из самых серьезных американских исследователей природы боли. В 1946 году он опубликовал в журнале «Хирургические анналы» статью под характерным названием «Боль как средство борьбы с обидой». Впоследствии ее многократно цитировали, поскольку она содержит интереснейшие наблюдения. Увы, труды доктора Бичера канули в Лету. По-видимому, они не представляют интереса для тех, кто занимается изучением боли сейчас.

Во время Второй мировой войны доктор Бичер опросил двести пятнадцать тяжелораненых солдат, получивших ранения во время боев в Европе. Интересно, что у семидесяти пяти процентов из них вскоре после ранения боль уменьшилась настолько, что им больше не требовались уколы морфина. Имея в виду, что сильные эмоции могут блокировать боль, Бичер писал: «В подобной ситуации необходимо внимательно изучать обстоятельства, в которых оказался солдат: благодаря ранению он вдруг вырывается из смертельно опасной ситуации, освобождаясь от бесконечной усталости, дискомфорта, страха и настоящей смертельной опасности и оказываясь в безопасной обстановке госпиталя. Тревоги позади, — по крайней мере, он так думает».

Данное наблюдение Бичера можно уточнить рассказом военного хирурга — американца (приведенным в книге Мартина Гилберта «Вторая мировая война: полная история») о том, как пехотинцам с передовой необходимо было периодически оказываться в тылу, чтобы избежать психологического срыва. Поэтому «ранение считалось не бедой, а благословением».

Это еще один пример того, каким образом мозг может преобразовывать и устранять боль. Хотя пока еще никто толком не знает, как это работает, хорошее настроение, позитивное отношение к жизни и положительные эмоции способны блокировать болевые ощущения.

К счастью, нам известно, как происходит процесс исцеления от СМН. Понимание того, что задумал ум, делает боль бессмысленной. В результате аномальный вегетативный стимул исчезает, а вместе с ним уходит и боль. Нам еще предстоит решить одну непростую задачу, а именно — как именно подавленные эмоции стимулируют физиологические реакции. То, что они это делают, уже не вызывает сомнений, но пока мы вынуждены довольствоваться наблюдением Бенджамина Франклина: *«Для нас не столь важно точно знать, каким образом природа следует своим законам; нам вполне достаточно хотя бы эти законы понимать».*

ПИСЬМА ПАЦИЕНТОВ

Я получаю много писем от пациентов с СМН, в которых они описывают результаты, достигнутые ими благодаря знаниям об этом синдроме, и нынешнее состояние своего здоровья.

Пусть они расскажут вам об этом сами.

Дорогой доктор Сарно!

Это письмо — продолжение первого письма, которое я написал Вам в начале июля 1987 года. Я с радостью хочу сообщить, что причиной моих болей в спине действительно был синдром мышечного напряжения (СМН) и сейчас мне удалось от них почти полностью избавиться (процентов на девяносто пять). Очень редко я испытываю небольшую боль, однако, устранив причину стресса из собственных мыслей (даже не из жизни!), чувствую себя намного лучше. Самой большой проблемой для меня было то, что боль лишала меня возможности сидеть, и, так как я работаю в офисе, это сильно осложняло мне жизнь. В течение многих месяцев я сидел только на специально изготовленном для

меня стуле, перенося основной вес на колени, но теперь я могу сколько угодно сидеть на любых стульях, даже не вспоминая о своей спине!

Дорогой доктор Сарно!

Ваше письмо... наконец-то меня нашло в доме моей больной матери, где я последние три месяца за ней ухаживаю. Да, это стало настоящей проверкой — заболит у меня снова спина или же нет! Я знаю, что, даже если придет боль, это случится только из-за переутомления, от постоянных забот о пожилom человеке. Наверное, мне придется принять решение и поместить мать в дом престарелых. .. неподалеку от того места, где живет мой брат. Потом — снова приехать к ней домой, упаковать ее вещи и выставить дом на продажу. Причина для стресса более чем уважительная.

Но я не позволяю этой ситуации на меня давить. Я знаю, что, вернувшись домой, смогу отдохнуть и через несколько дней у меня все будет в порядке.

... Я считаю вашу теорию об СМН совершенно правильной и желаю как можно большему количеству страждущих воспользоваться Вашим открытием.

Доктор Сарно!

Боли в нижней части спины начались у меня в возрасте двадцати пяти — двадцати шести лет (сейчас мне тридцать четыре года). К тридцати годам боль распространилась по всей спине, на шею и плечи. Она стала хронической и часто полностью лишала меня работоспособности. После бесполезных консультаций у семейного врача и невропатолога я по совету друга обратился к хиропрактику. Через два с половиной года его «кор-

рекции» (от одного до трех раз в неделю) боль ослабела, ее можно было контролировать, но она не прошла. Я офицер военно-морского флота, мне предстояло получить назначение за границу или уйти надолго в море, и я знал, что очень скоро не смогу больше пользоваться услугами хиропрактика. Я находился в сложнейшей ситуации, когда друг моего родственника порекомендовал мне обратиться к Вам...

Я понял, что идеально соответствую Вашему описанию типичного больного с СМН. Более того, Ваши подробные разъяснения причин и особенностей развития СМН показались мне очень логичными. Во всяком случае, я не слышал ничего подобного от других врачей и, соответственно, не читал. Какое облегчение — наконец-то найти человека, который не только понимает, что я испытываю, но и предлагает обоснованный, доказанный на практике метод лечения! Я сразу же согласился с поставленным Вами диагнозом (вероятно, меня подтолкнуло к этому еще и то, что после детального осмотра и рентгена моей спины и шеи один из лучших врачей флота, много лет специализирующийся на болезнях спины, не обнаружил у меня никаких патологий — ни смещений дисков, ни признаков артрита). И примерно через два месяца у меня совершенно перестала болеть спина. Спустя пару недель боль снова вернулась, но я вспомнил то, что Вы говорили об СМН, и боль прошла. С тех пор болевые симптомы возвращались еще пару раз, но мысленная терапия быстро помогала. Кроме того, рецидивы болей были намного короче и легче.

... Я считаю, что мой синдром мышечного напряжения (СМН) теперь под контролем, и уверен, что смогу управляться с ним сам, без помощи хиропрактиков и невропатологов. Я снова радуюсь каждому дню и на-

слаждаюсь семейной жизнью. Моей карьере на флоте ничто не угрожает, и я с надеждой смотрю в будущее.

Дорогой доктор Сарно!

Б 1970 году мне поставили диагноз: смещение диска. До 1979 года эта проблема меня не очень беспокоила — до тех пор, пока не отучился тяжелый приступ. Один из врачей (в тот год я обращался к четырем врачам; двое из них заявили мне, что причиной моих болей является смещение диска, а двое других с ними не согласились), сказал, что у меня два позвонка расположены слишком близко друг к другу и это провоцирует неравномерную нагрузку на мышцы спины. Я скрупулезно и дважды в день выполнял предписанные им упражнения вплоть до этой весны. Они помогли мне подняться с кровати (большую часть 1979 года я был постельным больным), но я никогда не чувствовал себя совершенно здоровым. В 1986 году вновь наступило ухудшение. Внутренняя поверхность моих бедер стала очень чувствительной, а затем — болезненной. Мне стало страшно. Я боялся операции на позвоночнике, поскольку никто не давал стопроцентной гарантии успеха.

Пообщавшись с Вами, я научился не обращать внимания на боль и, что самое главное, перестал ее бояться. В результате я живу так, как хочу. Иногда я еще испытываю дискомфорт, но продолжаю заниматься своими делами и он пропадает.

Боль, замкнутый круг боли, постельный режим, еще больше боли и страх, страх, страх! Ты не видишь выхода из этого порочного круга и впадаешь в депрессию. Я ждал несколько месяцев и сомневался — а вдруг все вернется на круги своя. Но благодаря Вам моя жизнь действительно изменилась, и я пишу это письмо, чтобы сказать: СПАСИБО!

Уважаемый доктор Сарно!

Прошло уже шестнадцать месяцев с момента моего выздоровления. Поставленный врачами диагноз звучал так: грыжа пятого межпозвонкового диска в поясничном отделе позвоночника, ишиас. Прежде чем познакомиться с Вами, я обращался к двум весьма уважаемым ортопедам, работающим в известном медицинском институте, и к хиропрактику. Они убедили меня в том, что результаты компьютерной томографии и клинические симптомы указывают на правильность диагноза. Мне рекомендовали несколько недель постельного режима, прописали противовоспалительные лекарства и пожелали не терять надежды на выздоровление.

... Четыре месяца я прожил с постоянной болью, почти обездвиженный. Я работаю психологом, и представляете, мне приходилось лежа принимать пациентов. Езда за рулем превратилась в настоящую пытку, а пешком я мог преодолевать только очень короткие расстояния. Спорт и активная жизнь остались в прошлом. Мое состояние ухудшалось, и операция, в исходе которой никто не был уверен, казалась неизбежной.

Поначалу мое отношение к Вашей теории СМИ было скептическим. Несмотря на свое психологическое образование, я с большим доверием относился к модели механического повреждения межпозвонкового диска, предлагаемой ортопедами. Я, конечно, замечал, что при нервном напряжении моя спина болела сильнее, но до поры до времени не придавал этому значения. Лишь потом до меня дошло, что Вы предлагаете альтернативное, научно обоснованное объяснение моей проблемы, которое стоит обдумать.

Понятно, что тогда я не мог думать ни о чем другом, кроме болей в спине и ноге, и боялся каждого движе-

ния. И вдруг, благодаря Вам, я понял, что ощутил первые болевые симптомы в тот период своей жизни, когда испытывал сильный стресс.

По совету друга, которому Вы помогли исцелиться, я, несмотря на боль, начал вести более активный образ жизни. Поначалу мне было страшно. Однако вскоре я понял, что мне не становится хуже. И еще я заметил, что боль переместилась из одной ноги в другую, хотя компьютерная томография показала грыжу диска только с правой стороны. Это наблюдение придало мне смелости. Я помню тот момент, когда, заметив после прогулки вокруг квартала, что у меня болит не только правая, но и левая нога, засмеялся от радости. Вы оказались правы! Весь этот кошмар был всего лишь мышечным напряжением. Так что жизнь продолжается!

Через две недели после того, как я пришел к этому выводу, моя жизнь коренным образом изменилась. Теперь я мог совершать достаточно длительные пешие прогулки и нормально сидеть. Терзавшая меня боль заметно ослабела. Однако я заметил, что, когда кто-то в разговоре со мной произносил слово «диск», она снова усиливалась. И когда я вспоминал то, что Вы говорили об СМН, мне становилось легче.

Я избегал встреч со своим ортопедом и с другими больными — моими коллегами по несчастью, поскольку не был уверен в силе моих новых знаний и боялся, что, стоит мне только усомниться в правильности собственных поступков, круг «страх-боль-страх-боль» вновь заявит о себе.

Выздоровливая, я познакомился с женщиной-физиотерапевтом, считавшей Вашу концепцию весьма убедительной. Она помогла мне расширить диапазон моих движений и восстановить мышечную силу. По большо-

му счету, благодаря ей я перестал бояться нормально двигаться.

В течение прошлого года я игнорировал все ограничения в плане физической активности и делал множество вещей, строго-настрого запрещенных больному с грыжей поясничного межпозвонкового диска и ишиасом, например — летал в Таиланд (двадцать шесть часов в самолете), самостоятельно отремонтировал в подвале дома комнату, катался на лыжах, ходил в пешие походы, поднимал детей на руки и носил на спине рюкзак. Иногда я ощущаю при таких нагрузках легкую боль в пояснице, но она едва заметна. Я больше не думаю о своей спине и стараюсь осознать, что именно вызывает во мне тревогу или заставляет напрягаться. Ишиас стал барометром моей тревожности.

Я знаю, что Вы слышали множество подобных историй. Однако надеюсь, что мое письмо принесет пользу тем, кто, подобно мне самому, пострадал из-за невежества ортопедов.

Дорогой доктор Сарно!

Я с радостью воспользуюсь возможностью поделиться своими комментариями по поводу влияния Ваших идей на меня.

Летом 1987 года, играя в теннис, я вдруг ощутил сильнейшую боль в спине. У меня были небольшие проблемы со спиной в юношестве, но в течение двадцати лет я о них даже не вспоминал (сейчас мне сорок один год). Я продолжал ходить на работу до тех пор, пока мой начальник, также страдавший от болей в спине (и, кстати, не избавившийся от них до сих пор), не отправил меня домой и не приказал обратиться к врачу.

Когда я пришел к ортопеду, он популярно объяснил

мне, что мои боли вызваны защемлением нерва, и посоветовал в течение двух недель соблюдать постельный режим, запретив даже думать о двухнедельном путешествии на велосипеде, запланированном мной еще десять дней назад. При мысли о том, что мне придется отсутствовать на работе целых четырнадцать дней, я покрылся холодным потом.

Проведя в постели пять дней, я не выдержал и вернулся к работе, все еще чувствуя боль. Я не мог долго сидеть на стуле, поэтому лежал на полу в офисе, поставив рядом с собой телефон. Потом, запасшись прописанными мне обезболивающими препаратами, я отправился в путешествие на велосипеде. Удивительно, но боль у меня в спине уменьшилась, несмотря на то, что я крутил педали велосипеда по пять часов в день.

В течение следующих десяти месяцев у меня было еще несколько серьезных болевых приступов. И всякий раз я прятал кроссовки и теннисную ракетку, ожидая, когда боль утихнет (и представляя, как мой спинной мозг пережимается позвонками). Затем весной 1988 года в моей личной жизни наступила черная полоса и я испытал сильнейший приступ, длившийся несколько недель. Примерно в то же время мой друг, которого годами мучали боли в спине, рассказал мне о Вас. Сказать, что я сомневался, — значит ничего не сказать...

Лишь позднее я понял, что Вы, по сути, перевернули мою жизнь. Мне стыдно признаваться в том, насколько предсказуемым я оказался, но, с другой стороны, я убедился в том, что отнюдь не являюсь исключением из большинства. И благодаря Вам мне стало ясно: испытываемые мной боли в спине представляют собой всего-навсего мышечную реакцию на кислородную недостаточность.

Я понимаю, что нельзя обвинять, например, больных раком в том, что они не способны победить свой недуг. Однако мне абсолютно ясно, что в общем и целом наше здоровье зависит только от нас самих. Благодаря Вам я точно знаю, что нужно делать, когда возникают проблемы.

Дорогой доктор Сарно!

Хочу рассказать Вам об улучшении своего самочувствия с тех пор, как мы виделись в последний раз в ноябре. Во время той нашей беседы Вы просмотрели результаты моей магнитно-резонансной томографии. Я был тогда готов согласиться на операцию, поскольку длительный постельный режим мне не помог и МРТ показала грыжу межпозвонкового диска.

После Вашей консультации я обратился к хиропрактику, но он не смог мне помочь. Боль в ноге иногда усиливалась, иногда утихала, но выздоровление не наступало. Я вынужден был отказаться от поездки во время рождественских каникул и решил лежать все три недели дома. Но через неделю боль стала невыносимой. Откровенно говоря, я очень переживал и почти потерял надежду на то, что когда-нибудь смогу вернуться к нормальной жизни. А потом один из моих друзей прислал мне Вашу книгу о боли в спине!

Ваша работа произвела на меня глубочайшее впечатление, ведь я осознал причину своей болезни — мышечный спазм как следствие нервного напряжения. И Вы указали мне путь к исцелению — встать с кровати и жить нормальной жизнью, заставить кровь циркулировать в спазмированных мышцах и расслабиться!

Первое, что я сделал (притом что боль была невыносимой), — послал к черту постельный режим, прыгнул

в машину и ездил четыре часа подряд. Когда я в конце концов припарковался у дома, боли уже не было. Следующие три или четыре дня я почти все время сидел, вместо того чтобы лежать, а потом отправился на долгую прогулку по песчаному пляжу. Боль действительно исчезла! Полторы недели спустя я в течение часа с лишним играл в бадминтон и выиграл все три сета — никакой боли.

Ваш диагноз «мышечный спазм» выглядел вполне правдоподобным, поскольку боль появилась неизвестно откуда — не было никаких травм или чего-то в том же роде; боль неожиданно возникла, когда я уволился с работы, чтобы поступить в аспирантуру, и не знал, примут ли меня туда. Я пытался сменить сферу деятельности, и мне нужно было сделать серьезный выбор — сейчас или никогда.

Цель моего письма — поблагодарить Вас за потраченные силы и время. И самое главное, за то, что Вы помогаете людям.

Дорогой доктор Сарно!

Хочу сказать Вам спасибо за то, что Вы помогли мне вернуть здоровье и снова почувствовать вкус к жизни...

Я, прежде чем позвонить Вам, семь лет страдала от сильнейших болей в спине, в груди, коленях, лодыжках, локтях, кистях, пальцах и плече. Эти боли, особенно в спине, не давали мне нормально жить и работать. Я не могла подметать пол, мыть посуду, брать детей на руки и вообще поднимать все, что весило больше полутора килограммов, заниматься спортом и так далее. Даже расчесывая волосы, я чувствовала боль.

Я всегда была очень активной и сильной и хотела развиваться физически, становиться еще сильнее. И именно в этом я (и не только я) видела причину моих проблем со спиной.

Врач предписал мне максимально ограничить двигательную активность, не делать ничего из того, что причиняет боль, а ведь больно мне было почти все время.

Я послушалась его и в течение следующих семи лет стала настоящим «экспертом» в том, что вызывает и облегчает боли в спине, но особой пользы мне это не приносило. Я побывала на четырнадцати сеансах акупунктуры, неоднократно лечилась у хиропрактика, ходила на массаж и посещала занятия по лечебной физкультуре, записалась в клуб здоровья — плавала, ходила в сауну и лежала в джакузи. Один врач предположил, что у меня первичная фибромиалгия, и прописал мне триптофан и витамин В. Все эти меры первое время немного помогали, но я продолжала страдать от боли.

После общения с Вами я собралась обратиться к психотерапевту, но потом решила обойтись без него. Я пришла к выводу, что причиной моего нервного и телесного напряжения была не какая-то одна серьезная проблема, а множество повседневных ситуаций, перед которыми я испытывала страх. Именно они порождали напряжение, вызывавшее боль, — еще больше напряжения, еще больше боли. И я заметила: чтобы боль ушла, мне даже не нужно было разрешать спровоцировавший ее конфликт. Достаточно было просто осознать, что он является ее причиной. Тем не менее я стала справляться со сложными ситуациями гораздо увереннее, чем раньше.

Я была на седьмом небе от счастья, когда поняла, что мучительный болевой спазм — это сигнал, предупреждение о том, что меня что-то тревожит, и что изба-

виться от боли можно в течение минуты.

Прошло четыре месяца, пока я научилась управлять этим процессом, и менее чем через год я смогла с уверенностью заявить родным и друзьям: «Все, я полностью излечилась, у меня больше не болит спина!»

При этом боли исчезли не только в спине, но и в других частях тела, о которых я ранее упоминала. Наконец-то я снова могла работать и развлекаться, как семь лет назад! Какое облегчение!

Я всегда буду благодарна Вам, доктор Сарно, за Вашу смелость и доброту, за то, что Вы делаете вот уже двадцать лет — помогаете людям забыть о мучительной боли.

Спасибо.

Дорогой доктор Сарно!

... Я чувствую себя намного лучше, веду нормальный образ жизни и теперь только вспоминаю о боли и страданиях. И стараюсь рассказывать всем нуждающимся о вашей работе.

Просто хочу, чтобы Вы знали, как сильно вам благодарен человек, с которым Вы даже не встречались, однако изменили его жизнь.

Еще раз искренне говорю Вам — спасибо!

Дорогой доктор Сарно!

В прошлом году в течение целых шести месяцев я мучалась от невыносимой боли в пояснице. Через две недели после того, как я познакомилась с вашей теорией о СМН, боль ушла навсегда. Я чрезвычайно Вам благодарна и хочу рассказать, каким образом Вы на меня повлияли, хотя мы живем далеко друг от друга.

В июле 1988 года после утренней пробежки я почувствовала тянущую боль в спине, отдающую в заднюю часть левой ноги, до самой пятки. Через двадцать четыре часа боль стала невыносимой. Я отправилась на сеанс к хиропрактику и затем стала выполнять все его предписания — лежать несколько дней на спине, как можно чаще прикладывая к болезненным местам лед, затем перейти к легким упражнениям на растяжку, занятиям на велотренажере и носить поясничный корсет. Он сказал, что у меня напряженные мышцы и слабые связки в нижней части спины и, скорее всего, небольшая травма диска.

К сожалению, боль не ослабевала. Напротив, она становилась все сильнее и сильнее. В августе во время отпуска я в течение нескольких недель чувствовала небольшое облегчение, но после возвращения на работу боль вернулась и усугубилась. Я была уверена, что всему виной — травма (ведь так мне сказали), и потому вела себя очень осторожно: перестала бегать, двигалась очень аккуратно, — в общем, в моей жизни появилось немало ограничений, так как почти все действия причиняли мне боль, кроме того я боялась навредить процессу собственного выздоровления.

В ноябре боль стала нестерпимой. Я прошла несколько обследований в надежде найти ей какое-нибудь объяснение. Мой хиропрактик терялся в догадках — почему мне не становилось лучше, ведь он был уверен, что никаких серьезных повреждений у меня в спине нет. Я обследовалась на предмет артрита, сделала рентген, МРТ и посетила невропатолога, который дал мне совет — плавать, хотя он тоже так и не понял, в чем причина моих болей.

К декабрю я почувствовала себя еще хуже и уже почти не могла сидеть на работе, боль мешала мне сосре-

доточиться. Я психотерапевт, и мне нужно быть очень внимательной при общении с пациентами. Отчаявшись, я решила взять несколько месяцев отпуска, чтобы вылечиться.

Я уже не верила, что смогу найти решение своей проблемы, и в отчаянии обратилась к психиатру. Она тоже сказала, что у меня в спине мышечный спазм, который не уходит из-за слабости связок, и посоветовала попробовать китайскую акупрессуру. После пяти или шести сеансов невыносимо болезненного лечения растерянный китаец сказал через переводчика, что мне уже давно должно было стать лучше. Когда он услышал, что я прикладываю к болезненным местам лед и выполняю растяжки, то воскликнул: «О нет, вы должны пребывать в тепле, расслабиться и представить, что находитесь на отдыхе». Удивительно, но после полного расслабления в выходные я почувствовала небольшое облегчение.

И вот однажды утром (в январе 1989 года) я получила письмо от старого друга и коллеги, которому было известно о моей проблеме. Он выслал мне копию опубликованной в журнале «Нью-Йорк» статьи Тони Шварца о его волшебном исцелении от болей в спине благодаря доктору Джону Сарно. Меня охватил энтузиазм. Я целый день разговаривала по телефону со знакомыми моего друга, которые тоже чудесным образом исцелились... и позвонила Вам. Мне сказали, что я могу приехать к Вам на прием через шесть недель и за две недели до этого срока Вы позвоните и назначите время.

Ожидая Вашего звонка, я приступила к самоисцелению. У меня не было никаких сомнений в правильности диагноза СМН. Поэтому мне было довольно просто убедить себя в том, что ничего страшного с моим телом не происходит, что боль появилась из-за напряжения и скоро пройдет.

Я использовала медитативные техники чтобы расслабить мышцы спины, и пыталась обнаружить реальную причину боли — внутренний конфликт. Я уже много лет занимаюсь психотерапией, но осознание собственных подавленных эмоций стало для меня большим сюрпризом.

Через две недели боль исчезла. По прошествии двух месяцев я снова могла вести активный образ жизни. Если боль возникала, когда я сидела в кино, я каждый вечер в течение недели отправлялась в кинотеатр и говорила себе, что она должна пройти. И она проходила. Когда Вы позвонили, чтобы назначить мне время приема, я уже была близка к полному исцелению и решила продолжить лечение самостоятельно.

В мае 1989 года я окончательно выяснила, какой именно внутренний конфликт стал причиной моего напряжения и боли в спине. Мне стало ясно, что эти симптомы лишь часть группы соматических нарушений (желудочно-кишечные расстройства, частые инфекции мочевыводящих путей, онемение плеча), связанных с оскорблениями и надругательством, пережитыми мною в детстве.

В течение последнего года я иногда ощущала боли в спине, когда отказывалась впускать в сознание свои былые, похороненные в глубине подсознания страдания. Но после того, как я исцелилась от детских психологических травм, физическая боль тоже прошла.

Я еще раз хочу сказать, как сильно Вам благодарна. Ваши идеи не только дали мне точку опоры, позволившую вылечить боль в спине, но и помогли осознать ее истинную причину. Тогда и началось настоящее исцеление.

Большое Вам спасибо.

Научно-популярное издание

Джон Сарно

КАК ВЫЛЕЧИТЬ БОЛИ В СПИНЕ

Люди должны знать правду!

Перевод: *Я. Болховецкая*

Редактор: *А. Мьшикин*

Корректоры: *Е. Введенская, Е. Ладикова-Роева*

Оригинал-макет: *Г. Булавко*

Обложка: *В. Миколайчук*

ООО Издательство «София»

107140, Россия, Москва, ул. Красносельская Нижняя, д. 5, стр. 1

Для дополнительной информации

Издательство «София»

04073, Украина, Киев-73, ул. Фрунзе, 160

Подписано в печать 30.08.2010 г.

Формат 84x108/32. Усл. печ. л. 11,76.

Тираж 5000 экз. Зак. № 1511.

Отделы оптовой реализации издательства «София»

в Киеве: (044) 492-05-10, 492-05-15

в Москве: (499) 317-56-22, 317-56-44

в Санкт-Петербурге: (812) 676-07-68

Книга — почтой в России

тел.: (495) 476-32-58

e-mail: kniga@sophia.ru

<http://www.sophia.kiev.ua>

<http://www.sophia.ru>

Отпечатано в ОАО «Тульская типография».

300600, г. Тула, пр. Ленина, 109.

Внимание! В этой книге описывается не «новый подход» к лечению спины, а новый ДИАГНОЗ, требующий адекватного лечения.

Ежегодно миллионы людей узнают от врачей, что причиной их страданий являются остеохондроз, «защемление нерва», артрит, спинальный стеноз, грыжа межпозвонкового диска и так далее. Но если все эти диагнозы верны, тогда почему медицина не справляется со своими обязанностями? Почему еще не родился невропатолог, который раз и навсегда вылечил бы хотя бы одного своего больного?

Доктор Сарно бросает вызов догме. Он утверждает: людей лечат не от того, от чего их нужно лечить, — и ставит своим пациентам неизвестный ортодоксальной медицине диагноз — синдром мышечного напряжения (СМН).

Верна ли его теория? Оставим эти споры ученым. Для нас гораздо важнее практика — то, что благодаря доктору Сарно выздоровели десятки тысяч людей!



софия