

## СИНДРОМ “НЕЯСНОЙ ГОЛОВЫ”, ЕГО КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

**ЕРМОШИН А.Ф.**

Научно-практический центр «Здоровье души»  
Тел.: +7 495 5 999 444, +7 916 1407253  
E-mail: erm@list.ru

### АННОТАЦИЯ

Синдром “неясной головы” или синдром энергетического голодания мозга (ЭГМ) является весьма распространенным расстройством, встречающимся уже у детей младшего возраста. Это состояние является фоном для формирования большого количества пограничных психических расстройств, и, в частности, “панических атак”. В его патогенезе играют роль два основных фактора: патологическая импульсация с межпозвоночных дисков и стрессогенная гиперактивированность мозга. Симптомы данного расстройства очень близки к проявлениям астено-депрессивных расстройств другой природы и не всегда распознаются психотерапевтами. Данные теста “Конструктивный рисунок человека” содержат патогномичные признаки наличия данного синдрома. Выявление вертеброгенной составляющей в синдроме “неясной головы”, а также возможного действия других факторов, приводящих к мозговой гипоксии, является важным для назначения адекватного комплексного лечения психотерапевтических пациентов.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** *синдромом энергетического голодания мозга (ЭГМ), соматопсихологическое исследование, конструктивный рисунок человека (КРЧ), психокатализ, синдром функциональной дисциркуляторной церебральной гипоксии молодого возраста*

### ВВЕДЕНИЕ

Жалобы пациентов на чувство неясности в голове, угнетенности, сопровождающееся неприятными ощущениями в теменной области, нередко встречаются в практике психотерапевта. Естественным образом возникает вопрос о дифференциации расстройств, которые могут скрываться за данной симптоматикой. Дифференциально-диагностическая мысль врача в данной ситуации работает в следующих направлениях.

1. Органическое поражение ЦНС с астено-депрессивным синдромом.
2. Невротическая депрессия.
3. Дисфреническое расстройство с сенестопатическими проявлениями.
4. Депрессивная фаза в рамках циклотимии.

Редко мысль практика идет еще в одном направлении, которое, между тем, может оказаться очень продуктивным, как показало проведенное исследование. Речь идет о состоянии скорее неврологической, чем психиатрической природы, но поскольку обращаются с ним именно к психиатру-психотерапевту, автор считает целесообразным, и даже необходимым, подробно изучать его именно психиатрам-психотерапевтам, информация о нем должна быть и у клинических психологов. Это синдром, название которого содержится в названии статьи, по существу являющийся, по мнению автора, *синдромом энергетического голодания мозга (ЭГМ)*.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные, излагаемые ниже, являются плодом почти двадцатилетней врачебной и исследовательской работы автора. Они получены благодаря использованию следующих процедур.

1. Классическое клиническое “интервью”, которое показало высокую частоту обращений пациентов с жалобами, соответствующими описываемому синдрому. По мнению автора, не менее 60% пациентов, обращающихся к психотерапевту, предъявляют их.

2. Особый род *соматопсихологического исследования*, разработанного автором и описанного в его книге “Вещи в теле: психотерапевтический метод работы с ощущениями” [2]. Методология этого исследования предполагает описание пациентами ощущений “на уровне тела” в процессе того или иного переживания. Были выявлены конфигурации ощущений, соответствующие различным эмоциональным состояниям. Оказалось, что ощущения тяжести в **затылке** (от скопления *массы, смолы* до формирования “стальной пластины”) сопровождают переживание невротической ответственности и необходимости контролирования ситуации; ощущения в **висках** по типу “стальных шаров” объясняются переживанием хронического раздражения; **лоб** оказывается “затуманным” в легких случаях или носит в себе “камень” в случаях более тяжелых при затянувшемся переживании невротического беспокойства, при нем же общий ощущаемый объем головы по описанию пациентов превышает физиологический. Ощущения в **верхней части головы** привести в соответствие со специфической психологической проблематикой не удалось, хотя и была выявлена определенная зависимость их от концентрации ощущений в области живота при переживании страха.

3. Исследование конфигураций элементов в *конструктивном рисунке человека (КРЧ)*, выполняемом пациентами до, в процессе и после психотерапии. Была выявлена особая повторяющаяся конфигурация элементов рисунка, соответствующая описываемому синдрому. Сводные данные о результатах исследования автором дифференциально-диагностических возможностей данного теста опубликованы им [3].

4. Автор статьи, будучи врачом, прошедшим еще на заре своего профессионального становления наряду ординатурой по психотерапии также основательные курсы по мануальной медицине и рефлексотерапии, имел возможность и интерес проводить также мануальное обследование пациентов, исследование болевых зон тела при тех или иных состояниях. Это привело к обнаружению специфических зажимов мышц, болевых точек в шейном отделе позвоночника и других его отделах у группы пациентов, предъявляющих жалобы на “неясную” голову. Имели значение также наблюдения автора, касающиеся положительного действия процедур мышечной релаксации (особенно на уровне шейного, грудного отделов позвоночника) и других элементов мануальной терапии на состоянии пациентов с

различными формами пограничных психических расстройств, а также алкоголизма и наркомании.

5. В случаях, когда это было возможно, брались во внимание данные инструментального исследования, в первую очередь данные КТ, МРТ, ЭЭГ, УЗДГ, РЭГ.

6. Наблюдение за результатами использования тех или иных терапевтических подходов показало недостаточную эффективность как психиатрического фармакологического лечения, так и психотерапевтических подходов любых модальностей при данной патологии.

В целом методами психиатрического опроса, соматопсихологически, с использованием рисуночного тестирования и пальпаторно (по канонам мануальной медицины и рефлексотерапии) было обследовано в процессе индивидуальной терапии не менее 3 тысяч пациентов (в среднем 150-250 в год), поступавших на лечение к автору сначала в Поликлинику №1 4-го Главного Управления Министерства Здравоохранения Российской Федерации (в период с 1985 по 1995 год), а затем в Наркологическом диспансере №14 Управления Здравоохранения Центрального Административного Округа г. Москвы (в период с 1995 по 2002 год). Подробные протоколы встреч с пациентами и рисуночного их тестирования хранятся в архиве автора.

Прицельно, с целью идентификации описываемого синдрома, с изучением данных историй болезни, результатов инструментальных исследований, обследовано около 100 пациентов.

Большинство пациентов - женского пола (67%). Возрастной диапазон - от детей 3-5-летнего возраста до лиц преклонного возраста (70-80 лет). Большинство - от 14 до 45. Средний возраст - около 32 лет.

Большинство (около 70%) обращений было по поводу невротических и психосоматических расстройств у лиц различных конституционально-генетических складов. Около 30% составили пациенты, проходившие основное лечение по поводу алкоголизма и наркомании.

С каждым из пациентов проводилась комплексная лечебная работа, в составе которой была индивидуальная психотерапия, фармакотерапия, элементы мануальной терапии, точечного массажа. Количество сеансов - от одного до 50. В среднем - 3-5. Длительность одного сеанса - 1 час. Прослеживался катамнез сроком до 12 лет.

По данным комплексного клинического исследования и наблюдения за пациентами в ходе терапии составлено приводимое ниже описание изучаемого синдрома.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В психотерапевтической практике пациенты нередко предъявляют следующие **жалобы**: общая угнетенность ("вареность"), ощущение неясной головы ("ватная", "мутная" голова, "пелена" перед глазами), головокружение, дискомфортные ощущения в верхней части головы, слабость в конечностях, трудность сосредоточения и переключения внимания, навязчивые мысли, склонность к пессимистическому восприятию действительности, снижение памяти, головные боли на фоне психических нагрузок ("головные боли напряжения"). Неприятные ощущения в области макушки в ряде случаев носят пульсирующий характер (в ритме сердцебиения). Часть пациентов слышит пульсирующий шум в голове. При обострении симптоматики пациенты жалуются также на неприятные ощущения в глазах, невозможность их открыть.

Пациенты нередко описывают свое состояние в таких словах. "Бывает, что отсидишь ногу. А у меня ощущение отсиженной головы. Слабость, шатает, головокружение. Чувство как перед экзаменом - суета, волнение, застой... Мысли плохие лезут в голову - слезы льются. Поплачешь - вроде легче, но ненадолго... Выбить из головы дурную мысль не хватает сил. В затылке, в глубине как будто молоток бьет и хочется прекратить его биение".

Или: "Голова как в тумане, чувствую угнетенность. Давят мысли о собственной неполноценности, - жизнь загублена: не старая еще, а уже на инвалидности. Лучше бы была у меня гинекология - вырезали бы - и все. А так навязчивости мучают: тяжело отвлекаться, сложно переключить внимание... Я - в себе, ничего не могу делать. "Завтра будет лучше", - говорю сама себе, - завтра наступает, - ничего не меняется.

Головные боли на фоне переживаний. Часто ощущается заложенность в области висков. На голове как будто блин лежит.

Из таблеток ничего не помогает. Иногда снимаю головные боли цитрамоном.

Невнимательна... Мысли в голове слабость ногам дают, онемение в руки передается... Не хватает воздуха, кажется, что задыхаюсь". И т.п.

**При закрытых глазах и направленном опросе** пациенты в легких случаях расстройства описывают ощущение, будто на темени *лежит темная туча*; в случаях более тяжелых это же ощущение описывается как скопление *жидкости, массы*, вплоть до формирования ощущения, что на голове лежит *диск из твердого материала* (симптом "лепешки"). В ряде случаев нечто тяжелое (вроде *гири*) как будто "продавливает" голову.

Дискомфортные ощущения могут быть также в самой голове в виде скопления *газа, жидкости* или *массы* вроде *смола* под сводом черепа, а также во лбу, затылке. В каких-то случаях содержимое головы осознается плотным как *камень* или *древесина*. Общий объем головы нередко описывается как увеличенный.

Вокруг головы могут ощущаться "повязка", "обруч", "каска", "шлем".

В это же самое время конечности, в частности, ноги ощущаются как недополненные, "пустые", холодные.

Одновременно с этим пациентами при внутреннем сосредоточении в процессе соматопсихологического исследования описывается ощущаемое заужение на уровне шеи в виде *воронки* (симптом "воронки") или перекрытие соединения между головой и туловищем или на одном из уровней туловища в виде *клина, заслонки, перегородки* (симптом "перегородки"), некоторые пациенты описывают ощущение *ошейника*.

В ряде случаев фоновое дискомфортное состояние в условиях гипоксии (транспорт, в частности) и действия дополнительных вредностей, таких как ситуационно-обусловленная астенизация (недостаточный сон, избыточные психические нагрузки), реализуется в остро-дискомфортное состояние, которое квалифицируется обычно как "симпато-адреналовый криз". Не будучи готовыми к переживанию такого сбоя в своем состоянии, пациенты нередко толкуют этот эпизод "аварийного" выброса адреналина в кровь с сопровождающими его сердцебиением, одышкой, острым чувством тревоги, иногда с расстройством стула во время приступа и обильным мочеиспусканием по прошествии его как знак смертельно-опасной патологии. Переживания такого рода становятся основой для формирования фобических,

ипохондрических расстройств и соответствующего им ограничительного поведения.

Нередко именно после подобной “панической атаки” пациенты и попадают на прием к психиатру или психотерапевту.

При **осмотре** данного рода пациентов можно обратить на тусклый блеск глаз, расширенность зрачков, нередко припухшие верхние веки, некоторую вжатость головы в плечи. При **мануальном обследовании** у них выявляются характерные мышечные напряжения с болевыми точками в области прикрепления мышц в воротниковой зоне, в области шеи и верхне-грудного отдела позвоночника. Речь можно вести о миофиксациях с укорочением длины данных мышц. При пальпации они ощущаются как “веретена”, “желваки”, от них исходит избыточное тепло.

**Дополнительное обследование** с помощью методов нейровизуализации (КТ, МРТ) показывает отсутствие видимых очаговых изменений в мозговой ткани, субкортикального лейкоареоза и признаков церебральной атрофии (характерных для дисциркуляторной энцефалопатии), выявляет нарушения во взаимном расположении позвонков, явления остеохондроза, в каких-то случаях - грыжи межпозвоночных дисков в шейном, а также в средне- и нижнегрудных отделах позвоночника.

РЭГ выявляет гипертонус артерий среднего и мелкого калибра в вертебро-базиллярном бассейне.

Офтальмоскопия выявляет в ряде случаев ангиопатию сетчатки обоих глаз в виде сужения, извитости артерий.

Ультразвуковое исследование выявляет асимметрию и сужение просветов позвоночных артерий.

ЭЭГ показывает умеренные диффузные нарушения биоэлектрической активности мозга без признаков локальной патологии.

Почти патогномичные признаки наличия описываемого синдрома, по мнению автора, содержатся в данных теста **“Конструктивный рисунок человека”**, редко требующего для своего проведения больше одной минуты.

Для проведения тестирования достаточно иметь лист писчей бумаги, сложенный вчетверо и любое пишущее устройство. Задание пациенту формулируется следующим образом: “Нарисуйте символическую фигурку человека из квадратиков, кружков и треугольников, а количество элементов в фигурке десять”. При необходимости пациенту могут быть даны пояснения, что увеличивать/уменьшать элементы, вытягивать их, накладывать друг на друга - можно. Пропорция используемых элементов в рисунке - произвольная. Общее же количество элементов в рисунке - 10. Это единственное ограничение.

За знакомство с возможностью использовать данное задание в общении с пациентом автор статьи благодарит Либина В.В., занимающегося изучением возможностей данного теста в рамках своего теоретического подхода [5].

Какую же конфигурацию элементов рисунка автор статьи считает патогномичной для синдрома “неясной головы”?

**Основных признаков** - две пары.

1.1. Составное туловище (туловище, составленное на рисунке из двух и большего количества элементов) (Рис. 1), туловище изображенное с помощью треугольника острием кверху (Рис. 2). Наличие на рисунке такого конструктивного элемента как шея, нарисованного

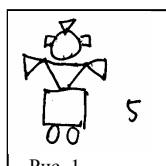


Рис. 1

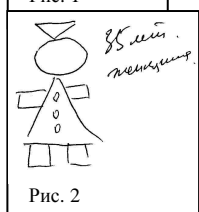


Рис. 2

треугольником (одним или несколькими).

В качестве эквивалента данного признака выступают встроенные в туловище (в том числе прямоугольной и округлой формы) элементы (кружки, прямоугольники, треугольники) (Рис. 2), а также вписанные в него цифры с указанием возраста персонажа (в случаях, когда в целях последующего психотерапевтического использования просим пациента обозначить возраст получившегося на рисунке человека) (Рис.3). В каких-то случаях к подобного рода знакам надо отнести и вписанный в контур головы дополнительный элемент (соотносится с ощущениями в подзатылочной области, а также чувством нехватки воздуха) (Рис. 4).

1.2. Наличие на голове “шапочки”, “колпачка” в виде треугольника, а также других “украшений” головы в виде “бантиков”, “чубчиков”, нарисованных треугольничками, “сережек” и других дополнительных элементов вокруг головы (Рис. 1-3,5). Вписанность круглой головы в треугольник.

2.1. Диспропорционально большая (большая относительно других частей тела) голова (Рис. 1-5)

2.2. Относительно маленькое туловище и укороченные конечности, в выраженных случаях расстройство изображенные треугольничками (Рис. 1, 3-5)

**Обязательными признаками** являются из перечисленных два: из первой пары - это наличие заужений (Рис. 1,2,4,5) или «перегородок» (рис.1,4) на уровне шеи или туловища (или наличие вписанных в контур туловища дополнительных элементов) (Рис. 2,3) и из второй пары - относительно увеличенная голова (Рис. 1-5). Комбинация двух этих признаков уже делает вероятной манифестацию описанного симптомокомплекса (Рис. 5).

Появление на голове дополнительных элементов сигнализирует о значительной давности и выраженности расстройств, возможных головных болях, периодически переживаемых пациентом.

Данную конфигурацию элементов рисунка следует дифференцировать с другой, когда на голове также появляется треугольная “шапочка”, как правило, небольшого размера, при сохраняющейся в целом “спокойной” фигуре (односоставное туловище, отсутствие изображения шеи, достаточной длины конечности,



Рис. 5

изображенные прямоугольниками). В этом случае можно думать о возможном наличии органического поражения ЦНС различного генеза. Помимо отсутствия других признаков характерной для ЭГМ конфигурации элементов для “органиков” характерна “рваная” графика рисунка, “неряшливость” его исполнения.

**ОБСУЖДЕНИЕ**

Какого рода реалии отражают, по мнению автора, описанная выше симптоматика, данные дополнительных методов исследования и исследование конфигурации элементов рисунка?

Прежде, чем перейти к изложению собственных представлений на этот счет, автор хотел бы обратиться

внимание на следующие данные, полученные в смежной по отношению к психотерапии области знания.

Явления *вертебро-базиллярной болезни (ВББ)* и *начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга (НПКМ)* изучаются преимущественно в неврологии. Диагностическими критериями их считаются головные боли, головокружение, шум в голове, нарушение сна, снижение работоспособности. Для постановки диагноза, согласно Е.В.Шмидт и соавт.[6], достаточно наличия двух симптомов, проявляющихся не реже 1 раза в неделю на протяжении трех месяцев.

Замечено также раннее появление неврозоподобной симптоматики, отсутствие органических неврологических симптомов, наличие явлений вегетативной дистонии. В литературе эта группа симптомов описывалась как “синдром Барре-Льеу”, “ангиоспастический рефлекторный синдром позвоночной артерии Луцика”, “задний шейный симпатический синдром”, синдромы “шейной мигрени”, “позвоночного нерва”, “позвоночной артерии” [7].

По данным Центра мануальной терапии Минздрава России проявления ВББ первой и второй степеней, в виде головных болей, головокружения, шума в ушах, тошноты присутствуют уже в раннем школьном возрасте [6]. Часто устанавливаемый в подростковом возрасте диагноз вегетативно-сосудистой дистонии также связывают в проявлениями данной болезни. G.Gutman [6] еще в 1967 году описал особую форму цервик-краниальной боли, которая встречается у детей школьного возраста при наклоне головы вперед. Согласно его сообщению блокирование суставов головы у детей выражается, прежде всего, в тяжелых вегетативных нарушениях и ухудшении общего самочувствия.

По глубокому убеждению автора, именно эта группа явлений и находит свое выражение в описанной выше клинической картине. Однако в психиатрии данный синдром редко вычленяется в составе микшированной клиники, а состояние пациента в целом толкуется как астено-депрессивный синдром различной природы. Соответственно этому, лечение, назначаемое данной категории пациентов, носит, как правило, “психиатрический” характер. Речь идет о нейролептической терапии вкупе с антидепрессивной. Это оправдывается необходимостью коррекции навязчивых мыслей неприятного содержания, тревожного ожидания повторения приступа дурноты (“панических атак”) и соответствующей этому депрессивности.

Надо отметить, что комбинация мягких нейролептиков и антидепрессантов с противотревожным действием на симптоматическом уровне несколько стирает клинику. Относительную и временную, но все же успешность психиатрических назначений при лечении описываемого синдрома, с учетом его патогенеза, который мы рассмотрим ниже, можно объяснить уменьшением энергозатраты мозга на фоне его частичной блокады и принудительного снижения общего уровня тревожности. Если же говорить о конечном результате этого “психо-ориентированного” подхода, то нельзя не заметить следующее. Несколько смягчая остроту переживания пациентами своей неполноценности, данная терапия не способствует лучшей их адаптации в жизни. Нередким итогом взаимодействия психиатра и данного типа пациента после нескольких лет активного лечения становится официальное признание последнего инвалидом по психическому заболеванию с

соответствующей социальной поддержкой. Автор мог бы привести многочисленные примеры именно такого развития событий. Факты инвалидизации людей, которые при применении адекватного комплексного подхода могли бы оставаться работоспособными, также были для автора побудителями к осуществлению данной работы.

По мнению автора, в **патогенезе** синдрома “неясной головы” участвуют, главным образом, два фактора: дисциркуляторный (по преимуществу вертеброгенной природы) и психогенный (стрессогенный).

Ключевым моментом в реализации действия **дисциркуляторного фактора** автор считает *патологическую импульсацию с межпозвоночных дисков*, возникающую при неоптимальном положении позвонков, травмировании межпозвоночных дисков с формированием их грыж и других вариантах неблагополучия в позвоночнике. Импульсы неблагополучия из пораженных позвоночно-двигательных сегментов вызывают реакцию как поперечно-полосатых мышц в близлежащих зонах (происходит их укорочение с последующим формированием миофиксаций), так и реакцию гладкомышечных структур сосудов. Спазм сосудов, питающих мозг, в свою очередь приводит к снижению уровня обеспечения мозга кислородом, блокировке образования АТФ и соответствующим этому энергетическому дефициту в мозговой ткани.

Основные доказательства влияния именно импульсации с межпозвоночных дисков на состояние тонуса мозговых сосудов и, соответственно, на уровень энергообеспечения мозговой деятельности получаются *ex juvantibus*. Автору известны два способа уменьшения или прекращения влияния данного фактора. Первый - это точечное введение микроскопических доз новокаина непосредственно в пораженный диск. Второй - это разблокировка позвоночно-двигательного сегмента и освобождение диска от ущемления средствами мануальной терапии. К сожалению, автор статьи не может дать ссылку на автора первого метода прекращения патологической импульсации с межпозвоночных дисков, поскольку ему известно об этих исследованиях по рассказу коллеги-невропатолога, который был свидетелем проведения такой процедуры во время прохождения одного из циклов усовершенствования. С его слов, пациенту с ярко выраженным ощущением неясности головы длинной тонкой иглой через передне-боковую поверхность шеи в пораженный диск вводилось небольшое количество новокаина. В ближайшее время за процедурой пациент отмечал значительную редукцию симптоматики. По воспоминаниям коллеги, эффекта хватало ненадолго. С его слов, примерно через 1,5 часа симптоматика возвращалась.

Надо сказать, что процедуры грамотной проводимой, аккуратной мануальной терапии, направленной на релаксацию мышц, мобилизацию связок и освобождение заблокированных позвоночных суставов в зоне поражения и соответствующее этому освобождение межпозвоночных дисков от избыточного на них давления приводит к сходным поразительным результатам. В ближайшие минуты вслед за успешно проведенными процедурами на позвоночнике наступает заметное облегчение самочувствия пациентов. Они отчетливо ощущают движение тепловых ощущений от зоны разблокировки вверх к голове, последняя “светлеет”, с одновременным рассасыванием скоплений тяжести, которые ощущались первоначально, особенно в верхней части головы. Проясняется их взор. Они отмечают эффект просветления

пространства, усиления яркости слухового и зрительного восприятия. Вместе с этим нередко “улетучиваются” бывшие навязчивыми мысли, заметно улучшается качество внимания, возрастает способность к воспроизведению имеющихся знаний и запоминанию новых. Здесь эффект может держаться заметно дольше.

О возможном участии компрессионного и рефлекторного воздействия на позвоночные артерии в возникновении головной боли напряжения говорит и ряд авторов [1]. Среди **других факторов**, которые могут сказываться на характере мозговой гемодинамики и соответственно на уровне кислородного обеспечения мозга следует иметь в виду *артериальную гипотензию (АГ)* различной природы (первичная АГ, синдром Шая-Дрейджера, вторичная АГ при эндокринной патологии (хроническая надпочечниковая недостаточность, гипопитуитаризм, автономная диабетическая нейропатия, гипотиреоз при аутоиммунном тиреоидите), вторичная кардиогенная АГ (слабость синусового узла, миграция водителя ритма, пролапс митрального клапана, кардиомиопатии), АГ после хирургических операций, АГ на длительном приеме нейролептиков, АГ на фоне гипотензивной терапии) [4]. Не исключена также *дисциркуляция другой природы*, способная приводить к формированию не только функциональной патологии, но и органической, вплоть до энцефалопатии (вследствие артериальной гипертензии, поражение магистральных артерий головного мозга, сердечной патологии и др) [1].

Вторым патогенетическим фактором, необходимым для манифестации синдрома ЭГМ, по мнению автора, является **фактор, зависящий от уровня активированности мозга**.

Как и в случае с ишемической болезнью сердца, ишемической болезнью кишечника, в случае облитерирующего эндартериита конечностей одно лишь сужения просвета сосудов для манифестации расстройства бывает недостаточно. Вторым элементом патогенеза болезни является повышение траты энергообразующих веществ. В случае с сердцем - это физическая работа, эмоциональное возбуждение, в случае с кишечником это пищевая нагрузка, в случае с нижними конечностями - бег или ходьба. Для мозга провоцирующим манифестацию синдрома недостаточности кровоснабжения и соответствующего ему угнетения работы является умственная нагрузка, в частности, невротическое беспокойство, и другие, топографически связанные с головой переживания, такие как раздражение, невротическая ответственность (озабоченность), уже упоминавшиеся выше.

Именно состояние гиперактивированности мозга, по убеждению автора, субъективно ощущается пациентами как увеличенная в объеме голова и находит соответствующее отражение в конструктивном рисунке человека. Подтверждает эту гипотезу наблюдение за характерной динамикой изменения состояния пациента и характера его рисуночной продукции в ходе успешной психотерапии, важным компонентом которой является релаксация, освобождение психики пациента от избыточного напряжения.

В случае использования психотерапевтического подхода, разработанного автором и называемого им *соматопсихотерапией* или *психокатализом телесно-пространственных ощущений*, в ходе реализации покоя неизменно наблюдается перераспределение ощущаемого наполнения тела. При этом голова делается “легче”, “светлее”, возвращается в свои физиологические границы.

В это же самое время туловище и конечности “наполняются”, “тяжелют”, “согреваются”.

Динамика этих перемен описана автором в его книге “Вещи в теле”. Там же есть указания на “вторичные” структуры, которые “рассасываются” в ходе последующих этапов терапии. Речь идет об охранных “повязках”, “обручах”, “касках”, “наушниках”, “тисках” на голове.

Повторный рисунок отражает изменение контура самоощущения пациента. Общий объем фигуры может увеличиваться. Голова на рисунке становится меньше относительно других частей тела, руки и ноги изображаются как более наполненные (удлиняются, изображаются эллипсами, а затем, по мере успокоения ощущений, прямоугольниками). Дополнительные элементы с головы уходят в пользу изображения кистей и стоп.

Н.Н. Яхно и соавт., обсуждая головную боль напряжения также обращают внимание на частое ее возникновение на фоне психической деятельности в связи с изменением эмоционального состояния [1].

Если же говорить о том, что находит свое отражение на рисунке, то можно добавить следующее. “Зажужения” на уровне шеи, а также зоны стыка фигур на уровне туловища коррелируют с зонами блокировки позвоночно-двигательных сегментов (ПДС). Острие треугольника или зона стыка элементов четко соотносится с зоной патологической импульсации межпозвоночных дисков, приводящей к тому самому дефициту мозгового кровенаполнения, которое получает свое выражение в ощущениях пациентами “дисках”, накладываемых на голову “колпачками” и другими дополнительными элементами. Изображение конечностей укороченными, с использованием треугольников отражает ощущение недополнения их (“холод”, “пустота”). Возраст персонажа, как дополнительная характеристика, отражает период начала действия одного из психогенных факторов, оказавших влияние на уровень активированности мозга.

Если говорить о возможном *модулирующем влиянии синдрома ЭГМ на клинику пограничных психических расстройств*, то можно отметить следующее.

Лишь для небольшой части пациентов обсуждаемый синдром остается чисто неврологическим расстройством, т.е. расстройством, касающимся состояния их нервной системы, а не психики. В этом случае они лишь отмечают снижение работоспособности, “мутную голову” вместе с дискомфортом в спине, в том случае, если дисциркуляция вызвана действием вертеброгенного фактора. Это и может остаться для них именно “проблемой с позвоночником” (или другой органной проблемой), если они вовремя получат правильное разъяснение от специалиста.

Для большинства других пациентов имеет значение следующее.

Гипоксические состояния мозга приводят к формированию *гипноидного состояния сознания*.

Автору пришлось соотнести обсуждаемый *синдром функциональной дисциркуляторной церебральной гипоксии молодого возраста* с состояниями сосудистого генеза в пожилом возрасте (атеросклеротической природы) и, при наличии определенных различий, было обнаружено сходство, именно в части *гипноидности* данных состояний. И в том, и в другом случае мозг работает в режиме “типотонии”, менее поворотно, если можно так выразиться, уровень его бодрствования снижен, переработка информации затруднена, легко формируются “очаги застойного возбуждения”. Эти люди

более внушаемы (как и люди в состоянии химически наведенной сомнолентности - в состоянии алкогольного опьянения, например), “предвзято” воспринимают действительность, с легкостью подпадая под влияние эндopsихических зарядов, накопленных ими за предыдущую жизнь.

Во многих других случаях отягощающее влияние ЭГМ на общее состояние пациента приводит к усилению психиатрической симптоматики так, что пациенты астенического склада, пугливые по природе, становятся еще менее уверенными в себе и формируют конкретные тревожно-фобические расстройства; пациенты эпилептоидного склада и без того склонные к переживанию дисфории, становятся особенно мрачными, а окружающие делаются более неправильно себя ведущими в их глазах; легко обижающиеся и депрессирующиеся циклоиды завязают на переживаниях своих неприятностей в межличностных отношениях; шизоиды легче “аудилизируют” и “визуализируют” персонажей своей внутренней жизни.

Установление “гипоксической” компоненты в клинической картине конкретного пациента побуждает к применению **комплексного подхода к его лечению**. В совокупность терапевтических процедур, по мнению автора, должны быть включены, наряду с традиционными противоневротическими процедурами и действиями, направленными на оптимизацию образа жизни пациента, процедуры, направленные на улучшение энергообеспечения деятельности мозга. К числу последних могут быть отнесены следующие:

1) мануальная терапия с ее компонентами, такими как растяжки, постизометрическая релаксация мышц, мобилизация связок, манипуляции на позвоночных суставах;

2) классический массаж, точечный массаж, иглорефлексотерапия;

3) фармакологические назначения, направленные на принудительное расширение просвета сосудов (циннаризин, винпоцетин (кавинтон) и др.), на улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции (аспирин, тилопидин (тиклид), клопидогрель (плавикс), пентоксифиллин (трентал) и др.), ноотропная терапия (препараты гинкго билобы (танакан) и синтетические ноотропы), другие метаболические средства (церебролизин, актовегин и др.), антигипоксическая терапия (гипоксен). Во всех случаях автор видит необходимость **работать в тесном сотрудничестве с неврологом**, учитывая также важность дополнительной дифференциальной диагностики выявленного “неврологического” состояния, с целью исключения, в частности, диагноза дисциркуляторной энцефалопатии [1].

По возможности, после комплексного обследования, показано применение в первую очередь процедур, направленных на устранение патологической импульсации с межпозвоночных дисков, играющей ключевую роль в патогенезе расстройства, а также на нейтрализацию других факторов, обуславливающих мозговую гипоксию. При успешном проведении этих процедур другие из указанного списка становятся избыточными. Понятно, что это предполагает **тесное сотрудничество с мануальным терапевтом**, который сможет учесть возможные anomalies развития позвоночных артерий (необычное отхождение, высокое вхождение в костный канал, латеральное смещение их устья, гипоплазия, патологическая извитость) и anomalies

развития позвоночника (болезнь Клипеля-Фейля, ассимиляция атланта, платибазия, базилярная импрессия, anomalies развития зуба аксиса), **с терапевтом**, в случае, если речь идет о лечении церебральной гипоксии невертеброгенной природы (вследствие артериальной гипотонии, в частности).

Вторым важным звеном при лечении данной категории пациентов становится **психотерапия**, направленная на деневротизацию и, таким образом, на оптимизацию уровня активированности мозга и на соответствующее этому снижение потребления им кислорода. В этой работе автор видит большие преимущества того метода психотерапии, которое использует он, а именно трансфигуративного психокатализа, суть которого заключается в ассистировании перераспределению “наполнения” в организме с формированием ровного контура внутрителесных ощущений.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дамулин И.В., Захаров В.В. Яхно Н.Н. Дисциркуляторная энцефалопатия. Методические рекомендации. - М.: РКИ Соверо пресс, 2001. - 31 с.
2. Ермошин А.Ф. Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями. - М.: Независимая фирма «Класс», 1999. - 320 с. - (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 72).
3. Ермошин А.Ф. Конструктивный рисунок человека в дифференциальной диагностике пограничных психических расстройств // Вопросы ментальной медицины и экологии - 2002. -Том VIII, №1, - С. 75-81.
4. Котов С.В., Рудакова И.Г., Мисиков В.К. Артериальная гипотензия в неврологической клинике. Опыт коррекции // Сайт [www.nycomed.ru](http://www.nycomed.ru) - 2002, раздел “Библиотека”.
5. Либин А.В., Либин В.В. Особенности предпочтения геометрических форм в конструктивных рисунках (психографический тест предпочтений ТиГР). - М: Институт психологии РАН, 1994. - 106 с.
6. Лунев М.А. Проявления вертебробазилярной болезни у детей раннего школьного и дошкольного возрастов и их коррекция методами мануальной терапии // Мануальная терапия - 2001, №4, - С. 61-62
7. Ситель А.Б. Мануальная терапия. Руководство для врачей. - М.: Издатцентр, 1998. - 304 с.

**Дополнительная информация** о методологии психокатализа: [www.somato.narod.ru](http://www.somato.narod.ru)