

**Н.Г. Салаяев, врач-психиатр, областная клиническая больница им. И.И. Мечникова, Областной центр психосоматической патологии, г. Днепрпетровск**

## Засыпаем без лекарств: о способах нормализации сна без использования медикаментов

Продолжение. Начало на стр. 45.

транса, которое близко ко сну, и легко в него переходят. Человек учится сам погружать себя в измененное состояние. Разработана авторская последовательность шагов и предлагаются разнообразные подходы для достижения этих эффектов. Ввиду того что предлагаемые приемы дают возможность осознанно устранять излишнюю мозговую активность, возникает эффект более полного и быстрого отдыха. Таким образом, методика использует оба канала влияния на организм: с одной стороны, через тело, с другой — на нервную систему непосредственно.

Техники подобраны из различных направлений современной психотерапии и организованы таким образом, чтобы пользователь мог подойти к проблеме бессонницы с разных сторон и имел сразу целый набор инструментов для изменения своего состояния. Человек, овладевший приемами, предлагаемыми методикой, получает навыки управления процессом засыпания.

Обучение построено в виде тренинга для отработки предлагаемых техник, где разработана процедура пошагового их изучения. Они достаточно просты и могут быть усвоены очень быстро.

Для достижения заявленных эффектов не обязательно использовать все техники. Каждая из них может применяться изолированно или в какой-либо комбинации.

По мере наработки навыков достижение эффектов может значительно ускоряться, время засыпания может сокращаться до нескольких минут и менее.

Эти навыки могут быть применены не только для улучшения сна, но и для достижения спокойного состояния при перевозбуждении нервной системы.

Ограничением методики, очевидно, является то, что она не может быть использована пациентами с выраженными психическими расстройствами.

**Для людей, нуждающихся в нормализации сна, но не имеющих возможности обучаться предлагаемым техникам, можно дать несколько простых и полезных советов.** Для многих характерны типичные места возникновения хронических мышечных зажимов: шея и воротниковая зона, кисти и пальцы рук, ступни и пальцы ног. Тщательный глубокий массаж этих зон может заметно улучшить качество сна, так как снимается хроническое мышечное напряжение, которое является собственным внутренним раздражающим фактором, мешающим организму восстанавливаться. Как известно из классического массажа, существуют релаксирующие и стимулирующие его виды. Для достижения эффекта релаксации массирующие движения должны быть медленными и глубокими. Полезно использовать такие приемы, как растирание и разминание, чтобы наиболее полно и глубоко расслабить спазмированную мускулатуру и успокоить нервную систему. Глубокий массаж дает максимальную релаксацию, что максимально успокаивающе влияет на нервную систему. В то же время медленный ритм массирующих движений постепенно переводит мозг в более спокойное состояние.

Достаточно большое число людей для засыпания когда-либо использовали технику «счета слонов» (овец и т.д.). И далеко не все достигали желаемого результата.

Следует разобраться, что собственно происходит, когда это практикуется, и какие эффекты должны возникать. Как известно, все люди постоянно что-то себе проговаривают, тем самым влияя на свое состояние, осознают это они или нет. Такой внутренний диалог является частью нормальной активности нашего сознания. Мозг при проговаривании воспринимает информацию, идущую по двум каналам: вербальному, когда воспринимается смысл сказанного, и невербальному, когда регистрируются аналоговые сигналы, такие как ритм сообщений, интонации, громкость и т.п. Принято считать, что вербальная (смысловая) часть сообщения усваивается преимущественно доминантным полушарием мозга, аналоговая — недоминантным. То есть, мозг одно сообщение воспринимает как две независимые команды. Однако часто бывает, что эти команды противоречат друг другу. Так, например, когда человек, желая заснуть, начинает считать слонов и делает это с раздраженными интонациями, то мозг получает следующие команды: с одной стороны, монотонность информации по вербальному каналу (один слон, два слона, три слона и т.д.) усиливает процессы торможения в мозге; с другой — по невербальному каналу раздраженные интонации стимулируют в мозге возбуждение. В таком случае человеку трудно рассчитывать на приятное и быстрое засыпание, вместо того чтобы заснуть, он, наоборот, себя будит. Поэтому хочется порекомендовать выполнять эту технику так, чтобы по обоим каналам в мозг поступала одинаковая информация, например, с постепенным все большим замедлением скорости счета и использованием как можно более спокойных внутренних интонаций. Тогда засыпание будет более быстрым и комфортным.

Известно, что ощущение «хочу спать» во многом зависит от тонуса глазодвигательных мышц, а также мышц лица и шеи. Существует способ искусственного создания ощущения усталости глазодвигательных мышц, что, как правило, усиливает желание спать. Для этого нужно поднять глаза вверх, свести их внутрь (направление взгляда примерно на центр лба) и удерживать в таком положении. Через несколько секунд появляется чувство сонливости.

Также существует следующая техника: нужно максимально расслабить мышцы лица и глотки, глаза вниз и внутрь; несколько минут практики дают чувство успокоения, ускоряют отдых. Эту технику удобно использовать не только перед сном, но и в течение рабочего дня во время коротких перерывов для более быстрого восстановления работоспособности.

Предлагаемая методика состоит из множества простых и более сложных приемов, которые в совокупности дают возможность человеку быть более автономным и независимым по отношению к внешним неблагоприятным факторам, помогая влиять на балансировку внутренних процессов, улучшая качество сна и отдыха, успокаивая нервную систему и таким образом повышая защитные силы организма и улучшая качество жизни. Хочется надеяться, что технологии, дающие людям возможность использовать внутренние ресурсы для собственного блага, займут причитающееся им место и будут приносить пользу наряду с другими, уже существующими подходами.

**В.Ф. Лапшин, д.м.н., профессор, Т.Р. Уманец, к.м.н., отдел проблем аллергии и иммунореабилитации детей, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев**

## Психосоматические нарушения у детей с бронхиальной астмой и методы их коррекции

**Бронхиальная астма (БА) у детей остается актуальной медико-социальной проблемой в педиатрии. Согласно данным международных эпидемиологических исследований распространенность данной патологии в мире колеблется от 1 до 18%, а среди детского населения — от 5 до 10%. По данным официальной статистики МЗ Украины, распространенность БА у детей не имеет тенденции к снижению и составляет от 0,61 до 0,59%. В последние годы значительно возросла роль психоэмоциональных и психосоциальных факторов в этиологии и патогенезе БА. В связи с этим многие исследователи относят данный недуг к психосоматическим заболеваниям, что подтверждается данными о возникновении и провоцировании приступов БА при эмоциональной нагрузке и психологическом стрессе. Эмоциональные факторы оказывают прямое и опосредованное действие через кортиковисцеральные рефлексы на уровень бронхиальной реактивности.**

Клиницистам хорошо известно, что затруднение дыхания может возникать, если больной обнаруживает, что забыл ингалятор, в случае демонстрации картинок с аллергенами, при воспоминании о месте, где ранее отмечался тяжелый приступ бронхоспазма или, например, в результате гипнотического внушения «астмогенной ситуации». Кроме того, сама по себе возникающая дыхательная недостаточность при БА порождает состояние напряжения, которое интенсифицирует всякий дистресс.

По данным Д.Н. Исаева, в среднем у 45% больных детей отмечается выраженная взаимосвязь между неблагоприятными психогенными факторами и приступами бронхоспазма. Эмоциональные нарушения больных БА связаны с психогенной реакцией на болезнь и ее социальные последствия, с хронической гипоксией. В ряде работ показано, что эмоциональные расстройства ярче проявляются у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания. Вместе с тем течение и прогноз заболевания значительно хуже у тех пациентов, которые и до начала болезни имели выраженные акцентированные черты. К основным факторам риска, способствующим проявлению соматопсихических акцентуаций, относится врожденная склонность к разного рода соматоморфным реакциям, присущая личности на протяжении большей части жизни.

В последние годы было доказано, что в возникновении БА у детей раннего возраста, помимо конституционально-генетических, большую роль играют перинатальные факторы риска: высокая тревожность матери, ранние психологические травмы, связанные с разлукой с матерью или нарушением эмоциональных взаимоотношений в диаде «мать-дитя».

Однако в настоящее время роль психологического фактора в профилактике, лечении, реабилитации заболевания учитывается меньше, чем традиционные биологические и физиологические особенности. Внимание врачей сосредоточено в большей степени на поиске аллергенов, провоцирующих приступы, на разработке новых лекарственных препаратов, эффективных в лечении, на поиске методов ранней диагностики заболевания. Психогенной природе заболевания уделяется гораздо меньше внимания, хотя многие клинические, биологические и психологические исследования указывают на то,

что психологические факторы могут влиять на заболеваемость и симптоматику БА, а она в свою очередь может способствовать развитию патологических изменений личности; роль их в патогенезе заболевания остается окончательно не изученной. Это препятствует формированию четких представлений об особенностях личности детей и подростков, больных БА, затрудняет достаточную информированность их родителей и врачей, что создает нежелание изменять устоявшиеся взгляды в представлении БА.

Изучение психологического состояния соматического больного включает комплекс методов психологического тестирования. Один из них — диагностика типов отношения к болезни. Метод интегрирует психологические категории в рамки, в которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни». Неадекватная внутренняя картина болезни значительно усложняет взаимоотношения врача и пациента, негативно влияет на течение заболевания, что в ряде случаев приводит к тяжелой невротизации, поэтому своевременная диагностика и коррекция психологических нарушений будет влиять как на эффективность лечения, так и на его прогноз.

С целью изучения психологического статуса было обследовано 110 детей школьного возраста (7-12 лет) с БА средней степени тяжести контролируемого течения. Установлено, что у 2/3 детей с БА психологическое состояние характеризуется патологическим реагированием на болезнь, дезадаптивным поведением различной психоэмоциональной направленности, повышенной тревожностью.

В настоящее время в патогенезе развития психосоматических заболеваний ведущее место отводится изучению нарушений взаимодействия между нервной, эндокринной и иммунной системой. При этом учитываются представления о многоуровневой системе регулирования психосоматических взаимосвязей. Так, функционирование системы регулирования психофизиологических (психосоматических) соотношений происходит как за счет психологических (социально-психологический уровень и собственно психический, который состоит из особенностей личности и психологического состояния), так и физиологических механизмов (уровень интегративных систем головного мозга, периферические механизмы вегетативно-гуморального регулирования, уровень





В.Ф. Лапшин



Т.Р. Уманец

органа или исполняющей системы). Особое значение уделяется взаимодействию нервной и гормональной системы на функционирование иммунной системы.

С целью анализа многоуровневого психосоматического регулирования у детей с БА был проведен корреляционный анализ психологических (тип отношения к болезни, уровни ситуационной и личностной тревожности) и функциональных характеристик (показатели функции внешнего дыхания, вегетативной нервной системы, иммунной системы). Учитывая, что БА относится к классическим психосоматическим заболеваниям, данную нозологию выбрали как модель для изучения корреляционных взаимосвязей между психофункциональными параметрами.

В результате проведенных исследований установлено значительное количество достоверных корреляционных взаимосвязей между изученными показателями, что свидетельствует об интеграции этих систем в данной категории детей.

При изучении взаимосвязей между показателями психологического статуса и параметрами кардиоинтервалографии (КИГ) выявлена достоверная корреляционная зависимость изменений КИГ от типов дезадаптивного поведения детей. Это позволило выделить три блока реагирования на болезнь. Так, первому блоку соответствовали адекватные типы реагирования на болезнь (гармоничный, эргопатический), которые характеризовались адекватным лечебным поведением, стремлением активно способствовать успеху терапии, психологическим переключением с болезни на учебу; эйтоническим исходным вегетативным тонусом, смешанным характером гистограммы. Вторым – интрапсихический блок реагирования на болезнь характеризовался ваготоническим исходным вегетативным тонусом, полимерным типом гистограммы, психогаммой с вершиной, соответствующей неврастеническому типу отношения к болезни. Поведение этой категории детей характеризовалось поведенческими реакциями по типу раздражительной слабости: «вспышки» раздражительности, нетерпимость к боли, невыдержанность при проведении лечебно-диагностических процедур. Третьему блоку реагирования на болезнь соответствовали дети с симпатикотоническим исходным вегетативным тонусом, мономерным типом гистограммы, психогаммой с максимальным балом сенситивного типа отношения к болезни. Дезадаптивное поведение данной группы детей характеризовалось тем, что они либо стеснялись своего поведения, либо использовали его в своих целях, а также агрессивными тенденциями, при этом дети обвиняли окружающих в своем недуге.

Одним из физиологических аспектов психосоматических соотношений, который был установлен при анализе корреляционной плеяды, стало выявленное влияние

изученных психологических показателей на состояние иммунной системы. Кроме психологических параметров, с показателями иммунной системы тесно взаимосвязаны также показатели вегетативной нервной системы (ВНС), что подтвердили установленные достоверные корреляционные связи. Так, симпатикотонической направленности ВНС соответствовало гиперреактивное состояние иммунной системы, а ваготонической – гипореактивное состояние. При этом активность симпатического отдела ВНС у детей с БА в период полного контроля коррелировала с нормальными показателями функции внешнего дыхания, что может отражать компенсаторный характер такого состояния ВНС. Парасимпатическая направленность ВНС сопровождалась снижением скоростных показателей внешнего дыхания.

Также установлено, что психосоматические соотношения у детей с БА тесно связаны с тяжестью течения и уровнем контроля заболевания. На рисунке 1 представлены типы психогамм обследованных детей с БА в зависимости от уровня контроля заболевания.

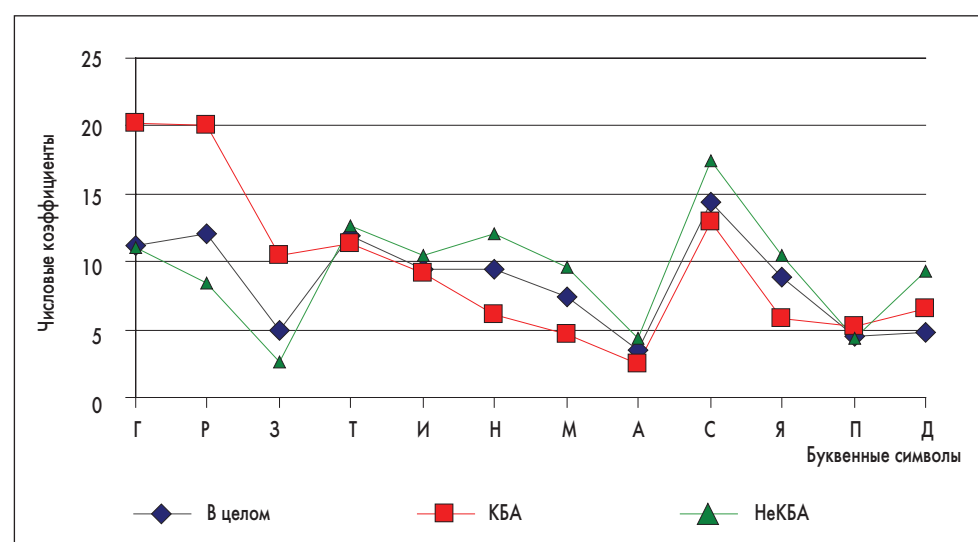


Рис. 1. Типы психогамм обследованных детей с БА контролируемого (КБА) и неконтролируемого течения (НеКБА)

При легком течении БА у детей уже проявляются признаки дезадаптивного поведения, формируется невротоподобное состояние с напряжением эрготрофных механизмов как защитной реакции организма на болезнь. Напряжение симпатического отдела ВНС сопровождается гиперреактивностью иммунной системы и отсутствием нарушений функции внешнего дыхания. При прогрессировании заболевания, когда компенсаторные механизмы истощаются, появляются черты аутизации, психопатизации личности с уходом в болезнь. Этим психоэмоциональным изменениям соответствует и более выраженная вегетативная дисфункция. Парасимпатическая направленность дисбаланса ВНС становится более интенсивной, что создает условия для кратковременной активации эрготрофных механизмов, которые также быстро истощаются и сменяются на тропотрофные с нарушением основных соматических функций. ВНС уже не обеспечивает приспособительный эффект, что приводит к нарушению адаптационной деятельности организма – иммунная система функционирует в гипореактивном состоянии, нарушается функция внешнего дыхания.

Таким образом, анализ психофункциональных характеристик вносит новые элементы в интерпретацию патогенетических закономерностей. На основании проведенных исследований можно утверждать, что среди патогенетических особенностей у детей с БА существенная роль отводится психосоматическим нарушениям. Предложенная концепция позволяет по-новому подойти к вопросу психокоррекции при данной патологии.

В консенсусе лечения больных БА большое внимание уделяется психореабилитации в системе «астма-школа».

С целью проведения психокоррекции была использована программа «астма-школа».

Тематика занятий была общепринятой и включала такие темы:

1. Что такое БА?
2. Аллергические и неаллергические причины астмы.
3. Организация гипоаллергенного режима и диеты.
4. Что такое базисная терапия? Необходимость противовоспалительной ингаляционной терапии.
5. Техника ингаляционного лечения.
6. Пикфлоуметрия и ее значение для самоконтроля состояния ребенка с БА.
7. Обучение основам респираторной терапии (регламентированное управление дыханием и лечебная физкультура).
8. Помощь при приступах удушья (медикаментозное лечение, немедикаментозные приемы).

Для разработки дифференцированного подхода и оптимизации обучения в системе «астма-школа» проанализировано сравнительное влияние разных форм обучения (группового и индивидуального) у данного контингента детей.

к лечению), тогда как индивидуальный подход корректировал этот тип. Это имело место у 50% детей с I профилем реагирования на болезнь (рис. 2).

У детей обеих групп со II профилем поведенческой реакции к обучению отмечался диффузный тип, при котором преобладала комбинация тревожного, неврастенического и ипохондрического компонентов. Как показали наши исследования, после обучения в «астма-школа» не было обнаружено различия между групповой и индивидуальной формами обучения у детей с интрапсихическим реагированием на заболевание (II профиль). При обеих формах обучения имела место однонаправленная тенденция к формированию адекватного реагирования на болезнь (I профиль).

У 90% детей с III профилем ТОБ в структуре психогаммы преобладал сенситивный тип (стремление сохранить мнимое благополучие, скрывая от окружающих болезнь). Групповая обучающая программа у 50% детей только уменьшала этот патологический тип и не меняла направленность профиля. Индивидуальное обучение корректировало направленность реагирования на болезнь в сторону адекватного профиля (I).

Таким образом, индивидуальная обучающая программа положительно влияет на детей с интрапсихической направленностью (III профиль) реагирования на болезнь, а также на детей с I профилем, в структуре которого в смешанном типе преобладает анозогностический компонент. Это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к обучению детей с БА с учетом психоэмоционального реагирования на болезнь.

Проведенные исследования продемонстрировали целесообразность применения обучения детей с БА в системе «астма-школа» как метода психокоррекции, который позволяет улучшить течение заболевания, помогает сформировать адекватное отношение детей к своему заболеванию, снизить уровни тревоги и улучшить вегетативный гомеостаз. Это открывает новые положительные стороны обучения детей с БА в системе «астма-школа».

Включение психокоррекционных методов в комплексную терапию БА у детей приводит к гармонизации на психологическом, психофизиологическом и вегетативном уровнях, улучшает микроклимат в семье и оказывает положительное влияние на течение БА, что способствует более полной медико-социальной реабилитации больных.

Прогнозирование типов эмоционально-личностного реагирования, знание механизмов психологической защиты ребенка, больного БА, делает возможным индивидуальный подход к терапии и запускает адаптационные механизмы развития полноценной личности, предупреждая возможные отклонения в критический период жизни.

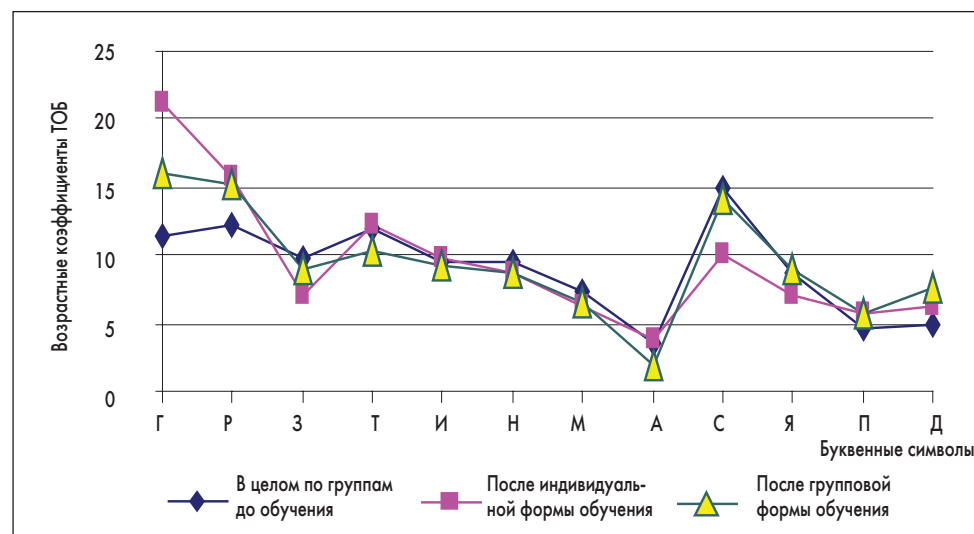
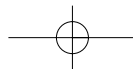


Рис. 2. Динамика психогамм обследованных детей с БА под действием различных форм обучения в системе «астма-школа»





# Цефавора

Cefavora

Сохраняет активность мозга



- Оригинальная комбинация 3 активных ингредиентов растительного происхождения Гинкго билоба (*Ginkgo biloba*), Омелы белой (*Viscum Album L.*) и Боярышника (*Crataegus laevigata and monogyna*).
- Высокая эффективность (95,5%) в устранении симптомов нарушения мозгового и периферического кровообращения\*
- 98% пациентов отмечают переносимость препарата как очень хорошая или хорошая\*

\* Enclosure to DBI - Der Bayerische Internist 4/08, August/September 2008: „For the support of blood flow - Cefavora®. Results of a multicentre drug monitoring“. Jurgen Hartmann Verlag GmbH, D-91093 Hebdorf-Klebheim.

Информация для специалистов.  
С полной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции для медицинского использования.  
P.c.: № UA/10843/01/01



**МЕГАКОМ**  
Содействуем здоровью

