

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ СЕНСОРНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ ДЛЯ КОРЕГУВАННЯ АСТЕНОНЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ СЕНСОРНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ ДЛЯ КОРЕГУВАННЯ АСТЕНОНЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ – Показана ефективність сенсорної депривації у хворих з астеноневротичними розладами. Вивчено стан вегетативних показників до та після проведеного лікування, психоемоційні порушення у даної групи пацієнтів за допомогою шкали САН (самопочуття, активність, настрої). Обґрунтовано механізм саногенезу даного методу лікування у хворих з астеноневротичними розладами.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ ДЛЯ КОРРЕКТИРОВКИ АСТЕНОНЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ – Показана эффективность сенсорной депривации у больных с астеноневротическими расстройствами. Изучено состояние вегетативных показателей до и после проведенного лечения, исследованы психоэмоциональные нарушения у данной группы больных с помощью шкалы САН (самочувствие, активность, настроение). Обоснован механизм саногенеза данного метода лечения у больных с астеноневротическими расстройствами.

JUSTIFICATION OF THE USE OF METHOD OF SENSORY DEPRIVATION FOR ADJUSTMENT ASTENO-NEUROTIICAL DISORDERS – In this article we proved the effectiveness of sensory deprivation in patients with astheno-neurotical disorders. Was studied the autonomic parameters before and after treatment, psycho-emotional disorders in this group of patients using the scale HAM (health, activity, mood). We provided substantiation of sanogenesis mechanism of this treatment method in patients with asthenonevrotichnyy disorders.

Ключові слова: сенсорна депривація, астеноневротичні розлади.

Ключевые слова: сенсорная депривация, астеноневротические расстройства.

Key words: sensory deprivation, astheno-neurotical disorders.

ВСТУП Життя суспільства сучасної України сьогодні характеризується надзвичайно високим рівнем катастрофічного характеру – соціальні потрясіння, військові дії на сході країни, економічні негаразди, що, у свою чергу, зумовлює довготривалий рівень психоемоційних навантажень.

Унаслідок такого стану розвивається невротизація населення, що проявляється поширенням психогенних та психосоматичних захворювань, масових розладів психіки та поведінки, дебюту різних форм психозів. Окрім того, відмічається зростання пограничних станів, які незалежно від генезу характеризуються розгорнутим симптомокомплексом психоемоційної недостатності з відповідними вегетативними та неврологічними розладами. На наш погляд, всі ці процеси пов'язані з наявністю довготривалого (хронічного) психоемоційного стресу, який має місце в останні часи.

Традиційні лікувальні підходи відносно цих станів вимагають стимуляції особистих властивостей пацієнта, перебудови життєвих орієнтирів, зміни критеріїв самооцінки, фармакологічної корекції психоемоційної складової стану хворих.

Оскільки основним критерієм успішності терапевтичних заходів є покращення якості життя хворих за рахунок відновлення соціального статусу хворого, лікувальні заходи повинні базуватися на використанні механізмів самовідновлення.

Одним із таких методів медичної реабілітації, який базується на принципі самовідновлення, є метод сенсорної депривації або як її іменують в англомовній науковій літературі флот-терапія. Цей метод був запропонований у 1954 році Джоном К. Ліллі. Основу методу складає тимчасова депривація світлових, звукових гравітаційних та температурних подразників, які складають повсякденний чутливий фон людини. Зміни цього фону потребують постійної активації адаптаційних механізмів, що зумовлюють пристосування організму до змін навколишнього середовища. Тобто зменшення чутливого навантаження сприяє відновленню оптимального рівня активності та збалансованості систем пристосування.

Однак в оригінальній методиці Д. Ліллі оцінка результативності методу сенсорної депривації базується на критеріях суб'єктивного стану пацієнтів, об'єктивні показники досліджувались фрагментарно.

Метою роботи була оцінка стану вегетативної нервової системи у хворих з астеноневротичним синдромом при застосуванні методу сенсорної депривації.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми обстежили 33 особи з астеноневротичними розладами віком від 27 до 48 років (жінок – 19, чоловіків – 14), які перебували на амбулаторному лікуванні в ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”. При первинному обстеженні всі хворі скаржилися на значну загальну слабкість, швидку втомленість, внутрішню напруженість, зниження працездатності, неможливість повноцінно виконувати свою роботу, зниження загального фону настрою, підвищену роздратованість, порушення сну – тривале засипання, поверхневий сон з частим пробудженням, відчуття розбитості після нічного сну, сонливість упродовж дня, підвищену пітливість, дискомфорт у ділянці серця, тяжкість в голові, зниження пам'яті. Погіршення свого стану обстежені пов'язували з тривалими психоемоційними перенавантаженнями. Тривалість захворювання складала від 2 до 5 місяців.

Всі пацієнти до початку лікування постійно приймали транквілізатори, седативні препарати, антидепресанти, снодійні. Відомо, що даним класам препаратів властива заспокійлива дія, яка знижує психічну напруженість та викликає м'язову релаксацію, ліквідує тривогу, неспокій, страх, афективну нестійкість, а також має властивість нормалізувати порушені вегетативні функції. Поряд з тим, весь перерахований спектр дії цих груп препаратів у більшості випадків не дозволяє використовувати їх як засоби терапії особам, що потребують збережен-

ня активної уваги та швидкості реакцій, а пацієнтам в амбулаторній практиці не дозволяє відновлювати працездатність навіть при зникненні або зменшенні симптомів захворювання. Окрім того, висока вартість препаратів, тривале їх застосування, великий діапазон протипоказань та побічних ефектів, а в деяких випадках і виникнення залежності, призводять в багатьох випадках до небажаних результатів, що негативно впливало на якість медикаментозної терапії та примушувало хворих шукати альтернативних шляхів лікування.

Враховуючи все вищесказане, ми запропонували цим хворим пройти курс флоат-терапії або сенсорної депривації. До та після лікування для об'єктивізації результатів проводили дослідження стану вегетативної нервової системи (вегетативний тонус, вегетативна реактивність, забезпечення) [1] та психологічне дослідження за допомогою шкали САН (самопочуття, активність, настрої) [2]. Для математичного обрахунку одержаних даних використовували середньоарифметичні величини. Курс лікування складав 10–12 сеансів по 45 хв через день. Повторне обстеження хворих проводили через 1 місяць після закінчення курсу флоат-терапії.

Курс сенсорної депривації здійснювали за допомогою флоат-камери, яка являє собою невелике приміщення, повністю ізольоване від світло-, шумо-, тепло-, гравітаційних та звукових подразників довжиною 3 метри, шириною і висотою 2 метри (рис.). У дно ван-

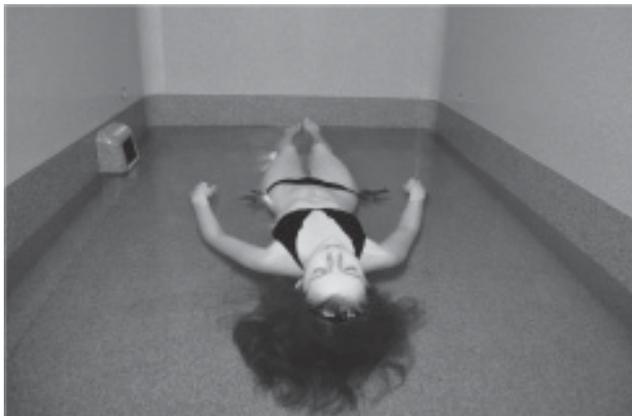


Рис. Флоат-камера.

ни (її висота 30 см) та стелю камери вмонтовані нагрівачі, що підтримують постійну температуру в камері, щоб не утворювався конденсат. Температура всередині камери постійно підтримується на рівні 35,0 °С. Глибина ванни складає 25–27 см та заповнюється рідиною, насиченою сіллю Епсона, що дозволяє пацієнту знаходитися на поверхні, в стані, близькому до невагомості. Ноги, ступні, руки, кисті, хребет, голова піддержуються товщею води незалежно одне від одного, що імітує невагомість, яка заміщує звичайну напружену взаємодію одного з другим. Після кожного сеансу проводять очистку води – три ступені механічної фільтрації та один ступінь адсорбції (вода проходить через активоване вугілля) і 8 ступенів очистки за допомогою ультрафіолетових фільтрів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінку результатів лікувального застосування сенсорної депривації здійснювали на різних рівнях діяльності організму. Перш за все фіксували суб'єктивні враження, які хворі описували, перебуваючи у флоат-камері. Під час сеансу пацієнти відмічали віддаленість від реального світу. Пацієнти фіксували, що перші декілька хвилин, проведені у флоат-камері, нічим не відрізняються від часу за її межами та сприймаються нормально, але вже після десяти хвилин флоатингу усвідомлення або відчуття часу змінюється. Хворі засинають, сон глибокий. Картини або факти, які виникають у свідомості пацієнтів під час сеансу, тривають безкінечно довго. Під час закінчення сеансу, коли хворі виходять із стану розслаблення, вони розуміють, що насправді на осмислення інформації вони витратили зовсім мало часу.

До початку курсу вегетативний тонус в обстежених хворих у цілому в групі характеризувався парасимпатичною спрямованістю (табл. 1).

За даними вегетативного індексу Кердо, парасимпатикотонія мала місце у 67 % хворих, ще у 27 % пацієнтів цей індекс відповідав симпатикотонії. Тобто у більшості хворих з астеноневротичними розладами мав місце дисбаланс в діяльності вегетативної нервової системи, мабуть пов'язаний із надмірним хронічним психоемоційним навантаженням. Перевага акцентованих варіантів вегетативного тону (симпатико- або парасимпатикотонії) у пацієнтів з астеноневротичними розладами підтверджена розрахунками на підставі змін хвилинного об'єму крові.

Таблиця 1. Показники вегетативного тону та вегетативної реактивності у хворих з астеноневротичними розладами до та після флоат-терапії

Вегетативний показник	Хворі з астеноневротичними розладами, %		
	до лікування	після лікування	p
вегетативний індекс Кердо			
Ейтонія	2 (6±4)	24 (73±8)	<0,001
Симпатикотонія	9 (27±8)	5 (15±6)	>0,01
Парасимпатикотонія	22 (67±8)	4 (12±6)	<0,001
хвилинний об'єм крові			
Ейтонія	5 (15±6)	20 (61±9)	<0,005
Симпатикотонія	11 (33±8)	6 (18±7)	<0,05
Парасимпатикотонія	17 (52±9)	7 (21±7)	<0,05
вегетативна реактивність			
Норма	6 (18±7)	19 (58±9)	<0,001
Недостатня	17 (52±9)	8 (24±8)	<0,1
Надлишкова	4 (12±6)	2 (6±4)	>0,1
Спотворена	6 (18±7)	4 (12±6)	>0,1

Оцінка вегетативної реактивності до початку лікування вказала на її недостатність у більшості обстеженого контингенту хворих. Нормальна або спотворена вегетативна реактивність спостерігалася однаковою мірою у незначній кількості хворих.

Оцінка психоемоціональних порушень (табл. 2) виявила, що у всіх обстежених хворих мали місце зміни у цій сфері, але в більшості пацієнтів ці зміни фіксувалися за двома, а то і трьома показниками.

Таблиця 2. Динаміка психоемоційних порушень у хворих з астеноневротичними розладами до та після флоат-терапії

Показник	До лікування, %	Після лікування, %
Астенія	30 (91±5)	5 (15±6) *
Погіршення самопочуття	29 (88±6)	5 (15±6) *
Знижена активність	31 (94±4)	7 (21±7) *
Знижений настрій	26 (79±7)	2 (6±4) *

Примітка. * – $p < 0,001$.

Досліджуючи результативність методу сенсорної депривації, ми перш за все відокремлювали суб'єктивні оцінки хворими своїх відчуттів упродовж кожного сеансу і курсу в цілому. Перший сеанс, як правило, визивав насторогу в пацієнтів. Це тривало від 5 до 20 хв. Але коли хворий адаптувався до обстановки, він відключався і десь "літав далеко". "Такого розслаблення ще не було в житті" відмічали обстежені. Деякі з них перші три сеанси акцентували свою увагу на неприємні відчуття в ділянці шиї – "немовби на голці лежали". В подальшому ці відчуття у процесі флоат-терапії зникали, вони трактувалися психоаналітиком як прояви лідерства на роботі, так і в домашній обстановці, – ці люди привикли все контролювати і всю роботу виконували ретельно самі. У 5 хворих з'явився біль у різних ділянках тіла – як потім стало відомо, в дитинстві у них були травми ноги або руки, які з часом забулися і нічим про себе не нагадувала. Сон у 16 (48±9) чоловіків під час флоатингу був таким, що наче вони "спали не 30 хвилин, а всю ніч". У подальшому, упродовж місяця сон був повноцінним у всіх пролікованих хворих. Картинки або події, які мали місце під час сеансу, тривають нескінченно довго, незалежно від стану релаксації. Але коли вони виходять із цього стану, то розуміють, що насправді вони потратили на це дуже мало часу. Отже, сенсорна депривація виявляє потужний вплив відразу на емоційному, інтелектуальному рівнях.

Дослідження стану вегетативної нервової системи (ВНС) у хворих після завершення курсу сенсорної депривації встановили, що за даними вегетативного індексу Кердо, кількість пацієнтів з ейтонією збільшилася в 12 разів, кількість хворих із парасимпатикотонією знизилася більш ніж у 5 разів, а з симпатикотонією – майже вдвічі. Такі ж зміни вегетативного тону мали місце і при дослідженні хвилинного об'єму крові. Що стосується вегетативної реактивності (ВР), то кількість пацієнтів із нормальною ВР збільшилася більш ніж у 3 рази, водночас, кількість пацієнтів з недостатньою ВР зменшилася вдвічі. Тобто сенсорна депривація забезпечує відновлення збалансованості та синхронності діяльності надсегментарних структур ВНС.

Після проведеного лікування методом сенсорної

депривації у хворих достовірно ($p < 0,001$) покращився настрій, самопочуття, підвищилася активність (табл. 2).

ВИСНОВКИ Результати наших досліджень показали високу позитивну ефективність сенсорної депривації при лікуванні астеноневротичних розладів. Зумовлена позитивна результативність методу сенсорної депривації тим, що відновлення відбувається не тільки в психоемоційній сфері пацієнта, але й проходить у збалансованість та синхронність в діяльності надсегментарних структур ВНС.

Для пояснення отриманого позитивного ефекту застосування флоат-терапії належить звернутися до поняття "гомеостаз". Гомеостаз – це підтримка постійних (оптимальних) показників активності процесів та станів в організмі людини, необхідних для результативної та стабільної його життєдіяльності, є процес постійної перебудови функціональної активності різних систем та процесів відповідно до змінних умов зовнішнього середовища [3]. Зовнішні стимули постійно перешкоджають рівновазі системи і будь-який шум, зміна кожного градуса температури вище або нижче оптимального, кожне зіткнення з людьми, перше-ліпше відчуття відповідальності, провини, бажання – все, що ми бачимо або відчуваємо, постійно активує дію вегетативної нервової системи, примушуючи наш організм витратити енергію та інші ресурси, аби відновити гомеостатичний баланс.

Одним із найбільш розповсюджених зовнішніх впливів є психоемоційний стрес, його хронічний варіант зменшує можливість зміни реакції мобілізації на реакцію розслаблення. Тобто наше сприйняття стресу замість того аби сприймати цю реакцію, як гіперактивність нашої реакції "бий або тікай", правильніше було б її сприймати як стан дисбалансу, руйнування нашої внутрішньої рівноваги, яке порушує наш гомеостаз. А якщо прийняти теорію стресу як теорію переривання, тоді можна зробити припущення, що стрес – це результат протиріч між нашим очікуванням та дійсністю. Гомеостаз тоді це те, що чекає наше тіло, це норма. Коли ця норма обривається, коли стан нашого організму порушується як стан дисбалансу за іншим сценарієм, тоді ми сприймаємо ситуацію як стрес.

Зафіксоване всіма хворими під час сеансів сенсорної депривації почуття втрати маси тіла, свідчить про зниження активності ретикулярної формації, що, у свою чергу, зменшує потік аферентної імпульсації і дозволяє надсегментарним структурам ВНС знизити активність і відновити нормальну взаємодію. Внаслідок таких перебудов у структурах середнього мозку повинна покращитися робота лімбічної системи, яка пов'язана з емоційною та вольовою сферами діяльності людини і відповідно викликати покращення її психоемоційного стану.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вегетативные расстройства : клиника, лечение, диагностика / под ред. А. М. Вейна. – М. : МИА, 2000. – 752 с.
2. Маляров С. А. Восстановление дневной активности и социального функционирования пациента с депрессией – новая цель терапии / С. А. Маляров, О. С. Чабан, П. Н. Бабич // НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – № 3 (22). – С. 80–88.
3. Гаркави Л. Х. Антистрессовые реакции и активационная терапия / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, Т. С. Кузьменко. – М. : "ИМЕДИС", 1998. – 656 с.

Отримано 19.09.14