

УДК 616.891: 615.82

Єрмолаєва А.В.¹, Румілов Д.О.², Рижкова М.В.³

¹ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька Політехніка»

² студ. гр. УФКСз-229м НУ «Запорізька Політехніка»

³ старш. викл. НУ «Запорізька Політехніка»

НЕВРАСТЕНІЧНИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИЦІ МАСАЖИСТА

У опублікованій статті «Boston Medical and Surgical Journal» ще в 1869 році G. Beard було виділено термін «американський невроз» пов'язаний з типовим способом життя в умовах всіх процесів виживання та в умовах жорстокої конкуренції; – або неврастенію утвореного в результаті синтезу двох понять: «невроз» (W. Cullen) та «астенія» (J. Brown) маючи на увазі виснаження нервової системи [8].

Невроз (або тривожний розлад) – це захворювання в основі якого лежать тимчасові зворотні порушення психіки функціонального характеру, зумовлені перевантаженням основних нервових процесів (збудження та гальмування). Астенія ж перекладається як «безсилля» або «відсутність сил», але й досі не існує чітких визначень цьому синдрому, як свідчать сучасні наукові джерела [1].

Отже, неврастенічний синдром визначається як поступово розвиваючий психопатологічний розлад, є одним з найбільш поширених симптомів багатьох соматичних, неврологічних і психічних захворювань доводячи людину до досить суттєвих страждань, розвалу сімейних відносин, соціальної дезадаптації та втрати працездатності [3]. У МКБ-10 перегляду неврастенію визначають як розлад, що триває більше 3 міс і характеризується двома основними ознаками, які можуть бути присутніми одночасним або визначатися в двох варіантах: стабільне відчуття втоми після невеликої розумового навантаження і відчуття втоми і фізичної слабкості після легких фізичних навантажень. На першій стадії, людина становиться дратівливою, образливою, нестриманою, можливі прояви агресії; прояв емоцій бурний, увага розсіяна, багаторазові спроби стати до роботи – призводять до повної знемоги, можливі психосоматичні явища. Потім страждання від хронічного безсоння її остаточно виснажує, та настає друга фаза, котра характеризується короткочасністю та слабкістю психічних проявів. Емоційні вибухи короткочасні та швидко змінюються відчуттям безсилля та печалі. Часто можливі ще й гормональні розлади. Якщо допомога не надійде, то вірогідний перехід до третьої – депресивної фази [3, 11].

У вітчизняній літературі ці ознаки частіше описують як підвищену психічну і фізичну виснаженість [3, 5]. Перша пов'язаний з високим психоемоційним навантаженням, диктуємим швидким темпом сучасного

життя (з причинами зростаючих споживчих потреб суспільства і особистості), та розвитком засобів зв'язку, котрі з одного боку полегшують рішення багатьох виробничих завдань в найкоротші терміни, а з іншого – ущільнюють робочий графік. З'являється можливість вести декілька проектів одночасно. Виробнича навантаження росте в умовах дефіциту часу та свої обов'язки людина виконує за рахунок відпочинку.

Друга з особливостями праці захисної функції лімбічної системи, яка відповідає за узгоджену діяльність органів та систем, опосередковує взаємодію людини і зовнішнього середовища за допомогою емоцій [6]. Для того щоб захист був ефективний мозку потрібно чітко знати що, конкретно захищати. Для цього, він «малює карту» свого тіла (контур захисту), щоб чітко відділити свої межі від об'єктів зовнішнього середовища. Тому усі об'єкти аналізуються лімбічною системою на можливість загрози та розподіляються на «свої» та «чужі». «Свої» можуть бути включені до контуру захисту. Наукові дані свідчать про те, що до «свого контуру захисту» мозок може включати й об'єкти які не належат до тіла, й навіть ідеї. Як ми турбуємося за своїх близьких, так мозок до контуру свого захисту включає робочі проекти [10]. Тому лімбічній системі доводиться контролювати все, в тому числі професійну й особисту сфери життя людини. Однак, в сучасних умовах життя вона часто не справляється з навантаженням, та виснажується.

Невід'ємною частиною життя людини з неврастенічним синдромом є безсоння, котре з часом стає одним з головних чинників страждань, фізичної та психоемоційної розрухи, наслідки якої впливають на сімейну та інші сфери діяльності [3, 5]. Далі таке положення призводить ще й до гормонального дисбалансу, приєднуючи й психосоматичні розлади (які ми можемо розглядати як порушення рефлекторних програм вегетативних проявів емоцій). Невротичні реакції зазвичай виникають на відносно слабкі, але довготривалі подразники, що призводять до постійного емоційного напруження. Найбільш часто зустрічаються у людей працездатного віку (25 - 55 років) в 1,5 рази частіше у жінок, ніж у чоловіків.

Аналізуючи статистичні дані, кількість таких розладів істотно збільшилася [9]. Основними засобами подолання даної ситуації є психотерапія та відпочинок, а при важких випадках – підключення фармакотерапії [3, 5]. Допоміжними та патогенетично обґрунтованими є лікувальні вправи та масаж, у комплексному підході, особливо в профілактиці даних порушень вони займають чільне місце [2].

Під час методично правильного проведення сеансу «Нейро-седативного масажу голови» розробленого Михайловою Вікторією Олександровною у Дніпровському центрі підготовки масажистів «Дар здоров'я», хворий часто засинає чи знаходяться в т.н. зміненому стані розуму (медитативному стані), коли він начебто спить, але усе відчуває, коли частоти його мозку знижені до

альфа-, тета- і навіть дельта- рівнів [4, 7]. Він не мислить й практично не контактує з зовнішніми факторами (окрім масажиста), а нервова система зосереджена тільки на собі та відпочинку. У цьому стані завдяки механічному подразненню рецепторів м'яких тканин відбувається як би «сканування» нервової системи всього тіла з виробленням корекційних програм [2], але ще й «наведення» контурів (меж) тіла [10]. Нервовій системі стає легше визначитися з внутрішнім та зовнішнім середовищами, з об'єктами захисту, більш правильно розставити пріоритети і розподілити свої ресурси, йде упорядкування інформації (робота гіпокампу) [7]. Тому після такого сеансу масажу, як і після сну, часто приходять рішення якоїсь проблеми. Рівень нервового напруження зменшується, особливо під впливом ендорфінів що виділяються під час масажу, що сприяє нормалізації емоційної сфери, яка часто бере участь в прийнятті відповідальних рішень.

Позитивні відгуки клієнтів дають впевненість в практичній значимості методики задля зниження психоемоційного напруження та покращення трофіки м'яких тканин шийно-комірцевої ділянки, покращення стану хребетних артерій, та інших судин шиї та голови.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Грищенко Є.Б. Способи корекції астенічного синдрому в амбулаторній практиці. Журнал: Медичний сонет: клінічна медицина. 2012. С. 36-41
2. Васичкін В.І. «Великий довідник по масажу». СПб .: Невська книга, М .: Вид-во Ексмо, 2004. 448 с, іл. ISBN 5-04-010471-5
3. Вахреєва О. А. «Клінічні соціально-психологічні характеристики хворих неврастенією і їх індивідуальна інтеграційна психотерапія. 3-Петербургський науково-дослідний психоневрологічний інстр. ім. В.М. Бехтерева, Міністерства охорони здоров'я РФ. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. http://bekhterev.ru/content/637/diss_vah.pdf
4. Данилова Н.Н., д.п.н. «Програма спецкурсу» Ритмічна активність мозку: функції і механізми »; факультет психології; Московський державний університет ім. М.В. Ломоносова. <http://www.psy.msu.ru/about/kaf/psychophysiology/program/rithm.html>
5. Свядощ А. М. Неврози і їх лікування. - 2-е вид. - М., 1971 <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%96%D1%8F>
6. Петренко В.М. «Анатомія емоційного мозку» / Міжнародний журнал прикладних і фундаментальних досліджень /. - 2010. - № 12. - С. 50-51;
7. Ритми головного мозку

- https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D1%82%D0%BC%D1%8B_%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0% %B2%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3%D0%B0
9. <https://studfile.net/preview/6404523/page:4/>
10. <https://snob.ru/profile/31886/blog/148804>
11. <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F>