ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ЙОГА ПРАКТИКАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофренията

I. Постановка на проблема

Шизофренията е психическо разстройство, характеризиращо се с нарушение на мисловните процеси и емоционалните реакции. Заболяването най-често се проявява със слухови халюцинации, параноични или фантасмагорични налудности или дезорганизираност на говора и мисленето и е придружено от значителна социална дисфункция и нарушена работоспособност. Първоначалните симптоми обикновено се проявяват в ранна млада възраст, като заболяването засяга около 0,3 – 0,7% от световната популация. Диагнозата се определя въз основа на наблюдавано поведение и на съобщените от пациента преживявания.

Според МКБ X заболяването е описано в клас V, блок F20 - F29, в категория - „Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства”.

1. Признаци и симптоми

Болният от шизофрения може да получава халюцинации (най-често съобщавани са чуване на гласове), налудности, често фантасмагорични по характер или свързани с чувство за преследване и дезорганизираност на говора и мисленето. Социалната изолация, занемаряването на облеклото и личната хигиена, загубата на мотивация и способност за преценка са обичайни явления при шизофрения.

Обикновено се наблюдава модел на емоционална затрудненост, например липса на адекватни емоционални реакции. Шизофренията се свързва и с нарушение в социалната когниция, както и със симптоми на параноя, а често се наблюдават и прояви на социална изолация. Обикновено болният изпитва затруднения с работната и дългосрочната памет, вниманието, изпълнителните функции на паметта и скоростта на осмисляне на информацията.

Според съвременните класификации шизофренията най-общо бива параноидна, кататонна, хебефренна и обикновена. Най-често срещана е параноидната. Типични за нея са напрегнатост, объркaност, неоснователен страх от преследване. Когато се чувстват застрашени, пациентите може да проявят агресия като форма на самозащита. Може също да имат слухови и визуални халюцинации.

Нито един от признаците обаче сам по себе си не е причина за поставяне на диагноза на шизофрения. Всеки от тези признаци може да се проявява и при други медицински и психиатрични синдроми. Съгласно съвременната класификация на психозите, за да се постави диагноза, тези симптоми трябва да са били демонстрирани в продължение на поне един месец през период от най-малко шест месеца на нарушеното функциониране.

2. Позитивни и негативни симптоми

Шизофренията често бива описвана по отношение на позитивните и негативните симптоми на заболяването.

Позитивни са тези симптоми, които повечето хора обикновено не изпитват, но са налице при хората с шизофрения. Те може да включват налудности, дезорганизирани мисли и говор и тактилни, слухови, визуални, обонятелни и вкусови халюцинации, които обикновено се считат за прояви на психоза. Позитивните симптоми обикновено се повлияват добре от медикаментозно лечение.

Негативните симптоми представляват дефицити на нормални емоционални реакции или на други мисловни процеси и не се поддават толкова добре на медикаментозно лечение. Тези симптоми често включват притъпен или изравнен афект и емоции, бедност на речта (алогия), неспособност да се изпита удоволствие (анхедония), липса на желание за създаване на социални връзки (десоциализация) и липса на мотивация (аволиция). Изследванията заключават, че негативните симптоми допринасят в по-голяма степен за незадоволително качество на живота, функционална неспособност и превръщане на болния в бреме за околните, отколкото позитивните симптоми.

3. Механизми

Правени са редица опити да се обясни връзката между промените в мозъчната функция и шизофренията. Един от най-популярните е допаминовата хипотеза, според която излишъкът на допамин е в основата на шизофренните психози.

Позитивните симптоми на психозата се дължат на хипердопаминергия в мезолимбичната система, а първичните негативни симптоми – на хиподопаминергия в мезокортикалната система на мозъка.

Най-новите генетични открития в областта на шизофренията насочват вниманието не толкова към допаминергичната, колкото към глутаматергичната невротрансмисия. Глутаматът е основният възбуден невромедиатър в мозъка и неговият дефицит би могъл да обясни широко разпространените дефицити в мозъчните (включително малкомозъчните) и психичните функции при шизофрения. За разлика от допаминовите агонисти, които провокират само позитивни шизофреноподобни симптоми, глутаматовите антагонисти водят до появата и на негативни симптоми наред с характерни за шизофренията когнитивни дефицити, т.е. те по-пълно моделират шизофренната психопатология. За разлика от допаминовата, глутаматовата хипотеза е в състояние да обясни ключовата роля на малкия мозък в патогенезата на заболяването. Въпреки, че в малкия мозък няма открити допаминови рецептори, глутаматовите са широко разпространени и играят важна роля в координацията на движенията и равновесието.

4. Овладяване

Основно лечение при шизофрения са антипсихотичните лекарства, често в комбинация с психологични и социални помощни средства. При тежки епизоди може да се наложи хоспитализация, доброволна или (ако това се допуска от законовите разпоредби, касаещи психичното здраве) принудителна. По-обичайни мерки са обществените служби за помощ, които включват амбулаторни центрове, посещения от членове на службата за психично-здравни грижи, осигуряване на трудова заетост и групи за подкрепа. Някои доказателства сочат, че редовните физически упражнения оказват положителен ефект върху физическото и психическото здраве на хората с шизофрения. Когато се използват в комбинация с психо-социални интервенции, те могат да подобрят дълготрайното придържане към предписаното лечение.

Психологични средства

При лечението на шизофрения може да се използват редица психологични интервенции, които включват: семейна терапия, активно интегриране на обществени грижи, осигуряване на трудова заетост, когнитивна ремедиация, трениране на уменията, когнитивна поведенческа терапия (КПТ).

5. Прогноза

Очакваната обща продължителност на живота на болните е с 15 – 20 години по-малка от тази на общото население, главно поради това, че се свързва с потенциално затлъстяване, заседнал начин на живот и пушене, като повишеният процент на случаите на самоубийство, свързван с това заболяване, играе по-малка роля.

Шизофренията е една от основните причини за инвалидност (недееспособност), като активната психоза се нарежда сред трите най-инвалидизиращи състояния след квадриплегия и деменция и преди параплегия и слепота. Приблизително три четвърти от болните с шизофрения са с трайна недееспособност с възобновяване на симптомите.

Въпреки значителния напредък във фармакотерапията, лечението остава недостатъчно оптимално, като много от пациентите имат постоянен дефицит, особено в когнитивното и социалното функциониране. Йога като терапия е доказала своята ефективност като единствена или допълнителна интервенция при психични разстройства като депресия и тревожност. Напоследък има значителен интерес от прилагането на йога терапия при психоза и шизофрения. Изследванията показват осъществимостта и ефикасността на йога като допълнителна терапия при шизофрения, особено за подобряване на негативната симптоматика и социалната когниция.

Според Патанджали йога е дисциплина за трансформация на психиката.
Болестите (вядхи), причините за които едва напоследък съвременната медицина потърси в психиката на човека, за Патнаджали не са нищо друго освен смущения в читта.

Средствата и методите, с които йога би могла да подпомогне намаляването на психичните симптоми и депресия, подобряването на когницията, повишаване на качеството на живот и предизвикване на невробиологични промени, като повишени нива на окситоцин са разнообразни и следва да бъдат индивидуално назначени. Основните такива са:

1. Асани

Според Патанджали (2.46 -2.48) асана означава „устойчива, стабилна и неподвижна поза, както и удобна.

В йога съществува хипотезата, че всички болести са причинени от неправилното разпределение на прана във физическото тяло. Дори и тези болести, които се разглеждат като психологически по природа са всъщност причинени от дисбаланс в разпределението на прана.

На нивото на ставите, с многобройните си връзки и костите, потокът от прана лесно се възпрепятства и слабият поток води до ревматични болки и в крайна сметка - до дефицит в потока на прана в надите (меридианите) по цялото тяло. Сериозното възпрепятстване на потока в определена област води до различни заболявания, в това число и психически.

1.1 Паванмуктасани (антиревматична серия от асани)

Същественият принцип зад движенията в Паванмуктасана серията е насърчаване на разпространението на прана по всички нади в тялото.

1.2. Комплекс крокодилски упражнения

Засилват и правят еластичен гръбначния стълб, възстановяват гръбначните дискове, стимулират храносмилането и циркулацията на кръвта. Те са терапия за централната нервна система и тонизират всички вътрешни органи.

1. Асани

Класически асани

Физическите пози в йога - асаните, предимно разтягат мускулите и целят да превключат автономната нервна система от симпатиков в парасимпатиков режим.

Парасимпатиковата нервна система има изграждащ, подхранващ, регенериращ, оздравителен ефект. Активират се органите на храносмилането и отделянето, намалява сърдечната честота и силата на сърдечните контракции, което като цяло отключва процесите на лечение.

Асаната е кортико-церебелумна координация или координация между кората и малкия мозък. Функцията на малкия мозък е свързана с регулацията и координацията на движенията на организма. Центърът за координиране на мускулите е част от АНС. Автономната нервна система е под въздействие на лимбичната нервна система и кората на главния мозък. Когато правим асана, лимбичната нервна система е спокойна и малкия мозък е под ръководство на кората на главния мозък. Основната цел на асаната от физиологична гледна точка е успокояване на лимбичната нервна система.

2. Пранаяма (контрол на дишането)

Пранаяма е мощно средство за въздействие върху автономната нервна система и има дълбок ефект върху всички органи и системи на човешкото тяло и най-вече въздействие върху ума.

Според Патанджали (2.49) пранаяма е спиране на цикъла на вдишване и издишване, когато асана е овладяна.

Дишането предимно през едната ноздра активира противоположната мозъчна хемисфера и е в пряка зависимост от преобладаването на симпатиковия или на парасимпатиковия дял на автономната нервна система. Това може да се използва при лечението на редица заболявания. Доказано е, че депресията е свързана с хиперактивна дясна хемисфера и по-слабо активна лява хемисфера. Алтернативното дишане води до баланасиране на активността на лявата и дясната хемисфера.

Уджай - Стимулира се нервус вагус поради стимулация на неговите клончета в мускула свивач на гърлото. Ефектът е много силен върху ПСНС. Тя има успокояваш ефект върху нервната система и води до ведро и приспособимо състояние на ума, което повлиява положително негативните симптоми при шизофренията.

Бхрамари пранаяма. Тази практика облекчава стреса и мозъчното напрежение, като с това спомага за освобождаване от гняв, тревожност, безсъние, характерни симптоми при шизофренията и увеличава изцелителните способности на тялото.

На базата на теоретичния анализ въвеждам следната хипотеза:
Йога практиката можа да подобри цялостното ниво на функциониране на страдащите от шизофрения.

II. Методика на изследването

1. **Целта** на изследването е да се установи положителното влияние на практиките по йога върху подобряване на психическото състояние на страдащите от шизофрения.

2. **Задачи:**

2.1. Да се разработят теоретичните основи на изследвания проблем:

- Кратко запознаване с научните факти за шизофренията;
- Кратко изложение на йога практиката.

2.2. Да се проведе психологическо оценяване на участниците - 2 пъти: при стартирането на йога практиката, както и в края на изследването.

2.3. Математико-статистическа обработка на резултатите от изследването

2.4. Да се направи анализ и обобщение на получените резултати

3. Предмет и обект на изследването

3.1. **Предмет** на изследването е влиянието на йога практиките върху цялостното функциониране на страдащите от шизофрения

3.2. **Обект** на изследването са общо 10 пациента (6 жени и 4 мъже), хоспитализирани в Държавна психиатрична болница - гр. Бяла с диагноза шизофрения. Йога практиката се проведе в периода 15 октомври 2018 г. - 14 декември 2018 година (9 седмици с честота 4 пъти в седмицата). В началото и в края на йога практиката, участниците бяха оценени с психологичен инструментариум.

Методика на практиката

1. **Шавасана**
2. **Крокодилски упражнения** (5 мин)
3. **Паванмуктасани от седеж** (5 мин)
4. **Ардха Халасана** (1 мин)
5. **Матсиасана** (30 сек)
6. **Паванмуктасана с полюшване** (1 мин)
7. **Макарасана** (30 сек)
8. **Сарпасана** (40 сек)
9. **Ардха-шалабхасана** (2 х 0,5 мин)
10. **Шашанкасана** (1 мин)
11. **Ваджарасана** (30 сек)
12. **Джануширшасана** (2 х 0,5 мин)
13. **Пасчимотанасана** (1 мин)
14. **Вакрасана** (2 х 0,5 мин)
15. **Йога мудра** (1 мин)
16. **Врикшасана** (30 сек на всеки крак)
17. **Триконасана** (30 сек на всяка страна)
18. **Уджай** (2 мин)
19. **Бхрамари** (2 мин)
20. **Анулома-вилома 4:8** (6-8 цикъла)
21. **Релаксация** (6-10 мин)

Методика на психологичното оценяване:

Използваният инструментариум PANSS е международно признат и широко използван като основен и надежден източник за оценяване на пациенти с психоза при провеждане на експериментални проучвания и изследвания в целия свят. Чрез него се оценява нивото на позитивните и негативни симптоми при шизофрения. Оценяването по PANSS - скалата се извършва единствено и само от експерт (психолог, лекар), които са обучени за работа с пациенти с психоза. Оценката с инструментариума се извършва въз основа на специализирано научно наблюдение на поведението и провеждане на специализирано интервю, въз основа на критериите по синдромната скала.

Отчитането степента на нивото на критерия се осъществява по 7 степенно оценяване, напълно съобразено и подчинено на описанията на PANSS.

Експерименталното оценяване на участниците, хоспитализирани пациенти в ДПБ - гр. Бяла, които са диагностицирани с F.20 Шизофрения, е извършено в началото на йога практиката, при стартирането на участието им (15 октомври 2018 г.) и в края при приключване на периода на йога практиката (14 декември 2018 г.).

Към PANSS скалата е включено и оценяване по допълнителни въпроси за профил за агресивен риск, което се използва като включващ/изключващ критерий при първоначалния подбор на участниците, също така и при крайното оценяване/. Тоест, липсата или ниските нива на гняв се приема като включващ критерий, докато наличието на умерено изразено ниво на гняв /5/ се приема за изключващ критерий, тъй като това е индикация за тенденция към опасност спрямо сигурността и би застрашило живота на пациента или на околните.

Обща информация за критериите по PANSS скалата

Позитивна скала (от P1- P7)

P1. Налудности
P2. Понятийна дезорганизация.
P3. Халюцинаторно поведение.
P4. Възбуда.
P5. Величие (мегаломанност).
P6. Подозрителност и преследване (параноидност).
P7. Враждебност.

Негативна скала (N)

N1. Притъпен афект.
N2. Емоционално отдръпване.
N3. Беден контакт.
N4. Пасивност/апатично социално отдръпване.
N5. Затруднения в абстрактното мислене.
N6. Липса на спонтанност и поток на разговор.
N7. Стереотипно мислене.

Обща информация за критериите по PANSS скалата

Основна психопатологична скала (G)

G1. Соматични безпокойства.
G2. Тревожност.
G3. Чувство за вина.
G4. Напрежение.
G5. Маниерност и поза.
G6. Депресия.
G7. Двигателна забавеност.
G8. Некооперативност.
G9. Необичайно мисловно съдържание.
G10. Дезориентация.
G11. Слабо внимание.
G12. Липса на критичност и прозрение.
G13. Разстройства на волята.
G14. Беден контрол върху импулсите.
G15. Свръхангажираност.
G16. Активно социално оттегляне.

Допълнителни въпроси към Профила за агресивния риск (S)

S1. Гняв.
S2. Затруднения в отлагане на задоволяването.
S3. Афективна лабилност.

Математико-статистическа обработка на резултатите от изследването

Получените резултати от изследването са интерпретирани с помощта на вариационен анализ и проверка на хипотези – t-критерий на Стюдънт за зависими извадки

От Таблица 1 става видно, че при 7-те показателя от негативната скала и 16 – те показателя от основната психопатологична скала се установява достоверна разлика в средните стойности преди и след проведения експеримент. Тази разлика е достоверна, т. като t-критерия на Стюдънт варира от 3.00 до 9,00 **(>2,3 при P≥95%)**; P% е от 98% до 99,9%.

Т-критерий на Стюдънт за зависими извадки:

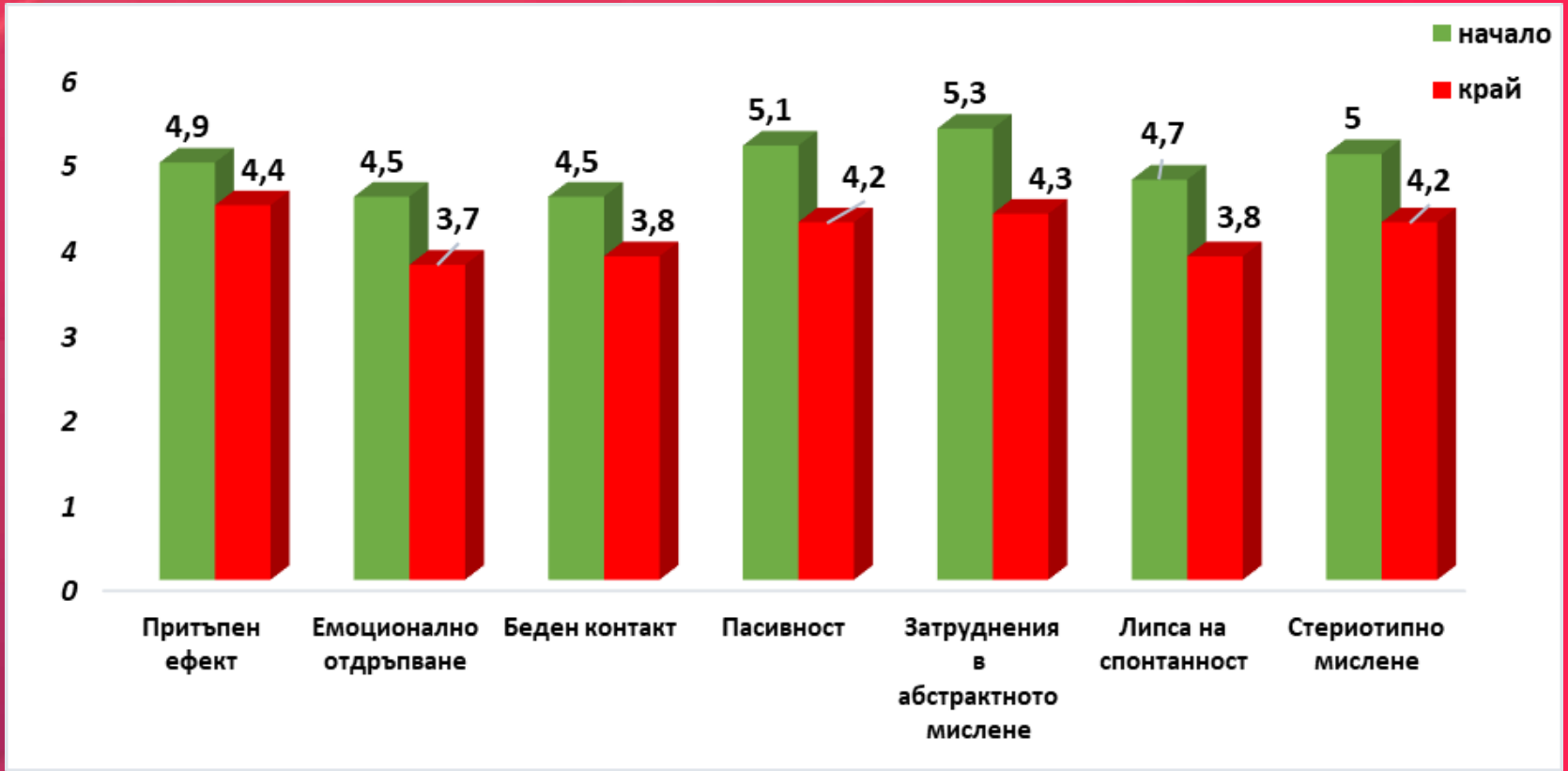
$$t_{emp} = \frac{\bar{d}}{\sqrt{\frac{\sum d^2 - n\bar{d}^2}{n^2 - n}}}$$

Проверка на хипотези /между 2 зависими извадки/

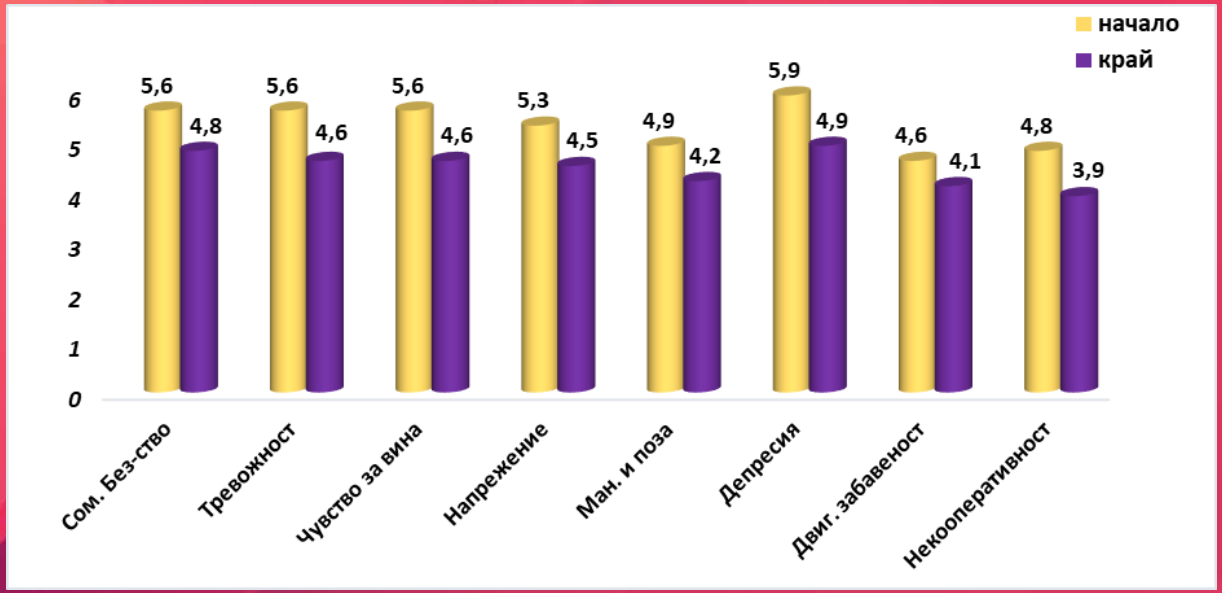
Таблица 3

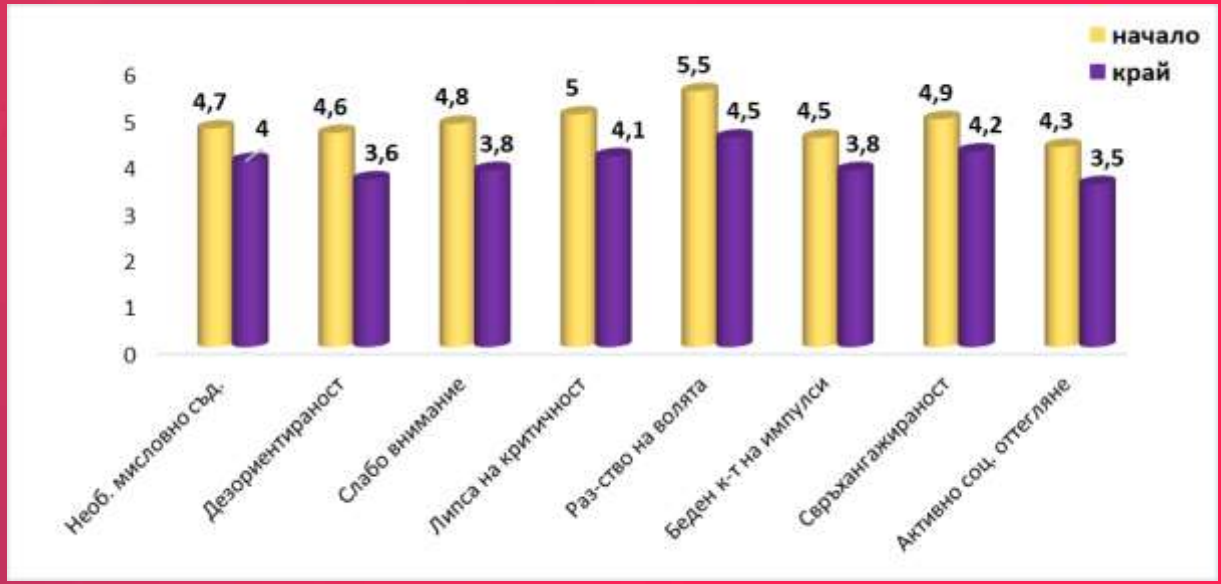
№	Показатели	Начало		Край		d	temp	P%
	тест	$\overline{X}1$	S1	$\overline{X}2$	S2			
1	Негативна скала (N)							
2	N1 - Притъпен афект	4,90	0,57	4,40	0,97	0,5	3,00	99,0
3	N2 - Емоционално отдръпване	4,50	1,08	3,70	0,82	0,8	4,00	99,5
4	N3 - Беден контакт	4,50	1,08	3,80	0,92	0,7	3,28	99,0
5	N4 - Пасивност/апатично социално отдръпване	5,10	0,99	4,20	0,79	0,9	3,86	99,5
6	N5 - Затруднения в абстрактното мислене	5,30	0,95	4,30	0,95	1,0	6,71	99,9
7	N6 - Липса на спонтанност и поток на разговор	4,70	0,95	3,80	0,80	0,9	3,86	99,5
8	N7 - Стереотипно мислене	5,00	0,67	4,20	0,63	0,8	4,00	99,8
	Основна психопатологична скала (G)							
1	G1 - Соматични безпокойства	5,60	0,52	4,80	0,63	0,8	6,00	99,9
2	G2 - Тревожност	5,60	0,70	4,60	0,70	1,0	-	-
3	G3 - Чувство за вина	5,60	0,52	4,60	0,70	1,0	4,74	99,8
4	G4 - Напрежение	5,30	0,82	4,50	0,71	0,8	6,00	99,9
5	G5 - Маниерност и поза	4,90	0,99	4,20	0,79	0,7	3,28	99,0
6	G6 - Депресия	5,90	0,57	4,90	0,57	1,0	6,71	99,9
7	G7 - Двигателна забавеност	4,60	1,07	4,10	0,99	0,5	3,00	98,0
8	G8 - Некооперативност	4,80	0,79	3,90	0,99	0,9	3,86	99,5
9	G9 - Необичайно мисловно съдържание	4,70	0,67	4,00	0,67	0,7	4,58	99,8
10	G10 - Дезориентация	4,60	0,84	3,60	0,52	1,0	6,71	99,9
11	G11 - Слабо внимание	4,80	1,03	3,80	0,79	1,0	4,74	99,8
12	G12 - Липса на критичност и прозрение	5,00	1,15	4,10	1,29	0,9	9,00	99,9
13	G13 - Разстройства на волята	5,50	0,53	4,50	0,71	1,0	6,71	99,9
14	G14 - Беден контрол върху импулсите	4,50	0,97	3,80	0,79	0,7	4,58	99,8
15	G15 - Свръхангажираност	4,90	0,57	4,20	0,63	0,7	4,58	99,8
16	G16 - Активно социално оттегляне	4,30	0,95	3,50	0,53	0,8	3,21	98,0

Негативна скала



Основна психопатологична скала





Обобщение и изводи от получените резултати

Към момента на крайното оценяване на участниците с описания по-горе инструментариум се установява следното:

За периода на провежданата йога практика при участниците не се наблюдава промяна по отношение на критериите от позитивната скала и спрямо профила на агресивен риск. За разлика от това се наблюдава подобряване на множество от симптомите и критериите по негативната скала и основна психопатологична скалата. Наблюдаваното подобрение е в диапазона предимно от 1-2 степени надолу, от оценените първоначално, спрямо интензивността на изява на съответният симптом. Тоест, отчетено е подобрение на съответните функции с 1-2 степени както следва:

- На първо място е при 100% от участниците се наблюдава намаляване на тревожността.;

- На второ място при 90% от участниците се наблюдава намаляване на затрудненията в мисленето и по-конкретно абстрактното мислене, подобряване на депресивното страдание, дезориентацията е благоприятствана. Нивото на разстройство на волята е леко подобрено, същото се отнася и спрямо нивото за липса на критичност;

- На трето място при 80% от участниците се наблюдава намаляване на чувството за безпокойство и по-конкретно на соматичното безпокойство, напрежението, снижено е нивото на чувството за вина (което в случая е патологично, а не реалистично), също така слабото внимание леко е подобрило показателите си;
- На четвърто място при 70% от участниците се наблюдава намаляване на фокуса на свръхангажираност с болестните изживавания - емоционалното отдръпване е леко смекчено, пасивността започва да намалява и от там и липсата на спонтанност и некооперативността, респективно също се повлияват. Наблюдава се и по-добър резултат и при бедния контакт на импулсите, също така и при стереотипното мислене и при необичайното мисловно съдържание;
- На пето място при 60% от участниците се наблюдава намаляване на интензивността на т. нар. беден контакт, интензивното социално оттегляне е смекчено, същото се отнася и за нивото на маниерност и поза (болестно ангажирани);
- На шесто място при 50% от участниците се наблюдава намаляване на т. нар притъпен афект и леко подобряване на двигателната забавеност.

Обобщение и изводи от получените резултати

КРИТЕРИИ - ПОЗИТИВНА СКАЛА	АНАЛИЗ В % подобрение с 1-2 степени
P1- P7	0 %
КРИТЕРИИ - НЕГАТИВНА СКАЛА	**АНАЛИЗ В % подобрение с 1-2 степени**
N1. Притъпен афект	50 %
N2. Емоционално отдръпване	70 %
N3. Беден контакт	60 %
N4. Пасивност	70 %
N5. Затруднения в абстрактното мислене	90 %
N6. Липса на спонтанност	70 %
N7. Стереотипно мислене	70 %

Обобщение и изводи от получените резултати

КРИТЕРИИ - ОСНОВНА ПСИХОПАТОЛОГИЧНА СКАЛА	АНАЛИЗ В % подобрение с 1-2 степени
G1. Соматично безпокойство	80 %
G2. Тревожност	100 %
G3. Чувство за вина	80 %
G4. Напрежение	80 %
G5. Маниерност и поза	60 %
G6. Депресия	90 %
G7. Двигателна забавеност	50 %
G8. Некооперативност	70 %
G9. Необичайно мисловно съдържание	70 %
G10. Дезориентация	90 %
G11.Слабо внимание	80 %
G12. Липса на критичност	90 %
G13. Разстройство на волята	90 %
G14. Беден контакт на импулси	70 %
G15.Свръхангажираност	70 %
G16. Активно социално оттегляне	60 %
КРИТЕРИИ - профил на агресивен риск	**АНАЛИЗ В % подобрение с 1-2 степени**
S1- S3	0 %

В следствие на получените резултати би могло да се заключи:

Йога практиката при пациенти със шизофрения, оказва благоприятно въздействие върху тяхното цялостно когнитивно функциониране и като подход допринася за снижаване нивата на когнитивните им дисфункции. Тоест, получените резултатите потвърждават направената хипотеза.

Йога би могла да се прилага като съпътстваща терапия при болни от шизофрения в Държавните психиатрични болници и Центровете за психично здраве.

Намасте!