

Гипертоническая болезнь





Артериальное давление	Систолическое АД (мм рт. ст.)	Диастолическое АД (мм рт.ст.)
Нормальное	< 130	< 85
Высокое нормальное	130-139	85-89
I степень гипертонии (мягкая)	140-159	90-99
II степень гипертонии (умеренная)	160-179	100-109
III степень гипертонии (тяжелая)	≥180	≥110



140/90



Жалобы, с которыми больные обращаются к врачу в ранних стадиях болезни, носят неспецифический характер; отмечаются утомляемость, раздражительность, бессонница, общая слабость, сердцебиение.

Позже у большинства больных появляются жалобы вначале на периодическую, затем частую головную боль, обычно утреннюю, типа «тяжелой головы», затылочной локализации, усиливающуюся в горизонтальном положении больного, уменьшающуюся после ходьбы, приема чая или кофе.



По мере прогрессирования гипертонической болезни в жалобах больных находят отражение острые гемодинамические расстройства в связи с появлением гипертонических кризов, а в

периоде органических поражений преобладающими могут стать жалобы, связанные с формированием осложнений гипертонической болезни — дисциркуляторной энцефалопатии, ангиоретинопатии с расстройствами зрения, почечной недостаточности и т. д.

Классификации А.Л. Мясникова.

Согласно этой классификации в течении гипертонической болезни выделяют три стадии, каждая из которых подразделяется на две фазы



I стадия. Фаза А — латентная: АД обычно нормальное и повышается лишь в момент эмоционального напряжения, под действием холода, боли и некоторых других внешних раздражителей. Фаза Б — транзиторная. АД повышается периодически, гл. обр. под влиянием внешних раздражителей, и возвращается к нормальному уровню без лечения; гипертонические кризы наблюдаются редко. Иногда в этой стадии выявляют сужение мелких артерий и расширение вен глазного дна. Признаки начальной гипертрофии левого желудочка сердца обнаруживаются только специальными методами исследования (эхокардиографически, рентгенологически). Изменения почек, головного мозга отсутствуют.

II стадия . Фаза А — лабильная гипертензия: АД постоянно повышено, но уровень его неустойчив, оно может нормализоваться под влиянием щадящего режима.

Гипертрофия левого желудочка сердца легко определяется по усилению верхушечного границы кнаружи, по данным ЭКГ.





II Чаще, чем в I стадии, возникают сосудистые кризы. Фаза Б — стабильная гипертензия: значительное и стойкое повышение АД, которое не снижается без медикаментозной терапии.

Гипертонические кризы учащаются и протекают более тяжело.

Признаки гипертрофии миокарда становятся более выраженными и сочетаются с признаками его дилатации.

Второй тон сердца над аортой, как правило, усилен.

Иногда над верхушкой сердца выслушивается систолический шум относительной недостаточности митрального клапана, обусловленной дилатацией левого желудочка или уменьшением тонуса.

III стадия .

Фаза А — артериолосклеротическая компенсированная. АД стойко и значительно повышено, снижается только при использовании комбинаций антигипертензивных средств. Присоединяются признаки артериолосклероза почек (снижение концентрационной функции, уменьшение почечного кровотока, малая протеинурия и гематурия), кардиосклероза (приглушенность тонов сердца, выраженная его дилатация), склероза мозговых сосудов (снижение памяти, концентрации внимания, слабодушие и др.), но трудоспособность некоторых больных хотя бы частично сохранена.

Фаза Б — артериолосклеротическая декомпенсированная, в том числе за счет осложнений.

Характеризуется тяжелыми нарушениями функции внутренних органов, что делает больных полностью нетрудоспособными (почечная или сердечная недостаточность; тяжелая цереброваскулярная недостаточность, часто с очаговыми неврологическими нарушениями вследствие тромбозов или геморрагии).





В III стадии АД может быть несколько ниже, чем во II, вследствие снижения пропульсивной функции сердца («обезглавленная гипертензия») или нарушений мозгового кровообращения.

Для обеих фаз III стадии характерны тяжелые изменения сосудов и нервных структур глазного дна.

Могут наблюдаться массивные кровоизлияния в сетчатку, очаги плазморрагий или дистрофических изменений сетчатки. Некоторые артерии имеют вид «медной проволоки», что обусловлено выраженным гиалинозом их стенок.



**По характеру прогрессирования симптомов гипертонической болезни и ее продолжительности выделяют четыре варианта течения:
быстро прогрессирующий (злокачественный),
медленно прогрессирующий;
непрогрессирующий и
вариант обратного развития.**



Дискутируется принадлежность к гипертонической болезни артериальной гипертензии со злокачественным течением.

Для этой формы характерно быстрое прогрессирование, причем АД с самого начала заболевания стойко держится на высоких цифрах и часто имеет тенденцию к дальнейшему повышению; очень рано развиваются органические изменения, свойственные конечным стадиям гипертонической болезни (тяжелая нейроретинопатия, артериолосклероз и артериолонекроз в почках и других органах, сердечная недостаточность, нарушения мозгового кровообращения).

Заболевание при отсутствии активного лечения заканчивается смертью больных через 1—2 года после появления первых симптомов.

Лечение может значительно затормозить развитие заболевания и даже, по данным ряда авторов, привести к переходу его течения в медленно прогрессирующее

Факторы, способствующие развитию гипертонической болезни

Важнейший фактор риска гипертонической болезни — длительное психоэмоциональное напряжение. Однако нельзя не учитывать, что большинство людей регулярно подвергаются иногда значительному психоэмоциональному воздействию без развития гипертонической болезни. Согласно исследованиям К. В. Судакова, лишь при слабости (врожденной или приобретенной) механизмов устойчивости и адаптации у человека под влиянием стресса возникают церебральные нарушения.

Они могут проявиться в форме невроза или соматического заболевания, в частности гипертонической болезни



Особое внимание привлекает к себе, как фактор риска развития гипертонической болезни, повышенное потребление с пищей хлорида натрия. Большое значение в качестве фактора, предрасполагающего к развитию гипертонической болезни, имеет наследственность.

Есть все основания считать избыточную массу тела фактором риска гипертонической болезни.

В проспективных наблюдениях установлено, что у лиц, прибавляющих в массе, отмечается больший подъем АД по сравнению с теми, у которых масса тела не изменяется, тогда как при похудании выявляется снижение давления.

При этом установлено, что риск развития артериальной гипертензии в 6 раз выше у тех, кто был «полным».







Алкоголь также может рассматриваться как фактор риска гипертонической болезни. При этом прекращение потребления алкоголя приводит порой к значительному снижению повышенного уровня АД. В то же время убедительных данных, свидетельствующих о курении как факторе риска гипертонической болезни, пока нет. Однако, учитывая, что курение, несомненно, участвует в этиопатогенезе ИБС, облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, рака легких и т. д., необходимо рассматривать эту вредную привычку как фактор, значительно отягощающий прогноз больных гипертонической болезнью.

Метаболический синдром



Болезни сердца



Плохой холестерин и жиры в крови



Повышенное артериальное давление



Диабет 2 типа



Старческое слабоумие



Рак



Синдром поликистоза яичников



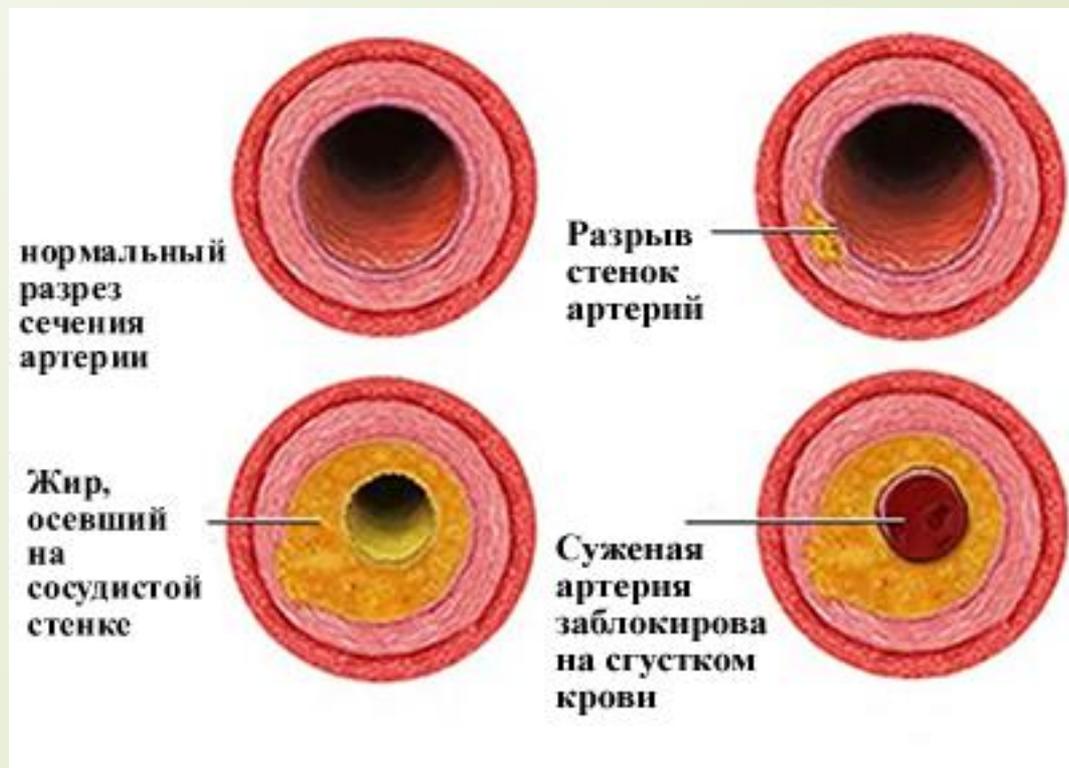
Ожирение печени

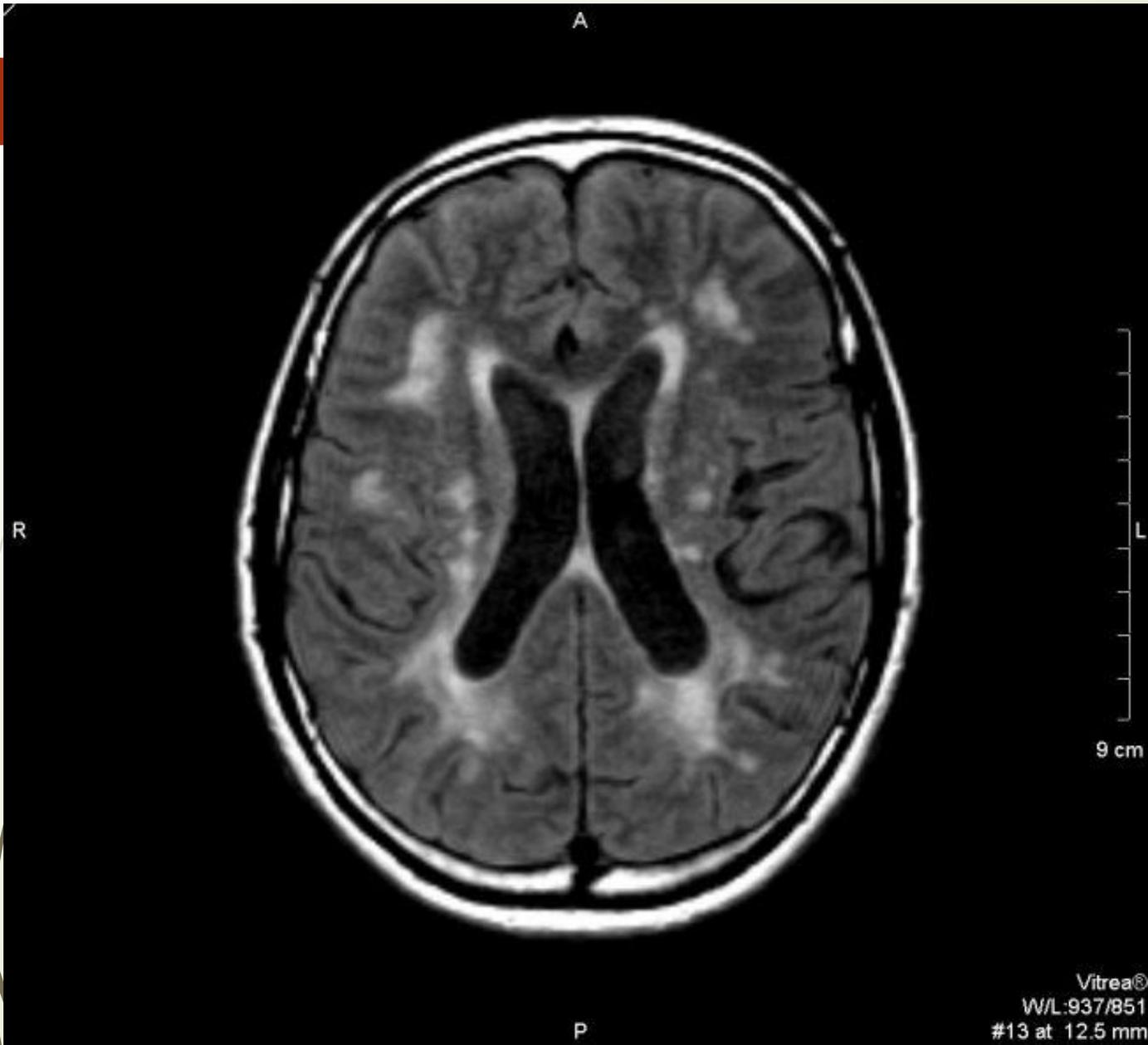
К факторам риска гипертонической болезни может быть причислена и гиподинамия. Длительное ограничение физической активности, особенно в среднем и пожилом возрасте, может приводить к различным проявлениям гипертензивного синдрома. Напротив, систематические физические тренировки больных гипертонической болезнью дают гипотензивный эффект.

Важнейшим фактором риска развития гипертонической болезни следует считать повышение АД в пределах «опасной зоны». Это подтверждается результатами наших длительных наблюдений.

Весьма серьезное влияние на развитие гипертонической болезни оказывает возраст. Небольшое повышение АД у молодых лиц в значительной степени является «физиологичным» и в последующем у них относительно редко развивается гипертоническая болезнь. Лица же более старших возрастных групп (старше 40 лет) даже при небольшом повышении АД, учитывая большую вероятность развития у них гипертонической болезни, нуждаются в проведении активных профилактических мероприятий

Оказалось также, что в тех случаях, когда имеется сочетание двух или нескольких факторов риска, угроза развития гипертонической болезни увеличивается.







До настоящего времени остается не вполне ясной роль шума и вибрации как фактора риска развития гипертонической болезни.

Шум и вибрация не являются факторами, предрасполагающими к развитию гипертонической болезни, а лишь способствуют возникновению болезни у лиц с предгипертоническим состоянием.

В связи с этим нецелесообразно допускать к работе, связанной со значительным шумом и вибрацией, лиц с АД в «опасной зоне».

Возможность вынашивания и рождения здорового ребенка для женщины, страдающей гипертонической болезнью, в наибольшей степени зависит от стадии артериальной гипертензии. При третьей (тяжелой) стадии гипертонии беременность абсолютно противопоказана





Факторами, способствующими развитию гипертонической болезни, являются психоэмоциональное перенапряжение, беременность, отягощенная наследственность, повышенное потребление хлорида натрия с пищей, избыточная масса тела, АД в «опасной зоне», возраст старше 40 лет.

Меньшее значение имеют такие факторы, как гиподинамия, потребление алкоголя, шум и вибрация. Указанные факторы требуют учета при построении индивидуального плана первичной профилактики гипертонической болезни и реабилитации больных.

Личностные особенности больных с гипертонической болезнью и реакция личности на болезнь

Раннее выявление психопатологических нарушений, их своевременная коррекция — важные факторы, определяющие успех реабилитационных мероприятий у больных гипертонической болезнью. В структуре психических нарушений ведущее место занимают ипохондрический, тревожный, истерический и кардиофобический синдромы, тогда как другие синдромы (депрессивный, гипер- и гипостенический, психоорганический) отмечаются значительно реже.



Для ипохондрического синдрома характерно неоправданное беспокойство больных за свое здоровье.

Они предъявляют множество жалоб на разнообразную по локализации и интенсивности головную боль, неприятные ощущения в области сердца и других частях тела, постоянно переоценивают тяжесть своего состояния.

Отмечается явное несоответствие между числом и выраженностью жалоб и относительной незначительностью объективных изменений.

Чрезмерная фиксация внимания на состоянии здоровья приводит к тому, что больной систематически контролирует пульс, АД, Часто обращается за помощью к специалистам различного профиля. Характерны недоверие к заключениям врача, а иногда и уверенность в их ошибочности.



Клиническими признаками тревожного синдрома являются прежде всего спонтанные жалобы или симптомы, выявляемые при расспросе: внутренняя напряженность, предчувствие надвигающейся беды, раздражительность, беспокойство, опасения за исход гипертонической болезни, тревога за благополучие семьи, страх перед инвалидностью, беспокойство за дела, оставленные на работе; поверхностный беспокойный сон с кошмарными сновидениями.

Больной обычно просит назначить ему успокаивающие средства, повторно задает врачу вопросы о состоянии своего здоровья. Характерны озабоченное, тревожное лицо, «бегающие» глаза, суетливость и т. д.



Истерический синдром характеризуется демонстративностью, эгоцентризмом, патологическим стремлением привлечь внимание окружающих к себе, своему заболеванию.

Имеется экстравагантность во внешнем виде, театральность в поведении.

Нередко больные предъявляют жалобы на головную боль, неприятные ощущения в области сердца, чувство сдавления или комка в горле, часто возникающие обморочные состояния.



Кардиофобический синдром проявляется страхом перед осложнениями ГБ (инсульт, инфаркт миокарда и др.), внезапной смертью от сердечного приступа.

Страх возникает или резко усиливается при физическом напряжении, при выходе за пределы дома или больницы.

Чем дальше от пункта, где, по мнению больного, ему может быть оказана помощь, тем больше страх.

Эти больные чрезмерно осторожны, особенно при участии в реабилитационных мероприятиях и необходимости систематического лечения.



При депрессии отмечают угнетенное, подавленное настроение, апатию, пессимизм, неверие в успех лечения и возможность благоприятного течения болезни. На вопросы он отвечает односложно, речь и движения замедлены. Больной не может удержать слез при разговоре на волнующие его темы о здоровье, семье, заболевании и др. Могут отмечаться суточные колебания настроения с ухудшением во вторую половину дня. Нередко выявляется чувство неполноценности и собственной вины, в связи с чем под новым углом пересматривается вся жизнь. Кажется, что потеряно все ценное. У больных отмечается снижение памяти, усвоение нового затруднено, снижена умственная и физическая работоспособность

На выраженность психопатологической симптоматики значительное влияние оказывает характер течения болезни.

Так, у больных гипертонической болезнью, имеющих склонность к частым гипертоническим кризам, достоверно чаще диагностируют различные нарушения психического статуса. Напротив, у лиц со стабильным течением гипертонической болезни указанные изменения в виде ипохондрического, тревожного и истерического синдрома встречаются гораздо реже.

Можно полагать, что частые колебания АД способствуют развитию невротических реакций у больных гипертонической болезнью, что в свою очередь снижает их готовность следовать советам врача.



Неблагоприятное влияние на психический статус больных гипертонической болезнью оказывает климакс.

В частности, у женщин в климактерическом периоде повышается склонность к частым гипертоническим кризам.

Вегетативный и гормональный дисбаланс способствует появлению у них разнообразных жалоб (боль в области сердца, одышка, головокружение, головная боль и др.).

Это приводит в свою очередь к выраженной невротизации больных, психопатологическим изменениям личности.



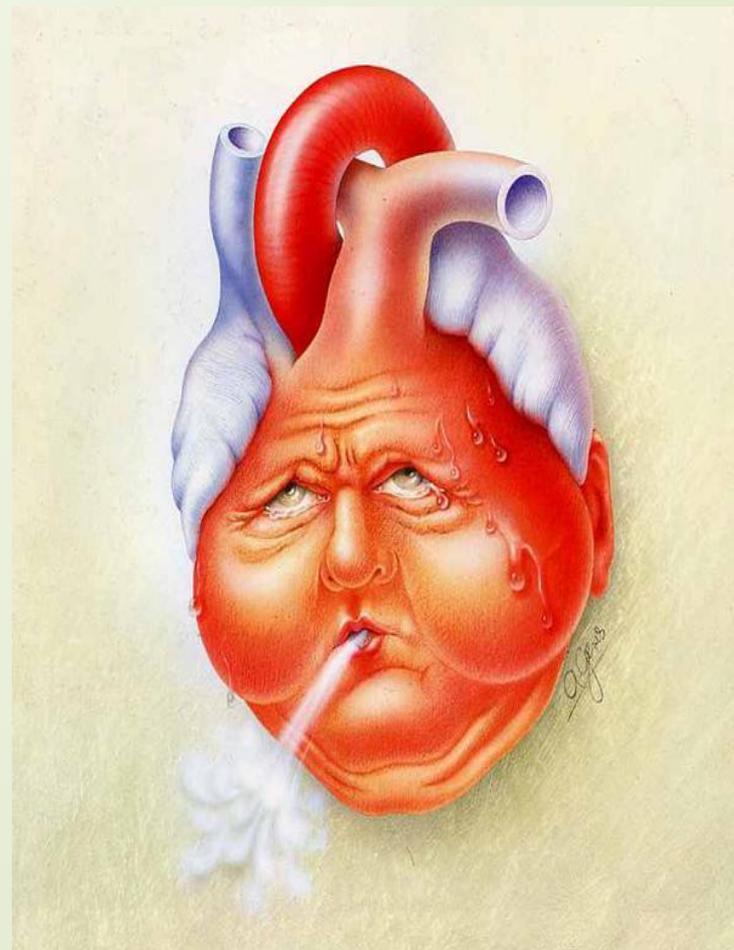
С прогрессированием болезни у больных гипертонической болезнью чаще встречаются психастеничные черты характера с постоянной тревожностью, неуверенностью в своих силах, нарастают трудности в принятии решений с частыми сомнениями в правильности своих действий.

Одновременное нарастание циклоидных черт характера приводит к длительным изменениям настроения больных с нарушением адаптации к окружающей обстановке.

Особенности личности и отношение к заболеванию больных, согласившихся и отказавшихся от участия в реабилитационных мероприятиях. Проведенные многочисленные исследования показали, что больные гипертонической болезнью, согласившиеся и отказавшиеся от лечения, имеют в целом сходную клиническую картину, болезни и мало отличаются по величинам АД, характеру течения АГ, длительности болезни и т. д.

Это обстоятельство позволяет предположить, что причина отказа пациентов от предлагаемой терапии лежит в их поведенческих особенностях и восприятии заболевания, отношении их к различным терапевтическим рекомендациям

Выяснение этих факторов имеет важное практическое значение, так как открывает новые подходы к проведению психокорректирующей работы, а также повышает готовность больных следовать советам врача.





В то время как пациенты, отказавшиеся от терапии, более демонстративны, общительны, эмоционально неустойчивы, они часто преувеличивают свои возможности и у них имеется тенденция к экстравагантности во внешнем виде и жизненном укладе.

Одновременно они агрессивны, решительны, упорны в достижении своих целей и честолюбивы.

Таким образом, у таких больных отмечено сочетание некоторых противоположных личностных черт, что может свидетельствовать о дисгармоничности их психического статуса.



Больные, согласившиеся на реабилитационное лечение, реже отрицательно относятся к необходимости систематического приема лекарственных препаратов, соблюдению бессолевой диеты и занятиям ЛФК.

Напротив, больные, отказавшихся от терапии, отрицательное отношение к перечисленным выше лечебным мероприятиям.



①



②



③



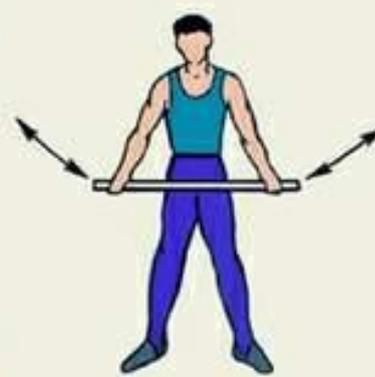
④



⑤



⑥



⑦



⑧



⑨



⑩



⑪





При изучении «внутренней картины» болезни отмечено, что у больных согласившиеся на реабилитационное лечение чаще встречается гармонический тип восприятия гипертонической болезни.

Этот факт свидетельствует о трезвой оценке больными своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и видеть все в мрачном свете.

Больные активно содействуют успеху лечения, систематически придерживаются врачебных назначений (бессолевая диета, занятия ЛФК, прием гипотензивных препаратов и др.).



В случае неблагоприятного прогноза (например, инвалидность) они переключают свои интересы на те области жизни, которые им остаются доступными.

Больные, согласившиеся на лечение, склонны объяснять свои проблемы и конфликты состоянием здоровья.

Поведение отличается целенаправленностью и устойчивостью, высокой активностью в сотрудничестве с врачом.



У них значительно реже зарегистрирован тревожный, неврастенический, ипохондрический и анозогнозический вариант реакции на заболевание. Больным, отказавшимся от реабилитации свойственна тревожная реакция на болезнь, у них типичны постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения гипертонической болезни, возможности осложнений, неэффективности и даже опасности лечения.

Больные постоянно ищут новые способы терапии, интересуются дополнительной информацией о болезни, часто обращаются за помощью к участковому врачу, консультируются у других специалистов.



В отличие от больных с ипохондрическим вариантом их больше интересуют объективные данные о болезни, результаты анализов, дополнительных исследований, чем собственные ощущения.

Поэтому они предпочитают больше слушать объяснения врача, чем без конца предъявлять жалобы.

Обычно эта реакция на болезнь встречается у больных при наличии синдрома тревоги.



Ипохондрический тип отношения к болезни характеризуется сосредоточенностью больных на субъективных ощущениях.

Пациент стремится постоянно рассказывать окружающим о своих страданиях, занимается выискиванием у себя несуществующих болезней. Стремление лечиться сочетается у них с неверием в успех терапии, преувеличением побочного действия лекарственных препаратов и лечебно-диагностических процедур. Нередко этот вариант реакции на болезнь является составной частью ипохондрического синдрома.



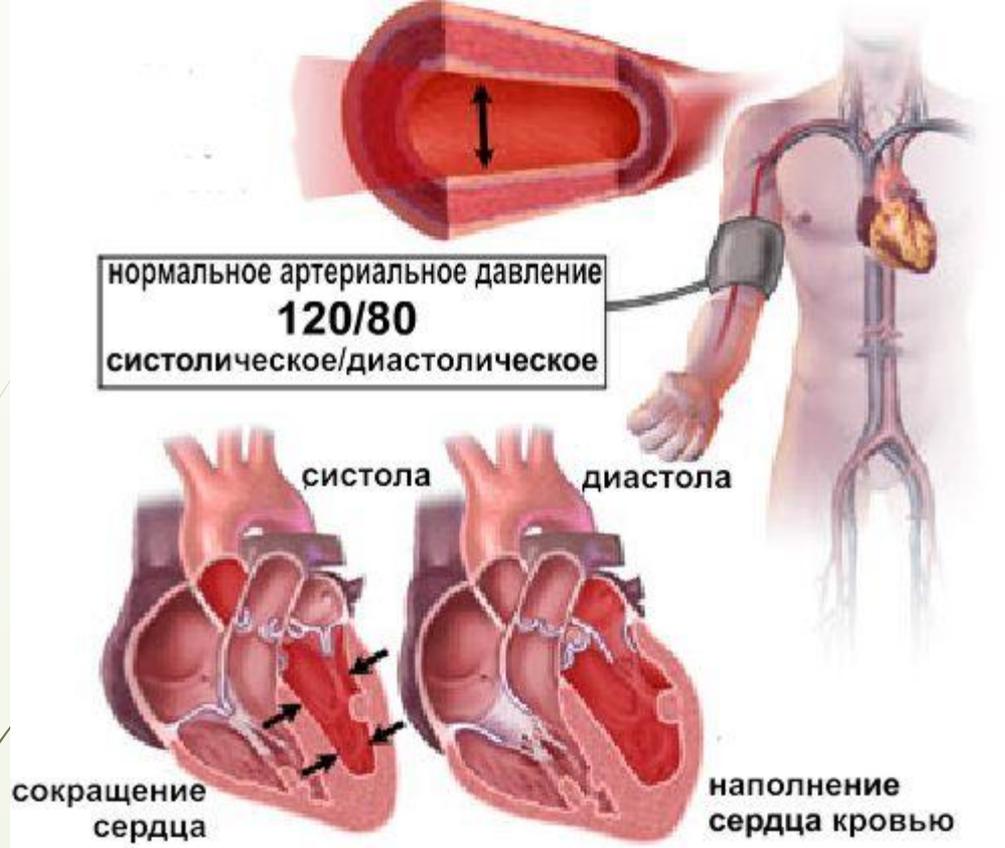
Для неврастенического типа характерно поведение больного по типу раздражительной слабости. Вспышки гнева, особенно при ухудшении течения гипертонической болезни, неудачах в лечении, обрушиваются на первого встречного и завершаются потом раскаянием и слезами.

Больные обычно не переносят болевых ощущений, неспособны ждать облегчения, нетерпеливы. Они конфликтны, но сохраняют критику к своим поступкам.



Анозогностический вариант обусловлен активным отбрасыванием мыслей об имеющейся артериальной гипертензии и возможных ее последствиях.

Симптомы гипертонической болезни больные объясняют наличием других несерьезных заболеваний. Они отказываются от тщательного обследования и предложенной терапии, избегают посещений врача.



Другие варианты отношения к артериальной гипертонии (обсессивно-фобический, эйфорический, паранойяльный) отмечались у обследованных больных гипертонической болезнью значительно реже.



Таким образом, больные гипертонической болезнью и лица с профессиональной артериальной гипертензией, согласившиеся на лечение, в основном адекватно воспринимают свою болезнь, готовы к выполнению рекомендаций врача по систематическому применению гипотензивных препаратов, бессолевой диеты, ЛФК и других назначений.

Повышенное АД реже вызывает у них тревогу, раздражительность, неустойчивость эмоционального состояния и жалобы ипохондрического плана.



У лиц, отказавшихся от терапии, доминирует выраженная тревога в отношении прогноза и исхода гипертонической болезни.

Они постоянно сомневаются в эффективности терапии, ее целесообразности, нередко обращаются к различным специалистам в поисках новых способов лечения и для получения дополнительной информации о болезни.

Гипертонические кризы обычно способствуют у них повышению раздражительности, конфликтности и затрудняют межличностные контакты, особенно с медицинскими работниками.



Больные, отказавшиеся от лечения, значительно чаще испытывают выраженную неудовлетворенность служебным положением и семейными отношениями.

Однако они склонны отрицать какие-либо затруднения в межличностных отношениях или в контроле собственного поведения, часто имеют неправильную самооценку.

Причем желание добиться благожелательного к себе отношения сочетается у них с беспокойством, неуверенностью в себе и выраженными симбиотическими тенденциями.



Их отличают высокая сензитивность, неудовлетворенность существующей ситуацией, тенденция к самоутверждению, подозрительность, упрямство, агрессивность, склонность к независимости, враждебное и критическое отношение к окружающим.

Эти личностные особенности, как правило, не осознаются больными и находят в их представлениях рациональное объяснение, поэтому необходимо наметить более дифференцированные подходы к психотерапии, направленные прежде всего на больных гипертонической болезнью, которые потенциально могут отказаться от лечения.



При этом также необходимо уделять внимание больным, посещающим поликлиники.

Тактика беседы врача с больным артериальной гипертензией (независимо от его личностных особенностей) должна быть ориентирована на лиц, которые, согласно мнению терапевта, менее всего расположены к лечению.

Необходимо внимательное, недирективное отношение к больному, предоставление ему возможности свободно изложить свои проблемы без жесткой регламентации времени и круга обсуждаемых вопросов.

При возникновении угрозы разрыва контакта с больным важно терпеливо выслушать мотивы отказа от лечения.



На примерах из клинической практики довести до его сознания, что такими действиями он наносит вред своему здоровью.

В связи с особенностями личности и актуальным психическим состоянием больных артериальной гипертензией на начальных этапах лечения иногда целесообразно назначить психотропные препараты.

Они позволяют обеспечить достаточно быструю положительную динамику психического статуса и повысить готовность больных следовать советам врача.



О роли нервных механизмов в происхождении гипертонической болезни свидетельствуют следующие факты: в подавляющем большинстве случаев у больных удаётся установить в прошлом, до начала болезни, наличие сильных нервных стрессов, частых волнений, психических травм.

Опыт показывает, что гипертоническая болезнь значительно чаще встречается у людей, подверженных многократным и длительным нервным перенапряжениям.

Таким образом, огромная роль нарушений нервно-психической сферы в развитии гипертонической болезни является бесспорной. Конечно, имеют значение особенности личности и реакция нервной системы на внешние воздействия.



Раннее выявление психопатологических нарушений, их своевременная коррекция — важные факторы, определяющие успех реабилитационных мероприятий у больных гипертонической болезнью.

У больных гипертонической болезнью с кардиалгией также более выражена психопатологическая симптоматика преимущественно в виде ипохондрического, тревожного и истерического синдрома.



У лиц с профессиональной артериальной гипертензией и больных гипертонической болезнью наиболее часто выявляют следующие черты характера: гипертимность, стеничность, демонстративность, психастеничность и реже интравертированность, циклоидность и ригидность.

Определённую роль в возникновении болезни играет и наследственность. В известных условиях способствовать развитию гипертонической болезни могут также нарушения питания; имеет значение пол, возраст.

Основные принципы психокоррекции личности при гипертонической болезни





К наиболее широко распространенным при лечении больных гипертонической болезнью немедикаментозным методам психокоррекции следует отнести психорелаксационную терапию, в основе которой лежит использование различных психологических приемов для достижения состояния нервно-мышечного расслабления (релаксации).

Среди методов психорелаксационной терапии наиболее известными являются: прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг, методика биологической обратной связи.

Физическая активность!





В основе метода прогрессивной мышечной релаксации лежит использование системы упражнений, состоящих из чередования напряжения и расслабления различных мышц и мышечных групп:

- а) лица;**
- б) шеи и рук;**
- в) спины и живота;**
- г) ног (бедра, голени, стопы).**

Обязательным условием освоения методики является концентрация внимания на процессе напряжения, расслабления и особенно на ощущениях, возникающих при переходе мышцы от напряженного состояния к расслабленному.



Методика основана на том, что попеременное напряжение и расслабление мышц позволяет сравнивать эти два состояния и облегчает обучение релаксации.

Кроме того, считается, что напряжение мышц перед попыткой их расслабления может давать дополнительный импульс, позволяющий добиться более глубокого расслабления.

При проведении занятий пациентов обучают улавливать минимальное повышение мышечного тонуса и достигать выраженной релаксации.



Аутогенная тренировка (аутотренинг) основана на использовании вербальных формул самовнушения для достижения состояния релаксации.

Классическая методика аутотренинга состоит из двух ступеней:

- 1) обучение релаксации посредством выполнения 6 стандартных упражнений с использованием вербальных формул, способствующих появлению и усилению ощущения тепла и тяжести в конечностях, тепла в области солнечного сплетения, прохлады в области лба, а также формул, касающихся сердечной деятельности и дыхания;**
- 2) высшая ступень – аутогенная медитация.**



Дыхательно-релаксационный тренинг включает элементы медитативной техники, когда состояние релаксации достигается путем пассивной концентрации внимания на каком-либо объекте, которым может быть образ, предмет, слово или звук, повторяющееся физическое действие и т.п.

При дыхательно-релаксационном тренинге используется сосредоточение внимания на вербальном символе – слове, произносимом про себя.

Методика биологической обратной связи.

Особенностью этого метода является применение аппаратуры, позволяющей пациенту постоянно получать информацию об изменении той или иной физиологической функции (обычно в виде звукового сигнала различной частоты либо в визуальной форме).

При этом пациенту дается инструкция изменять соответствующий физиологический показатель в нужном направлении.

Это позволяет каждому пациенту найти свой собственный путь достижения состояния нервно-мышечной релаксации, повышает эффективность применения методики и способствует формированию положительного отношения к лечению.



Таким образом, в основе метода лежит обучение пациента психофизиологической саморегуляции. Занятия по релаксации могут проводиться в положении больного сидя или лежа.

Продолжительность тренинга составляет 15–20 мин.

Кроме ежедневных релаксационных тренировок, рекомендуется проводить релаксацию (“снимать мышечное напряжение”) несколько раз в день кратковременно в различных условиях, в том числе при стрессовых воздействиях.

Особо подчеркивается важность регулярного выполнения самостоятельных тренировок для освоения методики и обеспечения эффективности лечения.

