

**КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ**

УДК: 615.851:616.85:616.11.4.

*Л.А. Арнаут, Б.В. Михайлов, А.Т. Филатов, А.И. Сердюк***МЕТОДИКА ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Харьковский институт усовершенствования врачей

Ключевые слова: психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, психосоматические заболевания, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Несмотря на безусловные успехи фармакологической науки и индустрии, в последние десятилетия структура заболеваемости и основных причин смертности населения почти не изменилась. Мало того, отмечается нарастающий процесс хронизации основных, наиболее распространенных соматических заболеваний, что свидетельствует о недостаточной эффективности традиционных схем преимущественно медика-

ментозного их лечения [2] и побуждает к поиску новых методик и сочетаний [3,6,7]. Существенную роль в хронизации соматических заболеваний, утяжелении их клинической картины и повышении терапевтической резистентности играют расстройства психической сферы, которые сами по себе у соматически больных трудно поддаются традиционному медикаментозному лечению [1,4].

**Материал и методы исследования**

В поисках путей повышения эффективности лечения психосоматических заболеваний нами разработан и апробирован новый вариант метода телесно-ориентированной психотерапии (ТОП) W. Reich (1949), в качестве основного элемента которого применен курс вербально-суггестивной психотерапии с оперантным подкреплением посредством ручных пассов в области соответствующих зон сегментарной иннервации Захарьина–Геда [5]. При этом исключается прямой контакт рук врача с телом пациента, но обязательным требованием является ощущение больным тепла, исходящего от рук психотерапевта. Это ощущение тщательно и настойчиво потенцируется в процессе суггестии как конкретное проявление терапевтического воздействия, что позволяет широко использовать не только внушение, но и разъяснение, убеждение, активно включать в процесс лечения самого пациента. Наличие в представлении больного конкретной «точки приложения» нематериального психологического воздействия врача делает его, если и не до конца понятным, то хотя бы приемлемым и объяснимым с позиций «биоэнергетики», снимает естественную настороженность пациента по отношению к суггестивному воздействию на него, сглаживает барьер критики и автоматически повышает внушаемость, от которой в значительной мере зависит терапев-

тический результат.

Нами разработано шесть вариантов специальных пассов и техники выполнения установочных движений в зависимости от клинических особенностей соматического заболевания. При составлении плана лечебных мероприятий учитывается также тяжесть состояния больного, пол, возраст, особенности заболевания и личности пациента, степень его внушаемости и настроенности на лечение. С учетом этого продолжительность сеанса составляла 20-30 минут, а курс лечения — 12-14 сеансов. У больных с достаточно высокой степенью самоконтроля и выраженными предпосылками к овладению навыками саморегуляции в процессе лечения постепенно осуществлялся переход к аутосуггестии, что позволяло отработать механизм последующей поддерживающей терапии. С помощью разработанной методики нами обследовано и пролечено в условиях общесоматической клиники 260 больных, в том числе — 140 гипертонической болезнью (ГБ) и 120 — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ), обнаруживавших разного уровня выраженности симптомы психической дезадаптации в виде повышенной утомляемости, раздражительности, эмоциональной лабильности, нарушений сна, ослабления памяти. Обследование больных проводилось при поступлении в стационар, при выписке

и через год, с использованием клинко психопатологических и экспериментально-психологи-

ческих (ММРІ) методов и общепринятой статистической обработкой результатов.

### Результаты исследования и обсуждение

Психопатологическая феноменология у больных гипертонической болезнью наблюдалась преимущественно в рамках астенического (44,02±0,11%), депрессивного (35,14±0,09%) и ипохондрического (20,31±0,12%) синдромов. Наиболее эффективным оказалось применение разработанной нами методики ТОП при лабильном типе гипертонической болезни. При стабильном типе гипертонической болезни хороший терапевтический результат телесно-ориентированной психотерапии достигался при сочетании ее с медикаментозным лечением, которое включалось в систему оперантного подкрепления и потенцировалось наравне с пассивными. Катамнестическое наблюдение через год показало значительное улучшение психического состояния больных, что подтверждалось данными экспериментально-психологического исследования. При двукратном обследовании больных с помощью Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММРІ) было отмечено снижение средних баллов по шкале психастении на 26,12±0,05%, ипохондрии — 21,38±0,04%, депрессии — 12,64±0,07%.

У больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки отмечалось преобладание астено-ипохондрического (46,17±0,11%) и депрессивно-фобического (22,53±0,13%) синдромов, а также синдрома сверхценных образований (до 19,17±0,16%). При лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с повышенным кислотообразованием использова-

ние телесно-ориентированной психотерапии как самостоятельного и единственного метода лечения оказалось наиболее эффективным. В случаях, когда кислотообразующая функция желудка у больных оставалась в пределах нормы, более действенным оказалось сочетание психопотенцированной медикаментозной терапии и телесно-ориентированной психотерапии, дополнявших друг друга. У больных гастроэнтерологической группы при катамнестическом обследовании через год после лечения также отмечалось снижение пиков по шкалам ипохондрии на 23,37±0,07%, депрессии — на 21,14±0,07% и тревожной мнительности — на 18,69±0,09%, что подтверждало соответствующие клинические наблюдения. Таким образом, полученные результаты позволяют констатировать, что предложенная методика телесно-ориентированной психотерапии, в одних случаях как самостоятельный и единственный лечебный фактор, а в других - в сочетании с психотерапевтически потенцированной медикаментозной терапией, является эффективным средством коррекции невротоподобных нарушений при соматических заболеваниях. Использование телесно-ориентированной психотерапии позволяет в более полном объеме осуществлять лечение больных гипертонической болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, повысить эффективность терапевтических мероприятий и стойкость ремиссии при этих хронических заболеваниях.

*Л.А. Арнаут, Б.В. Михайлов, А.Т. Филатов, О.Л. Сердюк*

## МЕТОДИКА ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Харківський інститут удосконалення лікарів

З метою підвищення ефективності лікування хворих на психосоматичні захворювання розроблено новий варіант методики тілесно-орієнтованої психотерапії В.Райха (ТОП), в якому головну роль відіграє вербально-сугестивний вплив з оперантним підкріпленням ручними пасами в зонах сегментарної інервації Захар'їна-Геда. Клініко-психопатологічне та експериментально-психологічне дослідження 140 хворих на гіпертонічну хворобу і 120 — на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, яким було проведено курс лікування за запропонованою методикою, в тому числі через рік після того, підтвердило її високу ефективність. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 1 (5). — С.100-102).

## METHOD OF BODY-ORIENTED PSYCHOTHERAPY TREATMENT OF SOMATIC DISEASES

Kharkiv institute of advanced Medical Studies

With the purpose of increasing of effectiveness psychosomatic diseases' treatment the system of Body-Oriented psychotherapeutic (BOP) correction, based on W. Reich method was proposed. In this method the verbal suggestive influence and manual passes on the segment innervation on Zones of Zakharjn-Gedd plays the main role. With use of BOP correction 140 patients with arterial hypertension of 1-2 stages and 120 with ulcer disease of stomach and duodenum were treated. Clinical and psychological, experimental psychological investigation, including the investigation 1 year after treatment has proved the effectiveness of BOP correction. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 1 (5). — P.100-102).

### *Литература*

1. Айвазян Т.А. Психорелаксационная терапия при гипертонической болезни // Российский медицинский журнал -1996.- № 3.-С.43.

2. Иванов С.Г. О сравнении эффективности немедикаментозных и лекарственных методов лечения гипертонической болезни // Терапевтический архив - 1993. - № 1.-С.44-49.

3. Ключкин И.В., Абдулина А.М. Электрорефлексотерапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Казанский медицинский журнал - 1993.- № 3.-С.203-205.

4. Марилов В.В. Закономерности формирования психосоматозов //Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: Тез.докл. на Пленуме правления об-ва. —

Москва,1990. -С.155-156.

5. Михайлов Б.В., Арнаут Л.А. Филатов А.Т. Сердюк А.И. Особенности телесно-ориентированной психотерапии для коррекции неврозоподобных нарушений при соматических заболеваниях // Таврический журнал психиатрии – 1997. -Т. 1, № 3. -С. 29-30.

6. Петров А.В., Бичкова Н.Г., Передерий В.Г. и др. Медикаментозная и немедикаментозная иммунокоррекция при язвенной болезни // Врачебное дело – 1993. - № 4. -С.100-102.

7. Передерий В.Г., Бичкова Н.Г., Петров А.В. Принципы назначения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения язвенной болезни // Врачебное дело - 1993. - № 5-6. - С.58-61.

Поступила в редакцию 20.10.98г.