

ВОЗДЕЙСТВИЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ НА УРОВЕНЬ АЛЕКСИТИМИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИЕЙ МОЗГА.

Смык А.В., Непомнящих В.М., Дёмина Д.В., Леонова М.И., Абрамова Т.Я.

УРАМН НИИ клинической иммунологии СО РАМН, Новосибирск, Россия

anna-v-smyk@mail.ru

Введение. Алекситимия (неспособность человека к определению и вербализации своих чувств и эмоциональных состояний) в последние годы рассматривается как патогенетический фактор многих психосоматических заболеваний [2; 4; 5]. Очевидно, что неспособность человека, страдающего алекситимией, осознавать свои эмоции приводит к тому, что они вытесняются. Накопление телесных проявлений неотреагированных, не получивших разрядки эмоций и приводит в конечном счёте к развитию психосоматической патологии. Действует как бы своеобразный «закон сохранения» в отношении эмоций: когда человек не может выразить свои чувства словами, он выражает их телом. Тем самым алекситимия на психологическом уровне становится аналогом соматизации, которая проявляется на уровне физиологическом. Отсюда естественно, что современные медико-психологические исследования алекситимии выявляют всё большую роль, которую она играет в развитии многих психосоматических заболеваний [2; 6]. Так как человек, имеющий подобную особенность личности, плохо ориентируется в собственных эмоциях и не способен словесно описать своё эмоциональное состояние, а также ему трудно охарактеризовать свои переживания и связать их с телесными ощущениями, алекситимия существенно осложняет процесс вербальной психотерапии, в ряде случаев делая его невозможным. Алекситимия рассматривается также как следствие недостаточной связи левого (сознательного, речевого, малоэмоционального) и правого (подсознательного, невербального, эмоционального) полушарий [2; 5]. Этот феномен имеет свою органическую основу в виде дефектов мозолистого тела, которые нередко отмечаются у пациентов с психосоматическими расстройствами, обследованных с помощью компьютерной томографии. Эти морфологические дефекты незначительны и не вызывают существенного неврологического дефицита, не нарушают жизненно важных функций организма, проявляясь лишь на уровне его психической организации [5]. Таким образом, алекситимию можно представить как нарушение межполушарного взаимодействия, и восстановление его с помощью невербальных, телесно-ориентированных психокоррекционных техник является терапевтически обоснованным

[6]. В то же время, в доступной литературе не представлены исследования применения телесно-ориентированных техник с целью воздействия на ЦНС при психосоматической патологии с учётом такой важной особенности церебральной деятельности, как функциональная асимметрия полушарий мозга.

Бронхиальная астма (БА), одним из важных патогенетических звеньев которой является алекситимия, представляет собой классическое психосоматическое заболевание [2; 4; 5; 6]. Ранее мы получили результаты, свидетельствующие о том, что после применения телесно-ориентированной психокоррекции (ТОП) происходит значимое снижение уровня алекситимии при БА, преимущественно у пациентов с активностью левого полушария по 4 парным функциям [7]. Целью данной работы являлось дальнейшее исследование характера воздействия ТОП на уровень алекситимии при БА у пациентов с различной функциональной асимметрией полушарий мозга.

Материалы и методы.

Клиническая характеристика пациентов. Был обследован 141 пациент – 62 мужчины (средний возраст $42,78 \pm 11,01$) и 79 женщин (средний возраст $45,16 \pm 10,52$), с выделением группы пациентов, проходивших курс телесно-ориентированной психотерапии (32 мужчины и 38 женщин) и группы сравнения, подобной терапии не проходившей (30 мужчин и 41 женщина). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, вариантам БА и степени тяжести заболевания. Обе группы имели аналогичную схему обследования и медикаментозного лечения. Оценка эффективности лечения проводилась в конце стационарного курса (на 18-20 сутки). Клиническая оценка лечения осуществлялась врачом аллергологом.

Экспериментально-психологические методы: определение функциональной асимметрии мозга (ФАМ) по 4 парным функциям с выделением 3-х групп: «правши» – с доминированием левого полушария по 4 функциям (группа 1); «амбидекстры 1» – с доминированием правого полушария по 1 признаку (группа 2); «амбидекстры 2» – с доминированием правого полушария по 2 и более признакам (группа 3) [1]; оценка степени выраженности алекситимии с помощью Торонтской алекситимической шкалы [4]. После проведённого лечения степень выраженности алекситимии оценивалась повторно.

Схема телесно-ориентированной психокоррекции (ТОП). Проводилось десять последовательных психокоррекционных занятий, продолжительностью 45 – 50 минут. Задачами психокоррекционных занятий с пациентами являлись: снижение степени выраженности алекситимии; нормализация межполушарного взаимодействия;

адаптация к физической нагрузке за счёт увеличения функциональных возможностей кардиореспираторной системы; повышение неспецифической резистентности организма; улучшение регуляции вегетативной нервной системы; обучение навыкам поведения как в фазе обострения заболевания, так и в фазе ремиссии; обучение приёмам расслабления, аутогенной тренировки, формирование мотивации к самостоятельным занятиям. При проведении занятий использовалась лечебная гимнастика [3]; двигательные техники, направленные на развитие межполушарного взаимодействия; техники обучения мышечной релаксации [5]. В процессе занятий пациенты обучались осознавать и дифференцировать собственные чувства и телесные ощущения, тем самым оказывалось воздействие на такой важный патогенетический фактор БА, как алекситимия.

Результаты. После проведённого лечения, как медикаментозного, так и с присоединением ТОП, все пациенты были выписаны в состоянии клинической ремиссии.

До проведённого лечения пациенты достоверно не различались между собой по уровню алекситимии. После проведённого лечения степень выраженности алекситимии в группах пациентов, прошедших курс ТОП, достоверно снизилась и приблизилась к нормативным значениям ($N < 63$ баллов), в то время как у пациентов, не проходивших курс ТОП, не выявлено достоверных изменений указанного параметра (таблица 1).

Таблица 1. Уровень алекситимии у мужчин и женщин в зависимости от вида лечения.

Мужчины				Женщины			
Медикаментозное лечение + ТОП		Медикаментозное лечение		Медикаментозное лечение + ТОП		Медикаментозное лечение	
До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
70,9±7,3	66,0±4,3*	71,9±7,3	72,1±5,9	69,8±7,2	65,1±5,4*	69,1±7,6	69,3±8,2

Примечание: * - $p \leq 0,05$ (здесь и далее).

При разделении пациентов, прошедших курс ТОП, на группы с учётом индивидуальной ФАМ, было установлено достоверное уменьшение уровня алекситимии в группах пациентов с активностью левого полушария по 4 парным функциям (группа 1 у мужчин и у женщин), а также в группе 2 женщин («амбидекстры» с доминированием правого

полушария по 1 из 4 парных функций) и группе 3 мужчин («амбидекстры» с доминированием правого полушария по 2 и более функциям) (таблица 2).

Таблица 2. Уровень алекситимии у мужчин и женщин, прошедших курс ТОП, в зависимости от ФАМ.

Мужчины					
Группа 1		Группа 2		Группа 3	
До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
72,9±8,8	65,8±4,5*	69,5±7,6	66,7±5,5	70,3±5,1	65,5±2,4*
Женщины					
Группа 1		Группа 2		Группа 3	
До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
68,6±10,9	64,9±7,2*	71,9±3,1	64,3±3,2*	68,6±3,7	66,3±5,3

В то же время, у пациентов не проходивших курс ТОП, при разделении на группы с учётом индивидуальной ФАМ отмечается статистически значимое возрастание уровня алекситимии в группе 1 женщин и группе 2 мужчин, а также выраженная тенденция ($p = 0,06$) к повышению данного показателя в группе 1 мужчин (таблица 3).

Таблица 3. Уровень алекситимии у мужчин и женщин, не прошедших курс ТОП, в зависимости от ФАМ.

Мужчины					
Группа 1		Группа 2		Группа 3	
До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
73,4±8,0	74,5±7,3	70,2±3,6	71,7±2,8*	72,0±9,7	69,6±5,9
Женщины					
Группа 1		Группа 2		Группа 3	
До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
69,6±7,2	71,7±7,5*	68,0±8,4	65,9±9,0	69,6±7,9	70,0±7,4

Заключение. Применение телесно-ориентированных психокоррекционных техник при БА снижает уровень алекситимии и таким образом оказывает влияние на одно из

важнейших патогенетических звеньев данной психосоматической патологии. Имеются данные о негативном влиянии алекситимии на содержание CD4⁺ и CD16⁺ клеток. Полагают также, что алекситимия может быть причиной нарушения Th1/Th2 баланса в сторону доминирования Th2 фенотипа за счёт снижения клеточно-опосредованного иммунного Th1 ответа [8]. Следовательно, применение ТОП при данной патологии может быть способно оказать влияние на параметры иммунного статуса. Установленное нами снижение алекситимии в результате применения ТОП, причём преимущественно в группах правой, ставит перед необходимостью дальнейшего исследования не только психофизиологических, но и иммунологических особенностей реагирования на ТОП в зависимости от ФАМ. В то же время нами выявлено повышение уровня алекситимии в группах пациентов, не подвергавшихся психокоррекции. Это может свидетельствовать о том, что деперсонализованная ортодоксальная медицина, когда пациент является только носителем больного органа и не рассматривается целостно, способствует тому, что пациент замыкается на своих переживаниях и телесных ощущениях (часто не в состоянии отграничить чувства от сигналов тела) и, кроме того, перекладывает ответственность за состояние своего здоровья на врачей. При этом повышение уровня алекситимии наблюдается в группах пациентов с определённой ФАМ, что также требует дальнейшего изучения.

Литература:

1. Абрамова Т.Я., Соловьёва И.Г., Непомнящих В.М., Леонова М.И., Дёмина Д.В., Труфакин С.В., Кожевников В.С., Абрамов В.В. Функциональная асимметрия полушарий головного мозга как фактор патогенеза бронхиальной астмы // Структурно-функциональные и нейрохимические закономерности асимметрии и пластичности мозга. – М., 2005. – С. 5-8.
2. Коростелёва И.С., Ротенберг В.С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств // Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М., 1993. – С. 142 – 150.
3. Логачева Г.С., Щедрина А.Г. Лечебная физкультура при заболеваниях органов дыхания. – Новосибирск, 2004.
4. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М., 2005.
5. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство. – М., 2005.

6. Семёнова Н.Д. Телесно-ориентированные методы в психотерапии больных бронхиальной астмой. – Социальная и клиническая психиатрия, 1995. – №2. – С. 85 – 89.
7. Смык А.В., Ершов О.В., Абрамова Т.Я., Непомнящих В.М., Дёмина Д.В., Леонова М.И., Абрамов В.В. Эффективность телесно-ориентированной психокоррекции алекситимии у пациентов с бронхиальной астмой в зависимости от функциональной асимметрии мозга // Актуальные вопросы функциональной межполушарной асимметрии и нейропластичности (Материалы Всероссийской конференции с международным участием). – М., 2008. – С. 357 – 360.
8. Guilbaud O., Corcos M., Hjalmarsson L., Loas G., Jeammet P. Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and psysiological correlates of alexithymia // Biomed. Pharmacother., 2003. Vol. 57 (7). P. 292 – 295.