

# ДИАГНОСТИКА И МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПО ПРИОРИТЕТНОЙ ЭМОЦИИ

И.А. Пожидаев<sup>1</sup>, Е.П. Сероштан<sup>2</sup>, Л.Ф. Васильева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МЦ Высочких технологий (г. Москва), <sup>2</sup>Кафедра мануальной терапии РГМУ ФУВ (г. Москва)

## Резюме

В настоящей работе рассматриваются новые подходы к диагностике и лечению психосоматических эмоциональных нарушений на приоритетно пораженном меридиане (канале) и патогенетически значимых акупунктурных точек под контролем мышечного тестирования. Показано, что достижение радикально положительного результата в лечении возможно при условии рассмотрения всех составляющих триады здоровья человека: психоэмоциональной – как приоритетной, биохимической, структурной.

## Актуальность

В медицине существуют представления о психосоматических эмоциональных нарушениях, т.е. об эмоциональной конституции здоровья и болезни. Однако параметры оценки конституций, используемые авторами не только различны, но и прямо противоположны.

Возможно, это связано с использованием разных аппаратных методик. Приводятся разные параметры оценки, при этом время ретеста через 10 мин. дают противоположные результаты.

В то же время в литературе описана клиническая методика оценки психосоматических эмоциональных нарушений (эмоциональной конституций здоровья и болезни) при помощи мануального мышечного тестирования, т.е. изменения активности рефлекса на растяжение постуральных мышц (мануальное мышечное тестирование).

## Целью нашего исследования являлось:

1. Анализ психосоматических эмоциональных нарушений, с позиции функционального нарушения нервной системы – изменение эмо-

циональной конституции во время болезни.

2. Сопоставление возможностей оценки нервной системы при помощи мануального мышечного тестирования и аппаратных методов исследования. (Результаты, полученные при использовании мануального мышечного тестирования и результаты оценки эмоциональной конституции здоровья и болезни, полученные при тестировании по методу Р. Фолля и вегетативному резонансному тесту).

Исследование проводилось параллельно двумя специалистами и полученные результаты сопоставлялись.

Материал исследования – 60 пациентов с рефлекторными и рефлекторно-компрессионными болевыми мышечными синдромами. Одновременно исследование проводилось на 10 здоровых субъектах.

## Методы исследования:

1. Клиническое исследование.
2. Неврологическое исследование (мануальное мышечное тестирование).
3. Вегетативный резонансный тест (ВРТ).
4. Методика Р. Фолля.

1. При клиническом исследовании рассматривалась неоптимальная статика пациентов. Мы разделили их на 4 группы по неоптимальной статике.

Первая группа – это пациенты с функциональной слабостью большой грудной мышцы (функциональное укорочение малой грудной мышцы). Вторая группа – это пациенты с функциональной слабостью квадратной мышцы поясницы (функциональное укорочение наружной косой мышцы). Третья группа – это пациенты с функциональной слабостью подвздошно-поясничной мышцы (функциональное

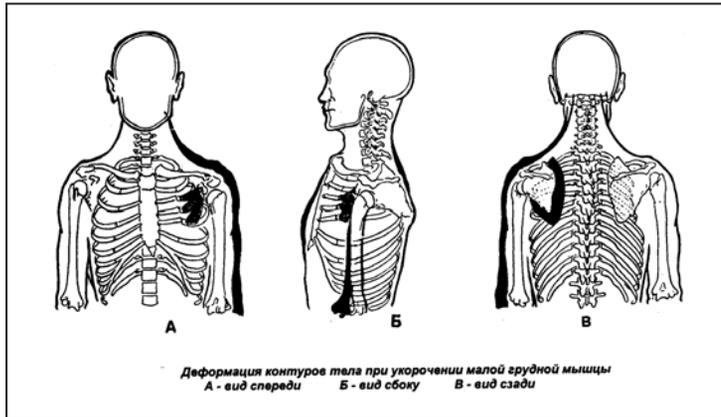


Рис. 1

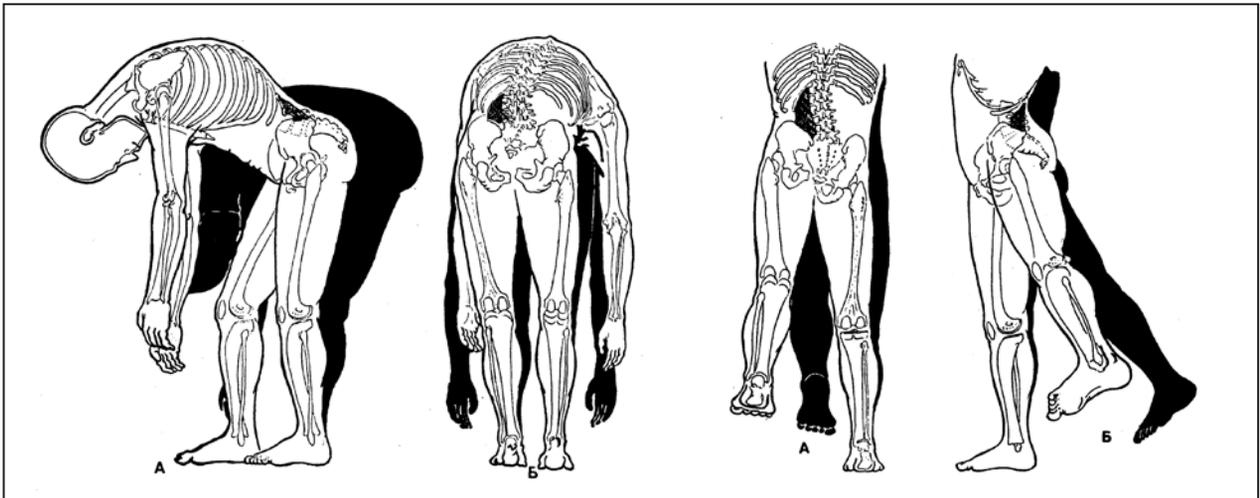


Рис. 2

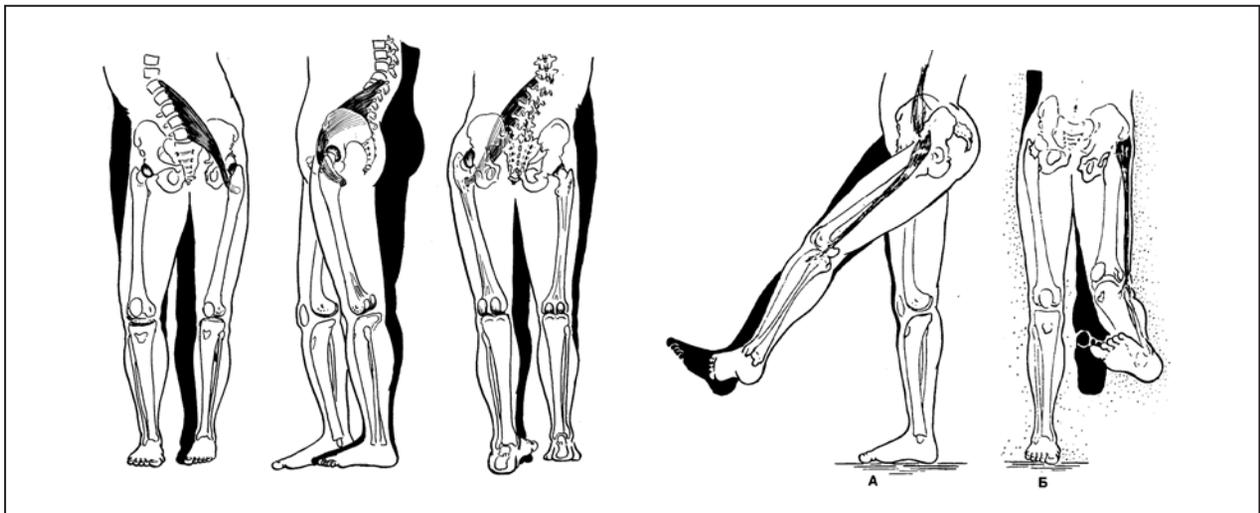


Рис. 3

укорочение мышцы напрягающей широкую фасцию бедра). Четвертая группа – это пациенты с функциональной слабостью широчайшей мышцы спины (функциональное укорочение круглых мышц – большой и малой).

Визуально: первая группа – внутренняя

ротация плеча, подъем угла лопатки и ее латеральное смещение (рис. 1).

Визуально: вторая группа – отдаление таза от грудной клетки на одной стороне тела, приближение таза и грудной клетки с противоположной стороны тела (рис. 2).

Визуально: третья группа – гиперлордоз в поясничном отделе позвоночника, при слабости подвздошно-поясничной мышцы с 2-х сторон – каудальное смещение таза. При слабости подвздошно-поясничной мышцы с одной стороны – каудальное смещение одноименного полутаза (рис. 3).

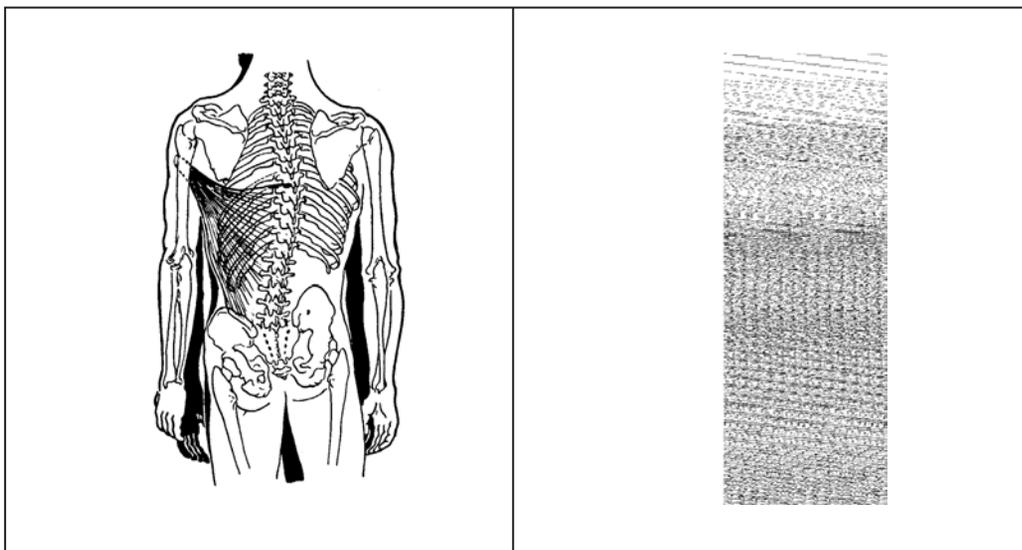


Рис. 4

2. При неврологическом исследовании первой группы пациентов (с функциональной слабостью большой грудной мышцы) определялся уровень компрессии нижнешейного отдела позвоночника С5, С6, С7, С8. Мы наблюдали следующие синдромы: синдром малой грудной мышцы, синдром передней лестничной мышцы, синдром средней лестничной мышцы, синдром мышцы, поднимающей лопатку. При неврологическом исследовании второй группы пациентов (с функциональной слабостью квадратной мышцы поясницы) определялся уровень компрессии нижнепоясничного отдела позвоночника (L5–S1, S1–S2). Мы наблюдали следующие синдромы: синдром грушевидной мышцы, синдром квадратной мышцы поясницы, синдром подвздошно-поясничной мышцы. При неврологическом исследовании третьей группы пациентов (с функциональной слабостью подвздошно-поясничной мышцы) определялся уровень компрессии грудопоясничного перехода. Мы наблюдали компрессию верхнего – поясничного сплетения (L1, L2, L3 корешков). При неврологическом исследова-

Визуально: четвертая группа – при функциональной слабости широчайшей мышцы спины, с 2-х сторон – плечи во флексии и внутренней ротации, руки отведены от туловища. При функциональной слабости широчайшей мышцы спины, с одной стороны – определяется С-образный сколиоз в сторону укорочения (рис. 4).

нии четвертой группы пациентов (с функциональной слабостью широчайшей мышцы спины), определялся уровень компрессии нижнешейного отдела позвоночника С5, С6, С7, С8 и синдромы как в первой группе.

3. По методике ВРТ проводились исследования состояния меридианов (и значит ассоциированных с этими меридианами эмоций) в виде избыточности (полноты) и недостаточности (пустоты).

4. По методике Р. Фолля проводились измерения на всех меридианах по контрольным измерительным пунктам (КИП), которые дают общее представление о функциональной системе меридианов и связанных с ними органах.

У каждого человека есть своя врожденная конституция (холерик, флегматик, меланхолик, сангвиник). Формирование ее зависит от соотношения энергий у отца и матери и от эмоциональных факторов, действующих на мать во время беременности. Она соответствует психоэмоциональной конституции человека. В традиционной Восточной медицине по психоэмоциональным особенностям людей

подразделяют на семь типов (7 эмоций): радостный, гневный, печальный, подверженный страху, задумчивый, тоскливый, тревожный, они соответствуют Западным конституциям. Холерик – радостный, гневный, флегматик – печальный, подверженный страху, меланхолик – задумчивый, тоскливый, тревожный, сангвиник – радостный, тревожный). В силу этих особенностей в процессе жизни одни люди склонны к веселью, радуются даже по мелочам, другие – на любые раздражители отвечают бурной реакцией гнева, третьи – по малейшему поводу склонны к печали, четвертые – постоянно находятся в сомнениях и раздумьях, впадают в тоску и т.п. Учитывая тот факт, что каждый паренхиматозный орган и полый орган связан с определенным ассоциированным меридианом, с эмоцией и с ассоциированной мышцей, психоэмоциональные факторы избирательно активизируются, а при частом и длительном повторении угнетают функции соответствующего органа. Крайняя степень выраженности эмоциональных реакций со временем может привести к развитию психосоматических заболеваний или неврозоподобных синдромов. В нашей работе мы рассматривали внутренние эмоциональные воздействия как приоритетные, приводящие к заболеванию. Независимо от воздействующей эмоции, болезни внутреннего происхождения имеют ряд общих симптомов. Среди них – усталость, апатия, потеря аппетита, снижение трудоспособности, молчаливость, расстройство сна, усиленные переживания, страх, забывчивость, рефлексорные и рефлексорно-компрессионные болевые мышечные синдромы. Конкретные проявления эндогенных заболеваний зависят от характера воздействующей эмоции и поражаемого органа, а это зависит от врожденной конституции. В силу того, что эмоции связаны с ассоциированным меридианом, можно говорить о меридианальной конституции. Психоэмоциональную конституцию можно увидеть по неоптимальной статике, она существует и контролирует работу внутренних органов и всего организма и является физической сущностью конституции человека. Приоритетность эмоциональных воздействий определялась по неврологическому исследованию, т.е. по мануальному мышечному тестированию. Меридианальной конституцией

называется соотношение избытка и недостатка энергий в 12-ти меридианах и соответствующих внутренних органах, обладающее определенной стабильностью. Это не постоянная конституция, она изменяется, т.к. зависит от внешних и внутренних воздействий, поэтому эмоциональной конституцией называется такое распределение энергии в меридианах, которое наиболее характерно для данного человека, бывает по времени чаще и дольше, к которому он (человек) постоянно возвращается.

Заболевания также формируют психоэмоционально-меридианную конституцию. При остром заболевании она кратковременная, очень подвижная, а для хронического заболевания характерна более стабильная во времени конституция, которую очень трудно изменить, т.е. трудно изменить эмоциональное состояние. Вернуть человеку здоровье в этом случае можно с помощью лечения эмоционального и меридианального дисбаланса. Таким образом, возможны два варианта: либо три избыточные энергии на уровне Ян-меридианов плюс две недостаточности – это Ян-конституция, либо три избыточности на уровне Инь-меридианов плюс две последовательные недостаточности – это Инь конституция. Формирование конституции происходит в строгом соответствии с принципом Инь-Ян между парами первоэлементов и по закону подчинения отдельно на Инь и Ян уровнях. Название конституции дается по центральному элементу избыточной группы меридианов; оно условное, принятое для удобства понимания. Это не говорит о постоянном доминировании средней энергии – эмоции, может доминировать любая из находящихся в состоянии избытка и проявляться симптомами, присущими ей. Но среди этих трех меридианов (органов, эмоций) одна всегда доминирует, т.е. является приоритетной. При воздействии на этот меридиан (эмоцию) другие два меридиана (эмоции) меняются в соответствии с доминирующим, и происходит изменение психоэмоциональной конституции (энергетического баланса). Заболевание у человека возникает, если возникает чрезмерная избыточность или чрезмерная недостаточность отдельных меридианов. Для каждого человека это индивидуальные величины – своя норма (здоровье – это относительная величина, а не абсолютная, т.е. состояние динамического

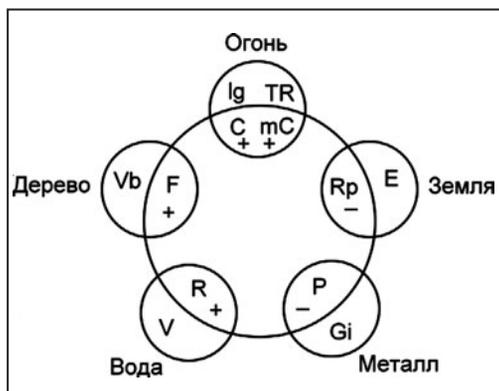


Рис. 5

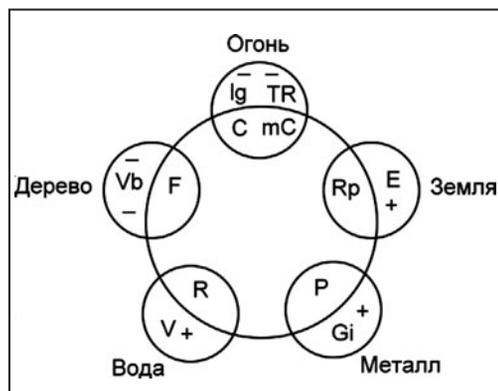


Рис. 6

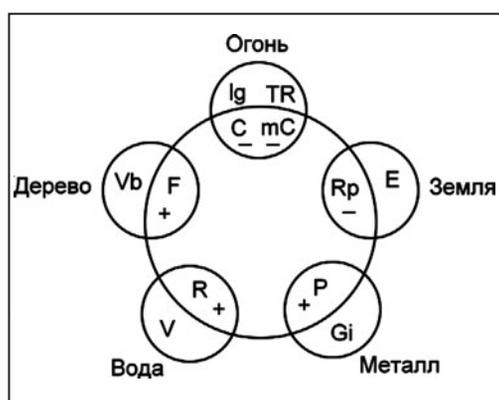


Рис. 7

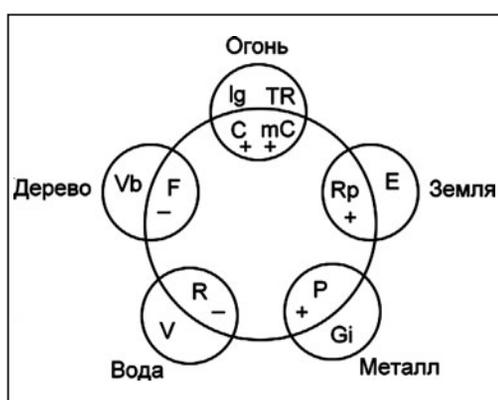


Рис. 8

равновесия). Полученные нами группы при обследовании соответствовали 4-м типам конституций:

1. Конституция Инь Гнева – это пациенты с функциональной слабостью большой грудной мышцы (рис. 5.)

2. Конституция – Ян Печали – это пациенты с функциональной слабостью квадратной мышцы поясницы (рис. 6).

3. Конституция Инь Страха – это пациенты с функциональной слабостью подвздошно – поясничной мышцы (рис. 7).

4. Конституция Инь Тревоги – это пациенты с функциональной слабостью широчайшей мышцы спины (рис. 8).

Для коррекции выявленных нарушений использовались: иглотерапия по приоритетным точкам меридианов (тонизирующая или седативная), а также специфические точки меридианов в соответствии с мышечным тестированием, ароматические эфирные масла (ароматерапия), витаминные и минеральные

добавки, то же в соответствии с мышечным тестированием,

Таким образом, для каждого пациента мы составляли психоэмоциональную конституцию методом мануального мышечного тестирования (ММТ), по методу Р. Фолля, по методу ВРТ и проводили соответствующее лечение.

#### Сравнительная характеристика:

1. Неврологическое исследование методом мануального мышечного тестирования показало нарушение соматической иннервации.

2. Методика Р. Фолля и ВРТ показали общую реакцию нарушения вегетативной нервной системы.

3. Разница между синдромами не отобразилась в диагностике конституций.

#### Оценка полученных результатов

Использование мануального мышечного тестирования позволило провести дифферен-

цированную диагностику и лечение, оказывающее воздействие на разные типы эмоциональных конституций.

#### **Выводы:**

1. Анализ меридианального дисбаланса с позиции эмоциональных конституций и конституций тела позволил дифференцированно подойти к диагностике и лечению.

2. Иглотерапия направлена на лечение заболеваний периферической нервной системы, поэтому важно использовать для оценки ее состояния мануальное мышечное тестирование, как биологическую обратную связь с организмом, и дополнить работу рефлексотерапевта этой методикой.

#### **Литература**

1. Проф. Пак Чже Ву. Лекции по Су Джок акупунктуре. – АОЗТ «Су Джок Академия», 1994. – 336 с.
2. Самохин А.В., Готовский Ю.В. Электропунктурная диагностика и терапия по методу Р.Фолля. 3-е изд. – М.: ИМЕДИС, 2000. – 512 с.
3. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Махонькина Л.Б., Сазонова И.М., Фролова Л.А, Гриценко Е.Г. Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста: Методические рекомендации. – М.: ИМЕДИС, 2000. – 152 с.
4. Даймонд Д. Жизненная энергия. Использование меридианов для раскрытия скрытой силы Ваших эмоций. – СПб, 2005. – 173 с.