



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59542 (13) A

(51) 7 A61B10/00, A61B5/00, A61B5/16

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДвидається під  
відповідальністю  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ РЕСПІРАТОРНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ Ю.М.ПОЛІЄНКА В ЛІКУВАННІ НЕВРОТИЧНИХ ФОБІЙ

1

2

(21) 2002064923

(22) 14 06 2002

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р

(72) Полієнко Юрій Миколайович

(73) Полієнко Юрій Миколайович

(57) 1 Спосіб респіраторно-орієнтованої психотерапії в лікуванні невротичних фобій шляхом психотерапевтичного впливу на особистість, який включає систематичну десенсибілізацію фобічного стимулу в індивідуальних лікувальних сеансах з нейтралізацією фобічної симптоматики, для чого розробляють шкалу фобічних стимулів від слабких до найбільш сильних та значущих, який відрізняється тим, що одночасно застосовують роботу з респіраторними паттернами, використовують прийоми конфронтації з вегето-соматичними проявами тривоги, застосовують недирективну сугестію та архетипічні символи, а також поза лікувальним закладом використовують самостійний психофізичний тренінг пацієнта, при цьому лікування проводять у два етапи, де на першому етапі проводять діагностику респіраторних, м'язево-тонічних, чутливих, аналізаторних дисфункцій, зміну стану свідомості при моделюванні психотравмуючої ситуації з умовно-рефлекторним закріпленням психо-вегето-соматичних проявів фобії, після чого здійснюють діагностику респіраторних, м'язево-тонічних чутливих, аналізаторних проявів при моделюванні комфортних активних ситуацій з умовно-рефлекторним закріпленням психо-вегето-соматичних проявів відчуття комфорту, потім проводять нейтралізацію кінестетично-закріплених - фобічної та комфортної реакції, на другому етапі проводять психотерапевтичні сесії, які поділяють на три фази, в першій з яких проводять нейтралізацію кінестетично-закріплених - фобічної та комфортної реакції, застосовують тахіпное до рівня гіпервентиляції, переходять до глибокого брадипное, у другій фазі на тлі нормопное - базального циклічного дихання без паузи між вдихом та видихом, проводять роботу з символами, застосовують недирективну сугестію та прийоми регресії в часі, а також взаємодію з м'язевими структурами (місцями гіпертонусу) із використанням напруги/релаксації, в третій фазі лікувальної сесії на тлі нормопное, тахіпное поверхневого, "фокусованого

дихання", проводять модальний аналіз чуттєвого паттерну, здійснюють когнітивно-модальне перетворення контексту відношення до чуттєвого паттерну, а поза лікувальним закладом проводять самостійний психофізичний тренінг як самостійну роботу із застосуванням прийомів психофізичної саморегуляції з використанням нормопное, "фокусованого дихання", модального аналізу чуттєвого (м'язево-тонічного, апічного) паттерну, когнітивно-модального перетворення контексту відношення до чуттєвого паттерну, при цьому застосовують шкалу фобічних стимулів від слабких до найбільш сильних та значущих

2 Спосіб по п. 1, який відрізняється тим, що перший етап проводять протягом 45-75 хвилин

3 Спосіб по п. 1, який відрізняється тим, що моделювання психотравмуючої ситуації з умовно-рефлекторним закріпленням психо-вегето-соматичних проявів фобії здійснюють торканням правого плеча, а моделювання комфортних активних ситуацій з умовно-рефлекторним закріпленням психо-вегето-соматичних проявів відчуття комфорту здійснюють торканням лівого плеча

4 Спосіб по п. 1, який відрізняється тим, що нейтралізацію кінестетично-закріплених фобічної та комфортної реакції проводять шляхом афективно-когнітивного дисонансу

5 Спосіб по п. 1, який відрізняється тим, що на другому етапі у першій фазі проводять психотерапевтичні сесії в кількості 14-25 терміном 40-80 хвилин

6 Спосіб по п. 1, який відрізняється тим, що на другому етапі у першій фазі нейтралізацію кінестетично-закріплених - фобічної та комфортної реакції проводять 5-10 хвилин

7 Спосіб по п. 1, який відрізняється тим, що на другому етапі у першій фазі застосовують тахіпное до рівня гіпервентиляції з частотою дихальних циклів 25-30 за одну хвилину протягом 10-15 хвилин

8 Спосіб по п. 1, який відрізняється тим, що на другому етапі у першій фазі здійснюють глибоке брадипное з частотою дихальних циклів 6-10 за одну хвилину протягом 5-7 хвилин

9 Спосіб по п. 1, який відрізняється тим, що на другому етапі у другій фазі на тлі нормопное дихання без паузи між вдихом та видихом 12-14 ди-

(13) A

(11) 59542

(19) UA

хальних циклів за одну хвилину термін лікування становить 10-12 хвилин

10 Спосіб по п 1, який відрізняється тим, що на другому етапі в третій фазі лікування проводять

протягом 10-15 хвилин

11 Спосіб по п 1, який відрізняється тим, що як чуттєвий паттерн оцінюють м'язово-тонічний та алгічний стан

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до психіатрії, і може застосовуватись для лікування невротичних фобій

Широко відоме респіраторно-орієнтоване лікування хвороб органів дихання (1) метод К.П. Бутейка, що базується на оптимізації балансу кисню та вуглецю в органах дихання

Недоліком даного способу являється те, що він не може застосовуватись при лікуванні невротичних фобій так як в ньому не передбачені прийоми десенсибілізації (нейтралізації підвищеної чутливості) фобічного стимулу (ситуації або об'єкта, що викликають страх)

Відомий спосіб лікування невротичних фобій (2) шляхом психотерапевтичного впливу на особистість з нейтралізацією фобічної симптоматики, при якому використовують імперативну гіпноугестію (авторитарне гіпнолічне навчання) в групових та особистих лікувальних сеансах При цьому в стані гіпнолічного сну застосовують імперативні навчання, які спрямовані на нейтралізацію фобічної симптоматики

Недоліком цього способу є те, що він не може бути здійсненим в кожному окремому випадку тому, що певна частина пацієнтів неспроможна з іншої сторони, в разі імперативної гіпноугестії імовірно ускладнення типу істеричного гіпноліду (сноподібного стану поза лікувальним сеансом), спонтанного еомнабулізму, гіпнолічної летаргії

Відомий спосіб лікування невротичних фобій (3) шляхом психотерапевтичного впливу на особистість з нейтралізацією фобічної симптоматики, в якому застосовують конфронтацію і гальмування тривожної реакції в реальній ситуації Пацієнту навчують впевненість в тому, що з ним нічого не може трапитись Лікар знаходиться поруч в ситуації, яка викликає фобію Тривалість експозиції підбирають такою, щоб страх не зник вже в перші хвилини В середньому термін експозиції дорівнює 60 хвилинам

Недоліком даного способу лікування являється те, що певна частина пацієнтів, в силу великого рівня страху, відмовляються від такого способу лікування вже після першої процедури Крім того, лікареві необхідно знаходитись поруч з пацієнтом у ситуації, яка викликає фобію, досить тривалий час

Відомий спосіб лікування невротичних фобій (4) шляхом психотерапевтичного впливу на особистість з нейтралізацією фобічної симптоматики, в якому застосовують візуально-кінестетичну дисоціацію При цьому пацієнту пропонують уявити, що він (вона) розглядають на екрані ситуацію, яка викликає фобію, та уявно "випливти" із свого тіла в кінобудку, з якої проєктується "фобічний фільм" Така подвійна візуально-кінестетична дисоціація дає можливість зменшити рівень тривоги Після

цього фобічний фільм уявно перетворюють у чорно-білий та декілька разів прокручують його, нагортаючи швидкість перегляду Якщо фобічний стимул продовжує сприйматись як дискомфортний, процедуру повторюють, доповнюючи переглядом фобічної ситуації, прокручуючи "фільм" ззаду-наперед Таким чином, психотерапевтична процедура повторюється аж до повної нейтралізації фобічного стимулу

Недоліком цього способу лікування є його симптоматична орієнтованість без психотерапевтичної проробки вегетосоматичних проявів тривоги та відсутність прийомів самопомогі у пацієнта при виникненні афекту (високого рівня) страху

Відомий спосіб лікування невротичних фобій (5) шляхом психотерапевтичного впливу на особистість, який включає систематичну десенсибілізацію фобічного стимулу в індивідуальних лікувальних сеансах з ейтрапізацією фобічної симптоматики, для чого розробляють шкалу фобічних стимулів від слабкіших до найбільш сильних та значущих При цьому пацієнти опановують метод прогресивної релаксації Після чого пацієнтам пропонують уявляти собі ситуації, що викликають фобію, починаючи з самих слабких і при появі перших проявів тривоги пропонують застосувати прийоми прогресивної релаксації до повного розслаблення Якщо ситуація не викликає тривоги при уявленні, переходять до більш сильних фобічних стимулів, застосовуючи розроблену шкалу Таким чином "нейтрапізуються" всі фобічні стимули при уявленні ситуації, що викликала страх Після цього переходять до наступного етапу, в якому від уявлення переходять до дійсних ситуацій, використовуючи шкалу фобічних стимулів, починаючи з слабких до сильних

Недоліком цього способу є тривалий термін лікування та необхідність присутності лікаря в дійсних ситуаціях, що викликають фобію

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу лікування невротичних фобій шляхом респіраторно-орієнтованої психотерапії з рахунок інтегрованого багаторівневого психотерапевтичного впливу на організм пацієнта, що призводить до підвищення ефективності лікування невротичних фобій

Поставлена задача вирішується залученням респіраторних паттернів (шаблонів, моделей) та побудуванням певного алгоритму їх роботи протягом всього лікувального процесу з використанням недирективної сугестії (неавторитарне навчання) та архетипічних символів (скеля, пустеля, ріка тощо), а також десенсибілізацією фобічного стимулу При цьому здійснюють терапевтичний вплив на окремі ланцюжки патогенезу з аналізом респіраторних, м'язово-тонічних та чуттєвих розладів, аналізаторних дисфункцій, а також на порушений зв'язок

із зовнішнім середовищем

Суть способу респіраторно-орієнтованої психотерапії в лікуванні невротичних фобій полягає в тому, що здійснюють психотерапевтичний вплив на особистість, який включає систематичну десенсибілізацію фобічного стимулу в індивідуальних лікувальних сеансах з нейтралізацією фобічної симптоматики, для чого розробляють шкалу фобічних стимулів від слабкіших до найбільш сильних та значущих, згідно з винаходом одночасно застосовують роботу з респіраторними паттернами, використовують прийоми конфронтації з вегето-соматичними проявами тривоги, застосовують недирективну сугестію та архетипічні символи, а також поза лікувальним закладом застосовують самостійний психофізичний тренінг пацієнта, при цьому лікування проводять у два етапи, де на першому етапі проводять діагностику респіраторних, м'язово-тонічних, чутливих, аналізаторних дисфункцій, зміну стану свідомості при моделюванні психотравмуючої ситуації з умовно - рефлексорним закріпленням психо-вегето-соматичних проявів фобії, після чого здійснюють діагностику респіраторних, м'язово-тонічних чутливих, аналізаторних проявів при моделюванні комфортних активних ситуацій з умовно-рефлексорним закріпленням психо-вегето-соматичних проявів відчуття комфорту, потім проводять нейтралізацію кінестетично-закріплених - фобічної та комфортної реакції, на другому етапі проводять психотерапевтичні сесії (лікувальні сеанси), які поділяють на три фази, в першій з яких проводять нейтралізацію кінестетично-закріплених - фобічної та комфортної реакції, застосовують тахіпное (швидке дихання) до рівня гіпервентиляції переходять до глибокого брадипное (повільне дихання) У другій фазі на тлі нормопное (середній темп) - базального циклічного дихання без паузи між вдихом та видихом проводять роботу з архетипічними символами, застосовують недирективну сугестію та прийоми регресії в часі, а також взаємодію з м'язовими структурами (місцями гіпертонусу) із використанням напруги/релаксації, в третій фазі лікувальної сесії на тлі нормопное, тахіпное поверхневого, "фокусованого дихання" (уявне дихання крізь відчуття), проводять модальний аналіз (з використанням візуальною, аудіальною та чуттєвою аналізаторів) чуттєвого (м'язово-тонічного, алгічного) паттерну, здійснюють когнітивно-модальне (думково-аналізаторне) перетворення контексту відношення до чуттєвого паттерну, а поза лікувальним закладом проводять самостійний психофізичний тренінг як самостійну роботу із застосуванням прийомів психофізичної саморегуляції з використанням нормопное, "фокусованого дихання", модального аналізу чуттєвого (м'язово-тонічного, алгічного) паттерну, когнітивно-модального перетворення контексту відношення до чуттєвого паттерну, застосовують шкалу фобічних стимулів від слабких до найбільш сильних та значущих

Крім цього моделювання психотравмуючої ситуації з умовно-рефлексорним закріпленням психо-вегето-соматичних проявів фобії здійснюють торканням правого плеча, а моделювання комфортних активних ситуацій з умовно-рефлексорним закріпленням психо-вегето-соматичних проявів

відчуття комфорту здійснюють торканням лівого плеча Нейтралізацію кінестетично-закріплених фобічної та комфортної реакції проводять шляхом афективно-когнітивного дисонансу терміном 45 - 75 хвилин

На другому етапі проводять лікувальні сесії в кількості 14-25 в продовж 40 - 60 хвилин, у першій фазі проводять нейтралізацію кінестетично-закріплених - фобічної та комфортної реакції 5-10 хвилин, застосовують тахіпное до рівня гіпервентиляції з частотою дихальних циклів 25-30 за одну хвилину протягом 10-15 хвилин, потім глибоке брадипное з частотою дихальних циклів 6-10 за одну хвилину протягом 5-7 хвилин У другій фазі в продовж 10-12 хвилин на тлі нормопное 12-14 дихальних циклів за одну хвилину проводять психотерапевтичну роботу В третій фазі проводять аналіз та зміну контексту відношення до чуттєвого паттерну терміном 10-15 хвилин

Спосіб здійснюють наступним чином

На першому етапі, впродовж першої лікувальної сесії (45-75 хвилин), в особистій формі проводять діагностику респіраторних, м'язово-тонічних, чутливих, аналізаторних дисфункцій, зміну стану свідомості при моделюванні психотравмуючої ситуації з умовно-рефлексорним закріпленням (торкаються правого плеча) психо-вегето-соматичних проявів фобії Після чого здійснюють діагностику респіраторних, м'язово-тонічних чутливих, аналізаторних проявів при моделюванні комфортних активних ситуацій з умовно-рефлексорним закріпленням (торкаються лівого плеча) психо-вегето-соматичних проявів відчуття комфорту Потім проводять нейтралізацію (афективно-когнітивний дисонанс), кінестетично-закріплених - фобічної та комфортної реакції

На другому етапі проводять психотерапевтичні сесії в кількості 14-25, по 40-60 хвилин кожна, котрі умовно поділялись на 3 фази, які базуються на роботі з респіраторними паттернами

В першій фазі лікувальної сесії проводять нейтралізацію кінестетично-закріплених - фобічної та комфортної реакції (5-10 хвилин) Застосовують тахіпное до рівня гіпервентиляції з частотою дихальних циклів 25-30 за одну хвилину (10-15 хвилин), коли з'являються парестезії в кінцівках та періоральній області, явища гіпертонусу, головокружіння та виникнення тривоги, переходять до глибокого брадипное з частотою дихальних циклів 6-10 за одну хвилину (5-7 хвилин)

У другій фазі на тлі нормопное - базального циклічного дихання без паузи між вдихом та видихом 12-14 дихальних циклів за одну хвилину, проводять роботу з символами, застосовують недирективну сугестію та прийоми регресії в часі, а також взаємодію з м'язовими структурами (місцями гіпертонусу) із використанням напруги/релаксації (10-12 хвилин)

В третій фазі лікувальної сесії на тлі нормопное, тахіпное поверхневого, "фокусованого дихання", проводять модальний аналіз чуттєвого (м'язово-тонічного, алгічного) паттерну, здійснюють когнітивно-модальне перетворення контексту відношення до чуттєвого паттерну (10-15 хвилин)

Поза лікувальним закладом проводять аутотерапію - самостійний психофізичний тренінг, в який

включають самостійну роботу із застосуванням прийомів психофізичної саморегуляції з використанням таких респираторних паттернів нормопное - базального циклічного дихання, "фокусованого дихання", модального аналізу чуттєвого (м'язово-тонічного, алічного) паттерну, когнітивно-модального перетворення контексту відношення до чуттєвого паттерну. Застосовують шкалу фобічних стимулів від слабких до найбільш сильних та значущих.

Наведені приклади ілюструють застосування способу респираторно-орієнтованої психотерапії в лікуванні невротичних фобій.

#### ПРИКЛАД №1

Хворий Г-ко, 1961 року народження, інженер захворів у листопаді 1997 року, лікувався з 12.05.98 по 16.06.98рр в Київській міській психоневрологічній лікарні №2 з діагнозом "навіязливі фобії, obsесивно-похондричний синдром". При лікуванні застосовувались амітриптілін до 75мг на добу, феназепам 1мг на добу, психотерапевтичні сеанси з використанням ппносугесії та біхевіоральної терапії, фізіотерапевтичні процедури (хвойні ванни, підромасаж). Після закінчення лікування самопочуття добре, психічний стан задовільний. Через 6 тижнів після лікування, на підтримуючій терапії амітриптіліном (50мг на добу), самопочуття хворого знову погіршилось: посилювалась тривога, загострився страх пересування на міському транспорті та метро, повернулись навіязливі думки про слабе здоров'я. Хворий продовжував лікуватись, але без помітної позитивної динаміки.

Курс лікування по заявленому способу почався з 25.01.99р, закінчився 10.03.99р, було проведено 25 лікувальних сесій. На першому етапі впродовж першої лікувальної сесії 75 хвилин, в особистій формі проводився інструктаж 10 хвилин, після чого діагностика респираторних, м'язово-тонічних, чутливих, аналізаторних дисфункцій, зміни стану свідомості при моделюванні психотравмуючої ситуації. Тоді пацієнту допомагали згадати найбільш драматичні випадки з інтенсивними проявами страху: відчуття нудоти та головокружіння на ескалаторі метро та приступ паніки з тахікардією і відчуттям задиху на базарі. Після перших реакцій умовно-рефлекторно закріплювали (торкались правого плеча) психо-вегето-соматичні прояви фобії. Процедуру повторювали 5 разів (15 хвилин). Потім здійснювали діагностику респираторних, м'язово-тонічних, чутливих, аналізаторних проявів при моделюванні комфортних активних ситуацій, коли пацієнту, застосовуючи недирективну сугесію, допомагали згадати випадки, де він був активним та успішним. В нашому випадку це забиті голи при грі у футбол, з умовно-рефлекторним закріпленням (торкались лівого плеча) психо-вегето-соматичних проявів відчуття комфорту. Таку процедуру повторювали 7 разів (20 хвилин). Потім перевіряли умовно-рефлекторне закріплення реакцій - при натисканні на праве плече пацієнт відчував страх та дискомфорт, при натисканні на ліве плече - позитивне, комфортне відчуття впевненості в собі. Потім проводили нейтралізацію (афективно-когнітивний дисонанс), кінестетично-закріплених фобічної та комфортної реакцій. При виконанні цієї процедури (5 хвилин) одночасно

торкались обох плечей зон проєкцій негативних та позитивних реакцій та утримували впродовж 15-30 секунд, після цього пацієнт стверджував, що ті страшні випадки для нього втратили гостроту.

На другому етапі (14 лікувальних сесій) з пацієнтом розробляли шкалу страхів від незначних до самих сильних, проводили раціональну психотерапію з роз'ясненням стереотипу виникнення, проявлення та закріплення фобічних реакцій.

В першій фазі лікувальної сесії проводили нейтралізацію кінестетично-закріплених, фобічної та комфортної реакцій (5-7 хвилин). Потім застосовували тахіпное до рівня гіпервентиляції з частотою дихальних циклів 25-30 за одну хвилину (10 хвилин), коли з'являлись парестезії в кінцівках та періоральній області, явища гіпертонусу, головокружіння, виникнення тривоги, переходили до глибокого брадіпное з частотою дихальних циклів 6-10 за хвилину (7 хвилин).

Таким чином, пацієнт підсвідомо та свідомо опановував прийоми утилізації наслідків гіпервентиляції, яка мала місце на висоті афекту страху.

У другій фазі на тлі нормопное-базального циклічного дихання без паузи між вдихом та видихом 12-14 дихальних циклів за одну хвилину, проводили роботу з символами, застосовуючи недирективну сугесію. Пацієнта проводили по ситуаціях, котрі символічно імпугували тривогу та страх: довга печера, пустеля, під час чого він взаємодіяв з м'язевими структурами (місцями гіпертонусу) на вдиху - напруга, на видиху - релаксація (12 хвилин).

В третій фазі лікувальної сесії на тлі нормопное, тахіпное поверхневого, "фокусованого дихання", проводили модальний аналіз чуттєвого (м'язово-тонічного, алічного) паттерну, який є психо-соматичним проявом фобії. Далі здійснювали когнітивно-модальне перетворення контексту відношення до чуттєвого паттерну (10 хвилин), при цьому пацієнт відслідковував дискомфортні відчуття тілесно-детерміновані (м'язово-тонічний, алічний) паттерн у візуальній, кінестетичній (чуттєвій) та аудіальній модальностях.

При цьому проводили когнітивну перебудову контексту відношення до чуттєвого паттерну: пацієнт знаходив незвичайне або цікаве, зручне або комфортне в цьому паттернові, продовжуючи відслідковувати зміни в модальностях.

Поза лікувальним закладом пацієнт проводив аутотерапію - самостійний психофізичний тренінг. При цьому самостійно виконував роботу із застосуванням прийомів психофізичної саморегуляції з використанням таких респираторних паттернів: нормопное - базального циклічного дихання, "фокусованого дихання", модального аналізу чуттєвого (м'язово-тонічного, алічного) паттерну, когнітивно-модального перетворення контексту відношення до чуттєвого паттерну, застосовуючи шкалу фобічних стимулів від слабких до найбільш сильних та значущих. Причому, кожен раз після чергової лікувальної сесії пацієнт конфронтував з більш сильним та значущим фобічним стимулом.

За час лікування патологічний стереотип реагування на стимули, що викликали фобію, нейтралізувався. Був напрацьований стереотип взаємодії із стимулами, що викликали фобію із застосуванням респираторних, м'язово-тонічних, когнітивно-

модальних та аутосугестивних (самонавіюваних) прийомів

На контрольному огляді 11 05 99р та 28 12 99р скарг не виказує, психічний статус без невротичної симптоматики. Зараз пацієнт відчуває психічний та соматичний комфорт

#### ПРИКЛАД №2

Хворий Ф-ко, 1982 року народження, учень середньої школи, направлений у відділення психотерапії дільничим психіатром з діагнозом соціальна фобія, тривожно-обсесивний синдром. Після того, як був осміяний учнями на уроці, боявся відповісти, пропускав заняття в школі, нічний сон став поверхневим з частими прокиданнями серед ночі.

З 02 02 99р по 17 03 99р проведено 14 лікувальних сесій запропонованим способом. Після лікування почуває себе добре. На контрольному огляді 15 08 99р та 20 01 2000р самопочуття добре, психічний стан без невротичної симптоматики.

Таким чином, заявляємий спосіб лікування невротичних фобій є інтегративним методом, синтезуючим та оновлюючим порушені функції не тільки на системному та тілесному (організменному), а також на психічному і соціальному рівнях індивіда.

Спосіб респіраторно-орієнтованої психотерапії в лікуванні невротичних фобій дає можливість

скоротити термін лікування хворих на невротичні фобії, дозволяє поступову відміну, аж до повної, психотропних препаратів. Дає можливість застосування прийомів самопомогі пацієнту при виникненні афекту страху. Може проводитись амбулаторно, як в груповій, так і в особистій формі.

Способом респіраторно-орієнтованої психотерапії було проліковано 68 пацієнтів з невротичними фобіями на кафедрі психіатрії КМАПО та в Київській міській психоневрологічній лікарні №2.

Робота з диханням лейтмотивом проходить крізь весь лікувальний процес - всі терапевтичні прийоми здійснюються на тлі респіраторних патернів, тому спосіб лікування був названий автором "респіраторно-орієнтована психотерапія невротичних фобій".

#### Використана література

- 1 Малахов Г.П. Целительные силы. С-Петербург, 1994, т. №2
- 2 Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1982
- 3 Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков. Пер. с нем., Москва, 1998
- 4 О'Конор Д., Сеймор Д. Введение в нейролингвистическое программирование. Пер. с англ., Челябинск, 1997
- 5 Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, 1958