



**Лариса Довлад**

**Член Українського спілки психотерапевтів**

**секція КП, психоаналіз, психотерапевт**

**та супервізор**

**Травмофокус терапії (інститут нейропсихотерапії м. Відень, Австрія).**

**Магістр психології та державного управління.**

**Спеціалізація: з психосоматики, інститут**

**психотерапії і психосоматики м. Потсдам, Німеччина;**

**з психоаналітичної психосоматики в учбовій групі інституту психосоматики П'єра Марті, м. Париж, Франція.**

**Власна практика за напрямком психосоматики і соматична психотерапія м. Київ.**

**Тел.: +38 (099) 065 09 96, e-mail: laradov@ukr.net**

## **До питання про образ тіла у психокардіології**

### **Анотація.**

Статтю написано в процесі підготовки до доповіді на V Міжнародному симпозіумі з Імагінативної психотерапії тіла (ImKP) пам'яті доктора Вольфганга Льона «Цілюща комунікація з тілом» (Інститут психотерапії і психосоматики, м. Москва, Росія, 2018 р.). У статті описано дослідження проблеми психологічної допомоги у подоланні наслідків хвороб соматичними хворими завдяки відновленню доступу до власного ресурсного досвіду ранніх періодів життя. Допомога надається у порядку розробленої процедури психосоматичної регуляції і уявлення образу тіла, що сприяє якнайшвидшому подоланню наслідків хвороби.

### **Abstract.**

The article is written in the process of preparation for the report at the V International Symposium on Immigrant Psychotherapy of the Body (ImKP) in the memory of Dr. Wolfgang Lesos "Healing Communication with the Body" (Institute of Psychotherapy and Psychosomatics, Moscow, Russia, 2018). The article describes a study that relates to the hypothesis that the restoration of access to resource experience of early life of patients due to the developed procedure of psychosomatic regulation and the representation of the body image in this state promotes the speedy overcoming of the consequences of the disease.

The hypothesis has been studied in patients who have suffered a myocardial infarction, based on the rehabilitation post-infarction patients of the Alexander Kiev City Clinical Hospital in Kyiv. Also, doctors and medical staff of the department took part.

Тема досліджувалась з пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда (на базі реабілітаційного відділення післяінфарктних хворих Олександрівської міської клінічної лікарні м. Києва). Також процедури виконували лікарі та середній медичний персонал відділення.

**Ключові слова:** *психосоматична регуляція, концентративне розслаблення (КоЕ), імаго, кататимно-імагінативна терапія, образ тіла, соматична інвестиція, релаксаційна відповідь, відведення напруги, функціональний нейтралітет, ментальна дезорганізація, соматизація, травма.*

Проблемою сьогодення в Україні у галузі психічного здоров'я залишається відсутність систематичної психотерапевтичної допомоги пацієнтам з важкими соматичними хворобами. На жаль, ми не мали і не маємо на рівні державного регулювання загальної програми психотерапевтичного супроводу соматичних хворих у поліклінічних закладах та лікарнях. Це проблема, яку необхідно вирішувати, як і питання щодо дослідження, розробки й впровадження програм з профілактики соматичних захворювань, та із попередження процесів соматизації. Наразі існує достатній досвід закордонних колег, але копіювати його повною мірою неможливо, потрібна адаптація до реалій нашого медичного та соціального забезпечення, менталітету, культури та традицій в Україні.

Отримати психотерапію за наявності соматичної хвороби стає можливо тільки амбулаторно у фахівців приватної практики, і це доступно лише обмеженій кількості пацієнтів у зв'язку з невеликою кількістю досвідчених фахівців та неспроможністю більшості пацієнтів оплачувати психотерапію.

Ті психотравмивні події, які переживає Україна вже тривалий час, створюють хронічний стрес та напругу у населення, що провокує у багатьох запуск процесів соматизації. Особливо це стосується пацієнтів межової структури особистості, які схильні до психосоматичного реагування. Порушується функціонування імунної системи, і як наслідок – серцево-судинні, автоімунні, онкологічні захворювання тощо. Смертність від кардіологічних захворювань стоїть на першому місці. За даними ВООЗ (2018 р.), Україна посідає друге місце за чисельністю летальних випадків.

Кардіологічні захворювання постають у низці важких соматичних захворювань. На наш погляд, інфаркт міокарду є потужною соматичною розрядкою травматичного збудження, коли інші шляхи стають неможливі. З позиції французької школи психосоматики П. Марті існує три шляхи подолання травматичного збудження: перший – *психічний* шлях, шлях психізації, психічного опрацювання; другий – *поведінковий*, це будь-які форми порушеної поведінки, нав'язливі повторення старої травми; третій – *соматизація* – формування, створення соматичного симптому або хвороби.

Одне із фундаментальних положень психосоматики полягає в тому, що відбувається пасаж певної якості афективної енергії психічного порядку до якості органічної енергії соматичного порядку [5].

У Німеччині за наявності важких соматичних хвороб використовують метод Імагінативної психотерапії тіла (ImKP). Засновником його є В. Льош. ImKP

є спеціалізацією кататимно-імагінативної терапії Х. Льюїнера [3]. Основу методу складає робота над уявленням образів внутрішніх органів і їх систем, фізіологічних процесів в організмі та їх гармонізації. Початкові етапи психотерапевтичного впливу при соматизації здебільшого спрямовані на зняття напруги, зменшення тривоги, тому спочатку пацієнтів вчать розслабленню. Функціональне розслаблення у Німеччині досліджувала М. Футс (1908–2010). Е. Гіндлер (1885–1961) заснувала Концентративну психотерапію рухом і ввела принцип уважності (*Achtsamkeit*). Концентративне розслаблення (КоЕ) (від нім. «*Konzentriative Entspannung*») розробила А. Вільда-Кизель у 1965 році в університеті міста Лейпциг. Цей метод є на межі фізіотерапії і психотерапії. Він застосовувався для робітників на виробництві як профілактичний, також робітників спонукали до його самостійного виконання. Метод має на меті подолання стресу, втоми, виснаження. Основні принципи КоЕ – уважність та усвідомлене сфокусоване на відчутті певних частин тіла. У наш час КоЕ проводять Б. Б'єтте та Б. Хольц для соматичних пацієнтів і в травмотерапії.

У США релаксацію вивчав лікар-кардіолог Г. Бенсон у 1975 році, зокрема, він застосував терміни *реакція розслаблення*, *релаксаційна відповідь*. Г. Бенсон проводив дослідження, як змінюється тіло, коли людина глибоко розслаблена, і спостерігав, як в цей час зменшуються частота серцевих скорочень, частота дихання, артеріальний тиск, напруга у скелетних м'язях, швидкість метаболізму, споживання кисню та електропровідність шкіри. Г. Бенсон надавав дуже великого значення процесам розслаблення.

У Франції існує професія релаксолога, який працює паралельно із психосоматичним психоаналітиком, або психотерапевтом із соматизованими та психосоматичними пацієнтами.

У психосоматичних пацієнтів порушено найважливішу функцію символування і є недостатньою інтроспективна рефлексія емоційного стану, оскільки схильність до психосоматичних захворювань закладається на більш ранньому, довербальному періоді розвитку об'єктних відносин (М. Балінт). На наш погляд, ефективною є психотерапія, спрямована на роботу з уявою, образами, яка сприяє процесу символізації свого тіла, різноманітних тілесних процесів, хвороби тощо. До феномену образу тіла можна віднести наскальні малюнки наших предків, які зображують людину. Термін *образ тіла* ввів П. Шилдер у 1935 році. Він стверджував, що це є візуальне уявлення власного тіла, яке ми формуємо у своїй свідомості. Разом з тим, ще в 1886 році італійський лікар-психіатр Е. Морселлі досліджував і описав спотворення образу тіла – дисморфофобію.

П. Бернштейн визначила шість етапів розвитку образу тіла: наділення тіла позитивним афектом, створення меж між тілом та навколишнім середовищем, усвідомлення частин тіла та їх взаємозв'язку, рух тіла у просторі, статева ідентифікація і процес старіння.

Французький дитячий психоаналітик Ф. Дольто розробила концепцію несвідомого образу тіла. Вона розрізняє тілесну схему і образ тіла, вважаючи, що образ тіла притаманний кожній конкретній людині, адже він пов'язаний із суб'єктом і його історією. Він значною мірою є несвідомий. У травмі, у стані заціпеніння, потрібно повільно, поступово дати відчутти частини тіла, тобто, так

би мовити, вернути образ тіла зі звичною для нього тілесною схемою та звичними апілюваннями до цієї тілесної схеми [1].

Ж. Лакан у статті «Стадія дзеркала як така, що творить функцію Я» зауважує, що коли встановлюється зв'язок між тілом і його імаго, дитина, яку підтримує дорослий, застигає, стараючись зафіксувати в полі зору миттєву картину власного відображення [2].

У роботі ми користувалися теорією психосексуального розвитку представника сучасного психоаналізу Г. Хорна, який слідом за своїми попередниками поділяє розвиток дитини на шість основних стадій: нарцисичну, пизоїдну, депресивну, анальну, едіпальну, латентну [6]. Також під час виконання психосоматичної регуляції опиралися на п'ятифазну модель аутогенного стану за В. Люте: 1) *рефлекторна реактивність*, яка настає вже з прийняттям звичного положення тіла; 2) *пасивна концентрація* відбувається під час промовляння інструкції; 3) *пасивне прийняття* за наявності реакції розрядки; 4) *функціональний нейтралітет* (це добродійна фаза глибокого розслаблення, що є відповідною «лікувальному сну»; 5) *фаза адаптації* (часткове розслаблення або вихід).

Нами було розглянуто реакції пацієнтів на перенесений інфаркт міокарду з позиції травмафокусованої терапії Т. Вебера. Він є засновником методу, спрямованого на опрацювання стресу, травми і хронічного болю внаслідок регулювання ЦНС.

Для визначення більш ефективної психотерапевтичної допомоги постраждалим на інфаркт міокарда та досягнення скорішого поновлення стану протягом 2017–2018 років було проведено емпіричне дослідження.

Теоретичний аналіз літературних джерел та матеріалів навчальних семінарів з інституту психотерапії і психосоматики німецької школи В. Льоша, австрійської школи інституту нейропсихотерапії Т. Вебера, а також французької школи психоаналітичної психосоматики П. Марті та власний набутий практичний досвід психотерапії пацієнтів з важкими соматичними хворобами дали змогу сформулювати гіпотезу, що відновлення доступу до ресурсного досвіду ранніх періодів життя пацієнтів і уявлення образу тіла у цьому стані сприяє якнайшвидшому відновленню.

**Опис.** Для підтвердження або спростування цієї гіпотези було проведено емпіричне дослідження на базі реабілітаційного відділення післяінфарктних хворих Олександрівської міської клінічної лікарні м. Києва. У ньому взяли участь 133 респонденти – пацієнти лікарні (80 чоловіків та 53 жінки) віком від 23 до 89 років, також вісім респондентів – лікарі та середній медичний персонал, загалом 141 респондент. Форма роботи – групова, заняття протягом 1,5–2 годин проводилися один раз на тиждень (поспідовно з різними групами пацієнтів). У групах брали участь від 6 до 10 осіб.

З методів діагностики було застосовано метод спостереження, слухання. Використовувалася суб'єктивна шкала оцінки психосоматичного стану SUD від 0 до 10, діагностика символіки образів за Х. Льюїнером, діагностичні елементи 5-ти фазової шкали аутогенного стану В. Люте.

Для більш ефективного виконання психосоматичної регуляції застосовували авторське обладнання: особливі мати, валики спеціальної форми, розміру, матеріалу, наповнення, кольору; тверді, пробкові, кам'яні, гумові засоби, кам'яні ковдри, індивідуальні підставки, теплі м'які пледи. Використання всіх цих засобів має важливу роль для поновлення сенсорної інтеграції, яка часто порушується у результаті інфаркту міокарду.

Треба зазначити важливість комфортного, затишного, теплового та безпечного простору для роботи з соматичними пацієнтами.

**Хід групового сеансу.** На першому етапі роботи було знайомство. Воно відбувалося в колі. На початку було представлення психотерапевта, потім промовлялися правила групи (конфіденційність, повага, не оцінювання, вимкнений звук телефону). Було проведено психоедукацію та запропоновано по черзі назвати своє ім'я, вік і сказати те, про що є бажання сказати. Пропонувалося суб'єктивно оцінити свій психосоматичний стан за шкалою від 0 до 10.

На другому етапі було запропоновано кожному обрати з запасом підручні засоби, які пасуватимуть, і покласти поруч на відстані руки. Психосоматична регуляція виконувалася лежачи на спині, із заповненням відстані між тілом і опорою підручними засобами. Це вимагало певного часу та викликало багато запитань, на які було важливо надати відповіді. Пацієнти, які не могли лежачи виконувати вправу, робили її в сидячи.

Проговорювалось, що за необхідності, за бажанням пацієнта, можна буде робити паузу в будь-який момент, самостійно виходити з процесу – що є обов'язкове правило для соматичних пацієнтів, яке дає їм відчуття контролю процесу. Також пацієнти не повинні відчувати й терпіти незручності, тобто можуть в будь-який момент змінювати положення тіла (Б. Хольц).

Було використано авторську інструкцію щодо розслаблення й виконання психосоматичної регуляції. Наприкінці запропоновано уявити «Образ тіла». Наступним етапом було малювання та обговорення вправи в колі. Було запропоновано малювати рукою, що не домінує (В. Льюїс), дати назву своїм малюнкам та підписати їх. Це викликало пожвавлення, жарти. Хтось згадував, що малював останній раз у дитинстві, хтось казав, що і домінуючою не вмів малювати і нічого не вийде (уточнення за потребою: *а Ви знаєте багато людей, які вміють малювати недомінуючою рукою? Ми нічого не оцінюємо!*). Були пацієнти, які так і не змогли малювати. Їм пропонувалося писати одночасно обома руками цифри, букви, малювати фігури.

Далі було проведено коло зворотного зв'язку, де пацієнти казали про свої враження від роботи, здивування, визначали, що було найприємнішим, а головне, що не сподобалось. Висловлювання неприємних почуттів є дуже важливе, оскільки для психосоматичних пацієнтів характерне є блокування проявів агресивних імпульсів. У групі, у безпечному просторі це є соціально дозволено. Пацієнти розглядали малюнки по черзі по колу і висловлювали свої асоціації та почуття, підбадьорюючи один одного.

Далі було запропоновано оцінити свій психосоматичний стан за шкалою SUD від 0 до 10.

Пацієнтам пропонувалося надати рекомендації щодо покращення роботи психотерапевта, висловити свої відгуки, стати вчителями для психотерапевта.

Наприкінці групи кожному надавались спеціально розроблені *листи психосоматичної регуляції* та рекомендації для самостійного виконання. Далі відбувалося прощання.

**Аналіз перебігу процесу та отриманих результатів.** У результаті дослідження вдалося зробити такі узагальнення та висновки. Із точки зору нейрофізіології основною психосоматичною реакцією пацієнтів на перенесення інфаркту міокарду є реакції травми: спостерігалось заціпеніння у 90 % пацієнтів, втечі у 5 %, нападу у 5 %. Характерні риси іммобілізації ЦНС (Т. Вебер): дисоціація, у тілі постійна м'язова напруга, дихання поверхневе, холодні кінцівки, скутість, оніміння. Пацієнти мають обличчя сірого кольору із застиглим нерухомим виразом.

Когнітивні функції знижені, пацієнти небагатослівні, пригнічені. Основний є страх смерті, також мають місце страхи повторного інфаркту, відриву тромбу, раптової зупинки серця, нестерпного болю. Спостерігалась виражена тривожно-депресивна симптоматика – скарги на порушення сну, відчуття постійної тривоги, страху.

У процесі проведення з групою кардіопацієнтів психосоматичної регуляції спостерігалось відведення напруги (Б. Хольц) або реакція розрядки (В. Люте), а саме: відчуття оніміння, повзання мурах, поколювання, жару, болю, посмикування, також відчуття важкості у лівій стороні тіла, асиметрія, тиннитус, різне температурне сприйняття частин тіла. Дисморфобія: спотворення суб'єктивного сприйняття схеми тіла: відчуття непомірно надутого тіла, руки надмірно довгі, дуже великі долоні, ноги різної довжини та ваги; значна різниця у відчутті лівої та правої сторін тіла, відсутність відчуття тіла зовсім, відсутність відчуття контакту тіла з опорою. Важливо, що усі ці відчуття змінювались в процесі або зникали відразу після усвідомлення і проговорення пацієнтами і були відсутні після завершення виконання вправи.

Ці реакції на психосоматичну регуляцію відбувались за рахунок одночасного активування правої та лівої півкулі головного мозку і здійсненню процесу латералізації – міжпівкульової взаємодії. Одна півкуля відповідає за раціональне – пацієнти виміряли силу контакту, розмір, температуру, вагу; друга відповідає за ірраціональне: уяву, відчуття – пацієнтам пропонувалося *відчутти* розмір, силу контакту, а також уявлення «Образу тіла», що активує лімбічну систему. Промовляння вголос активувало голосовий та звуковий центри мозку, повільне, приязне, усвідомлене дихання (Т. Вебер) активувало центр дихання та вагус – найдовший нерв ЦНС, що містить у собі волокна з різних центрів мозку та іннервує дихальну систему, серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, печінку, селезінку, підшлункову залозу тощо.

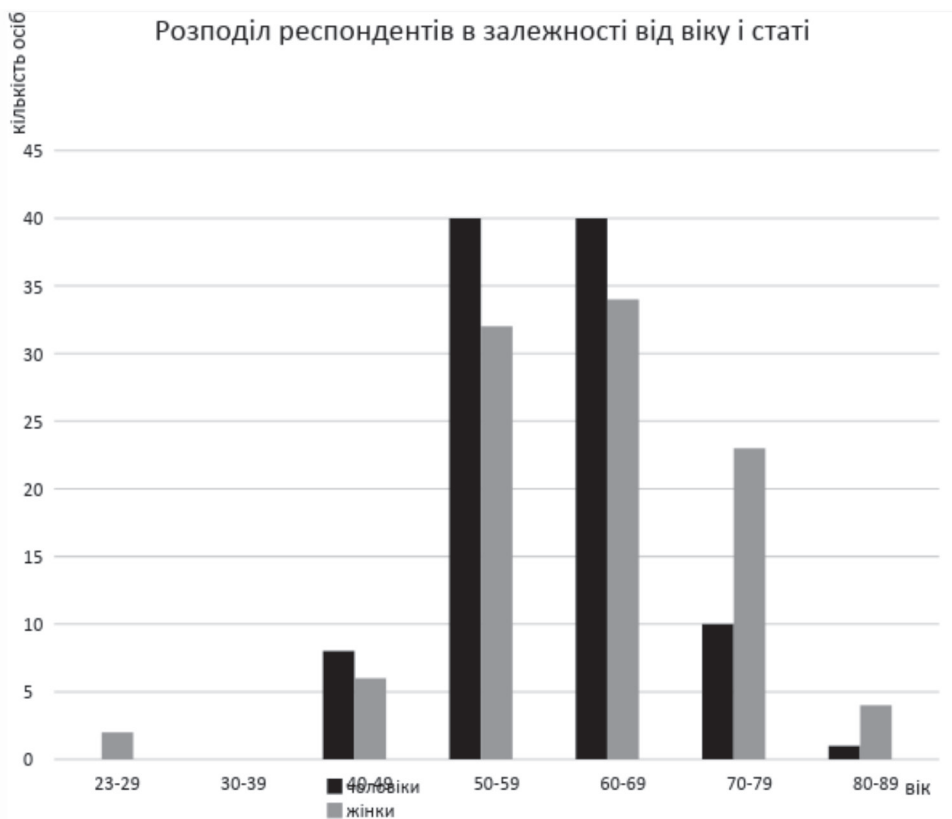
Важливе є те, що психотерапевт, подібно до турботливої мами, звертається до пацієнта та називає частини тіла, пацієнт описує свої відчуття прислухаючись до себе, концентруючи увагу, відновлює образ тіла. Пропоноване уявлення «Образу тіла» сприяє інтеграції частин тіла, відчуттю і формуванню його цілісності та меж.



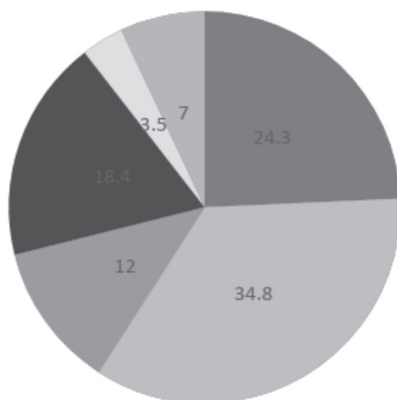
**Аналіз результатів.** Аналізуючи отримані результати дослідження післяінфарктних пацієнтів з позиції психоаналітичної психосоматики, можливо зазначити слабку, майже відсутню, оніричну (сновидійну) та асоціативну діяльність, і загалом діяльність всього психічного апарату. Сни майже відсутні, не яскраві, бліді, монотонні, безсюжетні. Заблоковано вільне говоріння, є алекситимія, агедонія, а також обмежена рухова активність. Пацієнти перебувають ніби у замкнутому колі, їм доступний лише соматичний шлях відреагування травматичного збудження (психічний та поведінковий шляхи загальмовано (П. Марті)).

Принципове і нове є те, що виконуючи психосоматичну регуляцію, *пацієнти посідають активну позицію* в подоланні наслідків хвороби і в поновленні свого організму. Вони *були моїми вчителями*, завдяки спільній взаємодії народилися різні вимірювальні параметри відчуттів контактів тіла.

У своїх відгуках пацієнти були щиро вдячні за увагу до них, відзначали велику цінність психотерапевтичної допомоги; казали, що ці засоби у стаціонарах є *необхідні*.



*Діаграма 1. Порівняльні вікові й статеві дані 133 респондентів*



**Діаграма 2. Процентне співвідношення вільних асоціацій до «Образу тіла»**

Де:

34,8 % – символіка внутрішньоутробного періоду розвитку і 1-го року життя: кокони, човни, коліски, люльки;

24,3 % образів – межі тіла;

18,4 % – символи першого року життя (які відповідають оральній стадії психосексуального розвитку за Г. Хорном) – квіти, лут, струмок, природні ландшафти, рослини, трава;

12 % – нарцисична символіка: хмара, небо, політ птаха, дельфіни;

7 % – агресивна анальна символіка (напад, захист): каміння, пружини, статуї, зла страшна тварина чи страшна маска;

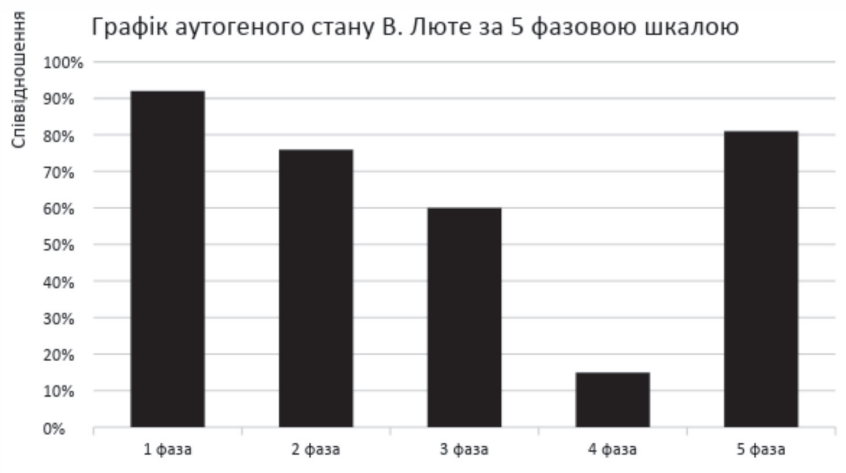
3,5 % – порожнеча, чистий аркуш (характерно для глибоко травмованих пацієнтів, які перебувають у дисоціації)



**Графік 1. Порівняння психосоматичного стану за шкалою SUD (0-10) на початку і наприкінці групи**



Спостерігається зниження рівня психосоматичної напруги за шкалою SUD з 8–10 на початку до 3–6 наприкінці групи, що свідчить про значний психотерапевтичний ефект.



**Графік 2. Порівняння даних аутогенного стану на початку і наприкінці групи за п'ятифазовою шкалою В. Люте.**

Згідно з п'ятифазовою шкалою аутогенного стану В. Люте в процесі проведення групи:

92 % пацієнтів набули *першої фази рефлексорної реактивності*;

76 % набули *другої фази пасивної концентрації під час промовляння інструкції*;

60 % пацієнтів набули *третьої фази пасивного прийняття (реакція розрядки або відведення напруги)*;

15 % пацієнтів набули *четвертої фази функціонального нейтралітету, що відповідає «лікувальному сну»*;

81% пацієнтів набули *5-ої фази адаптації це часткове розслаблення*.

Звернула увагу на думки пацієнтів (які висловлювалися спонтанно) щодо причин виникнення інфаркту. На першому місці – втрата близької людини, роботи, будинку, втрата звичних форм соціальної активності у зв'язку з виходом на пенсію. Далі – виснажлива робота без відпочинку, розлучення, ДТП, хронічний стрес, соціальна та політична ситуація в країні. Цікаво, що для когось інфаркт став несподіванкою на фоні повного здоров'я, не було попереднього болу в ділянці серця. Ряд жінок розповіли, що отримали інфаркт після розлуки із синами, які мали наркотичну залежність і їх примусово лікували (це також є об'єктною втратою при співзалежних стосунках). Узагалі пацієнти описували механічне життя, що відповідає оперативному функціонуванню (К. Смаджа).

Пацієнти скаржилися на атмосферу в лікувальних закладах, якість ставлення до них медичних працівників та їхню недостатню компетентність, а саме: некоректні формулювання діагнозу чи прогнозу перебігу захворювання,

порушення етичних норм у спілкуванні, лікарські помилки, упереджене ставлення, холодність, черствість, неуважність, гіпердіагностику та гіперлікування, а також жалюгідний стан санітарних умов стаціонару. Важливий чинник був - відсутність достатньої кількості грошей на лікування та операції.

Зазначимо окремо низку питань стосовно лікарів та медичного персоналу, які взяли участь у дослідженні. Вони мають велику потребу в проведенні психоедукації з метою формування психосоматичної обізнаності та етики спілкування з пацієнтами, особливо в ситуаціях повідомлення поганих новин, діагнозу. Ці дані роблять очевидною необхідність розробки і впровадження засобів з профілактики професійного виснаження, психогігієни. За результатами дослідження в групі лікарів спостерігаються однакові з пацієнтами показники рівня стресу, ступені регресу, психосоматичної регуляції, образу тіла. Виявлення причин такої подібності реакції пацієнтів після інфаркту і медичних працівників потребує додаткового дослідження.

Для пацієнтів додатковий ресурс до подальшого одужання - підтримка родини та формування цілей на майбутнє життя. Серед цілей були озвучені такі: повернення до роботи (*бо треба забезпечити родину*), перегляд ставлення до себе (відпочинок, давно відкладена поїздка у відпустку до моря, на дачу, подорожі, заняття своїм здоров'ям), очікування онуків, погашення кредиту в банку, виконання своєї мрії, заняття творчістю, спортом.

Слід зазначити, як змінювалося сприйняття лікарів і медичного персоналу, особливо середнього та молодшого, появи психотерапевта у відділенні реабілітації – спочатку прохолодне, негативне, а часом і відверто агресивне ставлення поступово змінювалося зацікавленням і доброзичливістю, співпрацею.

На рівні контрперенесення можна зауважити, що у роботі психотерапевта з кардіопацієнтами відчувалася не властива м'язова і ментальна втома, у зв'язку з репресією афекту, властивою психосоматичним пацієнтам. Утома провокується гальмуванням моторного вияву – чим більше пригнічуються агресивні потяги, тим сильніший вираз втоми (П. Марті). Загострювались екзистенційні питання особистого ставлення до смерті, життєвих цінностей і пріоритетів, а також психогігієни. У цих випадках допомагали добрі родинні стосунки, гумор, знання та практичний досвід, приналежність до професійної спільноти, супервізії в різних модальностях, строго регламентована за часом волонтерська праця, якісний відпочинок і задоволення. Головним чинником стала відповідь на запитання самій собі: *навіщо я це роблю?*

Як ми бачимо завдяки дослідженню, послідовне виконання психосоматичної регуляції і уявлення «Образ тіла» веде до *глибокої психосоматичної регресії до внутрішньоутробного періоду розвитку та періоду першого року життя*. Це надає ресурс, сприяє соматичній інтеграції та інвестиції, відтворенню суб'єктивного несвідомого образу тіла, часто порушеного внаслідок травми – перенесеного інфаркту міокарда. У процесі виконання відбувається формування меж тіла, «набуття себе», переживання образу тіла символічно. Психосоматична регуляція, як самостійна процедура є перший етап реабілітації та основа для подальшої психотерапевтичної роботи з відновлення соматичних пацієнтів. Також може

бути інструментом профілактики важких психосоматичних станів (кардіофобії, канцерофобії...). Особливо це важливо для пацієнтів межового рівня структури, які схильні до психосоматичного реагування. Їм притаманна постійна напруга тіла, хронічна втома, дифузна тривога, відсутність «відчуття себе» – все це відбувається за рахунок поганої менталізації, дезорганізації підсвідомого, що часто веде до соматизації.

Проводити психосоматичну регуляцію можливо індивідуально і в групах, скерованих на зняття стресу, напруги, психоемоційного виснаження, поновлення власного ресурсу, покращення кровообігу та нервової іннервації, а також за наявності порушень сну.

Узагальнюючи та аналізуючи отримані результати дослідження, можна зробити висновок, що гіпотеза підтверджується. Наступне дослідження буде - погляд з позиції психодинаміки на процедуру психосоматичної регуляції і уявлення «Образу тіла» за наявності важких соматичних хвороб – серцево-судинних, автоімунних, онкології, хронічних болях. Вважаю, що психодинамічне поєднання, доповнення та поглиблення психосоматичної регуляції і уяви «Образу тіла» може стати самостійним окремим напрямком – *Релаксаційна психотерапія*.

Актуальне питання постає - розробка програми психотерапевтичного супроводу соматичних пацієнтів в стаціонарах, реабілітаційних центрах. Впровадження навчальної програми у напрямку психотерапевтичної допомоги соматичним пацієнтам для фахівців різних напрямків психотерапії, лікарів, фізіотерапевтів, реабілітологів, медичних сестер, соціальних працівників, які можуть використовувати психотерапію в певній модифікації.

#### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Дольто Ф. Бессознательный образ тела. Собр. сочинений. Т. 16. Ижевск : Ergo, 2006. 376 с.
2. Лакан Ж. Стадия зеркала как образующая функцию Я. // Ж. Лакан. Семинары. Т. 1. М., 1998.
3. Лейнер Х. Кататимное переживание образов. М. : Эйдос, 1997. 286 с.
4. Материалы семинара Б. Хольц «Концентративное расслабление (КоЕ) в работе с пациентами, пережившими психическую травму». Институт психотерапии и психосоматики (IPP). Потсдам, 2017.
5. Смаджа К. Опературная жизнь : Психоаналитическое исследование. Пер. с фр. М. : Когито-Центр, 2014. 256 с. (Библиотека психоанализа).
6. Хорн Г. Шесть этапов развития ребенка в зеркале символдрамы. // Символ и драма. 2000. № 5. С. 12–25.