

УДК: 159.923.35

orcid.org/ 0000-0002-5951-2196

dx.doi.org/10.5281/zenodo.60194

Т.Б. Хомуленко  
Національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди, м. Харків

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ РЕСУРС ВНУТРІШНЬОГО ДІАЛОГУ З ТІЛЕСНИМ Я ПРИ ПСИХОСОМАТИЦІ ПАРНИХ (ЖІНОЧИХ) ОРГАНІВ**

У роботі представлена структурно-функціональна модель тілесного Я. Описано зміст когнітивного і емоційно-ціннісного компонентів тілесного Я. Обґрунтовано, з позиції культурно-історичного підходу, механізм саморегуляції тілесного Я. Експериментально виявлено психологічні особливості пацієнтів із захворюваннями парних органів. Запропонована методика ПАВА для розвитку здібності вести діалог з тілесним Я, що має психотерапевтичним ресурсом. Визначено ефективність методики ПАВА для роботи зі сальпінгоофоритом.

*Ключові слова:* психосоматика парних органів, структурно-функціональна модель тілесного Я, культурно-історичний підхід, саморегуляція, методика ПАВА (персоніфікація, асоціація, візуалізація, аналогізація), сальпінгоофорит.

**Т.Б. Хомуленко**

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ РЕСУРС ВНУТРЕННЕГО ДИАЛОГА С ТЕ- ЛЕСНЫМ Я ПРИ ПСИХОСОМАТИКЕ ПАРНЫХ (ЖЕНСКИХ) ОРГАНОВ**

В работе представлена структурно-функциональная модель телесного Я. Описано содержание когнитивного и эмоционально-ценностного компонентов телесного Я. Обоснован, с точки зрения культурно-исторического подхода, механизм саморегуляции телесного Я. Экспериментально выявлены психологические особенности пациентов с заболеваниями парных органов. Предложена методика ПАВА для развития способности вести диалог с телесным Я, который обладает психотерапевтическим ресурсом. Определена эффективность методики ПАВА для работы с сальпингофаритом.

*Ключевые слова:* психосоматика парных органов, структурно-функциональная модель телесного Я, культурно-исторический подход, саморегуляция, методика ПАВА (персонификация, ассоциации, визуализация, аналогизация), сальпингоофорит.

**Т.В. Homulenko**

## **PSYCHOTHERAPEUTIC RESOURCE OF THE INTERNAL DIALOGUE WITH BODILY SELF WHEN DEALING WITH PSYHOSOMATICS OF PAIRED (FEMALE) ORGANS**

The article presents structural and functional bodily self structure. The content of cognitive and emotionally-valuable components of bodily self is described. The mechanism of bodily self self-regulation from the point of cultural and historical approaches is grounded. Psychological features of patients experiencing diseases of paired organs are determined experimentally. PAVA methodology aimed at developing the ability to have a dialogue with bodily-self which possesses psychotherapeutic resource is offered. The efficiency of PAVA methodology for working with salpingitis is determined.

*Keywords:* psychosomatics of paired female organs, structural and functional bodily self model, cultural and historical approach, self-regulation, PAVA (personification, associations, visualization, analogues) methodology, salpingitis.

На сучасному етапі розвитку науки непересічного значення набуває вирішення питань, які знаходяться в зоні міждисциплінарної проблематики. До такого кола питань відноситься проблематика психосоматики. Оскільки психосоматика це галузь науки, яка досліджує психосоматичні симптоми і психосоматичні феномени нормального функціонування, її проблематика стосується не тільки медичної психології, але і психології розвитку. Недостатньо уваги в дослідженнях з психології розвитку приділяється особливостям становлення та формування тілесного Я. Саме це обумовило **актуальність** нашої роботи.

**Метою** роботи було виділити структурні компоненти тілесного Я та розробити методику актуалізації внутрішнього діалогу з тілесним Я, що забезпечує психотерапевтичний ефект при роботі з психосоматикою парних органів.

**Міра наукової розробки проблеми.** Поряд із психосоматичними симптомами (ПСС) виділяють психосоматичні феномени нормального функціонування (ПСФНФ) до яких відносять різні психологічні здатності, процеси, якості, які мають відношення до тілесної інформації. ПСФНФ можуть бути пов'язані з когнітивною та емоційно-ціннісною сферою. При цьому активність кожної з цих сфер має відношення до того, що діється в тілі людини. В даному випадку мовиться про так зване тілесне Я (bodily self).

Тілесне Я – є компонентом Я-концепції (поряд із соціальним Я, духовним Я, культурним Я, фізичним Я, тощо), який відповідає за когнітивний і емоційний супровід тілесного функціонування, забезпечує його регулятивний ефект, що реалізується в процесі внутрішнього діалогу з тілесним Я, з самим собою про тіло.

Когнітивний компонент тілесного Я включає групу ПСФНФ базового рівня, представлених такими здатностями і процесами:

– знання про своє тіло (як продукт пізнання і продукт аналізу тілесного досвіду);

– здатність фіксувати увагу на внутрішніх відчуттях, міра розвитку інтрацептивної чутливості, здатність моніторити її якісні та кількісні зміни;

– здатність до вербалізації інтрацептивної чутливості (що, де, як);

– здатність закарбовувати, зберігати і відтворювати тілесну інформацію (тілесна пам'ять, тілесні навички);

– здатність до образного уявлення про тіло, його диференційованість (деталізованість, багатокомпонентність) та інтегрованість (повнота і цілісність);

– здатність маніпулювати образом тіла у власній уяві;

– активність асоціативного мислення по відношенню до тілесної інформації;

– здатність сприймати тілесну інформацію як знаково-символічну, що опосередковує розуміння послання без свідомого;

– здатність приймати раціональні рішення відносно проблемних ситуацій, пов'язаних з тілом.

Емоційно-ціннісний компонент тілесного Я проявляється у ПСФНФ, представлених якостями пов'язаними з відношенням до свого тіла, в мірі байдужості-небайдужості до свого тіла. Наприклад. Я якось відношусь чи байдужий до свого тіла; я відношусь до свого тіла добре чи погано; я думаю, що відношусь добре, а на ділі погано; я відношусь дуже добре чи дуже погано; моє відношення сприяє чи стоїть на заваді повноцінному функціонуванню; мені подобається (не подобається) моє відношення до тіла; я збираюсь (не збираюсь) міняти своє відношення до тіла. Емоційно-ціннісний компонент тілесного Я відображається в таких психічних якостях, як почуття, які переживає людина по відношенню до свого тіла (захищеність – незахищеність, дружелюбність – ворожість, спокій – тривога, турбота – безтурботність, впевненість - невпевненість); в позитивності, адекватності, динамічності, силі переживання цих почуттів.

Регулятивний ефект тілесного Я забезпечується за рахунок:

– системи ПСФНФ базового рівня, які відносяться до когнітивного та емоційно-ціннісного компоненту тілесного Я;

– знань про механізми саморегуляції тілесного функціонування та умінь їх використовувати.

Послідовність когнітивних і емоційних процесів, які приводять до ефекту саморегуляції така: регулюється те, що відчувається; відчувається те, на що звертається увага; увага звертається на те, що небадьуже; небадьуже те, що відомо.

Механізм, що забезпечує саморегуляцію тілесного відображений в такій послідовності процесів: знання – відношення – увага – внутрішнє відчуття – внутрішній діалог.

На думку представників культурно-історичної психології [2] психосоматичні феномени норми можуть набувати ознак вищих психічних функцій. Проте вони швидше є продуктом вищих психічних функцій, тому коректніше говорити про систему ПСФНФ як про таку, яка може забезпечити перехід тілесного Я на рівень вищих форм функціонування, рівень рефлексивної регуляції. Тобто не психосоматичний феномен – це вища психічна функція, а система психосоматичних феноменів забезпечує виникнення вищих форм функціонування в області тілесного Я.

Рівень вищих форм функціонування психічних явищ (вищі психічні функції за Л.С. Виготським [1]) ми визначаємо як такий, що відрізняється знаково-символічним опосередкуванням саморегуляції.

Вищі форми функціонування тілесного Я відрізняються рефлексивною регуляцією тілесного функціонування тобто такою регуляцією, яка заснована на зворотному зв'язку (внутрішньому діалозі). Внутрішній діалог з тілесним Я є психосоматичним феноменом метарівня:

– завдяки об'єднанню в собі психосоматичних феноменів базового рівня, які складають когнітивний і емоційно-ціннісний компоненти тілесного Я (таке об'єднання забезпечує можливість рефлексивної регуляції тілесного);

– завдяки виходу за межі тілесного Я, адже тілесне Я є лише одним із суб'єктів діалогу.

Інтеріоризація, яка відрізняє за культурно-історичною теорією Л.С. Виготського [1] становлення вищих психічних функцій в онтогенезі здійснюється по відношенню до тілесного Я як процес психологізації тіла. Саме психологізація тіла є істотною характеристикою процесу розвитку тілесного Я. Результатом психологізації тіла є повний арсенал ПСФНФ базового рівня, які які складають когнітивний та емоційно-ціннісний компоненти тілесного Я. Єдність цих компонентів забезпечує можливість регулятивного ефекту, суб'єктивізації тіла і внутрішнього діалогу з тілесним Я.

Рефлексивна регуляція більш результативна адже вона суб'єкт-суб'єктна, діалогічна, тобто основана на зворотному зв'язку. Внутрішній діалог з тілесним Я передбачає такі два суб'єкта, як “Я в тілі” і “Я тіло”. “Я в тілі” є цілісною єдністю організму, що має психіку і тіло, в якому головує психологічний конструкт Я. “Я тіло” – є тілом, яке пройшло у своєму розвитку етап психологізації. Суб'єкти внутрішнього діалогу мають передати послання, сприйняти його, відповісти, сприйняти реакцію на відповідь (див. рис. 1).

На відміну від рефлексивної регуляції, регуляція більш низького рівня суб'єкта – об'єктна, тобто предмет регуляції пасивний. Об'єкта не питають, чи подобається йому, чи потрібно йому, щоб його регулювали, щоб

його саме так регулювали. Об'єкт, доки він об'єкт не може відповісти і не може бажати. Така відсутність діалогу, зворотного зв'язку приводить до більш низького рівня регулятивного ефекту.

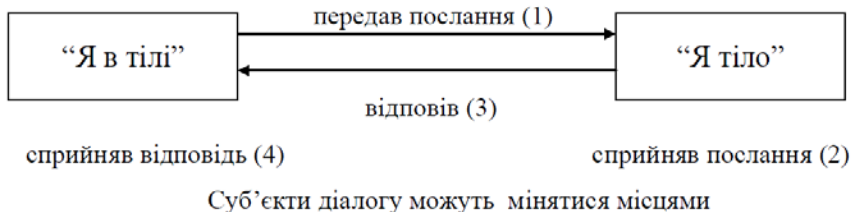


Рис. 1. Схема транзакцій внутрішнього діалогу як психосоматичного феномену метарівня.

Психосоматичні феномени, які мають відношення до тілесної симптоматики чи нормального функціонування можуть скласти конструктивний чи деструктивний варіант змісту тілесного Я, який проявляється в різній якості і результативності регулятивного ефекту.

Конструктивний варіант змісту тілесного Я забезпечує нормальне функціонування організму за рахунок повноти змісту когнітивного компоненту, позитивності та адекватності змісту емоційно-ціннісного компоненту і рефлексивної регуляції. Деструктивний варіант змісту тілесного Я приводить до психосоматичних симптомів за рахунок низького рівня розвитку здатностей, процесів, які складають психосоматичні феномени когнітивного компонента тілесного Я і не рефлексивного характеру регуляції чи її відсутності.

Психосоматичні симптоми – негативні тілесні прояви, порушення у функціонуванні органів чи підсистем організму. Серед причин порушень істотною частиною є психологічна складова. До такої складової слід відносити:

- емоційні стани (стресу, депресії, страху, фрустрації, заздрості, образи, провини, ворожості, розчарування, сорому, підозрілості, залежності);
- внутрішні конфлікти (при виборі варіантів рішення, при співпаданні одночасно несумісних бажань, між бажанням і заборонаю, між бажанням і можливістю);
- труднощі адаптації (при необхідності зміни алгоритму дій чи поведінкового стереотипу);

– складні життєві ситуації (*ситуації зміни* в: основній діяльності, просторі існування, соціальной системі і місця в ній, сімейній системі; *ситуації небажані*: ненадійності, несвоечасності, невідповідності, неочікуваності; *ситуації неординарні*: нетрадиційності, небуденності, незвичайності, неймовірності). В основі негативних реакцій на складні життєві ситуації знаходяться проєкція, помилки розуміння, якість прогнозування.

В цілях запобігання чи подолання негативних наслідків деструктивного варіанта чи сприяння виникненню конструктивного варіанта змісту тілесного Я необхідно цілеспрямоване керівництво розвитком тілесного Я.

Система прийомів розвитку тілесного Я відображена в методиці ПАВА [3].

ПАВА є аббревіатурою таких понять, як персоніфікація, асоціації, візуалізація, аналогізація, що є назвами етапів методики.

Методика ПАВА спрямована на сприяння розвитку здатності до внутрішнього діалогу з тілесним Я. використання методики може приводити до усвідомлення символіки тілесних сигналів як джерела інформації про суть внутрішніх конфліктів, які обумовили ефект соматизації.

На першому етапі методики ПАВА, на етапі “Персоніфікація” здійснюється дві трансформації – інтеріоризація та інтерналізація.

1. Інтеріоризація діалогу з тілесним Я здійснюється в такій послідовності:

*I рівень* внутрішнього діалогу з тілесним Я, як діалог “Я – Інший”, де другий суб’єкт діалогу представлений персоніфікованою проблемною частиною тіла. Це реалізується в завданнях типу:

– уявіть проблемний орган, як живу істоту, спитайте, що вона відчуває, хоче, переживає; що притаманно вам?

– уявіть, наприклад, “людину серця” (якщо проблемний орган серце); дайте відповідь на ті ж запитання, що у попередньому завданні.

– подумайте, можливо те, що притаманне вам складає причину тілесної проблеми.

*II рівень* внутрішнього діалогу з тілесним Я, як діалог “Я – частина Я”, де другий суб’єкт діалогу представлений проблемною частиною тіла, з якою ідентифікувалася людина. Це реалізується в завданнях типу:

– ідентифікуйтеся з проблемним органом, спитайте себе, які почуття, думки приходять вам у голову в момент ідентифікації, в чому різниця стану до і під час ідентифікації, подумайте, можливо ця різниця і складає причину вашої тілесної проблеми;

Такі завдання в психокорекційних цілях роботи із симптомом виконуються з проблемним органом. У розвивальних цілях завдання виконуються з різними органами і частинами тіла.

2. Інтерналізація локуса контролю за тілом реалізується в завданнях типу:

- зміни фразу у якій відображено діагноз, наприклад, “у мене гіпертонія” на “я гіпертонію”; порівняй різницю у власних почуттях і думках;
- намалюй себе хворим, намалюй себе, малюючим себе хворим; порівняй різницю у власних почуттях і думках

В результаті формується переконання про особисту відповідальність за те, що діється з тілом і підконтрольності цього.

Поряд з інтеріоризацією внутрішнього діалога з тілесним Я та інтерналізацією локусу контролю за тілом активізується уважність до власного тіла, його проблем, актуалізується увага до інтрацептивних сигналів, їх диференційоване сприйняття і здатність до їх вербалізації; вдосконалюється образ тіла.

На другому етапі реалізації методики ПАВА, на етапі “Асоціації” здійснюється діалог із самим собою про тіло, в результаті чого людина отримує зворотній зв'язок на користь переваг інтернального локуса контролю відносно тілесних подій. В процесі такого діалога активізується асоціативне мислення, яке дає основу для визначення символіки тілесних симптомів чи сигналів. Асоціації виникають при відповідях на питання:

– Які події, вчинки, думки, переживання співпадають у часі з появою симптома? У випадку повторюваності симптома які події, вчинки, думки, переживання з ним співпадають? Подумайте про можливі причини такого співпадання?

– В якому віці з'явився симптом? В якому віці припинився симптом чи змінилася його динаміка? Як змінився симптом в результаті тривалості його прояву? Як ця інформація може допомогти в розумінні психологічного сенсу симптома, регуляції його динаміки і сили прояву.

– За яких характеристик простору був зафіксований симптом? Чи змогли б вони обумовити виникнення симптома? Подумайте чому.

– Чи обумовив симптом зміну простору? Що ви в цих умовах можете зробити нового? Як до цього можна дійти без допомоги симптома?

– Уявіть себе, що ви виздоровіли. Як змінився б ваш простір? Щоб ви зробили, щоб цього досягти?

– Чому це діється саме з вами? Який шанс дає вам хвороба?

– Що змінилося в діях, думках, переживаннях в результаті появи симптома? Чим вам це корисно? Як інакше, не через симптом, ви цього можете досягти?

Виявлення асоціації між появою симптому і його просторово-часовими характеристиками, між симптомом, тим що йому передувало і тим, що слідувало (причина - наслідок) за ним дає можливість співвіднести події життя, думки, вчинки, суб'єктивні переживання і симптом. В ре-

зультаті цього виявляються основи для визначення психологічного сенсу тілесних сигналів, які проявляються у вигляді симптомів чи інших тілесних знаків.

На третьому етапі реалізації методики ПАВА, на етапі “Візуалізація” здійснюється оволодіння прийомами регуляції I рівня – регуляції наслідку. Така регуляція передбачає використання прийомів візуального мислення і активацію здатності маніпулювати образом тіла у власній уяві.

У формі маніпуляції з образом тіла його органами чи підсистемами здійснюється саморегуляція симптома і психокорекція тілесної проблеми. В якості зворотнього зв'язку про позитивний результат образної маніпуляції служить позитивна динаміка в переживаннях і відчуттях. А саме людина не фіксує негативні відчуття пов'язані з симптомом.

На другому і третьому етапах методики ПАВА здійснюється активізація асоціативного та візуального мислення для переходу на III рівень внутрішнього діалогу з тілесним Я – символічного діалогу. На I, II рівнях внутрішнього діалогу зворотній зв'язок вербальний чи сенсорний (див. етапи “персоніфікація”, “асоціації”, “візуалізація”). На III рівні діалогу зворотній зв'язок символічний, тобто у формі символів (див. етап “аналогізація”).

На четвертому етапі реалізації методики ПАВА, на етапі “Аналогізація” здійснюється використання аналогії для сприйняття симптома (тілесного сигналу) як символічного послання безсвідомого через тіло. На цьому рівні переважає регуляція II рівня – регуляція внутрішньої причини (а не наслідку) та зворотній зв'язок опосередкований символами (а не вербально чи сенсорно).

Оскільки внутрішньою причиною тілесного симптома є психологічна проблема, яка може бути представлена у вигляді метафори, то зворотній зв'язок про її корекцію як і інформація про її наявність символічно опосередкована. В основі тілесної метафори лежить, з одного боку, осмислення явищ душевного життя через явища тілесного життя, а з іншого – проведення паралелей між тілесним функціонуванням і подіями душевного життя. Образні асоціації є базою для виявлення спільного між тим, що діється у хворому органі і проявляється в органічних і функціональних його проявах і тим, що здійснюється в психічних процесах. Результатом такого співвідношення можуть бути умовиводи відносно сенсу і символіки психологічного послання, яке міститься у проявах тілесного захворювання чи інших тілесних сигналах не пов'язаних із діагнозом. В основі розуміння такого послання лежить аналогія (припущення про існування у явища деяких ознак, характерних іншому явищу, на основі виявлених спільних рис) і метафора (перенесення якостей одного предмета на інший на



основі їх схожості в якому-небудь відношенні). Аналогізація здійснюється в процесі виконання таких завдань.

1. А. Відмітьте особливості функцій в органі чи системі організма, які аналізуються (функція понижена, підвищена, нестійка).

Б. Визначте. Які серед функцій органа порушені (функція віддачі, розщеплення, об'єднання, руху, пропуску, функція вимагає гнучкості чи ні тощо). Подумайте, які з психічних функцій, поведінкових проявів мають аналогічну динаміку? Може це схоже на те, що притаманно вам?

2. А. Назвіть протилежності до метафор хвороби. Наприклад: сердечний – безсердечний, дихати повними грудьми – затамувати подих. Проаналізуйте відмінності, які з виділених відмінностей для вас конструктивні чи деструктивні.

Б. Спробуйте візуалізувати метафору, яка відповідає аналізованому захворюванню. Опишіть поведінку людини, якій підходить дана метафора. Наприклад, метафора до гіпертонії – «підстрибнути до стелі». Спробуйте уявити образ в динаміці, ситуацію в розвитку.

3. А. Співвіднесіть, що діється з вами у зовнішньому і внутрішньому світі з одного боку, і те, що діється з органом чи підсистемою організму з іншого. Наприклад: робота не за схильностями та інтересами – функціонування не за призначенням; саморозчинення, самоуїдання – деструктивний вплив органа на власні тканини за рахунок гіперфункції. Подумайте, як результати співвіднесення можна використати для позитивної корекції вашого здоров'я і вашої життєвої ситуації.

Б. – Спробуйте знайти подібність вашого хворого органа чи підсистеми організма з об'єктами чи явищами дійсності за особливостями їх функцій чи форми. Наприклад, клапан серця, який западає, і двері, які погано закриваються.

– Знайдіть аналогію у внутрішньому світі людини. У нашому прикладі це психічні процеси, які забезпечують розділ світу на Я і не – Я, на внутрішній і зовнішній простір.

– Застосуйте віднайдену аналогію як мішень психокорекції.

4. А. Використайте метаорган–конструкції, наприклад (якщо проблемний орган серце): уявіть “шлунок вашого серця”, які думки приходять вам в голову (наприклад, ми є те, що ми їмо). Переведіть першу думку в контекст сфери поведінки (Ми те, з ким ми спілкуємося). Далі переведіть думку в контекст сфери пізнання (Ми те, про що думаємо).

Б. Спробуйте застосувати інші метаорган–конструкції поєднуючи у фразі різні органи і частини тіла з власним проблемним органом. Подумайте, як віднайдені аналогії можуть допомогти зрозуміти символіку тілесного послання.

Для контролю позитивної динаміки після застосування методики ПАВА доцільно використовувати проєктивну методику “Вербалізація Я-тілесного” [1].

Зміст методики “Вербалізація Я-тілесного”

Показники отримувані за методикою: кількість речень; співвідношення прикметників і прислівників з дієсловами та іменниками в характеристиці тіла; кількість аналогій; кількість характеристик позитивного ставлення; кількість тверджень, які характеризують ставлення до тіла, як до суб’єкта; кількість діалогічних тверджень; кількість тверджень – індикаторів цілісності (єдності душі та тіла).

Інструкція: “Вам слід запропонувати варіанти закінчення речень”.

<b>Параметри</b>	<b>Незакінчені речення</b>
Тіло – наслідок – причина	1. Моє тіло є наслідком того, що... 2. Завдяки моєму тілу...
Тілесна аналогія	3. Моє тіло схоже... 4. Моє тіло, як...
Тілесне ставлення	5. Я ставлюсь до тіла, як до... 6. Тіло зі мною ...
Діалог з тілесним Я	7. Я кажу тілу... 8. Тіло говорить мені...
Цілісність	9. Я і моє тіло... 10. Я з тілом...

Високий рівень вербалізації тілесного, який досягається після успішного проходження методики ПАВА, характеризується високою цілісністю, діалогічністю, дивергентністю, метафоричністю, позитивністю, прийняттям тіла та ставлення до нього, як до суб’єкта.

В нашому дослідженні ми порівнювали експериментальні дані у хворих на сальпінгофарит (яєшники), нефрит (нирки), та тонзиліт (мигдалини).

Проводячи дослідження, ми спиралися на припущення, що існує взаємозв’язок між певними соціально-психологічними особливостями особистості та психосоматичними захворюваннями. В ході дослідження ми вивчали рівень соціальної фрустрованості, домінуючу стратегію психологічного захисту в спілкуванні, стиль поведінки в конфліктній ситуації з метою знайти зв’язок між цими якостями та схильністю до захворювань парних органів психосоматичного генезу.

Підбиваючи підсумки аналізу рівня фрустрованості досліджуваних хворих на захворювання парних органів, можна зробити висновок про те,

що найбільш фрустрованими виявились досліджувані з захворюванням на тонзиліт – 23% від загальної кількості досліджуваних (при кількості досліджуваних з високим рівнем фрустрованості 26,6%). На відміну, у досліджуваних із захворюваннями на сальпінгофарит і нефрит переважають низький рівень та відсутність фрустрованості.

Між типом захворювання парних органів та типом реагування в конфліктних ситуаціях виявлено статистично значущий позитивний зв'язок на рівні  $p < 0,01$ .

Хворі з діагнозом тонзиліт за показником дослідження домінуючої стратегії психологічного захисту мають переважно тип агресія, що складає (60%) з групи хворих. Серед пацієнтів із сальпінгофоритом уникнення та агресія характерні для більшості досліджуваних. Дані розподілені наступним чином: 44,4% – агресія, 44,4% – уникнення, 11% складає мирлобство. Серед пацієнтів із нефритом, більша частина групи має домінуючий тип уникнення, а саме – 66,6%. Провідним типом реагування в конфліктній ситуації для досліджуваних з тонзилітом є компроміс (60%) та суперництво (40%). Для досліджуваних із сальпінгофоритом та нефритом є пристосування (66,6%).

Між типом захворювання парних органів та ступенем (рівнем) фрустрованості виявлено статистично значущий позитивний зв'язок на рівні  $p < 0,01$ . Статистично значущий позитивний зв'язок було виявлено між типом реагування в конфліктних ситуаціях та типом провідної стратегії психологічного захисту на рівні  $p < 0,001$ .

Група хворих на сальпінгофорит була використана в якості досліджуваних для застосування методики ПАВА як психотерапевтичного заходу.

Психокорекційний вплив методики позначився на зниженні показників таких стратегій життєвого захисту, як уникнення та агресія. Значущість відмінностей на початку та в кінці застосування методики ПАВА відмічається на рівні  $p < 0,01$ .

В якості першого висновку слід підкреслити, що методологія розвитку тілесного Я необхідно має включати наступне:

1) розвиток ПСФНФ, які складають зміст когнітивного компонента тілесного Я;

2) актуалізація якостей, які складають позитивний зміст емоційно-ціннісного компонента тілесного Я;

3) врахування механізму саморегуляції в області тілесного, відображеного в такій послідовності процесів, як: знання, відношення, увага, внутрішнє відчуття, внутрішній діалог;

4) інтеріоризацію діалогу з тілесним Я (від діалога за типом “Я – Інший” до діалога за типом “Я – частина Я”);

- 5) інтерналізацію локусу контролю тілесного;
- 6) розвиток від регуляції наслідку до регуляції внутрішньої причини;
- 7) розвиток від зворотного зв'язку через відчуття до зворотного зв'язку через символи.

Другий висновок. Між типом захворювань парних органів та рівнем фрустрованості, типом реагування в конфліктних ситуаціях, типом провідної стратегії психологічного захисту виявляється позитивний статистично значущий зв'язок.

Третій висновок. Застосування методики ПАВА як засобу забезпечення внутрішнього діалогу з тілесним Я у хворих на сальпінгоофорит спричиняє зниження показників таких стратегій психологічного захисту, як уникнення та агресія.

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1.Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Собр. соч. в 6-ти томах. — М.: Педагогика, 1983. — Т. 3: Проблемы развития психики. — С. 5-328.

2.Хомуленко Т.Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід: Навч.-метод. посіб. / Т.Б.Хомуленко, І.О.Філенко, К.І.Фоменко, О.С.Шукалова, М.В.Коваленко. — Х.: Діса плюс, 2015. — 264 с.

3.Хомуленко Т.Б. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та практичні аспекти. / Т.Б. Хомуленко, Я.О. Василенко, М.В. Коваленко // Вісник ХНПУ імені Г.С.Сковороди. Психологія, Вип. 49. — Х.: ХНПУ, 2014. — С. 176-192.

*Надійшла до редколегії 11.02.2016*