

Юдіна Ірина Юріївна, магістр психології, ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 02000, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна; +38(067) 772-84-85; tashalifex@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4270-6795>

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ

Анотація.

Ключові слова: психоемоційні стани, тілесно-орієнтована терапія.

Постановка проблеми. В сучасному науковому просторі є ряд авторів, які активно вивчають психоемоційні стани, однак праць, присвячених дослідженню впливу саме тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани – обмаль.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Тілесно-орієнтована терапія – це напрямок психотерапії, в якому психологічні проблеми пацієнтів розглядаються у взаємному зв'язку з особливостями функціонування їхнього тіла. Основною відмінністю цього напрямку є відсутність протиставлення тіла та розуму, концентрація на глибоких тілесних відчуттях та їх дослідження, декодування незадоволених потреб прихованих у тілесному стані особистості, а також застосування рухової активності з метою діагностики та аналізу сутності проблеми, її виразності, довільності та спонтанності. Тілесно-орієнтовану терапію вважають особливо ефективною в роботі з психосоматичними порушеннями, неврозами, наслідками психічних травм і посттравматичними стресовими розладами, депресивними станами.

Формулювання мети статті. Мета – дослідити вплив тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани особистості.

Виклад основного матеріалу. Дослідження проводилося на базі Всеукраїнської Асоціації традицій і культури Китаю. В дослідженні взяли

участь рандомізованими чином обрані та розподілені на групи 93 особи, з яких 46 увійшли в контрольну групу, і 47 - в експериментальну. Особи, які перебувають в дисгармонійному психоемоційному стані, відзначаються пасивністю та суб'єктивним відчуттям поганого самопочуття. Ми підібрали декілька валідних стандартизованих методик для вимірювання особливостей та ступеню прояву цих станів, а саме: тест «Самооцінка психічних станів» Айзенка, опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої), «Чи в порядку ваші нерви?», «Ваші нерви» В. Коулман, Фізіономічний тест Куніна, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера. Статистична обробка отриманих результатів проводилася за методиками: аналіз рангових кореляцій Спірмана, U-критерій Манна-Уїтні, а також описовий аналіз даних.

Експеримент проводився у формі «тест-вплив-ретест», тобто, проводилася первинна діагностика, психокорекційний вплив, вторинна діагностика. До психокорекційної програми увійшли: дихальні вправи, релаксаційні вправи, вправи спрямованого напруження та розслаблення м'язів.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Застосування тілесно-орієнтованої терапії в роботі з тривожністю, агресивністю, ригідністю та фрустрацією є ефективним та може бути рекомендоване для зниження рівня негативних психоемоційних станів, підвищення настрою, покращення самопочуття, впливу на якість життя людини шляхом зміни суб'єктивного сприйняття реальності, зміщення акценту в позитивну сторону.

Аннотація

Юдина И. Ю., магістр психології, ПрАТ «ВУЗ «МАУП», Київ, Україна.
Исследование влияния телесно-ориентированной психотерапии на психоемоциональные состояния личности.

Ключевые слова: психоемоциональные состояния, телесно-ориентированная терапия.

Постановка проблемы. В современном научном пространстве есть ряд авторов, которые активно изучают психоэмоциональные состояния, однако работ, посвященных исследованию влияния именно телесно-ориентированной терапии на психоэмоциональные состояния - мало.

Анализ последних исследований и публикаций. Телесно-ориентированная терапия - это направление психотерапии, в котором психологические проблемы пациентов рассматриваются во взаимной связи с особенностями функционирования их тела. Основным отличием этого направления является отсутствие противопоставления тела и ума, концентрация на глубинных телесных ощущениях и их исследования, декодирование неудовлетворенных потребностей скрытых в телесном состоянии личности, а также применение двигательной активности с целью диагностики и анализа сущности проблемы, ее выразительности, произвольности и спонтанности. Телесно-ориентированную терапию считают особенно эффективной в работе с психосоматическими нарушениями, неврозами, последствиями психических травм и посттравматическими стрессовыми расстройствами, депрессивными состояниями.

Формулировка цели статьи. Цель - исследовать влияние телесно-ориентированной терапии на психоэмоциональные состояния личности.

Изложение основного материала. Исследование проводилось на базе Всеукраинской Ассоциации традиций и культуры Китая. В исследовании приняли участие рандомизированным образом выбранные и разделенные на группы 93 человека, из которых 46 вошли в контрольную группу, и 47 - в экспериментальную. Лица, находящиеся в дисгармоничном психоэмоциональном состоянии, отличаются пассивностью и субъективным ощущением плохого самочувствия. Мы подобрали несколько валидных стандартизированных методик для измерения особенностей и степени проявления этих состояний, а именно: тест «Самооценка психических состояний» Айзенка, опросник САН (самочувствие, активность, настроение),

«В порядке ваши нервы?», «Ваши нервы» В . Коулман, физиономический тест Кунина, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера. Статистическая обработка полученных результатов проводилась по методикам: анализ ранговых корреляций Спирмана, U-критерий Манна-Уитни, а также описательный анализ данных. Эксперимент проводился в форме «тест-воздействие-ретест», т. е. проводилась первичная диагностика, психокоррекционных влияние, вторичная диагностика. В психокоррекционную программу вошли: дыхательные упражнения, релаксационные упражнения, упражнения направленного напряжения и расслабления мышц.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Применение телесно-ориентированной терапии в работе с тревожностью, агрессивностью, ригидностью и фрустрацией является эффективным и может быть рекомендовано для снижения уровня негативных психоэмоциональных состояний, повышения настроения, улучшения самочувствия, влияния на качество жизни человека путем изменения субъективного восприятия реальности, смещения акцента в положительную сторону.

Annotation

Yudina I Yu, Magister of Psychology, The Private Joint-Stock Company Higher Educational Institution Interregional Academy of Personnel Management; Kyiv, Ukraine. **The study of the influence of body-oriented psychotherapy on the psycho-emotional state of the individual.**

Key words: psycho-emotional states, body-oriented therapy.

Formulation of the problem. In the modern scientific space there are a number of authors who are actively studying psycho-emotional states, but there are few works devoted to the study of the effect of body-oriented therapy on psycho-emotional states.

Analysis of recent research and publications. Body-oriented therapy is a direction of psychotherapy in which the psychological problems of patients are

considered in mutual relation with the peculiarities of the functioning of their body. The main difference in this direction is the lack of opposition between body and mind, focusing on deep bodily sensations and their research, decoding unmet needs of the person hidden in the bodily state, as well as the use of motor activity to diagnose and analyze the essence of the problem, its expressiveness, arbitrariness and spontaneity. Body-oriented therapy is considered particularly effective in dealing with psychosomatic disorders, neuroses, the effects of mental trauma and post-traumatic stress disorders, depressive conditions.

Formulating the purpose of the article. The goal is to investigate the influence of body-oriented therapy on the psycho-emotional states of a person.

The presentation of the main material. The study was conducted on the basis of the All-Ukrainian Association of Traditions and Culture of China. The study was randomly selected and divided into groups of 93 people, of whom 46 were included in the control group, and 47 - in the experimental group. Persons who are in disharmonious psycho-emotional state, are passive and subjective feeling of poor health. We selected several valid standardized methods for measuring the characteristics and degree of manifestation of these states, namely: Aysenck's "Self-assessment of mental states" test, SAN questionnaire (health, activity, mood), "Is your nerves in order?", "Your nerves" V. Coleman, Kunin's physiognomic test, Spielberger's scale of reactive and personal anxiety. Statistical processing of the obtained results was carried out according to the following methods: analysis of Spearman rank correlations, Mann-Whitney U-test, and descriptive data analysis. The experiment was carried out in the form of "test-impact-retest", that is, primary diagnostics, psychocorrectional influence, and secondary diagnostics were carried out. The psycho-correction program includes: breathing exercises, relaxation exercises, exercises of directional tension and muscle relaxation.

Conclusions and prospects for further research. The use of body-oriented therapy in work with anxiety, aggressiveness, rigidity and frustration is effective and can be recommended to reduce the level of negative psycho-emotional states,

improve mood, improve well-being, influence the quality of life of a person by changing the subjective perception of reality, shifting the focus in a positive way.

Ключові слова: психоемоційні стани, тілесно-орієнтована терапія.

Постановка проблеми. Життя людини набуває кольору завдяки емоціям. За допомогою психоемоційних станів людини відбувається організація психічних процесів, формується суб'єктивне ставлення до явищ дійсності, здійснюється її відображення. Будь-які суттєві зміни зовнішнього середовища та внутрішнього світу особистості викликають певний відгук у людини як цілісності і спричиняють перехід у новий психічний стан, змінюють рівень активності суб'єкта, характер його переживань тощо.

Психоемоційні стани визначають характер діяльності людини та впливають на міжособистісну взаємодію. Психоемоційні стани певною мірою залежать від фізичного здоров'я людини, але з іншої сторони впливають на стан фізичного самопочуття. Поглиблення та інтенсивність негативних психоемоційних станів може призвести до розвитку патологій та нервових розладів. Саме тому важливим питанням є дослідження та робота з психічними станами.

В сучасному науковому просторі є ряд авторів, які активно вивчають психоемоційні стани, однак праць, присвячених дослідженню впливу саме тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани – обмаль.

Тілесно-орієнтована психотерапія – це порівняно молодий напрямок терапії. Концепцію тілесно-орієнтованої терапії розробляли В. Райх, О. Лоуен, М. Александер, В. Янов та ін., пропонуючи різні методи та напрямки [6]. Існує ряд досліджень впливу цього напрямку терапії на фізичне (О. І. Плаксина та інші) та психічне самопочуття (Т. О. Напрєєнкова, О. О. Прокоф'єва, С. В. Яковлєв) [7, 9]. Втім, немає глибокого комплексного дослідження впливу тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційний стан особистості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вважається що тілесно-орієнтований напрям в консультуванні з'явився як віха психоаналізу. Навіть основоположник цього напрямку, З. Фрейд, з метою стимуляції асоціативного потоку масажував деяким клієнтам голову і плечовий пояс. Вільгельм Райх, учень та наступник З. Фрейда, вводить в терапію проблему тілесності як базової умови людського існування. Він вказує на нерозривність розуму та тіла, звертаючи увагу на дисгармонію їх взаємозв'язку, як передумову виникнення невротичного конфлікту сучасної людини. Науковець прагне поєднати класичний психоаналіз та соматичні прояви, досліджує взаємозв'язок психологічного і тілесного аспекту. В. Райх одним з перших почав пропагувати холістичні та екологічні ідей в психології. Робить наголос на важливості розслаблення, знятті м'язового напруження, так би мовити, знятті захисного «м'язового панцира», що веде за собою відновлення здатності до глибоких емоційних переживань, зокрема любові [10].

На основі психоаналізу З. Фрейда та під впливом В. Райха, свою теорію пропонує О. Лоуен – «біоенергетичний аналіз». Ключовою думкою теорії є тлумачення відчуттів тіла як проявів емоційного стану людини. Основною користю від застосування біоенергетичного аналізу О. Лоуена вважають: зміну стереотипів поведінки, зокрема в конфліктних ситуаціях; зміну відношення до зовнішнього та внутрішнього світу; усунення енергетичних блоків (людина почуває себе бадьоро та енергійно); оздоровлення тіла загалом (виправляється постава, глибоке дихання); налагодження гармонійних стосунків, прийняття та віддавання любові; відновлення здатності отримувати задоволення від життя; вирішення дитячих та юнацьких проблем (психологічних травм) [6].

Також на основі теорії В. Райха з'являється метод структурної інтеграції І. Рольф, або «рольфинг». Він являється прямим фізичним втручанням з метою психологічної модифікації особистості. На думку І. Рольф, здорове тіло має бути прямим та вертикальним, витратити мінімум

енергії для цього, не зважаючи на силу тяжіння. Тим не менш, під дією стресів, тіло підлаштовується та відбувається викривлення. Структурна інтеграція – це система, мета якої - привести тіло до кращої м'язової рівноваги, наближеної до оптимальної пози, при якій можна провести пряму через вухо, плече, стегнову кістку та гомілку, повернути тілу правильне положення та риси за допомогою глибокого витягування м'язових фасцій, що часто супроводжується болем [3]. Іншим підходом, який підкреслює функціональну єдність тіла і психіки і ставить акцент на дослідженні звичних поз і постави, а також на можливості їх поліпшення, є метод Александра - навчання інтегрованим рухам, що полягає у застосуванні звичних тілесних поз та їх вдосконаленні, зрівноважуванні голови і хребта [11]. Зазначені теорії, методики та системи спрямовані навчати людину бути більш розслабленою, природною як у відпочинку, так і в діяльності [11].

До тілесно-орієнтованої терапії також сьогодні відносять хатха йогу – древню практику, яка об'єднує тіло та розум, тілесне та психічне. В Америці проводили дослідження та виявили позитивний вплив йоги для підвищення стресостійкості організму та зниження стресогенної поведінки. Згідно досліджень, систематичні заняття йогою знижують відчуття стресу, тривожності та депресії у людей. Крім того відзначають покращення сну, зниження ризику серцево-судинних захворювань (інколи рекомендують в цілях профілактики). Заняття йогою покращує дихання, загальний фізичний стан, знімає напруження в м'язах. Таким чином, практика йоги може застосовуватися в психотерапії. Тілесно-орієнтована терапія – це напрямок психотерапії, в якому психологічні проблеми пацієнтів розглядаються у взаємному зв'язку з особливостями функціонування їхнього тіла. Основною відмінністю цього напрямку є відсутність протиставлення тіла та розуму, концентрація на глибинних тілесних відчуттях та їх дослідження, декодування незадоволених потреб прихованих у тілесному стані особистості, а також застосування рухової активності з метою діагностики та аналізу сутності проблеми, її виразності, довільності та спонтанності [4].

Метою та основними завданнями тілесно-орієнтованої терапії є пошук найпростіших способів вирішення внутрішніх конфліктів, об'єктивізації «образу Я» для усвідомлення автоматичних рухових патернів, розвитку креативних та когнітивних здібностей особистості, підвищення рівня адаптивності тощо [8]. Тілесний досвід необхідний для розвитку саморефлексії суб'єкта, для формування комунікативних навичок, для збагачення чуттєвого досвіду та повноцінного сприймання дійсності, розширення творчого потенціалу людини, формування гнучкості та адаптивних навичок. Також, чуттєвий досвід є одним з важливих факторів розвитку особистості, формування адекватної самооцінки та самоствавлення, він розвиває пізнавальні процеси, поглиблює відчуття та сприймання, за рахунок чого людина починає впевнено орієнтуватися в найрізноманітніших умовах [8]. В нормі стан стресу призводить до біологічної реакції організму – адаптації. Але, у разі надмірної дії стресових чинників, неможливості уникати стресової ситуації або надмірної сили подразників може розвиватись патологічний стан. До таких станів належать: посттравматичний розлад, емоційне вигорання, синдром хронічної втоми тощо. Тривала дія стресу несе шкоду не лише психічному здоров'ю, але й соматичному, зокрема це серцево-судинні захворювання. З іншої сторони, спрямована дія на «постраждалі» органи або частини тіла внаслідок стресу, може сприяти підвищенню чутливості до дії конкретного подразника, збільшення стресостійкості [5]. Тілесно-орієнтовану терапію вважають особливо ефективною в роботі з психосоматичними порушеннями, невротами, наслідками психічних травм і посттравматичними стресовими розладами, депресивними станами. Тілесно-орієнтована терапія являє собою унікальний і ефективний спосіб особистісного росту і цілісного розвитку людини, що допомагає зв'язати в одне ціле її почуття, розум і тілесні відчуття, відновити втрачені і прибудувати відсутні взаємозв'язки між ними, створити умови довірливого і повного контакту людини з життям її тіла [1].

Формулювання мети статті. Мета – дослідити вплив тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани особистості.

Виклад основного матеріалу. Дослідження проводилося на базі Всеукраїнської Асоціації традицій і культури Китаю. В дослідженні взяли участь рандомізованими чином обрані та розподілені на групи 93 особи, з яких 46 увійшли в контрольну групу, і 47 - в експериментальну. Експеримент проводився у формі «тест-вплив-ретест», тобто, проводилася первинна діагностика, психокорекційний вплив, вторинна діагностика. До психокорекційної програми увійшли: дихальні вправи, релаксаційні вправи, вправи спрямованого напруження та розслаблення м'язів.

Для визначення особливостей впливу засобів тілесно-орієнтованої терапії на психоемоційні стани людини, дослідження здійснювалося за таким планом: визначити особливості психоемоційної сфери осіб, які вирішили відвідати заняття тілесно-орієнтованої терапії; скласти програму корекції психоемоційної сфери засобами тілесно-орієнтованої терапії та провести відповідні заняття; дослідити та проаналізувати трансформацію психоемоційних станів після впливу тілесно-орієнтованої терапії; визначити ефективність відповідної практики.

Одним із завдань дослідження є діагностика психоемоційного стану особистості. Ґрунтуючись на теоретичному аналізі можемо визначити, що основними психоемоційними станами можна вважати: настрій, тривожність, фрустрованість, депресивність, агресивність, ригідність тощо. Як ми зазначали, особи, які перебувають в дисгармонійному психоемоційному стані (наприклад, депресія), відзначаються пасивністю та суб'єктивним відчуттям поганого самопочуття. Таким чином ми підібрали декілька валідних стандартизованих методик за допомогою яких можемо виміряти особливості та ступінь прояву цих станів, а саме: тест «Самооцінка психічних станів» Айзенка, опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій), «Чи в порядку ваші нерви?», «Ваші нерви» В. Коулман, Фізіономічний тест Куніна, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера. Статистична

обробка отриманих результатів проводилася за методиками: аналіз рангових кореляцій Спірмана, U-критерій Манна-Уїтні, а також описовий аналіз даних.

Формуючи контрольну групу, важливим було питати респондентів на предмет відвідування різних практик, таких як хатха-йога, у-шу, тай-чі, цигун тощо. Адже ці практики використовують різні дихальні техніки та є основою для багатьох тілесно-орієнтованих методів. Натомість, зайнятість в активних видах спорту (футбол, фітнес, теніс тощо) не вважаємо чинником, який може спотворити результати дослідження.

Згідно первинної діагностики, ми виявили, що за методикою САН у досліджуваних експериментальної групи переважає хороше самопочуття (36,2%) та середнє самопочуття (34,0%), особи у яких виявлено нижчий рівень самопочуття склали 29,8% групи (таб.1., рис.1.).

Таблиця1.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за методикою САН

Рівень показника		Експериментальна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=91, tкритичне=1,987 при рівні значимості $\alpha=0,05$)
		абс. число	%	абс. число	%	
Самопочуття	низький	14	29,8	6	13,0	56,57
	середній	16	34,0	22	47,8	42,43
	високий	17	36,2	18	39,1	7,07
Активність	низький	26	55,3	5	10,9	148,49
	середній	12	25,5	29	63,0	120,21
	високий	9	19,1	12	26,1	21,21
Настрій	низький	7	14,9	4	8,7	21,21
	середній	17	36,2	27	58,7	70,71
	високий	23	48,9	15	32,6	56,57
Всього		47	100	46	100	

Як видно з таблиці, результати дослідження за всіма трьома шкалами методики САН контрольної та експериментальної груп мають статистично значимі відмінності. Аналізуючи результати дослідження контрольної групи,

можна сказати, що вона характеризується переважно середніми значеннями самопочуття, настрою та активності (за методикою САН).

Згідно методики, результати 4 та нижче свідчать про знижене самопочуття, а також настрої та активність. Результати 5 та вище свідчать про хороше самопочуття. Відповідно, результати в межах від 4 до 5 вважаємо середніми.

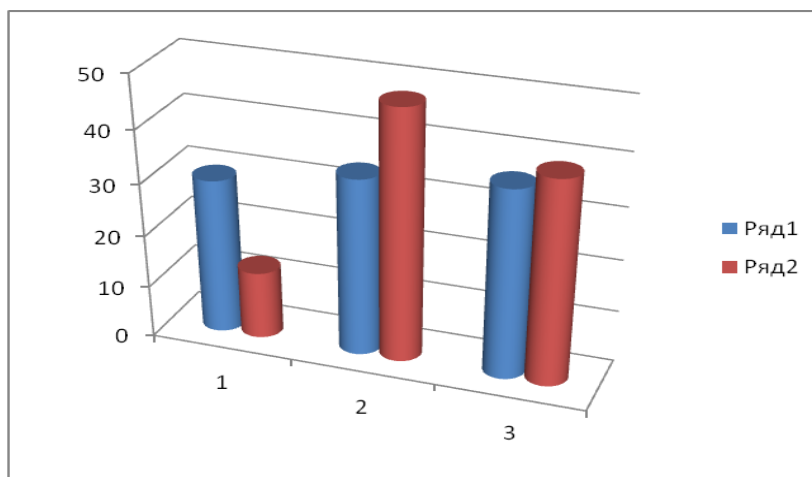


Рис.1. Результати по шкалі «самопочуття» методика САН (ряд 1 – експериментальна група, ряд 2 – контрольна група; 1- низький, 2 – середній, 3 – високий рівень показника)

За шкалою «активність», розподіл дещо інший: більше половини досліджуваних відзначають низький рівень активності (55,3%) і лише 19,1% відзначають високий рівень активності (рис.2.).

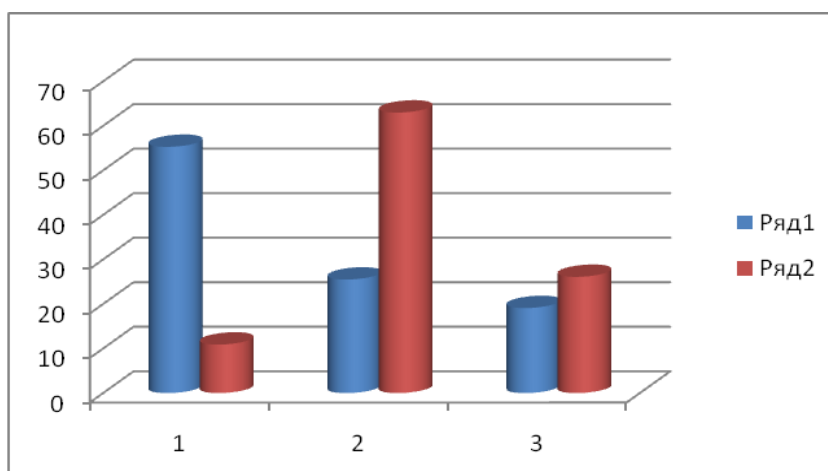


Рис. 2. Результати по шкалі «активність» методика САН(ряд 1 – експериментальна група, ряд 2 – контрольна група; 1- низький, 2 – середній, 3 – високий рівень показника)

Остання шкала даної методики – «настрій». За цією шкалою виявлено кардинально інші результати: майже половина досліджуваних відзначають хороший настрій (48,9%), близько третини – середній (36,2%) і лише 14,9% респондентів експериментальної групи відзначають поганий або не дуже хороший настрій (рис. 3.).

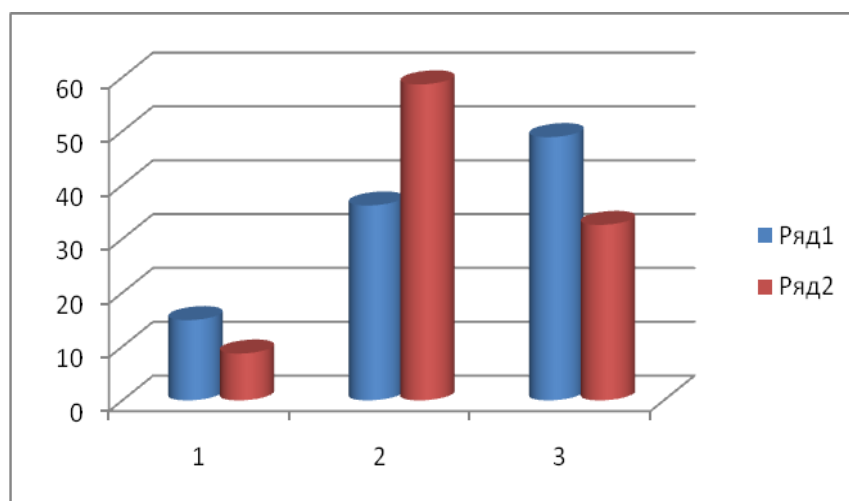


Рис. 3. Результати по шкалі «настрій» методика САН (ряд 1 – експериментальна група, ряд 2 – контрольна група; 1- низький, 2 – середній, 3 – високий рівень показника)

Отже, аналізуючи розподіл результатів в групі, можна відзначити, що респонденти експериментальної групи перебували переважно в нормальному та хорошому настрої, в більшості нормально почувались, але відзначались деякою пасивністю, що можна пов'язати із загальною втомою. Водночас, показники респондентів експериментальної групи за методикою САН статистично достовірно відрізнялися від таких у контрольній групі досліджуваних, у яких показники за всіма трьома шкалами даного опитувальника були переважно середнього рівня

Аналізуючи результати методики «Самооцінка психічних станів» за Айзенком (таблиця 2.), ми виявили, що у досліджуваних експериментальної групи переважає середній рівень тривожності (25 осіб) і лише у 5 із 47 осіб ми виявили високий рівень тривожності.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за методикою Айзенка

Рівень показника		Експериментальна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=91, tкритичне=1,987 при рівні значимості α=0,05)
		абс. число	%	абс. число	%	
Фрустрація	низький	27	57,5	18	39,1	63,64
	середній	14	29,7	28	60,9	98,99
	високий	6	12,8	0	0	42,43
Тривожність	низький	16	34,0	14	30,4	14,14
	середній	25	53,2	32	69,6	49,50
	високий	6	12,8	0	0	42,43
Агресивність	низький	10	21,3	20	43,5	70,71
	середній	32	68,1	24	52,2	56,57
	високий	5	10,6	2	4,3	21,21
Ригідність	низький	8	17,0	21	45,7	91,92
	середній	29	61,7	23	50,0	42,43
	високий	10	21,3	2	4,3	49,50
Всього		47	100	46	100	

Найкращі показники за шкалою «фрустрація», більше половини досліджуваних (27 осіб) відзначають відсутність фрустрації, високий рівень стійкості до невдач та долавання труднощів і лише у 6 осіб демонструють високий рівень фрустрованості, страх труднощів та невдач.

За шкалою «агресивність» лише 5 осіб виявляють високий рівень агресивності згідно методики, через що можуть виникати труднощі в спілкуванні та роботі з людьми. Більшість досліджуваних виявляють середній допустимий рівень агресивності (32 особи) та 10 осіб відзначаються спокоєм та витримкою.

Найбільш високі результати ми відзначаємо за шкалою «ригідність». Лише 8 осіб відзначаються відсутністю ригідності, легкістю та гнучкістю. У 29 осіб – середній рівень ригідності та 9 осіб характеризуються сильно

вираженою ригідністю, стереотипністю поведінки, поглядів, переконань, їх незмінністю навіть у випадках розбіжності з реальністю (рис.4.).

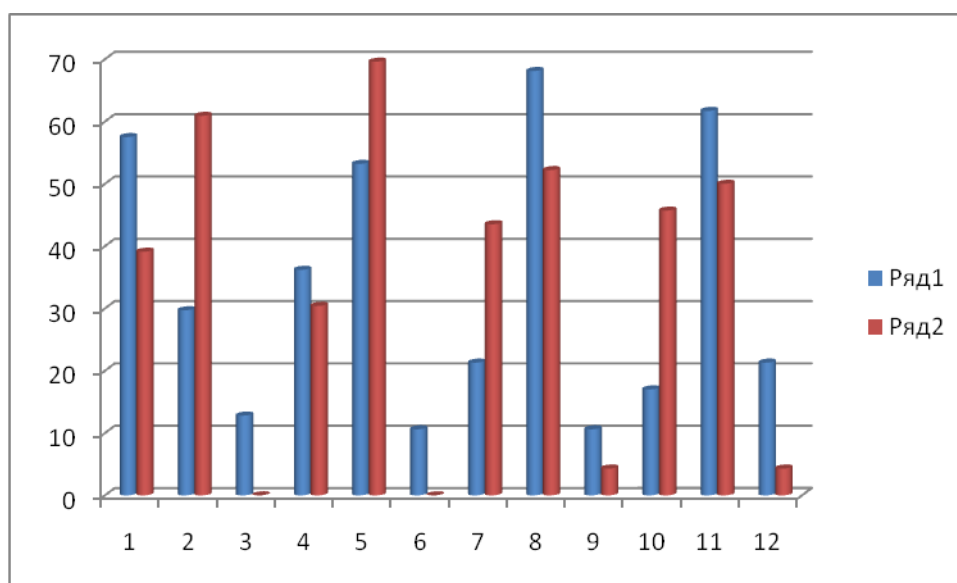


Рис.4. Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за методикою Айзенка (ряд 1 –експериментальна, ряд 2 – контрольна група; 1-3 – фрустрованість, 4-6 – тривожність, 7-9 – агресивність, 10-12 – ригідність; 1 – низький, 2 – середній, 3 – високий рівень показника)

Згідно тесту «Чи в порядку ваші нерви?» ми виявили, що в групі досліджуваних немає надто дратівливих осіб, які характеризуються надмірною вибуховістю та нестриманістю. Але також ми виявили в експериментальній групі лише 3-х осіб, які набрали 11 балів та менше, тобто, характеризуються абсолютним спокоєм та рівновагою. Решта досліджуваних потрапили до найбільш поширеної групи осіб, тобто тих хто дратується через серйозні неприємності або невдачі, спокійно реагуючи на дрібні непорозуміння.

Згідно методики В. Коулмана «Ваші нерви», також було виявлено відсутність надмірно дратівливих осіб (тих хто набрав 25 і більше балів). Більшість досліджуваних експериментальної групи врівноважені (34 особи), 8 осіб характеризуються середнім рівнем дратівливості, та 5 осіб

«товстошкірі», емоційно обмежені, такі що не проявляють особливих почуттів (таблиця 3., рисунок 5.).

Таблиця 3.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за методикою Коулмана «Ваші нерви»

Рівень показника	Експериментальна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей ($f=91$, $t_{критичне}=1,987$ при рівні значимості $\alpha=0,05$)
	абс. число	%	абс. число	%	
Надмірно дратівливі	0	0	0	0	0
Середній рівень дратівливості	8	17,1	12	26,1	28,28
Врівноважені	34	72,3	26	56,5	56,57
«Товстошкірі» (абсолютно спокійні та врівноважені)	5	10,6	8	17,4	21,21
Всього	47	100	46	100	

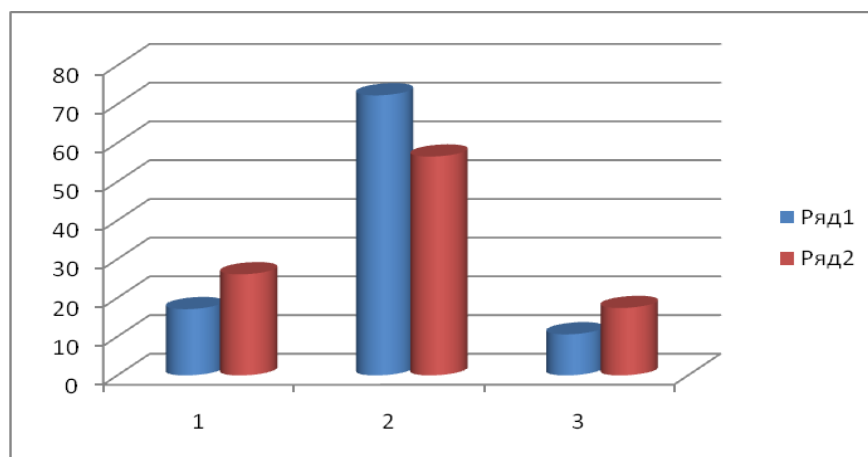


Рис. 5. Розподіл результатів досліджуваних за тестом В. Коулмана (ряд 1- експериментальна, ряд 2 – контрольна група; 1 – середній, 2 – помірний, 3 – низький рівень дратівливості)

В контрольній групі, на відміну від експериментальної, більше респондентів показували як середній, так і низький рівні дратівливості, тоді як у респондентів експериментальної групи, порівняно з контрольною,

частіше зустрічався помірний рівень дратівливості. Втім, незважаючи на статистичну значимість відмінностей між групами за цим тестом, істотно вираженої різниці між показниками основної та контрольної груп по суті немає.

Фізіономічний тест Куніна також показав цікаві результати. Зокрема, жоден з досліджуваних як експериментальної, так і контрольної груп не обрав обличчя, яке відображає дуже поганий або поганий настрій. Але також ніхто з обох груп не обрав обличчя, яке відображає дуже хороший настрій. В основній групі 30 осіб із 47 обрали обличчя яке відображає спокійний урівноважений настрій, 11 – дещо понижений настрій і лише 6 осіб – хороший настрій (таблиця 4., рис. 6.).

Отже, можна сказати що у досліджуваних обох груп, незважаючи на статистично значимі відмінності показників, що свідчать про більшу кількість респондентів із пониженим настроєм в експериментальній, і, навпаки, більше з хорошим настроєм у контрольній, досліджуваних групах, у цілому переважає середній (врівноважений) настрій з незначними відхиленнями.

Таблиця 4.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів за проективним фізіономічним тестом Куніна

Настрій	Експериментальна група		Контрольна група		t-критерій Стьюдента для непов'язаних сукупностей (f=91, tкритичне=1,987 при рівні значимості $\alpha=0,05$)
	абс. число	%	абс. число	%	
Дуже поганий	0	0	0	0	0
Понижений	11	23,4	4	8,7	49,50
Спокійний, врівноважений	30	63,8	32	69,6	14,14
Хороший	6	12,8	10	21,7	28,28
Дуже хороший	0	0	0	0	0
Всього	47	100	46	100	

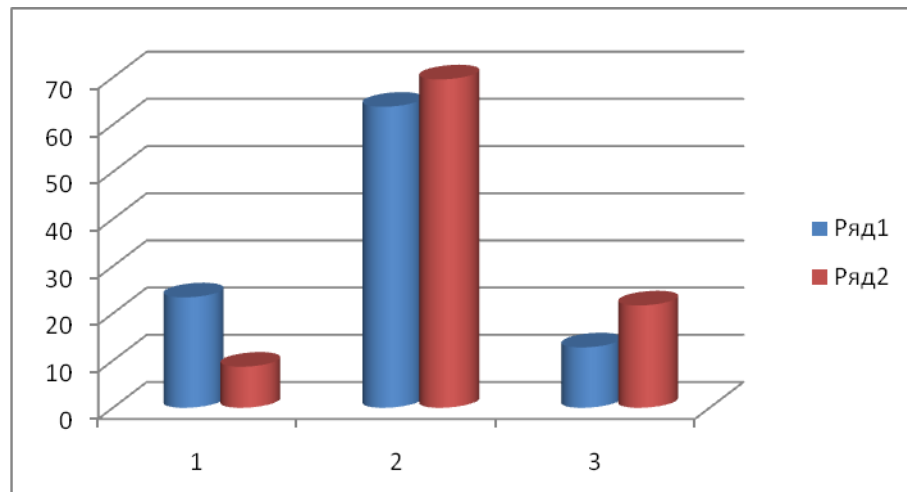


Рис.6. Відсотковий розподіл результатів фізіономічного тесту (ряд 1- експериментальна, ряд 2 – контрольна група; 1 – понижений, 2 – врівноважений, 3 – гарний настрій).

За допомогою описової статистики, ми визначили в експериментальній групі (ЕГ) середні значення по кожній шкалі, а також стандартне відхилення (табл.5.). Також ми визначили максимальні та мінімальні значення по кожній шкалі і медіану (зважаючи на ненормальність розподілу).

Таблиця 5.

Описова статистика результатів дослідження експериментальної групи до проходження корекції в порівнянні з контрольною

Показники	Середнє значення		Медіана		Minimum		Maximum		Std.Dev.	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Самопочуття	4,16	4,26	4,20	4,35	2,30	2,30	6,50	6,50	1,28	1,12
Активність	4,30	4,35	3,90	4,20	3,00	2,80	6,70	6,70	1,06	1,03
Настрій	4,97	4,96	4,90	4,85	3,30	3,30	6,10	6,10	0,90	0,88
Тривожність	10,48	10,02	9,50	9,00	5,00	5,00	19,00	19,00	4,38	3,96
Фрустрація	8,96	7,59	6,00	6,00	4,00	4,00	18,00	18,00	4,48	3,60
Агресивність	10,11	10,00	10,00	10,00	4,00	4,00	15,00	15,00	3,29	3,25
Ригідність	10,13	9,20	10,50	9,00	3,00	0,00	16,00	16,00	4,31	4,05
Ваші нерви	13,54	13,41	15,50	14,00	1,00	1,00	21,00	21,00	5,20	4,86
Чи в порядку Ваші нерви	21,61	20,41	19,50	19,00	10,00	10,00	37,00	36,00	7,27	6,67
Фізіогномічний тест Куніна	3,91	3,98	4,00	4,00	3,00	3,00	5,00	5,00	0,59	0,65

Згідно цих даних, можемо також зробити висновок, що в групі переважає середній рівень самопочуття, настрою та активності за методикою САН (в межах 4-5 балів); за методикою самооцінки психічних станів найнижче проявляється фрустрація інші показники проявляються в групі приблизно рівномірно, в межах середнього; рівень дратівливості за обома методиками («Ваші нерви» та «Чи в порядку ваші нерви?») також на середньому рівні. Також ми здійснили аналогічну, порівняльну, діагностику контрольної групи (КГ), яка включала 46 осіб і характеризувалася середніми значеннями тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності (за методикою Айзенка), помірним рівнем дратівливості та знервованості; за тестом Куніна в цій досліджуваній групі переважає настрої спокійний та врівноважений (таб.5.).

Ми порівняли усереднені дані результатів дослідження експериментальної та контрольної групи, але, зважаючи на ненормальність розподілу даних, для порівняння обрали значення медіани а не середні значення (рис. 7.).

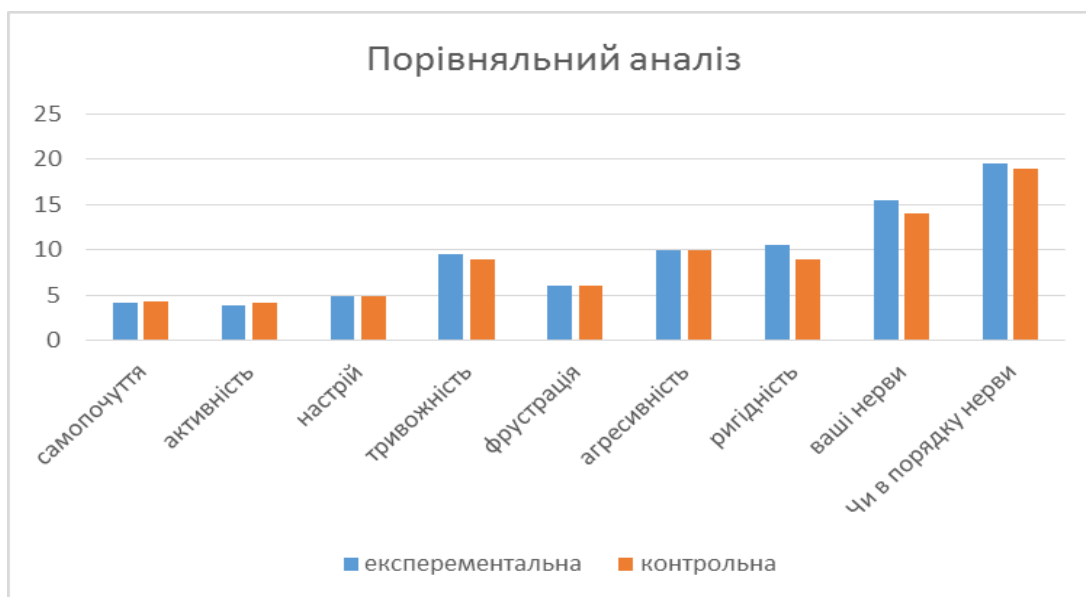


Рис.7. Порівняння медіанних значень контрольної та експериментальної груп

Отже, як ми бачимо є незначні коливання медіанних значень між групами, та наскільки вони значимі, ми перевірили за допомогою

статистичного аналізу U-критерій Манна-Уїтні, і за цим критерієм не виявили жодної статистично значимої відмінності між групами.

В обох групах окремо ми здійснили аналіз взаємозалежностей за допомогою аналізу рангових кореляцій Спірмана (табл.6.).

Таблиця 6.

Кореляційні зв'язки різних психоемоційних станів в контрольній та експериментальній досліджуваних групах

Шкала	Експериментальна група		Контрольна група	
	R-Спірмана	P	R-Спірмана	P
Самопочуття та агресивність	-0,39	0,006	-0,39	0,007
Самопочуття та ригідність	-0,38	0,007	-0,32	0,027
Активність та тривожність	-0,42	0,003	-0,39	0,007
Активність та агресивність	-0,63	0,000	-0,68	0,000
Активність та ригідність	-0,46	0,001	-0,5	0,0003
Настрій та дратівливість	-0,5	0,0004	-0,36	0,01
Тривожність та дратівливість	0,8	0,000	0,57	0,000
Агресивність та дратівливість	0,51	0,0002	0,57	0,000
Ригідність та активність	-0,46	0,001	-0,5	0,000
Ригідність та дратівливість	0,63	0,000	0,49	0,0005

Важливо зауважити, що ми вказали тільки найбільш значимі зв'язки, ігноруючи зв'язки всередині однієї методики.

Можемо побачити, що кореляційні зв'язки в обох групах відповідні, тобто, ці взаємозв'язки не є специфічними для однієї групи.

Так, наприклад, ми виявили обернений кореляційний зв'язок шкали активність з показником тривожність (-0,42, при $p < 0,01$) та агресивність (-0,63, при $p < 0,0001$), що може свідчити про зниження проявів цих станів у разі

збільшення активності. Також ми виявили обернені кореляційні зв'язки між самопочуттям та агресивністю (-0,39, при $p < 0,01$) та ригідністю (-0,38, при $p < 0,01$). Тобто, незмінність поглядів, стереотипність поведінки та агресивність – впливають на самопочуття людини. Або навпаки, при поганому самопочутті людина стає більш агресивною та діє стереотипно.

Відповідно, необхідно діяти в місці меншого опору: у разі, якщо немає об'єктивних причин для поганого самопочуття (серйозні соматичні захворювання) варто впливати на зниження фізичної напруги (шляхом наприклад фізичних вправ) та таким чином знизиться агресивність та ригідність поведінки людини. У разі серйозних соматичних захворювань важливо працювати з агресивністю та ригідністю пацієнта, таким чином суб'єктивне відчуття здоров'я підвищиться. Ми виявили міцні кореляційні зв'язки між дратівливістю та тривожністю (0,8, при $p < 0,0001$) та агресивністю (0,5, при $p < 0,001$), а також обернений з настроєм (-0,5, при $p < 0,001$). Тобто, стан тривожності та агресивності робить людину більш дратівливою, нетерплячою що, в свою чергу, також дуже негативно впливає на настрій. Отже, за допомогою первинної діагностики ми не виявили яскраво виражених негативних психоемоційних станів. В групі спостерігаються переважно середні допустимі значення фрустрації, тривожності тощо. також ми виявили, що активність сприяє зниженню тривожності, агресивності та навіть ригідності поведінки, що в свою чергу призводить до покращення настрою, самопочуття та зниження дратівливості.

Таким чином вважаємо за доцільно застосувати програму тілесно-орієнтованої терапії в даній групі з метою покращення актуального психоемоційного стану та профілактики виникнення негативних психоемоційних станів. Практика тілесно-орієнтованої терапії спрямована на зняття емоційних блоків, поліпшення емоційного сприймання та прийняття через фізичний контакт, вправи, рухи.

Орієнтуючись на методи основоположника тілесно-орієнтованої терапії В. Райха, ми склали програму, спрямовану саме на усунення небажаних

психоемоційних станів, на вивільнення емоційної енергії та переведення емоційного напруження з деструктивного руслу в конструктивне та продуктивне.

Робота складається з кількох етапів і базується на основних принципах:

- Екологічність – в першу чергу будь-який вплив, що здійснюється, несе допоміжну дію, не можна втручатись в особистий простір клієнта, здійснювати тактильний контакт без згоди клієнта.

- Конфіденційність – все що відбувається в межах терапії не повинно вийти назовні ні слова, ні дії, ні зображення клієнта без надання на те попередньої згоди.

- Безоцінність – тобто, ми не оцінюємо і не засуджуємо людину яка звернулась по терапію, не оцінюємо особистість, розумові здібності чи життєвий досвід.

- Увага та терпіння – проявляємо увагу, толерантність та терпіння до дій та почуттів клієнта.

- Без примусу – тобто, якщо клієнт не готовий перейти на наступний етап, даємо можливість зупинитись, зосереджуємо увагу на тому блоці, який гальмує рух, при потребі додаємо вправи саме на цей відділ.

Заняття триває 60-90 хвилин, є груповим та складається з кількох етапів:

1 етап – привітання та встановлення правил. Цей етап необхідний для знайомства, встановлення довірливих стосунків, налагодження атмосфери. Також відбувається гарантування конфіденційності та толерантності усіх учасників.

2 етап – розслаблення. Це важливий етап, адже емоційна напруга тягне за собою м'язову напругу, та навпаки. Відповідно, релаксаційний вплив на м'язи тіла призводить до зменшення нервово-психічного напруження. Тіло та розум нерозривно пов'язані, щоб розслабити тіло, необхідно розслабити розум і навпаки, щоб розслабити розум, потрібно розслабити тіло.

Релаксаційна техніка спрямована на загальне розслаблення тіла через розум і навпаки.

3 етап – дихальні вправи. Дихальні вправи і техніки здатні вивільняти потужні сили і зцілюють енергії розуму і тіла. В медицині є підтвердження помічної дії усвідомленого і контрольованого дихання в профілактиці та лікуванні різних соматичних та психічних розладів. Дихальні вправи в комплексі тілесно-орієнтованої терапії відкривають доступ до несвідомого в психіці та витіснених переживань. Таким чином вивільнюються з підсвідомості негативні програми, блоки, затиски тощо. Крім того, усвідомлене дихання розвиває духовну свідомість. Дихання ефективно допомагає: зняти стрес, подолати тривогу, а також запобігти частим інфекційним захворюванням, покращити роботу шлунково-кишкового тракту та навіть знизити вагу [2].

4 етап – зняття емоційних блоків. На цьому етапі ми використовуємо вправи спрямовані на конкретні м'язові групи (сегменти) і працюємо з конкретними емоційними станами відпрацювання невисловлених емоцій, крику, плачу – робота з щелепою; робота з провинною, тягарем, втомою – плечовий пояс; відпрацювання депресивних станів за допомогою надання опори та відчуття сили в тілі – вправа «Скеля».

5 етап – заключний.

Ми проаналізували результати повторної діагностики експериментальної групи та провели порівняльний аналіз результатів цієї групи до і після корекції за допомогою статистичного аналізу U-критерій Манна-Уїтні. Згідно цього аналізу, ми виявили суттєве статистично значиме зниження тривожності, агресивності, дратівливості та підвищення настрою (табл.7.).

Також ми виявили, що за фізіономічним тестом Куніна досліджувані часто обирали хороший настрій на відміну від зниженого та врівноваженого (таб.8., рис.8.). Тобто, після проходження тілесно-орієнтованої терапії обличчя, яке відображає хороший настрій, обрали значно більше

респондентів, ніж до терапії (17 проти 6 осіб), що навіть більше, ніж аналогічний первинний показник контрольної групи. Також, менше осіб обрали знижений настрій (6 проти 11). Втім, дуже хороших настроїв ні до, ні після корекції не обрали жоден з респондентів. Як бачимо з таблиці, зміни показників психоемоційних станів у бік покращення після психокорекції за тестом Куніна є статистично значимими.

Таблиця 7.

Результати статистичного порівняння даних до і після корекції.

Шкала	До корекції	Після корекції
Тривожність	$Me=9,5$	$Me=7$
Агресивність	$Me=10$	$Me=8$
Дратівливість	$Me=15,5$	$Me=13$
Знервованість	$Me=19,5$	$Me=17$

Таблиця 8.

Результати дослідження психоемоційних станів респондентів основної групи в динаміці до та після психокорекції за проективним фізіономічним тестом Куніна

Настрій	Основна група до психокорекції		Основна група після психокорекції		t-критерій Стьюдента для сукупностей $f=46$ $t_{критичне}=2,013$
	абс. число	%	абс. число	%	
Дуже поганий	0	0	0	0	Парний t-критерій Стьюдента = 4,820 $t_{спостер} > t_{критичне}$ $p=0,000017$
Понижений	11	23,4	6	12,7	
Спокійний, врівноважений	30	63,8	24	51,1	
Хороший	6	12,8	17	36,2	
Дуже хороший	0	0	0	0	
Всього	47	100	47	100	

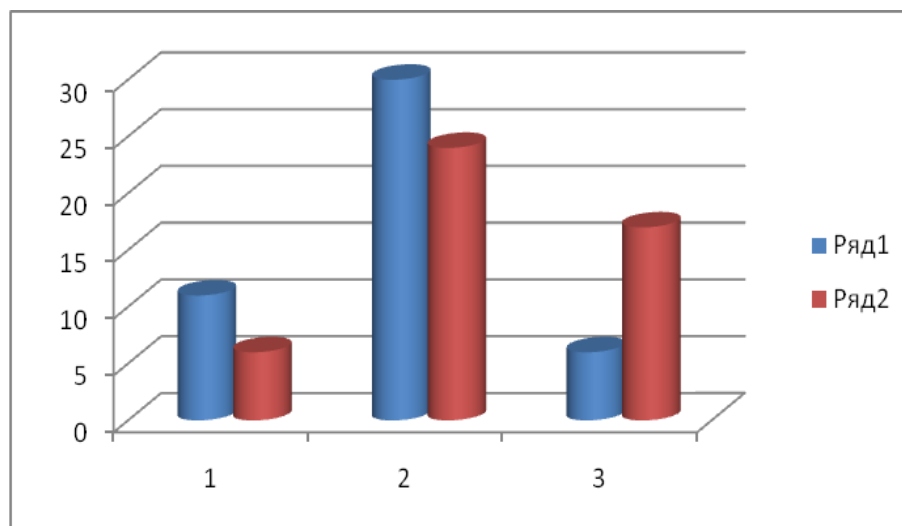


Рис.8. Динаміка настрою досліджуваних до та після психокорекції за фізіономічним тестом Куніна (за кількістю осіб, які обрали конкретне зображення; ряд 1 – до, ряд 2 – після психокорекції; 1- знижений, 2 – спокійний, 3 – хороший настрій).

Аналізуючи методику Самооцінка психічних станів за Айзенком, ми виявили (табл.9.), що після психокорекції жоден із респондентів не проявляє високий рівень тривожності і менше половини (21 осіб) проявляють середній допустимий рівень тривожності, тоді як більше половини досліджуваних (26 осіб) взагалі не відзначають стан тривожності у себе на конкретний момент (рис.9.).

За шкалою фрустрації, можна відзначити що 4 особи виявляють високий рівень фрустрованості, 15 – середній і більше половини (28 осіб) не проявляють фрустрованість. Також, за шкалою «агресія», не виявлено високих показників в жодній особі, тим не менш, майже рівний розподіл осіб із середнім значенням агресивності (25 осіб) та відсутністю агресії (22 особи). Що стосується ригідності, тут ми також спостерігаємо деякі зміни. Високий ступінь ригідності проявляють лише 3 досліджуваних, більшість проявляють середній ступінь (33 особи) і 11 осіб не спостерігається ригідності поведінки.

Порівнюючи динаміку зміни під дією психокорекційної програми цих показників, ми виявили, що кількість осіб, у яких відсутні діагностовані психоемоційні стани (агресивність, тривожність тощо) збільшилась за

кожним показником, окрім фрустрованості, за цією шкалою стабільно низькі результати.

Таблиця 9.

Динаміка самооцінки психічних станів по Айзенку в експериментальній групі (ЕГ) до та після проведення психокорекції

Рівень показника		ЕГ до психокорекції		ЕГ після психокорекції		t-критерій Стьюдента для пов'язаних сукупностей (f=46, t _{критичне} =2,013)
		абс. число	%	абс. число	%	
Фрустрація	низький	27	57,5	28	59,6	Парний t-критерій Стьюдента = 2,315 t _{спостер} >t _{критичне} p=0,025225
	середній	14	29,7	15	31,9	
	високий	6	12,8	4	9,5	
Тривожність	низький	16	34,0	26	55,3	Парний t-критерій Стьюдента = 3,709 t _{спостер} >t _{критичне} p=0,000569
	середній	25	53,2	21	44,7	
	високий	6	12,8	0	0	
Агресивність	низький	10	21,3	22	46,8	Парний t-критерій Стьюдента = 5,775 t _{спостер} >t _{критичне} p=0,000001
	середній	32	68,1	25	53,2	
	високий	5	10,6	0	0	
Ригідність	низький	8	17,0	11	23,4	Парний t-критерій Стьюдента = 3,929 t _{спостер} >t _{критичне} p=0,000291
	середній	29	61,7	33	70,2	
	високий	10	21,3	3	6,4	
Всього		47	100	47	100	

Кількість осіб, у яких діагностовано помірний рівень прояву цих психічних станів, коливається не рівномірно, адже частина осіб у яких до корекції було виявлено помірний рівень розвитку цих станів за допомогою тілесно-орієнтованої терапії змогли їх подолати взагалі. Втім, кількість осіб з високим проявом різних психоемоційних станів суттєво знизилась (рис.9.).

Ми можемо спостерігати, що кількість осіб, у яких проявляється високий рівень різних психічних станів, таких як тривожність, агресивність,

ригідність та фрустрованість, після проходження тілесно-орієнтованої терапії суттєво знизилась, що свідчить про доцільність та ефективність використання такої програми.

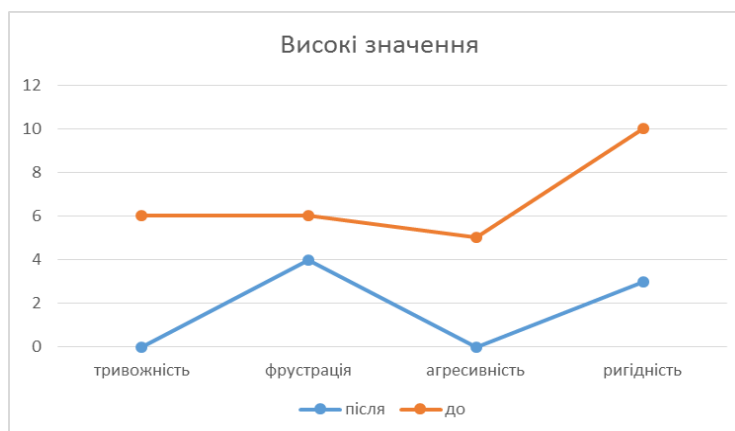


Рис.9. Кількість осіб з високим проявом психоемоційних станів до і після психокорекції.

Отже, можемо зробити висновок, що застосування тілесно-орієнтованої терапії в роботі з тривожністю, агресивністю, ригідністю та фрустрацією є ефективним та рекомендованим

Аналізуючи рівень роздратованості респондентів за методикою «Ваші нерви», ми виявили також деякі зміни. До дослідження в групі спостерігалось 4 особи які характеризуються «товстошкірістю», не проявляють особливих емоцій за будь-яких обставин. Після програми таких осіб лишилося 3. Припускаємо, що така беземоційність може бути наслідком захисного механізму, коли емоції просто блокуються, не дозволяючи людині відчувати зайвих переживань. Це, можливо, сформувалося внаслідок певного життєвого досвіду. Відповідно, після сеансу тілесно-орієнтованої терапії, емоційний затискач розпущено, і емоції спокійно та вільно протікають в організмі. Також ми спостерігаємо зменшення кількості осіб в групі помірної дратівливості та збільшення в групі спокійні та врівноважені. Згідно методики, в групу помірної дратівливості входить велика кількість осіб (ті що набрали бали в діапазоні 10-20), на відміну від інших категорій. Тому, вважаємо для більшої об'єктивності варто прослідкувати динаміку

зміни за кожним окремим досліджуваним. На рисунку 10., за допомогою лінійних графіків, відображено зміну рівня дратівливості осіб.

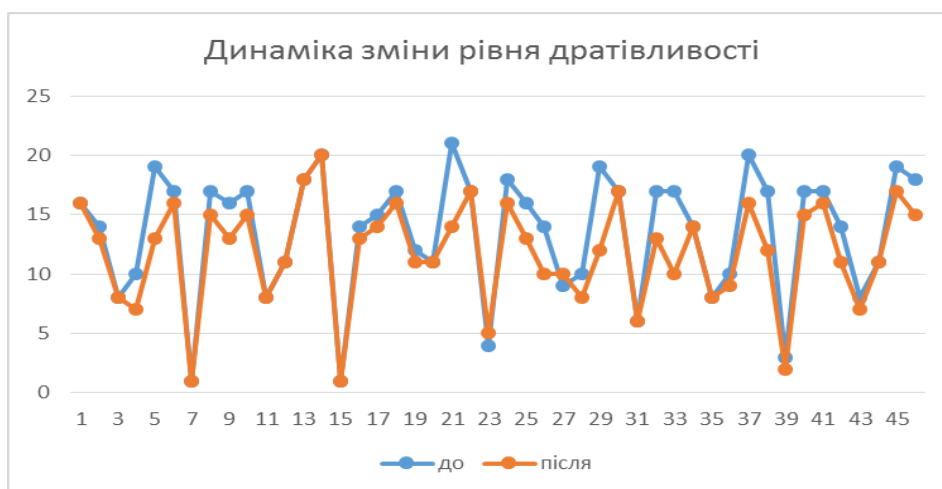


Рис.10. Лінійний графік зміни рівня дратівливості за тестом «Ваші нерви».

Отже, можемо зауважити, що фактично рівень дратівливості кожного респондента знизився і лише у деяких лишився на тому ж рівні. Такі результати можуть свідчити про врівноважуючий та заспокійливий вплив тілесно-орієнтованої терапії.

За тим самим принципом ми проаналізували результати тесту «Чи в порядку ваші нерви?» (рис.11.). На рисунку чітко видно зниження рівня знервованості та роздратованості за кожним окремим досліджуваним. Аналізуючи динаміку зниження дратівливості по кожному досліджуваному, ми бачимо ефективність впливу тілесно-орієнтованої практики.

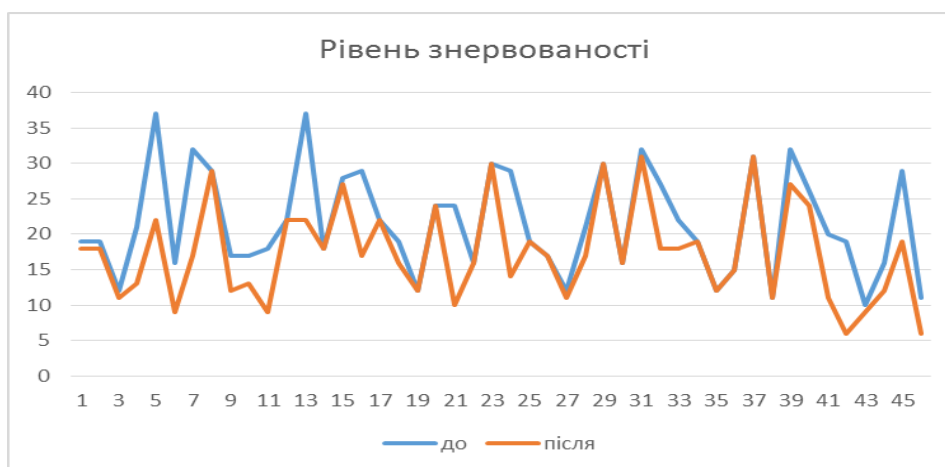


Рис.11. Лінійний графік зміни рівня знервованості за тестом «Чи в порядку ваші нерви?» Коулмана.

Для уявлення загальної картини варто розглянути таблицю описової статистики для групи досліджуваних після корекції (табл.10).

З таблиці чітко видно зниження показника середнього значення по всім шкалам, які досліджують негативні психічні стани, а також ріст середнього показника настрою, самопочуття та активності. Зокрема за показником активність спостерігаються досить високі значення, максимальне з яких – 6,7 що наближено до максимального. Також істотні зміни за шкалою «настрій» та «самопочуття». Після проходження практики тілесно-орієнтованої терапії, у досліджуваних спостерігається зростання активності, покращення настрою та самопочуття.

Таблиця10.

Описова статистика результатів дослідження експериментальної групи після корекції.

	Середнє значення	Медіана	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Самопочуття	4,54	4,55	2,70	6,50	1,03
Активність	4,45	4,20	3,20	6,70	0,96
Настрій	5,03	4,90	3,80	6,10	0,82
Тривожність	7,80	7,00	2,00	14,00	3,21
Фрустрація	8,50	6,00	3,00	18,00	4,23
Агресивність	8,54	8,00	3,00	15,00	3,49
Ригідність	9,33	9,00	3,00	16,00	4,15
Ваші нерви	11,83	13,00	1,00	20,00	4,45
Чи в порядку Ваші нерви	17,39	17,00	6,00	31,00	6,76
Фізіономічний тест Куніна	4,22	4,00	3,00	5,00	0,70

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отже, на основі проведеного емпіричного дослідження можемо зробити висновок про ефективність впливу тілесно-орієнтованої терапії на покращення психоемоційних станів особистості. За допомогою такої практики можна

ефективно знижувати рівень негативних психоемоційних станів, підвищувати настрій та самопочуття, впливати на якість життя людини шляхом зміни суб'єктивного сприйняття реальності, зміщення акценту в позитивну сторону.

Список використаних джерел

1. Абрамян Н. Д. Психологічні особливості подолання депресії засобами тілесно-орієнтованої психотерапії / Н. Д. Абрамян / інтернет ресурс. – режим доступу: [file:///C:/Users/v/Downloads/Rnpz_2015_7_3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/v/Downloads/Rnpz_2015_7_3%20(1).pdf)
2. Астремська І. В. Прикладні методики та основи супервізії в соціальній роботі / І. В. Астремська / інтернет ресурс. – режим доступу: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/posibnuku/348/7.pdf>.
3. Газарова Е. Е. Психологія тілесності / Е. Е. Газарова. – М., 2002. – С. 152-156.
4. Гречко Т. П. Загальна характеристика основних психічних станів особистості / Т. П. Гречко // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Психологічні науки. – №3. – 2010.
5. Коваленко В. М. Стрес і серцево-судинні захворювання: сучасний стан проблеми / В. М. Коваленко // Український кардіологічний журнал. – 2015. – додаток 1. – С. 4-10.
6. Лоуен А. Терапія, яка використовує мову тіла / А. Лоуен. – СПб., 2000. – 271 с
7. Напрєєнкова Т. О. Роль тілесної терапії в самоактуалізації майбутнього педагога / Т. О. Напрєєнкова, О. О. Прокоф'єва // "Наука і освіта". Психологія. – №6. – 2014. – С. 89-93.
8. Нікітін В. М. Психологія тілесної свідомості / В. М. Нікітін. – М.: Алетейа, 1998. – 458 с
9. Плаксіна О. І. Ефективність застосування засобів фітнесу при лікуванні депресії. – Фітнес-аеробіка 2013: матеріали Міжнар. наук.-практ.

інтернет-конфер. 1-2 грудня 2013 р. [Електронний ресурс]. – режим доступу:<http://docplayer.ru/45113889-Fitnes-aerobika-2013.html>.

10. Слабинський В. Ю. Психологічне консультування / В. Ю. Слабинський / Владивосток: вид.-во Далекосхідного ун-ту. – 2003. – 254 с.

11. Степанова С. С. Тілесно-орієнтована терапія / С. С. Степанова / Популярна психологічна енциклопедія. – М.: Екскмо. – 2005. – інтернет ресурс. – режим доступу: <http://enc.com.ua/velika-psixologichna-enciklopediya/suic-temp/106043-tilesno-oriyentovanaterapiya.html>.

References

1. Abrahamyan, N. D. (2015), “ Psychological peculiarities of overcoming of depression by means of body-oriented psychotherapy”, [Online], available at: Pnpz_2015_7_3% 20 (1) .pdf

2. Astremska, I. V., [Online], available at: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/posibnuku/348/7.pdf>.

3. Gazarova, E. E. (2002), *Psykhohohiia tilesnosti* [Psychology of corporeality], Moscow, Ru, pp. 152-156.

4. Grechko, T. P. (210), “General characteristics of the basic mental states of the individual”, *Visnyk Natsional'noi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy. Psykholohichni nauky*, vol. 3., Kyiv, Ukraine.

5. Kovalenko, V. M. (2015), “Stress and cardiovascular diseases: the present state of the problem”, *Ukrains'kyj kardiologichnyj zhurnal*, vol. 1, pp. 4-10.

6. Louin, A. (2000), *Terapiia, iaka vykorystovuie movu tila*, [Therapy that uses body language], SPb., Ru.

7. Nairienkova, T. O. Prokof'eva, O. O. “The role of bodily therapy in self-actualization of the future teacher”, “*Nauka i osvita*”. *Psykhohohiia*, vol.6,pp.89-93.

8. Nikitin, V. M. (1998), *Psykhohohiia tilesnoi svidomosti*, [Psychology of Bodily Consciousness], Aleteey, Moscow, Ru.

9. Plaksina, O. I. (2013), “Efficiency of the use of fitness in the treatment of depression”. - *Fitnes-aerobika 2013: materialy Mizhnar. nauk.-prakt. internet-*

konfer. 1-2 hrudnia 2013 r., [Online], available at: <http://docplayer.ru/45113889-Fitnes-aerobika-2013.html>.

10. Slabinsky, V. Yu. *Psykhologichne konsul'tuvannia*, [Psychological counseling], kind. Far Eastern University, Vladivostok, Ru.

11. Stepanova, S. S. (2005), *Tilesno-oriientovana terapiia*, [Body-Oriented Therapy], *Popular psychological encyclopedia*, Excco, Moscow, . [Online], available at: <http://enc.com.ua/velika-psixologichna-enciklopediya/suic-temp/106043-tilesno-oriyentovanaterapiya.html>.