

Волинський національний університет імені Лесі Українки
Факультет психології
Кафедра практичної психології та психодіагностики

**Олександра Хлівна,
Людмила Магдисюк**

ПСИХОЛОГІЯ ТІЛЕСНОСТІ

Навчально-методичний посібник

Луцьк
Вежа-Друк
2022

УДК 159.923.31:612.821(075.8)

X 56

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою
Волинського національного університету імені Лесі Українки
(протокол № 10 від 21 червня 2022 р.)*

Рецензенти:

Ставицький О. О., доктор психологічних наук, професор, професор кафедри суспільних наук Національного університету водного господарства та природокористування;

Мушкевич М. І., доктор психологічних наук, професор кафедри практичної психології та психодіагностики факультету психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Мельник А. П., кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Хлівна О. М.

X 56 Психологія тілесності : навч.-метод. посіб. / Олександра Миколаївна Хлівна, Людмила Іванівна Магдисюк. – Луцьк : Вежа-Друк. – 2022. – 192 с.

У навчально-методичному посібнику до курсу «Психологія тілесності» викладено мету вивчення дисципліни, загальні вимоги до підготовки студентів, представлений опис навчального курсу, тематичні огляди змістових модулів, плани лекційних, практичних та лабораторних занять, питання для самостійної та індивідуальної роботи, питання для підготовки до екзамену, перелік літературних джерел та Інтернет-ресурсів, рекомендованих до опрацювання, а також модульні контрольні роботи із предмету.

Навчально-методичний посібник рекомендується студентам факультету психології спеціальностей «Психологія» та «Практична психологія» кваліфікаційного рівня «Бакалавр» і повністю відповідають навчальній програмі з дисципліни.

УДК 159.923.31:612.821(075.8)

© Хлівна О. М., Магдисюк Л. І., 2022

© Подолець О. В. (обкладинка), 2022

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ТІЛЕСНОСТІ (ЛЕКЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ)	7
1.1. ЛЕКЦІЯ 1. Курс «Психологія тілесності» в професійній підготовці практичних психологів	7
1.2. ЛЕКЦІЯ 2. Основні школи тілесно-орієнтованої психотерапії	19
1.3. ЛЕКЦІЯ 3. Особливості пластико-когнітивного підходу	61
1.4. ЛЕКЦІЯ 4. Основи сучасної танцювальної психотерапії	66
1.5. Термінологічний словник за основними темами лекцій	90
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНЬОГО ПСИХОЛОГА	98
2.1. Орієнтовні плани лабораторних занять	98
2.2. Приклади письмових звітів до лабораторних робіт	100
2.3. Зразки анкет та таблиць тілесно-терапевтичного ведення пацієнта	116
2.4. Наукові доробки з дисципліни студентів та викладача	124
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ПСИХОЛОГІЯ ТІЛЕСНОСТІ»	171
3.1. Силабус	171
3.2. Підсумкова тестова робота	180
3.3. Тести для самоконтролю	183
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	189

ПЕРЕДМОВА

Тілесність – це психофізіологічні, психосоматичні, біоенергетичні прояви людського тіла, які характеризують особливості онтологічного і соціокультурного розвитку і здійснюються в аксіологічному просторі соціуму.

Спроби дослідити тілесність здійснювали в своїх концепціях тілесно орієнтовані терапевти: теорія «характерний панцир» В. Райха, біоенергетика О. Лоуена, терапія рухом М. Александера, теорія концентрованого руху Е. Гіндлер, теорія усвідомлення руху М. Фельденкрайза, структурна інтеграція І. Рольф тощо. Цікава спроба виділити тілесність, а точніше тілесне почуття і тілесне «Я» як окрему психологічну категорію були зроблені ще Г. Олпортом. Тілесне Я він відносив до серцевини становлення особистості.

Сучасний період розвитку психології характеризується прагненням зрозуміти людину як цілісну систему, як інтегровану функціональну єдність різних аспектів цілого в часі та просторі. Тому цілком зрозуміла необхідність нового погляду на проблему тілесного здоров'я людини. Значимими в цьому плані виявились дослідження енергопотенціалу людини, механізмів відновлення і накопичення нею енергії, зв'язку між кількістю енергії та психічними станами, рівнями здоров'я тощо. Так, український психолог В. Клименко виділив п'ять станів енергопотенціалу і, відповідно, п'ять рівнів здоров'я: оптимальне, стан норми, втоми, перевтоми, виснаження. Основним критерієм здоров'я виступає рівень енергії людини. Перші три стани автор вважає перманентними, їх точна диференціація можлива методами психодіагностики, два останні стани знаходяться на межі норми і патології.

Запропонована В. Клименко класифікація з точки зору психології була визначена на основі класифікації станів здоров'я за Авіценою: тіло здорове до межі, тіло здорове не до межі, тіло і не здорове і не хворе, тіло хворе, але швидко набирає сили, тіло хворе, але не до межі, тіло хворе до межі. Як зазначає автор, останні два стани здоров'я знаходяться в компетенції закладів охорони здоров'я. А перші чотири стани науку і практику менше цікавлять, тому вони повинні стати предметом психогігієнічного дослідження і практики розвитку здорової людини. Такі наукові реалії створюють підґрунтя для розширення предметного поля психології тілесності та інтегрування з ним сучасних концепцій оздоровлення людини.

У новоствореній галузі практичної психології розроблена власна теоретична концепція і відповідна до неї експериментальна база дослідження, хоча фундамент для цього напрямку закладений вже давно в історії психології у формі взаємовідношень психічного і фізіологічного, душі і тіла, психічних і фізичних процесів.

Навчально-методичний посібник «Психологія тілесності» – системне узагальнення матеріалів про тілесне благополуччя людини. У ньому розглянуто традиційні та новітні аспекти формування тілесного потенціалу та тілесного здоров'я людини. Головна мета книги – цілісне охоплення практичних проблем психології тілесності, що відіграє важливу навчальну та професійну роль у підготовці фахівців-психологів.

Посібник складається з трьох розділів, де перший – теоретичного спрямування, другий – практично-компетентнісного, а третій – навчально-методичного спрямування.

В результаті тривалого наукового екскурсу ми вважаємо актуальним розкриття питань психологічних аспектів тілесного здоров'я та тілесної свідомості для майбутніх психологів. Без вивчення цих аспектів неможливо зрозуміти та пояснити різноманітні оздоровчі «тілесні практики», а також подолати поширений «тілесний негативізм» як на рівні суспільства, так і на рівні окремої особистості.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є психологічні підходи до питань тілесності та її ролі у психічному житті особистості. Вивчення курсу базується на наукових знаннях з психофізіології, загальної психології, психології особистості, медичної психології тощо. *Метою* викладання навчальної дисципліни «Психологія тілесності» є розуміння єдності психічної та тілесної основ розвитку людини. *Основними завданнями* є формування глибоких теоретичних знань про взаємозалежність механізмів функціонування психічного та тілесного; ознайомлення студентів зі спеціальними техніками, спрямованими на вдосконалення тіла та осягнення єдності свідомості та організму; інтеграція отриманих знань в цілісне уявлення феноменології тілесності.

Домінуючими педагогічними позиціями у викладанні дисципліни, як показав досвід, стали наступні: інформування про нові фундаментальні дослідження у сфері психологічних і природничих наук; акцентування на феномені тілесності як повноцінному психологічному об'єкті та предметі; подолання протиставлення «тілесного» та «психічного», людини «тілесної» та людини «духовної»; розвиток уміння інтегрувати отриману інформацію в цілісну систему уявлень про

людину та її поведінку; здійснювати системну та ситуативну оцінку психологічного факту, явища, пов'язаного зі здоров'ям людини тощо.

Таким чином, сьогодні є актуальною розробка моделей вивчення феномену тілесності та поглиблення професійних знань психологів. Тривалий досвід викладання «Психології тілесності» як вибіркового та спеціального курсу для майбутніх психологів Волинського національного університету імені Лесі Українки підтвердив його особливе значення та роль як на етапі навчальної діяльності здобувачів першого рівня вищої освіти, так і у їх професійному майбутньому. Нині, згідно нового навчального плану освітньо-професійної програми «Практична психологія» освітнього ступеня «БАКАЛАВР» дана дисципліна віднесена до циклу професійної підготовки.

Автори бажають читачам наснаги у самопізнанні та розкриття ДАРУ тілесного БУТТЯ.

Наш посібник вам у допомогу.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ ТІЛЕСНОСТІ (ЛЕКЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ)

1.1. ЛЕКЦІЯ 1. Курс «Психологія тілесності» в професійній підготовці практичних психологів

Тема 1

Курс «Психологія тілесності» в професійній підготовці практичних психологів

ПЛАН

1. Сучасний період розвитку психології тілесності.
2. Структура тілесності
3. Психологічний онтогенез тілесності
4. Мета, предмет, завдання та обсяг знань з навчальної дисципліни

1. Сучасний період розвитку психології тілесності

Виділення тілесності як об'єкта психологічного дослідження і аналізу здійснюється шляхом з'єднання психологічної і фізіологічної людини в єдину сутність. Існує розмежування понять «тіло» і «тілесність». Тіло найчастіше «асоціюється з деяким фіксованим, відносно статистичним, обмеженим анатомо-фізіологічним об'єктом». Можна сказати, що тіло характеризується наявністю видимих, фізичних величин. Стан тіла на думку дослідників можна визначити за ступенем властивої йому життєвості (інтенсивності), тобто за здібністю відображати і пропускати через себе різні види зовнішніх та внутрішніх енергій.

Тілесність – це психофізіологічні, психосоматичні, біоенергетичні прояви людського тіла, які характеризуються онтологічного і соціокультурного розвитку і здійснюються в аксіологічному просторі соціуму.

Спроби дослідити тілесність здійснювали в своїх концепціях тілесно – орієнтовані терапевти: теорія «характерний панцир» В. Райха, біоенергетика О. Лоуена, терапія рухом М. Александера, теорія концентрованого руху Е. Гіндлер, теорія усвідомлення серце руху М. Фельденкрайза, структурна інтеграція І. Рольф. Цікава спроба виділити тілесність, а точніше тілесне почуття і тілесне «Я» як окрему психологічну категорію були зроблені ще Г. Олпортом. Тілесне

почуття навіть отримало спеціальну назву – ценестезія. Тілесне Я він відносив до серцевини становлення особистості.

Сучасний період розвитку психології характеризується прагненням зрозуміти людину як цілісну систему, як інтегрована функціональна єдність різних аспектів цілого в часі та просторі.

Цікавими роботами сучасних дослідження тілесності є:

– роботи Г. Рупчева – дослідження структури внутрішньої тілесності;

– роботи В. Ніколаєва і Г. Аріної – дослідження психосоматичних феноменів;

– роботи Т. Хвостова – вивчення інтрацептивних відчуттів;

– роботи Є. Соколової і А. Дорожовець – дослідження образу фізично Я;

– роботи О. Язвінської – дослідження структури тілесності та її психокорекції тощо.

Новостворена галузь психології перебуває на стадії створення власної теоретичної концепції і відповідної до неї експериментальної бази дослідження (В. Ніколаєва, В. Нікітін, Т. Титаренко, П. Тищенко, А. Тхостов, Є. Язвінська), хоча фундамент для цього напрямку закладений вже давно в історії психології у формі взаємовідношень психічного і фізіологічного, душі і тіла, психічних і фізичних процесів. З'ясування характеру взаємовпливів «фізичної» і «психічної» субстанцій людини розв'язується сучасними психологами таким чином: «Безперечно, психічне не повинно розглядатись окремо від фізіологічного, але воно (психічне) відмінне від нервової діяльності. Мова має йти про психофізичну єдність, в якій і психічне, і фізичне зберігають свої специфічні якості, в якій поєднуються органічно-функціональна залежність психіки від мозку, від нервової системи й вихід психіки за межі внутрішньо-органічних відношень завдяки її зв'язку з об'єктом, із зовнішнім світом, що існує незалежно від неї і який вона відображає. Тілесна функція не є простою відповіддю на психічну діяльність, на взаємодію суб'єкта з об'єктом. Вона сама є єдністю психічного й фізіологічного».

Сьогодні в полі зору дослідників-психологів знаходяться питання розмежування понять «тіло» і «тілесність», структурування тілесності на зовнішні та внутрішні компоненти, виділення образу тіла, тілесного «Я», аналіз психологічного онтогенезу тілесності, розшифрування тілесного коду як ключа до розуміння внутрішньоособистісних конфліктів і психосоматичних захворювань. Так, цікавою спробою

дослідити структуру тілесності є праці Є. Язвінської, в яких описано спотворення структури тілесності, механізми, які їх спричиняють та можливості тілесно-орієнтованої психотерапії в діагностиці і корекції структури тілесності. Особливої уваги заслуговує програма «Натхнення» та авторський метод біоенергетичної психопластики, який дозволяє інтегрувати самовідчуття у самосвідомість, і тим самим досягти максимальної цілісності в структурі тілесності (між її внутрішніми і зовнішніми компонентами) і, відповідно особистості.

Вивчення українськими дослідниками феномену тілесності людини здійснюється також в контексті проблеми життєвого шляху особистості, конструювання випускниками сценаріїв майбутнього, статевої ролі тілесної ідентичності тощо. Ґрунтовним і продуктивним в цьому напрямку є вивчення А. Рождественським ролі тілесної компоненти в успішності досягнення особистістю мети власної життєдіяльності. Провівши теоретичний аналіз феноменології тілесності і життєвого самовизначення, автор сформулював робочу сітку понять, зокрема, таких як: тілесність (якісна визначеність фізичного буття особистості), тілесний потенціал (дана за способом буття особистості латентна можливість реалізації тілесності), рефлексія тілесного потенціалу (процес усвідомлення особистістю власного життєвого досвіду). Значення досліджуваних реальностей полягає також у виявленні типів саморефлексії тілесного потенціалу старшокласників та їх кореляції з способами конструювання життєвих проєктів. Знаючи проблеми психодіагностичного інструментарію, виділимо розробку та стандартизацію дослідником методики діагностики рівня сформованості у старшокласників здатності до саморефлексії тілесного потенціалу (ОСТП – опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу).

Ще одне цікаве дослідження в контексті окресленого поля проблематики проведене Н. Терещенко і стосується вивчення особливостей структури, функцій та формування статевої ролі тілесної ідентичності. Наукова новизна дослідження полягає у встановленні змістовного і емоційно-оцінного аспекту тілесної ідентичності. Автором уперше визначена психосемантична структура задоволеності власним тілом у жінок. В роботі специфіковано психодіагностичну карту особистісних статево-рольових утворень дівчат віком 18–20 років, вирішено завдання розробки та апробації програми тренінгу для дівчат старшого та підліткового віку, які мають проблеми у прийнятті жіночої гендерної ролі тощо.

Вивчаючи науковий доробок з психосоматики (Ф. Александер, К. Уілбер, О. Корнієнко, В. Любан-Плоца, К. Сельченко), патопсихо-

логії (В. Братусь, Л. Бурлачук, Б. Зейгарнік, М. Корольчук, Б. Мар'єнко), психології індивідуально-типологічних відмінностей (Е. Кречмер, У. Шелдон), тілесно-орієнтованої психотерапії (Е. Гіндлер, В. Райх, О. Лоуен, В. Нікітін, М. Фельденкрайз), танцювально-рухової психотерапії (М. Чейз, Л. Еспенак, М. Уайтхауз, Е. Гренлюнд, Н. Оганесян), SOLWI-терапії (Є. Браун, В.Бажуріна, Г. Федорова), ми зрозуміли необхідність нового погляду на проблему тілесного здоров'я людини. Значимими для нас в цьому плані виявились дослідження енергопотенціалу людини, механізмів відновлення і накопичення нею енергії, зв'язку між кількістю енергії та психічними станами, рівнями здоров'я тощо. І хоча поняття «енергії» та «енергопотенціалу» поки що не увійшли в загальний вжиток науковців-психологів, все-таки окремі роботи виконані і привертають нашу увагу. Так, український психолог В. Клименко виділив п'ять станів енергопотенціалу і, відповідно, п'ять рівнів здоров'я:

- 1) оптимальне,
- 2) стан норми,
- 3) втоми,
- 4) перевтоми,
- 5) виснаження.

Основним критерієм здоров'я виступає рівень енергії людини. Перші три стани автор вважає перманентними, їх точна диференціація можлива методами психодіагностики, два останні стани знаходяться на межі норми і патології.

Запропонована В. Клименко класифікація з точки зору психології була визначена на основі класифікації станів здоров'я за Авіценою:

- 1) тіло здорове до межі,
- 2) тіло здорове не до межі,
- 3) тіло і не здорове і не хворе,
- 4) тіло хворе, але швидко набирає сили,
- 5) тіло хворе, але не до межі,
- 6) тіло хворе до межі.

Як зазначає В. Клименко, «останні два стани здоров'я знаходяться в компетенції закладів охорони здоров'я. А перші чотири стани ніяку науку і практику не цікавлять: вони залишені на поталу долі, відповідно, вони повинні стати предметом психогігієнічного дослідження і практики розвитку здорової людини». Цю прогалину, на нашу думку, інтенсивно почала розв'язувати психологія здоров'я, яка пропонує сьогодні нові моделі здоров'я, нетрадиційні оздоровчі практики, психологічні методи зміцнення здоров'я людини тощо (О. Васильєва,

Г. Ложкін, М. Мушкевич, В.Никифоров, Ф.Філатов). Такі наукові реалії створюють підґрунтя для розширення предметного поля психології тілесності та інтегрування з ним сучасних концепцій психології здоров'я.

2. Структура тілесності

Тілесність структурована і має внутрішні і зовнішні компоненти, причому «фрагменти ... зовнішньої вираженості долучені лише через відповідні їм внутрішні переживання».

Проблема теперішнього часу полягає в тому, що сучасна людина не знає і не розуміє, а точніше, не переживає своєї внутрішньої тілесності, що в підсумку призводить до внутрішньоособистісному конфлікту, який є базовим по відношенню до інших, так як формується на самих ранніх етапах розвитку людини (починаючи з пренатального).

«Внутрішнє тіло – моє тіло як момент моєї самосвідомості – представляє собою сукупність внутрішніх органічних відчуттів, потреб і бажань, об'єднаних навколо внутрішнього центру, зовнішній ж момент фрагментарний і не досягає самостійності і повноти і, маючи завжди внутрішній еквівалент, через його посередництво належить внутрішній єдності.

Потрібно навчитись правильно розшифрувати тілесний код, який є ключем до розуміння внутрішньоособистісних конфліктів, які, в свою чергу, часто є причиною психосоматичних захворювань. Тільки тоді людина отримає доступ до власних істинних бажань і потреб.

Таким чином, всі потреби, почуття, бажання кодуються в різні стани, психосоматичні феномени, які є символічним дозволом внутрішньоособистісних конфліктів і тієї інформації з допомогою якого можна встановити зв'язки реальних подій і їх тілесної конгруетності, а потім шляхом вербалізації осмислити і інтегрувати даний досвід. І тілесність виступає вже як структура репрезентації самосвідомості (Є. Соколова).

В дослідженні внутрішньої тілесності або «внутрішнього тіла», є очевидні складності, з якими стикається кожний дослідник. А саме, відсутність можливості прямого співставлення суб'єктивного тілесного досвіду людини з тілесним досвідом інших людей, що є і необхідною і стійкою умовою виникнення стійкого, об'єктивного сприйняття зовнішнього світу.

Сучасний підхід до дослідження тілесності потребує відмови від інтерпретації сприйняття як набору простих, сенсорних стимулів, що впливають на людину.

Одним із найактуальніших напрямів дослідження тілесності, на сьогоднішній день, є вивчення внутрішньої границі тілесності. В рамках феноменологічної методології під внутрішньою границею розуміється «...феноменологічна психологічна репрезентація границі активності суб'єкта в фізичному світі, заснована на базі автономності керованості». Основою даної концепції є культурно – історичний підхід, в контексті якого розглядається формування «культурного тіла».

Таким чином, внутрішня границя тіла мінлива, динамічна і виходить за рамки тіла – організму.

А. Тхостов, Д. Бескова пропонують внутрішню границю умовно ділити на ряди, « ... відносно однорідних по ступеню вираженості суб'єкт – об'єктних впливів».

В даній концепції виділяють три функції границі, які характеризують внутрішню границю тілесності. Це розподіл зовнішнього і внутрішнього, з'єднання зовнішнього і внутрішнього, а також взаємодія між ними. Вони змінюються в системі трьох координат: «сформованості (функція поділу), контрольованості (функція взаємодії) і сенситивності (функція з'єднання), реалізуючи більшу чи меншу ступінь вираженості тієї чи іншої властивості».

Крім того, був виділений ряд феноменів, які відображають взаємодію і взаємозв'язок між шарами внутрішньої тілесності.

В структуру тілесності, між двома її підструктурами – внутрішньою і зовнішньою, є дійсно деяка границя, на якій відбувається максимальна взаємодія даних підструктур. Автори пропонують називати дану границю, а вірніше підструктуру, емпіричною тілесністю. Так як в цій підструктурі натуральні тілесні функції в ході соціалізації переходять на рівні вищих психічних функцій, що призводить до формування або спотворень, що призводять до роз'єднаності підструктур тілесності, або потоків, які пов'язані між собою інформацією між внутрішньою і зовнішньою тілесністю.

Так, внутрішня тілесність містить в собі внутрішній центр, сукупність органічних відчуттів, а також істинні потреби і бажання суб'єкта. А. Менегетті трактує це поняття як «...форму розуму, яка нероздільно присутня у всій психосоматичній реальності кожної особистості. Це – внутрішня потаємна сторона нашої дії, нашого знання і представлення».

Аналітична психологія К. Юнга пояснює наявність внутрішнього центру як наявність суті, яка і є екзистенцією суб'єкта, яку він або реалізує, або ні.

Якщо розглядати внутрішню тілесність в рамках психоаналізу, то вона буде відповідати безсвідомому, але тільки «чистому» безсвідомому, про існування якого говорив А. Маслоу.

Емпірична тілесність – це підструктурі тілесності, в якій виникає формування і соціалізація тілесного досвіду, оскільки тут утворюються або спотворення, що призводять до порушення зв'язків у структурі тілесності, або формування «гармонійних мотиваційних відносин» (А. Орлов), які сприяють прояву «внутрішніх мотивів», що зароджуються у внутрішній тілесності. Можна сказати, що це особистісна зона суб'єкта, що включає в себе і зовнішню тілесність.

У свою чергу, можуть відбуватися механізми іншого роду. Так, інтеріорізовані емпіричною тілесністю патогенні процеси, які досягли свідомості, в силу невідповідності витісняються і утворюють між внутрішньою тілесністю і емпіричною тілесністю непроникну границю, яку можна назвати, використовуючи термінологію Юнга, «тінню».

Таким чином, «внутрішнє тіло» блокується і людина втрачає зв'язок зі своїм внутрішнім центром.

Важливу роль відіграє процес персоналізації, який буде використовувати всі ресурси емпіричної і зовнішньої тілесності на підтримку і посилення особистісної «персони». І відповідно до цього, власне тіло буде розглядатись суб'єктом як якийсь об'єкт, який може або сприяти досягненню тих або інших цілей, або заважати їх реалізації.

Е. Кречмер запропонував класифікацію типів статури і відповідні їм типи характеру. Це всі відомі пікнік, атлетик і астенік. У. Шелдон виділив соматотипи, які відповідають трьом конституційним типам Е. Кречмера. Це – ендоморфний тип, який відповідає пікніку, мезоморфний, відповідає атлетику, екзоморфний – астеніку. Кожному соматотипу відповідає певний тип характеру. Крім того, названим типам статури відповідають і певні типи темпераменту, які названі У. Шелдоном висцеротоніками (від лат. – нутроці) – це ендоморфний тип, соматотоніками (від грец. – тіло) – це мезоморфний тип, і церебротоніками (від лат. – мозок) – ектоморфний тип.

О. Лоуен запропонував класифікацію характерів за паттерном захисту, які проявляються не тільки на психічному, але і на м'язовому рівні. Було виділено і описано п'ять типів характеру: шизоїдний, оральний, психопатичний, мазохістський і ригідний.

3. Психологічний онтогенез тілесності

Так як суб'єкт розвивається в системі соціально-культурних відносин, тілесні функції, як і тіло взагалі, проходять соціалізацію, що

приводить до формування «культурного тіла», яке характеризується тим, що натуральні функції, фізіологічно детерміновані, переходять на рівень вищих психічних функцій, свідомо регульованих. Весь цей процес починається в діаді мати-дитина, причому ще всередині-утробно починає формуватися перший досвід критеріїв оцінки задоволення незадоволення, які є безпосередньо тілесними і виражаються у відношенні якості і сили зовнішніх впливів і характеристиками нервової системи плода. «З позиції сучасних знань, вплив матері на розвиток дитини і навіть на формування його майбутнього характеру і поведінки вже не виглядає містичним: добре відомо, що будь-які переживання змінюють біохімічний і гормональний фон материнського організму і тим самим безпосередньо впливають на середовище, в якому формується зародок. Гормони стресу, чия екскреція збільшується при емоційному напруженні і конфліктах, впливають на розвиток центральної нервової системи дитини і багато в чому визначають його подальшу психічну стійкість і тип поведінки».

Таким чином, психофізіологічні реакції матері на вагітність фіксуються на клітинному рівні плоду і значно впливають на формування нервової системи майбутньої дитини, що в свою чергу стає передумовою формування психосоматичних патернів дитини. І дану інформацію плід одержує не тільки через материнську кров, в якій за допомогою тих чи інших гормонів змінюється психосоматичний стан, як матері, так і дитини, але також через відчуття смаку і запаху навколоплідних вод. Це і є першим, тілесним досвідом майбутньої дитини, який виконує функції ознайомлення з навколишнім світом. С. Гроф створив теорію базових пренатальних матриць (БПМ), в яких формується перший тілесний досвід, а також переживання життя і смерті, і здатність боротися за життя і багато інших якості, які стають вирішальними у формуванні не тільки особистісних якостей, а й подальшої долі людини. Вся ця інформація закарбовується і залишається в тілесності суб'єкта. «Крім того, що ці матриці володіють специфічним емоційним і психосоматичним змістом, вони є також принципом організації матеріалу різних рівнів несвідомого. Різні аспекти біографічного рівня – насильство і жорстокість, загрози, розлука, біль, задуха або, навпаки, стани біологічної та емоційної задоволеності – тісно пов'язані зі специфічними аспектами БПМ». Таким чином, абсолютно очевидна конгруентність психічних і фізіологічних функцій, причому на самих ранніх етапах онтогенезу.

Можна сказати, що основні смисли людина набуває тілесним шляхом ще внутрішньоутробно, а також у період пологів. Період дитинства відноситься до періоду більш біологічного, ніж соціального хоча, безумовно, незначна соціалізація все ж відбувається. Соціалізація починається з появою у дитини потреби в задоволенні його потреб, які залежать в період дитинства тільки від матері. С. Максименко підкреслює, що в потребі: «...біологічне і соціальне від самого початку складають суперечливу, але абсолютно не розривну єдність». На даному етапі розвитку важливо задоволення ранніх аффіліативних потреб дитини, які залежать, передусім, від матері. Відбувається формування «тотожностей» на основі відчуттів і емоцій, які являються відправними точками в формуванні самовідношення, а також виборі основних життєвих стратегій: саморозвитку чи саморуйнування. «Таким чином, вже в дитинстві базові тілесні знаки, що повідомляють суть явищ (сенс), трансформуються в фундамент майбутньої будівлі морально-етичних критеріїв через «добре» і «погано» дорослих».

Можна сказати, що розвиток тілесності включає в себе психосоматичний розвиток і формування тілесних, психосоматичних феноменів, що являє собою освоєння знаково-символічних форм регуляції натуральних, природних, фізіологічно детермінованих функцій організму, а також створення тілесного образу Я. Первинною базою, основою формування феномена тілесності, є діада «мати-дитина», в якій зміст і структура фізичних процесів визначаються розвитком системи значень і смислів.

Самою ранньою формою в процесі розвитку тілесності є освоєння і створення значень і смислів на сенсорному і емоційному рівнях. В. Ротенберг про це пише так: «У перші місяці життя дитини формується картина світу, в якій матері належить унікальний, вирішальна роль. У всіх своїх потребах дитина орієнтована на мати, повністю залежить від неї, а відповідно, – і від її емоційного стану, і дуже швидко навчається цей стан відслідковувати. Привітна усмішка чи гримаса незадоволення матері, її незмінна готовність допомогти дитині з радістю та ентузіазмом або постійна втома і роздратування від необхідності цю допомогу надавати – все фіксується дитиною і позначається не тільки на її сьогочасному настрої і поведінці, але й на всьому подальшому розвитку. Міміка і інтонації матері мають у цей період особливе значення. Образне мислення дитини формується, мабуть, раніше, ніж вербальне, і формується значною мірою під впливом невербального, емоційного контакту з батьками».

Таким чином, перетворення смислових аспектів тілесних феноменів визначається етапами розвитку смислового, інтенціонального компонента діяльності дитини, а також збільшення найближчої – зони розвитку. На даному етапі комунікація з матір'ю допомагає розкрити своїм емоційним фоном сенс і аксіологічний простір кожного тілесного прояву. Цей етап розвитку дитини характеризується симбіотичною прихильністю дитини і матері і обмежується в часі моментом виникнення у малюка автономних, інструментальних, керованих ним самим тілесних дій і функцій, а також маніпуляцій з власним тілом (В. Миколаєва, Г. Аріна).

Наступним етапом розвитку тілесності є включення дитиною в свою діяльність гностичних дій, що дозволяє інтегрувати психосоматичний зв'язок. Даний етап характеризується підвищеним інтересом дитини до власного тіла і окремих його частин, а також надання йому символічного позначення. Крім того, формування тілесного образу набуває більш осмисленого забарвлення, хоча все ще спостерігається «функціональна деформація» образу тіла, так добре виявляється в дитячих малюнках. У цей період в діяльності дітей спостерігається наслідування і імітація дорослих, особливо близьких, що призводить і до наслідування хворобливих станів, а також їх емоційного переживання. Надалі це може стати основою для виникнення симптомів – у вигляді актуалгенезу психосоматичних симптомів того чи іншого захворювання, або нездужання. Хоча дуже важливо відзначити, що вже в цьому віці, якщо дитина, знаходиться в емоційно несприятливих умовах, у нього формується «м'язовий панцир». (В. Райх). Тіло втрачає спочатку дану гнучкість і грацію. Крім того, крім наслідування, у дитини можуть з'явитися психосоматична симптоматика, або психосоматичний розлад, яке безпосередньо буде пов'язаний з особистісними або міжособистісними проблемами його батьків, бабусь і дідусів або оточуючих її дорослих. До речі, К. Юнг говорив про те, що захворювання дітей особливо до 7 років, необхідно лікувати за допомогою психотерапії батьків і вирішенням їх особистісних проблем. Можна сказати, що поки у дитини не сформована межа його тілесного Я, вона найбільш залежна і вразлива від батьків або найближчого його оточення. І його тілесність стає своерідною губкою, що вбирає у себе всі негативні вияви дорослих інтериоризуючи весь цей досвід і стаючи частиною дитини. Таким чином формуються нахили до фрустраційних, депресивних станів, а також неврозів, алекситимії, психопатії та інших психічних порушень. Тому дуже важливим етапом у розвитку

тілесності, є виникнення рефлексивного плану свідомості, здатного трансформувати засвоївши смислові системи, а також породжувати нові. Таким чином, в процесі соціалізації тілесності, в ході якої формуються психосоматичні феномени (образ тіла, образ болю, тілесні метафори, самопочуття), може спостерігатися дизонтогенез психосоматичних феноменів, що дозволяє говорити про відхилення в психосоматичному розвитку дитини.

В. Миколаєва та Г. Аріна пропонують кілька варіантів таких відхилень:

– Відставання і затримка в соціалізації тілесних функцій, зумовлені затримкою процесу психологічного опосередкування. Це різні відхилення від соціально-нормативного способу здійснення тілесних дій;

– Регрес в психосоматичному розвитку, який може бути як короткочасним, так і довготривалим. Так, при короткочасному, дитина може при втомі або поганому самопочутті втрачати вже соціалізовані навички. При більш складному варіанті регресу може спостерігатися перехід до більш примітивним механізмам регуляції тілесності: від рефлексуючих до афективних;

– «Спотворення ходу психосоматичного розвитку, детермінована спотворенням розвитку всієї системи психологічного опосередкування: ціннісного, змістового, когнітивного. Спотворення стосується розвитку тілесного Я в цілому».

Хотілося б додати до причин, що призводить до дизонтогенезу, наслідком чого є відхилення в психосоматичному розвитку дитини, ще одну, але дуже вагомую причину, а саме: спотворення безпосередньо в структурі тілесності, які можуть виникати на самих ранніх етапах розвитку дитини і надалі бути причиною психосоматичних розладів і захворювань. Можна сказати, що в основному всі види психосоматичного дизонтогенезу так чи інакше обумовлені порушеннями дитячо-батьківських відносин, а також стилю і системи виховання. Особливо патогенними є симбіотичне і авторитарно відторгуючі відносини батьків до дитини (Е. Ейдемільер, В. Юстицький).

Так як феномени тілесності знаходяться в динаміці і схильні до змін протягом усього життя людини, спотворення, а також корекції спотворень у структурі тілесності можуть відбуватися в будь-якому віці, хоча найбільш важко піддаються коригуванню спотворення, придбані на самих ранніх етапах онтогенезу, так як в ході розвитку вони «вбудовуються» у загальну архітектуру психічного життя індивіда, в його аксіологічний простір, стаючи частиною самосвідомості,

або витісняючись, формують компенсаторні механізми і стратегії поведінки.

Таким чином, в процесі розвитку і становлення особистості дуже важливо, щоб у процесі соціалізації, людина не втратила «шляху до себе» (Ю. Зінченко) і намагався не тільки орієнтуватися в знакових системах і бути адекватним в суспільних відносинах, але також намагався, цитуючи класика: «Бути вірним самому собі».

4. Мета, предмет, завдання та обсяг знань з навчальної дисципліни

В результаті тривалого наукового екскурсу ми вважаємо актуальним розкриття питань психологічних аспектів тілесного здоров'я та тілесної свідомості для майбутніх психологів. Без вивчення цих аспектів неможливо зрозуміти та пояснити різноманітні оздоровчі «тілесні практики», а також подолати поширений «тілесний негативізм» як на рівні суспільства, так і на рівні окремої особистості. Зрозуміло, що на рівні засвоєння базових психологічних дисциплін оволодіти вищезазначеними знаннями немає можливості.

Предметом вивчення навчальної дисципліни для здобувачів вищої освіти є психологічні підходи до питань тілесності та її ролі у психічному житті особистості. Вивчення курсу базується на наукових знаннях з психофізіології, загальної психології, психології особистості, диференційної психології, медичної психології тощо.

Метою викладання навчальної дисципліни «Психологія тілесності» є розуміння єдності психічної та тілесної основ розвитку людини.

Основними завданнями для здобувачів вищої освіти є формування глибоких теоретичних знань про взаємозалежність механізмів функціонування психічного та тілесного; ознайомлення зі спеціальними техніками, спрямованими на вдосконалення тіла та досягнення єдності свідомості та організму; інтеграція отриманих знань в цілісне уявлення феноменології тілесності.

Згідно з вимогами освітньо-професійної програми «Практична психологія» здобувачі вищої освіти *повинні знати*: теоретичні основи психології тілесності, психодіагностику тілесної свідомості, теорію та практику класичної та сучасної тілесної психотерапії, основні аспекти психокорекції та психопрофілактики тілесного здоров'я; *повинні вміти*: використовувати методи та техніки тілесно-орієнтованої психотерапії на практиці, аналізувати результати первинної діагностики тілесності людини, інтерпретувати отримані діагностичні результати для подальшої тілесно-орієнтованої психокорекції; здійснювати тілесно-

орієнтовану психокорекцію та психопрофілактику тілесного здоров'я, розробляти психологічні проекти тілесного розвитку у сучасних формах самопізнання та дозвілля.

Домінуючими педагогічними позиціями у викладанні дисципліни, як показав досвід, стали наступні: інформування про нові фундаментальні дослідження у сфері психологічних і природничих наук; акцентування на феномені тілесності як повноцінному психологічному об'єкті та предметі; подолання протиставлення «тілесного» та «психічного», людини «тілесної» та людини «духовної»; розвиток уміння інтегрувати отриману інформацію в цілісну систему уявлень про людину та її поведінку; здійснювати системну та ситуативну оцінку психологічного факту, явища, пов'язаного зі здоров'ям людини тощо.

Висновок. Таким чином, сьогодні є актуальною розробка моделей вивчення феномену тілесності та поглиблення професійних знань психологів. Тривалий досвід викладання «Психології тілесності» як вибіркового та спеціального курсу для майбутніх психологів Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки підтвердив його особливе значення та роль як на етапі навчальної діяльності студентів, так і у їх професійному майбутньому. Нині, згідно нового навчального плану освітньо-професійної програми «Практична психологія» освітнього ступеня «БАКАЛАВР» дана дисципліна віднесена до циклу професійної підготовки.

1.2. ЛЕКЦІЯ 2. Основні школи тілесно-орієнтованої психотерапії

Тема 2

Основні школи тілесно-орієнтованої психотерапії

ПЛАН

1. Поняття тілесно-орієнтованої психотерапії.
2. Основні школи тілесно-орієнтованої психотерапії

1. Поняття тілесно-орієнтованої психотерапії

Тілесно–орієнтована психотерапія – це група методів психотерапії, орієнтованих на вивчення тіла, усвідомлення пацієнтом тілесних відчуттів, на дослідження того, як потреби, бажання і почуття проявляються у різних тілесних станах, і на навчання реалістичним способам вирішення дисфункцій у цій сфері. Більшість відомих підходів тілесно–орієнтованої психотерапії зароджувалося і розвивалося поза

групового руху в психотерапії, однак у останній час тілесно-орієнтована психотерапія використовується передусім у групових формах. Тілесно-орієнтована психотерапія має певну схожість з гештальт-терапією оскільки також фокусується на взаємовідносинах між керівником групи і окремим учасникам, а потім звертається до підтримання іншими учасниками.

Останнім часом методики тілесно-орієнтованої психотерапії стають складовими частинами інтегративних підходів, які використовуються в психотерапії психосоматичних хвороб і спрямовані на подолання певних преморбідних якостей особистості пацієнта з психосоматичними порушеннями, до яких відноситься, наприклад, високий рівень алекситимії. Основою для розробки цих методик і підходів є біопсихосоціальна концепція примежових нервово-психічних і психосоматичних розладів.

У традиційних підходах тілесно-орієнтованої психотерапії розроблений ряд понять, до яких відносять поняття «енергія», «біоенергетика», «м'язова броня», «грунт під ногами» або «заземлення».

Поняття «енергія» має важливе значення для тілесно-орієнтованої психотерапії. Учень В. Райха – О. Лоуен вивчає тіло з урахуванням його енергетичних процесів і описує його як «біоелектричний океан» хімічного і енергетичного обміну. У розумінні Лоуена біоенергетичні порушення сприяють невротичним розладам, а їх усунення призводить до видужання.

Розробляючи концепцію «м'язової броні», тілесно-орієнтовані психотерапевти відмічають, що м'язова напруга пов'язана з різними ситуаціями і психологічними травмами, тривогами людини. Формування характеру і «м'язової броні» діалектично взаємопов'язане, тіло і психіка в цьому процесі безперервно взаємодіють. Прикладом такого єднання є намагання маленького хлопчика втриматися від сліз: він стискає зуби, затамовує подих і напружує м'язи живота і шиї. Це перша стадія при формуванні «броні характеру». Пізніше психотравмуючі моменти можуть викликати автоматичне гальмування природних рухових і голосових компонентів відповідних реакцій і воно стає несвідомим. На основі вивчення подібних м'язових проявів В. Райх описує сім кругів формування «м'язової броні». О. Лоуен описує дев'ять типів характеру: оральний, мазохистичний (перший і другий), істеричний (перший і другий), фаллічно-нарцисичний, пасивно-жіночий, шизофренічний, шизоїдний. Істеричний і фаллічно-нарцисичний характер у жінок Лоуен відносить до ригідного типу.

Учасники груп тілесно-орієнтованої психотерапії зазвичай одягають легку спортивний одяг, наприклад шорти. У деяких групах схвалюється повне роздягання. На основі отриманих описових характеристик керівник і члени групи можуть зробити висновки про «броню характеру» кожного учасника, блокування спонтанної течії енергії, а також співвідносити ці висновки з тими проблемами, які виникли в учасників групи. Таким чином, протягом всіх занять не припиняються намагання співвідношення тілесного стану з обговореними психологічними темами. М'язове напруження визначається за допомогою фіксації напружених поз тіла і вправ, які сприяють появі напруження. Основною напруженою позою у тілесно-орієнтованої психотерапії є арка – прогин назад. При цій вправі виявляються ділянки тіла, схильні до надмірного м'язового напруження і прояви фізичної ригідності. Рухові вправи, за думкою тілесно-орієнтованих психотерапевтів, сприяють поверненню пацієнтів до примітивного емоціонального стану, первинної природи людини. Однією з базових фізичних вправ при проведенні тілесно-орієнтованої психотерапії є брикання. Учасника імітують протестуючі рухи маленької дитини, яка лягає на спину, сучить ніжками, б'ється руками по підлозі і крутить головою зі сторони у сторону. Фізичні рухи супроводжуються криками «Ні!» чи «Я не буду!», і таким чином пацієнт отримує доступ до заблокованих емоцій гніву і люті. Інші учасники допомагають кожному пацієнту визволити вказані емоції. Вони можуть активно стимулювати цей процес, наприклад твердженням «Так!», якщо учасник говорить «Ні!», чи «Ти будеш!», коли пацієнт кричить «Я не буду!». Таким чином група взаємодіє з головним учасником, схвалюючи більш повне визволення емоцій. Окрім брикання, використовуються інші фізичні вправи, такі як удари по ковдрі чи стільцю. Застосовуються також вправи, які сприяють вираженню негативних емоцій по відношенню до інших учасників групових занять. Прояв негативних почуттів, таких як гнів, страх, ненависть, майже завжди передують вираженню позитивних емоцій. На думку тілесно-орієнтованих психотерапевтів, негативні почуття ховають глибоку потребу у позитивному контакті та заспокоєнні. Стверджується також, що сильне звільнення негативних афектів може призводити до позитивних особистісних змін. У тілесно-орієнтованих групах частіше всього ідуть далі емоціональної розрядки та використовують знову виникаючі почуття для взаємодії з іншими, для пошуку зворотного зв'язку і вербальної роботи над своїми реакціями.

Більшість груп тілесно-орієнтованої психотерапії включають фізичний контакт і групову взаємодію. В ортодоксальній тілесно-орієнтованій психотерапії В. Райха для схвалення емоціональної розрядки використовують м'язовий масаж. До пацієнта торкаються, здійснюючи щипкові і тиснучи рухи, щоб допомогти йому зламати «м'язову броню», рухаються вниз вздовж тіла, досягаючи останнього кола, розташованого на рівні тазу. Схожі на масаж дії застосовуються і в інших тілесних підходах для заспокоєння і підтримки пацієнта.

2. Основні школи тілесно-орієнтованої психотерапії. Характерологічний аналіз В. Райха

В. Райх – австрійський психіатр, представник неопсихоаналізу. Він запропонував структуру особистості, яка складається з трьох незалежних рівнів. «Поверхневий рівень» утворює соціально схвалені форми міжособистісних комунікацій під впливом соціальних цінностей суспільства. «Проміжний рівень» уявляє собою імпульси, які включають агресивно-садистичні потяги і потяги лібідо. «Глибинний рівень» – це природно-соціальні імпульси, які мають справжній людський характер; тут людина є емоційно здоровою, гармонійною, здатною на справжню любов.

За думкою Райха, під впливом соціальної структури буржуазного суспільства природно-соціальні імпульси трансформуються в агресивні тенденції. Їх блокування і маскування на поверхневому рівні особистості у вигляді соціального конформізму ведуть до формування невротичного характеру. Райх бачив безпосередню причину виникнення невротичного характеру у суспільних і культурних умовах існування людини у суспільстві. Тобто невроз і невротичний характер – це хвороба існування людини у конкретних історичних і соціальних умовах.

Згідно теорії В. Райха, характер складається зі звичних положень і відношень людини, постійного набору його реакцій на різні ситуації, включає свідомі відношення і цінності, стиль поведінки, фізичні пози, звички тощо.

Райх вважав, що характер людини включає постійний «набір» захистів. Хронічні м'язові затиски блокують три основні емоційні стани: тривожність, гнів та сексуальне збудження. Райх прийшов до висновку, що м'язовий і психологічний панцир – одне і те саме. Хронічне напруження блокує енергетичні канали, які лежать в основі сильних емоцій. Захисний панцир не дає людині переживати сильні емоції, обмежуючи і викривляючи вираження почуттів. Емоції, блоковані

таким чином ніколи не зникають, тому що не можуть повністю проявитися. Ці блоки (м'язові затиски) викривляють і руйнують природні почуття, в більшості пригнічують сексуальні почуття, заважають повноцінному оргазму. За В. Райхом, повне визволення від заблокованої емоції проходить тільки після її глибокого переживання.

В. Райх почав з використання техніки характерного аналізу до фізичних поз. Він аналізував у деталях пози пацієнта і його фізичні звички, щоб дати пацієнтам усвідомити, як вони пригнічують життєві почуття різних частин тіла. Райх просив пацієнтів посилити певний затиск, щоб краще усвідомити його, відчувати його і виявити емоцію, яка пов'язана з цією частиною тіла. Він побачив, що тільки після того, як пригнічена емоція знаходить своє відображення, пацієнт може повністю відмовитися від хронічної напруги чи затиску. В. Райх постійно намагався дати пацієнтам усвідомити їх характерні риси. Він часто імітував їх характерні риси чи пози чи просив самих пацієнтів повторювати чи перебільшувати штамп поведінки – наприклад, нервову посмішку. Коли пацієнти перестають приймати свій характерний спосіб поведінки як само собою зрозуміле, їх мотивація до зміни зростає.

В. Райх підкреслював важливість звільнення, розслаблення м'язового панцира у доповнення до аналізу психологічного матеріалу, тому що він роздивлявся розум і тіло як нероз'єднану цілісність. В. Райх прагнув розпустити захисний панцир, блоки відчуття, котрі викривляють психологічне і фізичне функціонування людини; роздивлявся терапію як засіб відродження вільного перебування енергії у тілі через систематичне звільнення блоків мускульного панциру, тому і назвав свій метод лікування неврозів «біофізичною органною терапією».

При роботі з м'язовим панциром В. Райх виявив, що звільнення хронічно утиснених м'язів часто породжує особливі фізичні відчуття – почуття тепла чи холоду, поколювання, свербіж чи емоційний підйом. Він вважав, що ці відчуття виникають у результаті визволення вегетативної чи біологічної енергії. В. Райх вважав, що м'язовий панцир уявляє собою сім основних захисних сегментів, які складаються з м'язів і органів відповідних функцій. Ці сегменти утворюють ряд з семи горизонтальних кілець, які знаходяться під прямим кутим до хребта. Основні сегменти панциру розташовуються в області очей, рота, вух, груді, діафрагми, животу і таза.

Діагностика тілесних блоків за В. Райхом

В. Райх виділяє 7 видів тілесного панцира:

М'язовий панцир

З точки зору ТОП все наше тіло умовно ділиться на сім сегментів. І в кожному з цих семи сегментів причаїлися м'язові блоки. М'язовий блок – це комбінація затисків на м'язах, що перешкоджає протіканню вільної енергії по тілу. Блоки бувають двох видів. Перший. Коли м'язи неадекватно напружені, стиснуті.

Другий. Коли м'язи неадекватно розслаблені, розхлябані. (Зустрічається рідше).

Панцир – це тіло людини, яке містить сім блоків. Панцир складають сім сегментів:

1. очний, 2. щелепний, 3. горловий, 4. грудний, 5. діафрагмовий, 6. черевний, 7. тазовий.

М'язові блоки в очному сегменті

Цей сегмент представлений м'язами скальпа і окоруховими м'язами. Блоки на них виникають через так звані *соціальні страхи*. (Щось не так в моїх відносинах з людьми). До них відносяться такі страхи, як:

1. страх зробити помилку, промах.
2. страх почути (побачити) оцінку про себе з боку людей,
3. страх образи (образити) іншої людини. Пов'язаний зі спогадами дитинства, коли ми по наївності говорили «щось не те» на адресу родичів, мами, друзів вдома.

Зовнішні прояви блоку.

1. Ненормально блукаючий погляд,
2. ненормально нерухомий погляд,
3. сильне і постійне «зморщування» чола під час розмови,
4. суворе насуплювання брів з утворенням постійної зморшки між бровами,
5. вічно «здивовано» підняті брови і розкриті «наївно» очі

Почуття самого пацієнта:

1. Скарга типу «боляче дивитися», постійне бажання здавити віскі руками, «втиснути» очі в очниці,
2. Всі скарги, які можуть бути пов'язані з тим, що судини, що живлять очі, хронічно «пережаті».
3. Скарга на головні болі (надмірне напруження очних м'язів).
4. Утрудненість плачу (як помітно ненормальний стан)
5. І навпаки, постійна сльозливість (як помітно ненормальний стан)

М'язові блоки в щелепному сегменті

Цей сегмент представлений м'язами підборіддя, нижньої частини потилиці, верхньої частини горла. Блоки виникають через спроби стримати *емоції* – Плач, – Крик, – Гнів.

А точніше, заборони на їх відкриті, гучні, «звукові» вислови. (До повного придушення в собі навіть думки про гнів, вона базується в іншому місці)

Зовнішні прояви блоку:

1. постійне жування, кусання, смоктання і обгризання різноманітних предметів;
2. пристрасть до жувальної гумки;
3. постійно зціплені щелепи;
4. постійно відвисаюча нижня щелепа (якраз варіант гіпоблока);
5. труднощі з виразом вголос будь-яких почуттів («небагатослівність»).

Скарг з боку самого клієнта на щелепні блоки, як правило, немає.

Однак, щелепний блок «один не ходить», тому скарги бувають. Але в інших областях.

М'язовий блок у горловому сегменті

Цьому блоку схильні – мова і глибокі м'язи шії. *Блок* виникає через заборони, накладені на здатність – Плакати, – Голосно кричати на весь голос, – Гніватися, – Ображатися.

Як правило цей блок не існує один, а йде «в компанії» з блоком на щелепному сегменті. Просто в силу індивідуальних особливостей у одних людей затиски яскравіше виражені в м'язах щелепи, а у інших, відповідно, в горлі. Заборона на крик і плач формується (як неважко здогадатися!) в самому ранньому дитинстві. Заборона на гнів і вираз образи – тоді ж. Як відчувається клієнтом психотерапевта цей блок? Тут нам допоможуть прислів'я і стійкі вирази – ідіоми. «Ком у горлі застряг», «проковтнути образу», «образа грудкою в горлі», «проковтнути сльози» та інші радощі «стриманої особистості».

Зовнішні прояви блоку

Перше – це постійний (невротичний кашель, не обумовлений ніякими інфекціями і ін.). Далі – занадто тихий голос (особливо у дітей-школярів), звичка до мимовільного жесту, коли рука тримається постійно на горлі, як би обіймаючи його. Обхоплюючи невидимим шарфом (особливо у вчителів і лекторів). І нарешті, часте і мимовільне ковтання (результат відчуття «клубка в горлі»).

До речі кажучи, з цією недугою простіше всього боротися, відправившись на курси «дикторської мови», методики яких доступні всім і існують не одну сотню років. Якщо Ви – професійний лектор, то без цих курсів Вам не обійтися.

Блок у цьому сегменті може призвести і до більш серйозних захворювань. А те, що природа їх – психосоматична – не зробить захворювання менше неприємними.

М'язовий блок в грудному сегменті

Райх вважав, що грудний сегмент – один з двох найбільш важливих сегментів, що відповідають за наш дискомфорт у цьому світі (другий, власне – тазовий). Ось тут-то ховаються *заборони* вже навіть не на ПРОЯВ, а на саме відчуття емоцій і глибинних людських почуттів. Блок формується в:

- Широких м'язах грудей,
- М'язах грудної клітини,
- М'язах лопаток,
- М'язах плечей,
- М'язах рук.

Блок у цьому сегменті найбільше псує нашу поставу, яскраво показуючи оточуючим нас людям, що ми – аж ніяк не танцюристи фламенко, що не матадори і взагалі по нічному Риму на мопедах не каталися. Загалом, погано нам живеться – ось що показує постава людини з блоком у м'язах грудного сегмента.

Блок у цьому сегменті формується через заборону на ПРИСТРАС-НІСТЬ. Цим загальним словом Райх назвав такі різні почуття, як: – Сум, – Любов, – Ревнощі, – Здатність захоплюватися, – Здатність віддаватися мріям ...

Загалом, коли людина намагається придушити в собі своє «людське, занадто людське» (все, що і складає багатство нашого життя) у неї виникає ряд симптомів. *характерний затиск* Перший, – це проблеми з диханням. Другий – це все, що стосується рук. – Занадто холодні руки, – Занадто вологі руки. – Руки як би «стиснуті в кулаки», – Руки, вічно засунуті в кишені, – Руки, що перебирають ключі і чотки, Третій – положення плечей – ненормальне. Зрозуміло. Плечі або вічно підняті «до вух» (перевірте, як Ви зараз тримаєте свої плечі!), Або опущені. Четвертий – випнуті або «втиснуті» груди. П'ятий – негнучкість тулуба, яка проявляється в тому, що на оклик людина повертається всім тілом. Шостий – схильність одягатися «як капустаний качан»: у кілька шарів одягу, проте завжди розстебнутий.

Скарги людей з блоком в грудному сегменті зводяться до скарг на болі в плечах, скаргами на пітливість долонь і скаргами на проблеми з диханням – «нестача повітря». «До чого здатна людина, яка усі свої силюнки витрачає на підтримку непотрібних природі, надлишкових

м'язових напруг?» – Запитує В. Райх. І сам же відповідає: така людина йде по життю, здійснюючи «біг у мішках».

Краще лікування цього затиску – будь-яка дихальна гімнастика. Метою такої людини буде спроба усвідомити зміст виразу: «Жити, дихаючи на повні груди». І усвідомивши, спробувати втілити цю програму в життя.

М'язовий блок в сегменті діафрагми

Він охоплює м'язи власне діафрагми, сонячного сплетіння і тих органів, яким «пощастило» потрапити в цю зону. Діафрагма дуже схожа на грудній затиск. Там зовнішніми ознаками теж є і неповороткість тулуба і утрудненість дихання. Але причини, з яких формується м'язовий панцир в районі діафрагми, зовсім інші і вони, можна сказати, унікальні. Блок на діафрагмі формується внаслідок *заборони* на прояв почуття відрази й огиди. От уявіть собі, що Вас змусили з'їсти черв'яка або поцілувати дохлу мишу. Уявіть-уявіть ... Не зробіть, припустимо, вб'ють. Або позбавлять квартири. Візуалізуйте в думці цю ситуацію ... які м'язи у Вас напружилися в залізну грудку? Ось він – затиск в області діафрагми у всій красі.

Ну а тепер уявіть, що деякі люди змушені жити і ділити подружнє ліжко з людиною, чий запах і зовнішній вигляд викликає у них непереборну відразу. Хронічний затиск в області діафрагми – забезпечений! Уявіть і ще ситуацію. Маленьку дитину насильно напихають їжею, яка викликає у неї істеричну огиду. Якщо вона не з'їсть цю їжу, їй погрожують бабусиним інфарктом, наприклад. І ось вона давиться, запихаючи в себе, припустимо, розварену капусту з борщу або тверді і пружинисті частинки м'ясного фаршу.

В області діафрагми блокується відразу, гидливість і здатність ... до блювоти. Здатність до блювоти, до речі, проявляється як у гіперблоці так і в гіпоблоці. Тобто, людина з затискачем в області діафрагми або взагалі нездатна до блювоти, або одержима її нападами - коли її буквально «нудить» від усього.

М'язовий блок в черевному сегменті

Цей блок охоплює широкі м'язи живота, попереку і спини. Тут спостерігається різниця ... Блок в області спини та попереку – викликає ретельно приховуваний (і неопрацьований) страх, що на тебе нападуть, застануть зненацька за якимось заняттям. Блок в області боків (так званий – живіт) викликається блокованими емоціями злості і пригніченою ворожістю.

Чим небезпечний блок в цій області? На думку В. Райха (і фахівців-практиків вже нашого часу) яскраво виражений черевний блок відразу

ж різко знижує загальний тонус організму. Типові скарги клієнтів психотерапевта – занепад сил, апатія, млявість.

Зовнішні прояви цього блоку – постійно випнутий живіт, який з часом може стати справжнім, що не придуманим «кавуновим пузом». Люди, які ходять «пузом вперед» (навіть якщо ніякого пуза у них ще й немає) це всього лише люди, які мають яскраво виражений м'язовий блок в черевному сегменті.

Що відчують при цьому самі пацієнти? Як правило те, що називається терміном «неспокійний живіт», коли найменший стрес або емоція викликають «порушення травлення». Втім, ця тема – нескінченна.

М'язовий блок в тазовому сегменті

Це найголовніший, самий великий і самий сумний за наслідками сегмент, який відчуває дискомфорт заблокованих невротиком м'язів. У нього входять всі м'язи нашого тіла, починаючи від клубових кісток. Тут живуть так звані вітальні страхи (коли всім тілом відчувається загроза життю – уявна чи справжня). Тут живе наглухо заблоковане сексуальне збудження. Якщо дитину застати за «грою в лікаря» і відлупцювати – блок в тазовому сегменті забезпечений. Якщо людина живе з думкою, що хоче не тих і не так – блок буде дивовижний.

Як це відбивається на *зовнішніх проявах* тілесності? По-перше. Тазовий блок діє на ноги. «Ватні» або підкошуються ноги – перша ознака на сильну загрозу. Якщо Ви бачите у людини хронічну ходу «на напівзігнутих», такого собі «колоса на глиняних ногах», знайте – у цієї людини запущений тазовий блок. Вона думає, що є щось, що загрожує її життю і абсолютно скута в сексі. Напружені негнучкі ноги (хода чаплі), напівзігнуті коліна (не можу я встати біля стінки – у мене тремтять коліна)» ... Людина втрачає міцний зв'язок з землею («заземлення» за В. Райхом), нормальну стійкість. На проективному тесті «Людина» у таких людей зазвичай погано промальовані «ноги малюнка». Або ж їх «людина» висить у повітрі, оскільки не промальований ґрунт під ногами цього чоловічка.

Рятує таких людей в першу чергу «заземлення». Заземленням в тілесно-орієнтованій психотерапії вважається:

- Ходьба (або стояння) босоніж на землі,
- На будь-якій іншій поверхні, але теж босоніж,
- «Тупання» ногами, тобто будь-які танці типу «степ».

Наостанок хотілося б відзначити ще раз: немає такої людини, у якої блок був би один. Їх завжди кілька, просто один – яскравіше виражений, ніж інші. Заняття спортом. Танцями і фітнесом постійно

розмелюють м'язові блоки, не даючи тілу стати ходячою картинкою з підручника з ТОП, не даючи тілу бути красномовно жалюгідним і відразливим.

Вправа «ваги». Це проста і дуже ефективна вправа має дві мети. Перша мета: діагностика проблеми з тілом у людини. Блоки й затиски, м'язовий панцир – нікуди не поділися. Всі – тут. Друга мета вправи: лікувальна, корекційна, терапевтична. Якщо ми переслідуюмо першу мету, то ця вправа виконується як тест – всього один раз. Якщо ми переслідуюмо мету – відкоригувати стан – вправа виконується багато разів, до тих пір, поки не наступить поліпшення. А воно настане – не сумнівайтесь. Для того, щоб виконувати цю вправу будуть потрібні два предмети: 1. Стілець звичайний. 2. Ваги підлогові.

Важливе попередження! Ваги повинні бути МЕХАНІЧНИМИ, а не електронними.

Порядок виконання вправи. Перше. Зважтесь на терезах і дізнайтеся свою вагу. Друге. Сядьте тепер на стілець таким чином. 1. прямо, 2. на край стільця, 3. ногами на ваги, 4. ногами, зігнутими під прямим кутом, 5. зрозуміло, без взуття. Третє. Подивіться, скільки важать одні Ваші ноги. Їх вага в середньому завжди дорівнює від 10 до 20 відсотків від загальної ваги тіла. Якщо більше – Ви сидите неправильно. Четверте. Без допомоги рук, повільно, встаємо зі стільця на ваги (Ви пам'ятаєте – наші ноги з самого початку стоять на вагах). Стежимо за показаннями ваг. (Або просимо зробити це приятеля) Що зазвичай відбувається? У момент вставання звичайної людини стрілка стрибає до тонни (жарт).

Це – показник того, що наше тіло одягнене в моторошний м'язовий панцир. При нормальному розподілі енергії по тілу, такого відбуватися не повинно. Факти. Зазвичай стрілка стрибає так, що ця вага перевищує Вашу реальну вагу всього на 15–20 кг.

Це говорить про те, що Ви – звичайний невротик, яких багато, затискачі у Вас – є і фламенко Ви не станцюєте. Але тривогу потрібно бити тоді, коли вага при вставанні перевищує реальну на 30–40 кілограмів! Буває й таке, і буває – часто. Тілесно-орієнтовані терапевти навіть обчислюють своєрідний ККД людини. Для цього вони ділять його реальну вагу на ту, що показали ваги під час вставання зі стільця без допомоги рук.

Вправа як самотерапія: Займайтеся цією вправою вдома і на роботі (якщо робота така, що дозволяє подібні екзерсиси). Ваше завдання – добитися такої легкості і незажатості в тілі, щоб Ви не витрачали

зайвих зусиль при вставанні. Тоді і тільки тоді Ваша вага при вставанні з стільця буде приблизно дорівнювати вазі реальній. Саме так набувається жадана людством «грація кішки» яка якщо і стрибає нам на шию з висоти холодильника, то при цьому аж ніяк не ламає наші шийні хребці.

Кожен сегмент більш чи менш незалежний, з ним можна працювати окремо. У розпусканні панцира використовують три типи засобів:

- скупчення в тілі енергії шляхом глибокого дихання;
- прямий вплив на хронічне м'язове напруження через тиск, щипки тощо;
- відкрите обговорення сумісно з клієнтом опору і емоційних обмежень, які при цьому виявляються.

В. Райх виявив, що по мірі того, як пацієнти набувають здатності повної «генітальної віддачі», фундаментально змінюється все їх буття і стиль життя.

Розроблені Райхом методики дихання, емоційного звільнення, посилення напруги у заблокованих областях тіла лягли в основу біоенергетики, структурної інтеграції (рольфінга) та інших психотехнік.

Таким чином, В. Райх фактично є першопрохідцем в області психології тіла і тілесно-орієнтованої психотерапії.

Структурна інтеграція (рольфінг) Іди Рольф

Метод структурної інтеграції (чи рольфінг) розробила Іда Рольф. Він є прямим фізичним втручанням, яке використовується для психологічної модифікації особистості, але заснованої на психотерапевтичних поглядах Райха.

За думкою Рольф, добре функціонуюче тіло залишається прямим і вертикальним з мінімум витрат енергії, не дивлячись на силу тяжіння, але під впливом стресу воно може пристосовуватися до останнього і викривлятися. Найбільш сильні зміни проходять у фасції – з'єднувальній оболонці, яка вкриває м'язи.

Структурна інтеграція – це система, яка намагається повернути тілу правильне положення і правильні лінії через глибокі і часто болючі витягування мускульних фасції, що супроводжується прямим глибоким впливом.

Мета структурної інтеграції – привести тіло до найкращої м'язової рівноваги, до кращої відповідності лініям тяжіння, ближче до оптимальної пози, при котрій можна провести пряму лінію через вуха, плече, стегно і литку. Це веде до врівноваженого розподілу ваги

основних частин тіла – голови, грудей, таза і ніг – до найбільш граціозних і ефективних рухів.

Рольфінг працює передусім з фасціями – зв'язуючою тканиною, котра підтримує і зв'язує мускули і скелетну систему. Рольф вказувала, що психологічна травма чи навіть незначна фізична травма може проявитися у невеликих, але постійних змінах тіла. Кістки чи м'язова тканина виявляються трохи зміщеними, і наростання зв'язуючих тканин перешкоджає їх поверненню на місце. Порушення ліній виникає не тільки у місці безпосередньої травми, але також і у віддалених місцях тіла у якості компенсації. Наприклад, якщо людина несвідомо жаліє травмоване плече протягом тривалого часу. Це може вплинути на ший, на друге плече, на стегна.

Метою рольфінга є маніпулювання м'язовою фасцією і її розслаблення, з тим щоб оточуюча тканина змогла зайняти правильне положення. Процес терапії оснований на глибокому масажі за допомогою пальців, суглобів пальців і ліктів. Цей масаж може бути дуже болючим. Чим сильніше напруження, тим сильнішою є біль і тим більше необхідність у такому маніпулюванні. Внаслідок взаємозв'язку фасцій всього тіла напруження в одній області завдає виражений функціональний компенсаторний вплив на інші області.

Певні види емоційних проблем часто пов'язані з конкретними областями тіла. Масаж відповідної ділянки тіла знижує напруження і веде до емоційного розрядження. Процедура рольфінга часто пов'язана з болем і можливістю структурних пошкоджень тіла. Метод особливо ефективний у випадках, коли «м'язова броня» і напруження досягають значного ступеня.

Процедура рольфінга складається з десяти основних занять, під час яких проходить реорганізація рухів у суглобах. Як і у терапії В. Райха, основне значення для загального здоров'я має таз. Протягом сеансів структурної інтеграції зазвичай виконується наступна робота:

Таблиця 1.1

Структурна інтеграція роботи

Заняття	Зміст
1	2
Перше заняття	охоплює більшу частину тіла, зі спеціальним фокусуванням на тих м'язах грудей і живота, котрі керують диханням, а також на зв'язках стегна, які керують рухомістю тазу

Закінчення таблиці 1.1

1	2
Друге заняття	концентрується на ступнях, проводиться робота з ногами, литками, вирівнювання ніг з тулубом.
Третє заняття	присвячується переважно витягу боків, особливо великих м'язів між тазом і грудною клітиною
Четверте, п'яте і шосте заняття	присвячується звільненню таза; вважається однією з важливих задач рольфінга – зробити таз більш рухомих і вписаним у інші лінії тіла
Сьоме заняття	концентрація на шії і голові, на мускулах обличчя
Восьме, дев'яте і десяте заняття	в основному, організація і інтеграція тіла в цілому

Робота над певними ділянками тіла нерідко звільняє старі спомини і сприяє глибоким емоційним розрядам. Разом з тим, метою рольфінга є переважно фізична інтеграція, психологічні аспекти процесу не стають предметом спеціальної уваги. Багато з тих, хто поєднав рольфінг з тією чи іншою формою психологічної терапії чи роботою зросту, відмічали, що рольфінг допомагає звільнити психологічні і емоційні блоки, сприяючи просуненню в інших сферах.

Метод М. Фельденкрайза

Моше Фельденкрайз працював з Францем Александером, вивчав йогу, фрейдизм, неврологію, був спеціалістом по дзюдо. Його метод показаний для відновлення природної грації і свободи рухів, яку мають малі діти. Техніки М. Фельденкрайза – це робота з патернами м'язових рухів, допомагаючи людині знайти найбільш ефективний спосіб рухів і усунути непотрібні м'язові напруження та неефективні патерни, котрі увійшли у звичку протягом багатьох років.

М. Фельденкрайз вказує, що необхідно прийняти велику відповідальність за себе, зрозуміти, як діє тіло, навчитися жити відповідно своїй природній конституції та здібностям. Кожна дія включає м'язову діяльність. Фельденкрайз підкреслював необхідність навчитися розслаблятися і знаходити відповідний ритм, щоб подолати дурні звички у користуванні тілом. Люди повинні звільнитися, грати, експериментувати з рухами, щоб навчитися чомусь новому; але поки вони

знаходяться під тиском, у напруженні, у поспіху – вони можуть лише повторювати старі патерни. Вправи М. Фельденкрайза зазвичай розбивають начебто просту діяльність на ряд пов'язаних дії, щоб виявити старий патерн і розвинути новий, більш ефективний спосіб виконання тієї ж діяльності. Будь-яка діяльність людини проходить три стадії. Перша – природний спосіб. Далі індивідуальна стадія, на якій багато людей розвивають власний, особливий і особистий спосіб виконання дій, які проявляються природно. Нарешті, настає третя стадія методу, на котрій дія виконується відповідно до системи чи особливим методом, і перестає бути природною.

Засвоєний систематичний метод має перевагу в ефективності і можливість розвитку високого рівня виконання. За М. Фельденкрайзом, переважання формального навчання у нашій цивілізації веде до переваги професіоналізму у тих областях, котрі були природними у всі часи історії людства. Тому мета роботи М. Фельденкрайза полягає в тому, щоб створити в тілі здатність рухатися з мінімумом зусиль і максимумом ефективності, не через збільшення мускульної сили, а через збільшення розуміння того, як тіло працює.

Врівноважуючи роботу кори і зменшуючи рівень збудження, М. Фельденкрайз виявив, що ми можемо досягнути надзвичайно розширеної свідомості і стаємо здатними пробувати нові поєднання рухів, котрі були неможливі коли зв'язки між корою і мускулатурою були замкнуті обмежуючими патернами.

Біоенергетичний аналіз Олександра Лоуена

1. Біографія О. Лоуена
2. Поняття про біоенергетичний аналіз
3. Відмінності між терапією В. Райха і О. Лоуена
4. Принцип «заземлення» у терапії О. Лоуена
5. Психофізичні типи характеру.

1. Біографія О. Лоуена

О. Лоуен (Alexander Lowen) – відомий американський психолог, засновник біоенергетичного аналізу (біоенергетики) і дослідник проблем сексуальності, учень Вільгельма Райха. Олександр Лоуен народився 23 грудня 1910 в Нью-Йорку, в сім'ї емігрантів з Росії. Бажаючи стати професором права, О. Лоуен навчався на юриста, потім працював викладачем у коледжі. У пошуках вирішення особистісних проблем, він відчув інтерес до тілесної роботи і питань взаємозв'язку

свідомості і тіла. Лоуен отримав ступінь бакалавра з науки і бізнесу в Міському університеті Нью-Йорка. Його інтерес про зв'язок між розумом і тілом в той час розвивався, і він став студентом у Вільгельма Райха по класу характероаналізу. У 1940-х і на початку 1950-х в Нью-Йорку Лоуен розвивав тілесно-орієнтовану психотерапію, що стала відомою як біоенергетичний аналіз. У 1942 році він почав проходити у Райха особисту терапію. У 1945 році, після завершення терапії, у нього вже був перший пацієнт, якого до нього направив Райх. У 1947 році Лоуен стає студентом медичної школи Женевського університету (Швейцарія), де в червні 1951 отримав ступінь доктора. У США він повернувся влітку 1951 року. Через місяць в нього народився син. Незабаром Лоуен зустрічається з іншим учнем Райха, Джоном Пьєрракосом, з яким він починає співпрацювати. Під час їхньої спільної роботи Лоуен розробив базові тілесні вправи і пози, що стали стандартними техніками біоенергетики. У 1954 році він вирішив створити інститут, який би базувався на райхівському підході до роботи з тілом. Так Лоуен став одним із засновників Міжнародного Інституту біоенергетичного аналізу в Нью-Йорку. «Я створив біоенергетичний аналіз працюючи над собою, а також працюючи зі своїми пацієнтами. В основі моєї терапії лежить подорож самопізнання. У процесі цієї подорожі я писав про ті проблеми, з якими мені довелося зіткнутися. Як виявилось, це проблеми, які хвилюють і багатьох інших людей. У моєму уявленні здоров'я – це поєднання зовнішньої грації і краси та внутрішньої благодаті, яке супроводжується відчуттям радості в тілі. Я не шкодую, що присвятив цьому своє життя». У 1958 році побачила світ його перша книга – «Мова тіла», яка привернула увагу до проблеми свідомості тіла і поклала початок поширенню біоенергетичних ідей. Протягом ряду років Лоуен керував семінарами в Ісалене (Каліфорнія), читав лекції, вів групи і семінари в Америці і Європі. Національний інститут психічного здоров'я запропонував Лоуену провести ознайомлювальні заняття для свого персоналу. Цей семінар з біоенергетики, що пройшов у Ісалене, став щорічним, отримав широку популярність і завжди привертав багато людей. Поступово біоенергетика знайшла міжнародне визнання, і Лоуен скоїв практично світове турне, об'їхавши з лекціями безліч країн, від Японії до Югославії. У 1976 році на міжнародному конгресі в Нью-Гемпширі Інститут біоенергетичного аналізу перетворився в міжнародну організацію, що об'єднала центри в Європі і США. Більшу частину

свого життя Лоуен жив і вів психотерапевтичну практику в Новому Канаані, штат Коннектикут.

Лоуен написав 14 книг і безліч статей. Його роботи знайшли світову популярність і визнання. У своїх книгах він вчить людину чути і розуміти своє тіло, говорить про необхідність відновлення природної тілесної спонтанності і здатності виражати свої почуття заради встановлення гармонії з собою і світом. Влітку 2006 року він пережив інсульт, який обмежив його рухливість і здатність говорити, проте, за словами сина, знаходився в кращій фізичній формі, ніж багато інших. У грудні 2007 року О. Лоуену виповнилося 97 років. У квітні 2007 був заснований Фонд Лоуена. Помер Лоуен 28 жовтня 2008.

2. Поняття про біоенергетичний аналіз

Біоенергетичний аналіз (біоенергетика) – метод тілесно-орієнтованої психотерапії, розроблений в 1940-50-х роках американським психотерапевтом О. Лоуеном. Біоенергетика бере свій початок у запропонованій В. Райхом системі органотерапії, якою О. Лоуен займався в 1945–1953 рр., і безпосередньо пов'язана з нею. З медичної точки зору, біоенергетика являє собою один з видів компліментарної медицини, що включає психотерапію, мануальну терапію і техніки релаксації. Основна увага приділяється дослідженню функцій тіла в їх відношенні до психіки. Фундаментальна теза біоенергетики полягає в тому, що тіло і «розум» нерозривно пов'язані. «На поверхневому рівні психіка і соматика впливають одна на одну. Однак на більш глибокому рівні не існує ні психіки, ні соматика, а є тільки єдиний організм, що має в своєму ядрі біологічну енергію». Біоенергетичний аналіз О. Лоуена – своєрідний спосіб подолання внутрішніх конфліктів людини з допомогою тілесної роботи, революційний метод психотерапії, «родзинкою» якого служить сплав власне психоаналітичного процесу і цілеспрямованої роботи пацієнта над своїм фізичним тілом. Спираючись на ідею З. Фрейда про те, що душевний конфлікт виражається у вигляді тілесних напруг, О. Лоуен розробив власну систему технік роботи з тілом.

На думку О. Лоуена, особистість і характер людини позначаються на фізичній будові. Передумовою біоенергетичного аналізу є положення про те, що відчуття, які відчуває людина від власного тіла і які проявляються у рухах, служать ключем до розуміння емоційного стану. Неврози проявляються у тілесному вигляді людини – в будові його тіла і рухах. Рух розглядається з точки зору основних фізичних

законів, тобто для нього необхідно вивільнення енергії, при якому дія дорівнює протидії, вся енергія взаємозамінна і може бути приведена до спільного знаменника.

3. Відмінності між терапією В. Райха і О. Лоуена

Біоенергетична терапія по О. Лоуену відрізняється від терапії В. Райха, хоча в принципових положеннях біоенергетики можна знайти схожість:

1) Особистість і характер відображаються в тілі, неврози проявляються у фізичному вигляді, тобто будові тіла і рухах;

2) Відчуття, які відчуються людиною від власного тіла, проявляються у рухах, які служать ключем до розуміння емоційного стану;

3) Для возз'єднання свідомості і тіла необхідно позбутися перешкод, що перешкоджають самочинному звільненню тіла від напруження.

Використовуючи творчий багаж свого вчителя В. Райха, О. Лоуен створив власну школу тілесно-орієнтованої терапії, що має ряд якісних відмінностей від практики свого попередника. Лоуен вважав, що розкріпачення тіла наближає людину до її первинної природи й допомагає послабити відчуженість, яку відчуває більшість людей. Розвиваючи услід за Райхом концепцію «енергії», О. Лоуен вважав, що «біоенергія» бере участь у всіх життєвих процесах – таких, як рух, мислення і почуття. Біоенергія – це єдина енергія, укладена в людському тілі, яка проявляється і у психічних реакціях і в фізичних рухах. Лоуен вважає, що ставлення людини до життя і його поведінка відбивається в статурі, позах, жестах, що між фізичними параметрами людини і складом його характеру і особистості є тісний зв'язок. Загальна біоенергетична модель передбачає, що заблоковані страхом і тому не одержують виходу почуття та імпульси видозмінюються або пригнічуються. Все це, в остаточному підсумку, призводить до порушень енергетичних процесів в тілі, тілесної скутості і несприятливої зміни психіки. Теоретична біоенергетична терапія структурована у відповідності з уявленнями про існування тілесних аналогів трикомпонентної структури свідомості (Воно, Я, Над Я). Її мета – возз'єднання свідомості і тіла. Для досягнення цього необхідно позбутися перешкод, що перешкоджають спонтанному звільненню тіла від напруження. У біоенергетиці у клієнта більше активності і більше свободи, ніж у райхівських методиках. Він повинен докладати свідомих зусиль, напружуючи різні ділянки тіла і розчувати вправи для того, щоб виконувати їх вдома самостійно, без нагляду фахівця.

Лоуен вважав, що головною причиною психосоматичних розладів, неврозів і депресії є придушення почуттів, яке супроводжується хронічними м'язовими напруженнями, блокуючими вільний перебіг енергії в організмі людини і приводить до зміни функціонування особистості. Вчений стверджував, що ігнорування і нерозуміння людиною власних почуттів, призводить до захворювань і що відчуття, які відчуває людина від власного тіла, служать ключем до розуміння свого емоційного стану. Через розкріпачення тіла людина знаходить свободу від м'язової напруги. При цьому відновлюється вільна циркуляція життєвої енергії, що призводить до глибинних особистісних змін.

Будь-який невроз – це спотворення або порушення відносин людини з реальністю. Єдиною достовірною реальністю для кожної людини є його власне тіло. Можна припустити, що для того, щоб вивести людину зі стану неврозу, треба перш за все повернути його свідомість в стан єдності з тілом.

Тому терапевтичну роботу з пацієнтами О. Лоуен починав з пильної уваги до їх фізичного вигляду: яка поза, постава, міміка, жести пацієнта? Як він дихає? Розслаблений або напружений його живіт? У якому стані знаходиться його м'язова маса? Які рухи він може виконувати, а які представляють для нього трудність? І велика частина роботи, яку належало виконати, зводилася до зняття хронічної напруги з м'язів за допомогою ретельно розробленої системи вправ.

Крім цього в біоенергетичній терапії введено ряд понять, до числа яких відносяться «енергія», «м'язова броня» та «заземлення», що є принциповим вкладом О. Лоуена у розвиток теорій В. Райха.

4. Принцип «заземлення» у психотерапії О. Лоуена

На думку О. Лоуена, зажатість тіла перешкоджає вільній циркуляції енергії. Біоенергетичний аналіз сприяє звільненню тіла від напруження, яке виникає в результаті неправильного положення тіла. В основі біоенергетичної концепції лежить твердження, що люди є в першу чергу тілами, що зберігають в собі напругу і звільняються від неї. Здорова людина пов'язана із землею («заземлена») і отримує задоволення від життя. У хворому організмі не відбувається вільної циркуляції енергії, чому перешкоджає тілесна ригідність, яка проявляється у вигляді м'язової скутості і утворює зони напруги в тілі.

Вчений сформулював «принцип реальності», згідно з яким «зрілість», що забезпечує правильну позицію і дозволяє ухвалювати правильні рішення, має на увазі повноцінне включення в реальність.

Основою реальності для кожної людини є факт фізичного існування у власному тілі». Реалізація цього принципу пов'язана з «заземленням». «Коли ми говоримо, що людина добре заземлена, або що вона міцно стоїть на землі, це означає, що людина усвідомлює себе і навколишнє. Бути заземленим означає бути пов'язаним з основними реаліями життя: з тілом, сексуальністю, оточуючими людьми і тощо. Ми пов'язані з ними в тій же самій мірі, що і з землею», говорив Лоуен.

Ще одним важливим поняттям біоенергетичного аналізу – поняття заземлення, або вкорінення. Метафора людини – це дерево. Людина пов'язана із землею ногами, які, як корінь рослин, роблять цей зв'язок міцним. Тому дуже важливо діагностувати, як людина стоїть на ногах, або, інакше кажучи, укорінена вона чи ні. Укорінення надає почуття безпеки (почуття ґрунту під ногами). Це питання не про силу ніг, а про відчуттів в них. Сильні ноги можуть підтримувати механічно. Відсутність впевненості в ногах може компенсуватися розвиненою мускулатурою ніг. Найбільш явною ознакою недоліку заземлення є тенденція стояти із заблокованими колінями – ноги повністю випрямлені в колінних суглобах. Коліна в цьому випадку не виконують функцію амортизаторів. На рис. 1.1. показані заблоковані коліна. Якщо вага тіла переноситься на п'яти, то людина також погано стоїть на ногах: їй досить легко штовхнути в груди, щоб вона втратила рівновагу.



Рис. 1.1. *Заблоковані коліна*

Людина повинна усвідомлювати свою звичну позу, і зокрема те, як вона стоїть на ногах, зв'язок цієї пози з її характерологічними особливостями. Так, жінка, яка стоїть на випрямлених ногах, перенісши вагу тіла на п'яти, виражає в позі і своїй проблемі: «Я погано стою на ногах, я не впевнена в собі, мені важко відмовити чоловіку» (легкість падіння).

Низький підйом стопи часто зустрічається в осіб з фізичними та емоційними перевантаженнями. Високий підйом (пташині ноги»), як

правило, зустрічається в людей, які виховуються неприступною або недружелюбною матір'ю (їм незатишно з матір'ю, і вони змушені триматися над землею», як символом матері, – немає контакту з матір'ю).

Вага тіла при укоріненому тілі переноситься вперед, і центр ваги перебуває посередині між п'ятою і великим пальцем (десь у основи пальців) (див. рис. 1.2.). Відсутність нахилу вперед – це часто пасивна позиція в житті. Якщо нахилу вперед немає і коліна заблоковані, а верхня половина готова до атаки (підняті і ледве зрушені вперед плечі), то це свідчить не про щирість, а про псевдоагресію, яка має захисний характер. Крім усвідомлення свого способу стояння на ногах важливо, щоб пацієнт став почувати свої стопи і їхній контакт із землею. Для цього пропонуються спеціальні вправи.



Рис. 1.2. *Укорінена людина*

Таким чином, біоенергетична терапія сполучає психоаналітичну роботу з роботою над тілом. В результаті терапії змінюється структура тіла: ліквідуються м'язові зажими, змінюється постава, нормалізується дихання, людина стає укоріненою.

Для фактичного «заземлення» О. Лоуен розробив спеціальні техніки, що відрізняються від підходу В. Райха. Важливе значення приділяється поняттю задоволення як такого (тоді як В. Райх поміщав на перше місце задоволення сексуальне). Крім того, О. Лоуен ввів різноманітність вихідних позицій для вправ, приділивши значну увагу ногам в якості опори. Це те, що стосується ролі психотерапевта.

Важливим елементом біоенергетичної терапії є навчання пацієнта до того, як стати «заземленим» і злитися з природою. Заземлення – це не тільки здатність людини твердо стояти на ногах. Заземлення означає енергетичний контакт з ґрунтом, відчуття опори, яка забезпечує хорошу стійкість і можливість рухатися. Характер заземлення відображає внутрішнє почуття безпеки людини. Якщо людина добре зазем-

лена, вона відчуває себе комфортно і впевнена, що має твердий ґрунт під ногами. Проблема нестачі почуття безпеки нерозв'язна до тих пір, поки людина не усвідомлює своє недостатнє заземлення. О. Лоуен стверджував: «Чим краще людина відчуває свій контакт з ґрунтом (реальністю), чим міцніше вона тримається за неї, тим більше навантаження ця людина може витримати і з тим більш сильними почуттями вона здатний упоратися».

5. Психофізичні типи характеру

О. Лоуен, надаючи важливого значення сексуальності, особливе місце відводить серцю – органу любові. Він стверджує, що, умови життя фруструють людину, закривають її серце до життя і любові. У результаті людина не може виявити свою любов – канали її експресії заблоковані. В загальному шари блокувань можуть бути представлені в таким чином: любов (4 шар), що прагне назовні і фрустрована, викликає комплекс негативних емоцій (3 шар): лють, переляк, розпач, сум і страждання. Ці емоції є соціальне неприйнятними і підлягають, як і любов, придушенню (або витісненню). Одним із найефективніших способів придушення емоції на рівні тіла (а емоція – соматично-зацікавлений процес) – м'язові напруження, які становлять м'язовий панцир (2 шар), наприклад, напружене горло придушує крик і плач. Хронічне м'язове напруження стає звичними і не усвідомлюється. Блокуватися можуть різні м'язи – м'язи рота, горла, шиї, грудей, талії, і тощо. Хронічно напружені м'язи утримують в собі енергетику подавленого імпульсу. Є ще один спосіб боротьби з експресією емоцій – механізми психологічного захисту (1 шар): заперечення, недовіра, обвинувачення, проекція, раціоналізація та інтелектуалізація. Стійкі захисні утворення особистості утворюють її характер. Відповідно до теорії біоенергетичного аналізу існує 5 головних характерологічних структур: шизоїдна, оральна, нарцистична, мазохистська і ригідна. Ці типи характеру є специфічними формами лібідозної фіксації.

Ґрунтуючись на психічних і фізичних проявах характеру людини, О. Лоуен виділив п'ять типів характерів: «шизоїдний», «оральний», «психопатичний», «мазохістичний» і «ригідний».

Шизоїдна характерологічна структура має тенденцію до розщеплення і дисоціації: мислення ізольоване від почуттів. Генезис цього характеру – неприйняття дитини матір'ю вже з перших днів її життя. Основне базове переконання шизоїда – «світ чужий», мені незатишно у світі». Звідси ізольованість і відчуженість від світу як ключові риси

шизоїдної особистості. Вони представляють собою захисні утворення, пов'язані із вирішенням дитиною ранньої постнатальної проблеми – проблеми безпеки.

Оральна характерологічна структура походить із депривації турботи і підтримки в ранньому дитинстві та асоціюється з покинутістю. Один з варіантів генези цього характеру – кормління дитини точно по годиннику: дитина хоче їсти, а її витримують» (нехай кричить – розвиває голос»), привчаючи до порядку. Залежність, несамостійність, сильне бажання отримати підтримку та допомогу, страх бути покинутим – основні риси даного типу характеру.

Нарцистична характерологічна структура формується в сімейній ситуації прихованої еротизації відносин з дитиною (приховане інтимне зваблення). Дитина заперечує свої почуття до інших (об'єктне лібідо) як спосіб попередження небезпеки інцесту. Лібідо стає нарцистичним, спрямованим на себе. Тому в дитини розвиваються відчуття власної величі та переваги над.

Мазохистська характерологічна структура формується в дітей, яким приділяється багато уваги, але які при цьому втрачають волю, і стають повністю залежними від батьків. Один із можливих варіантів: мати гіперлюбить дитину і зв'язує її своєю любов'ю, забираючи свободу. Основне відчуття мазохіста – відсутність свободи і, як вихід, пошук цієї волі в агресивному опорі, який проявляється, наприклад, у тому, що дитина не заперечує батькам у відповідь на прохання зробити уроки – вона годинами перебуваючи в кімнаті не приступить до роботи.

Ригідний характер (фалічно-нарцистичний у чоловіків та істеричний у жінок) в своїй генезисі пов'язаний із досвідом приниження батьком протилежної статі в період Едіпового комплексу, коли в дитини наявний сексуальний інтерес до цього батька. Ригідна людина непоступлива, не здатна виявити згоду та чуйність. Ключовою рисою цього характеру в чоловіків – прагнення бути першим, у жінок – прагнення бути в центрі уваги.

Характерологічні типи в чистому вигляді зустрічаються рідко: як правило, характер являє собою суміш двох і більше типів. Крім того, конкретну людину повністю зрозуміти в рамках одного характерологічного типу не можливо. Ці типи характерів є лише деякими опорними крапками (рамками) для побудови цілісної клінічної картини.

Біоенергетичний аналіз проводиться на всіх рівнях: на рівні І (рівень Его) – це аналіз характеру, вільних асоціацій, обмовок, робота

з переносом і тощо. (тобто аналітична робота); на рівні II (рівень м'язового напруження) – специфічна робота зі зняття тілесних блоків; на рівні III (рівень негативних емоцій) – катарсичні техніки (плач, крик, удари в кушетку, кусання рушника і тощо). Тілесна робота та аналітична робота займають приблизно однаковий час.

М'язові блоки (м'язовий панцир) є тілесним еквівалентом психологічних захистів (характерологічного панцира). В цьому смислі особливості організації тіла пов'язані із типом характеру. У табл. 1.2 наведені особливості тілесної організації при різних типах характеру.

Таблиця 1.2

Тілесна організація за різними типами характеру

Тип характеру	Особливості тілесної організації
Шизоїдний	Відсутній зв'язок між верхніми і нижніми, правими і лівими частинами тіла. Тіло – лише нежива основа для голови», яка і не має свого особливого життя. Відсутність пропорційності або гармонії верхніх і нижніх частин тіла. Часто подовжена шия. Головні частини тіла (голова, шия, тулуб, ноги) не знаходяться на одній лінії: ця лінія викривлена в сагітгальній площині. Як правило, ноги повністю випрямлені в колінах: відсутність пружності ходи, опори під ногами. Дискоординація.
Оральний	Худорлявість, недорозвиток мускулатури. Відсутнє відчуття опори під ногами. Сильне напруження м'язів плечового поясу і ніг, як попередження падінню.
Нарцистичний	Надмірний розвиток верхньої половини і відносна слабкість нижньої частини тіла. Сильне напруження м'язів ніг і спини.
Мазохистський	Важке тіло; добре розвинена мускулатура, порушення постави (ніби зігнувся). Сідниці підтягнуті вперед і зажаті (установка пасивності і покори).
Ригідний	Випрямлене тіло, підтримується ригідністю м'язів спини. Відсутня пружність ніг, напруження в нижній частині хребта. Таз дещо відставлений назад.

Аналіз тілесної організації дозволяє отримати додаткову інформацію про характерологічні особливості і стійкі стильові захисні утворення особистості.

Первинна природа тіла проявляється в грації та красі; тіло м'яке, тепле і пружне. Пружність проявляється в тому, що коли ми надавлюємо на м'яз (живота, стегна, і тощо) – вона не тверда, як камінь, і не кисіль». Напружений або млявий м'яз є свідченням її блокування.

М'язи блокуються у зв'язку з необхідністю стримувати (придушувати) емоційну експресію. Часті та регулярні фізичні покарання (удари по сідницях) блокують сідниці, і вони зрушуються вперед (значно частіше це зустрічається у чоловіків та, як правило, пов'язане з розладами еякуляції). Сексуальні провокації й насильство також блокують таз, роблять його нерухомим; при цьому часто напружуються м'язи стегон. Важкий низ – це, як правило, блокована тазова область, сідниці й стегна свідчать про сексуальні проблеми (у жінок – аноргазмії, які дуже часто попадають в розряд конституціональних, терапевтично резистентних; у чоловіків – проблеми з ерекцією або еякуляцією). Раннє відлучення від грудей блокує горло (придушення крику і плачучи дитини), це відчуття відоме при розставанні з коханою людиною. Блок кругових м'язів око з підключенням м'язів чола придушує сльози (сухий плач»). Часто трапляється, що люди з подавленим (безслізним) плачем страждають звичними головними болями (насамперед в області чола). Батьки дуже часто не приймають гнів дитини – в результаті блокуються м'язи, пов'язані із забезпеченням удару: м'язів плечей, задньої частини шиї і верхньої частини спини. В деяких випадках напруження зазначених м'язів настільки сильне, що призводить до функціональних обмежень рухів і болючого синдрому. Може блокуватися і живіт, як спосіб придушення суму (експресію суму у формі плачу із риданням) і сексуальність. О. Лоуен розглядає хронічне захворювання кишечника як плач кишечником» при напруженому животі. Природно, що блокуються і груди, перекриваючи любов. Блокуватися може практично будь-який м'яз. При інтенсивному промацуванні такий м'яз є досить хворобливим; може виникати й інший еквівалент блоку – відчуття лоскоту. При блокуванні талії таз і стегна стають надзвичайно чутливими до дотику (гіперестезія) або, навпаки, зовсім не чутливими (анестезія).

Любий м'язовий блок – це блок енергетичних потоків в організмі. Особистість в біоенергетичному аналізі розглядається у вигляді піраміди (рис. 1.3), в основі якої лежать енергетичні процеси, які спонукують людину до дії. Дія породжує почуття, почуття – думки. Переривчаста лінія між різними рівнями особистості вказує на взаємозалежність шарів. Блокування енергетичних потоків в організмі послаблюють життєвість тіла, глибину почуттів і думок. Тіло губить граціозність – рух тепер здійснюється окремими, як би не пов'язаними між собою частинами тіла, він не є єдиною хвилею цілого організму.

При зниженні рівня енергії в тілі знижується лібідо, апетит, загальна рухливість, емоції згладжуються, втрачають піки».



Рис. 1.3. Ієрархія особистості

М'язові блоки змінюють природне дихання – воно стає більш поверхневим. Блокування грудей перекриває грудне дихання, з'являється вдих і видих «драбинкою». «Драбинка» – це результат свідомого поглиблення вдиху і видиху, пов'язаного з підстьогуванням» ригідних м'язів грудей. Блокування живота перекриває черевний дихання. Часто блокується діафрагма, і тоді дихання не входить у живіт. Блокований дихання знижує рівень споживання кисню, а у зв'язку із цим – швидкість метаболічних перетворень і загальний рівень енергетики. Природний дихання починається на рівні носа (рота) і закінчується внизу живота, поєднуючи голову, груди і таз через живіт. Вільний таз робить легені, тільки-но помітні рухи при диханні: на вдиху іде назад, немов заряджається, як лук, а на видиху – розряджається, іде вперед. Живий таз – це таз, який рухається не в сагітальній площини (хода кокетки, що ставить стопи на одній лінії), а у фронтальній (вперед – назад). Організм в цьому випадку є цілісним: всі основні частини тіла пов'язані між собою. Крім того, психологічні проблеми (стреси, конфлікти, фрустрації і тощо) сідають» на тіло, яке може стати дисоційованим, розщепленим на три не пов'язаних між собою області: голову, грудну клітину і таз. Існує багато людей, у яких голова не з'єднаний» із серцем, а серце з геніталіями. У всіх цих випадках можна виявити напругу м'язів ший і талії (як єднальних ланок), що обмежує рух енергії між головними частинами тіла. У книзі «Духовність тіла» О. Лоуен наводить випадок Арнольда, чоловіка, який будучи одруженим, не був задоволений шлюбом, мав численні випадкові зв'язки з жінками, у яких швидко розчаровувався. У цього

чоловіка дисоційовані любов і секс. Це пов'язане з тим, що мати прив'язала його до себе, розповідала йому про проблеми із чоловіком (його батьком), а потім, як тільки чоловік приходив додому, відкидала сина, свого маленького чоловіка». Арнольд сердився на матір, і потім цей гнів він переніс на інших жінок. Він був жертвою материнської зради і зраджував жінкам (відкидав» їх) так, як це робила його мати із ним. Чоловіки із такою життєвою проблемою все життя шукають любов, не знаходять її або швидко втрачають. Арнольд відчував страх перед батьком. Причому свідомого страху не було – розкрити його допомогла психоаналітична робота. Страх був пов'язаний із невіршеною едіповою ситуацією. Придушення страху і боротьба з батьком сформували в нього фалічно-нарцистичний характер – прагнення бути першим, випередити батька і холодний інтелектуалістичний підхід до справи (він бізнесмен). Таким чином, голова була дисоційована від грудей (почуттів). В Арнольда були значно напружені і шия, і талія.

Нижче наведені основні техніки і вправи біоенергетичного аналізу О. Лоуена.

Техніка 1 «Діагностика блоків»

Пацієнт вкладається на кушетку на спину:

1. Його дихання – чи дихають груди, живіт, чи входить його дихання у таз;
2. Наскільки грудна клітина піддається натискуванню;
3. «Наскільки людина здатна свідомо дихати животом (терапевт кладе свою руку на живіт пацієнта і просить, щоб той подихав «під руку»);
4. Промацуються груди та живіт – визначається ступінь болісності чи відчуття лоскоти, наскільки живіт «відпущен» тощо.
5. Інтенсивно промацуються стегна – визначається ступінь болісності чи відчуття лоскоти. Визначається ступінь напруження м'яза чи його «желеподібність». І напружений, і «желеподібний» м'яз є блокованими для проходження енергії;
6. Аналіз блокування сідничних м'язів (техніка така ж);
7. Аналіз напруження м'язів задньої частини шиї. Важливо перевірити напруження паравертебральних м'язів шийного відділу хребта, особливо у місті з'єднання шиї з черепом.
8. Горлові затиски. Вони виявляються у тихому, високому голосу, частому відчутті «кому» у горлі, судомах горла при хвилюванні, частій нудоті при труднощах ініціації блювання за допомогою кореневоязикового рефлексу.

9. Діагностика напруження колового м'яза рота. При звичному хронічному напруженні цих м'язів це напруження не усвідомлюється. При пальпації верхня і нижня губи напружені, губи щільно замкнені, є специфічні колові зморшки навколо рота;

10. Діагностика напруження жувальних м'язів проводиться як описано у пункті 4;

11. Діагностика напруження колових м'язів очей. Наявність радіальних зморшок, «неживий» погляд, відсутність сліз при плачі – ознаки очного блоку.

12. Аналіз блокування таза – рухи тазу вперед-назад при диханні, входження дихання у таз тощо. Пропонується наступна вправа: встати, злегка зігнувши коліна, стопи паралельні на відстані 25 сантиметрів. Потрібно відставити таз назад якомога далі, ще трохи згинаючи ноги у колінах, і робити рухи, імітуючи звільнення кишечника. У цьому випадку розслабляються м'язи тазового дна. Потім м'язи тазового дна скорочуються. Людина може не відчувати різницю між скороченнями і розслабленнями м'язів тазового дна, і це – ознака напруження цих м'язів. Багато людей при виконанні цієї вправи відчувають незручність – страх осоромитися. Або людина починає відчувати, що лише свідоме зусилля звільняє м'язи тазового дна, які потім самовільно скорочуються. Генезис напруження м'язів тазового дна пов'язаний або з раннім приученням до чистоти, або з ранніми мастурбаційними заборонами, або може відноситися до мастурбаційних заборон пубертатного періоду.

Нижче наведено ряд вправ, виконання котрих дає можливість людині усвідомити і напруження м'язів, і те, як це напруження обмежує дихання.

Техніка2 «Заземлення»

Вправа 1 на посилення укорінення і вібрації (рис. 1.4). Стопи на відстані близько 45 см. одна від одної, легко розгорнуті всередину так, щоб можна було б відчувати м'язи сідниць. Потрібно прогнутися вперед і торкнутися підлоги пальцями рук (а не долонями). Коліна легко зігнуті. Вага тіла на основі великих пальців ніг, руки розслаблені. Голова опускається якнайнижче, підборіддя опущене. Дихання ротом вільне і глибоке. Потрібно нахилитися вперед так, щоб вага тіла залишився на основі подушок великих пальців ніг. Ця вправа виконується протягом, як мінімум, 25 дихальних циклів і поступово збільшується до 60. Через якийсь час ноги починають тремтіти, що свідчить про проходження крізь них хвилі збудження. Якщо ж тремтіння немає, то

це означає, що ноги занадто напружені. В такому випадку можна спровокувати тремтіння повільним згинанням і випрямленням ніг. Рухи повинні бути невеликими: їх ціль – розслаблення колін.



Рис. 1.4. Вправа на укорінення

Вправа 2. «Випускання живота»

Поставте стопи паралельно на відстані 25 сантиметрів. Легко зігніть коліна. Не відриваючи п'яток від полу. Нахиліться вперед так, щоб вага тіла опинилася на п'ятках ніг. А тепер слід якомога більше випустити живіт. Дихання вільне, ротом. Мета вправи – відчуття напруження у нижній частині тіла.

Існує дві умови гарного укорінення:

1. Еластичність колін коліна, як амортизатори тіла». Якщо на тіло зверху діє якась сила, коліна згинаються. Навантаження приходиться на нижню частину спини. Психологічні стреси діють на організм аналогічним образом.

2. «Випущений живіт». Для багатьох людей випустити» живіт дуже важко. Це суперечить їхнім уявленням про підтягнутість (втягнений живіт і випнуті груди). Це установка солдата, який повинен функціонувати, як автомат. Напружений живіт пов'язаний із придушенням сексуальності, суму і тощо та утруднює черевне дихання. Випускання» живота дуже неприємне для жінок.

Вправа 3. «Лук або арка»

Стопи на відстані приблизно 45 сантиметрів одна від одної, трохи розвернуті всередину. Покладіть зжаті в кулаку долоні на область крижів, великі пальці спрямовані вгору. Зігніть коліна так сильно, як можете, не відриваючи п'яток від полу. Прогнутися назад, спираючись на кулаки. Вага тіла на пальцях ніг. Лінія, поєднуюча центр стопи, середину стегна і центр плеча, зігнута, як лук. У цьому випадку «звільняється» живіт. Якщо є хронічне напруження м'яза, то людина,

по-перше, не зможе виконати вправу вірно, а по-друге, відчує це хронічне напруження як біль і дискомфорт у тілі, перешкоджаючи виконанню цієї вправи. При правильному виконанні цієї вправи можна провести уявну вертикальну пряму від точки, яка знаходиться на спині по середині між лопатками, до точки, яка знаходиться між стопами ніг. Користуючись термінами біоенергетичної психотерапії, можна сказати, що в цій позі людина заряджена енергією від ніг до голови, вона укорінена і врівноважена.

Якщо м'язи хронічно напружені, то людина, по-перше, не в змозі виконати вправу правильно (рис. 1.5), а по-друге, відчуває це хронічне напруження як біль і незручність в тілі, які перешкоджають виконанню цієї вправи.



Рис. 1.5. Арка О. Лоуена

Лінія як поєднує три вищезазначені точки пряма – не достатньо гнучкі ноги (недостатня амортизація»). Напруження в нижній частині спини є характерним для людей з ригідним характером. Голова, шия, тулуб і ноги не перебувають на одній лінії – характерно для шизоїдних особистостей. Це означає відсутність інтеграції частин тіла, а отже, і частин особистості.

Вправа 4. Займіть вихідне положення – стопи паралельні, легко зігніть коліна, таз розслаблений і злегка відведений назад. Дозвольте верхній частині тіла, не зігнувшись, нахилитися вперед, поки не відчуєте вагу тіла на передній частині стопи. Вам може здатися, що ви зараз впадете, обличчям вперед, але якщо ви насправді втратите рівновагу, достатньо зробити крок вперед. Рівновага не втратиться, якщо ваша голова знаходиться на одній лінії з тілом. Підійміть голову так, щоб ви змогли дивитись прямо перед собою, щоб врівноважити центр тяжіння тіла, уявіть собі, що ви несете на голові корзину. Зараз з

піднятою головою дозвольте вашим грудям стати запалими, а животу розширитися так, щоб ваше дихання було повним і глибоким. Дозвольте землі підтримувати вас. Спочатку така поза може здаватися незручною. Вона навіть може викликати біль в міру того, як напруженні м'язи розтягуються. Поступово біль мине, її можна легко перенести, особливо якщо ви дуже бажаєте, щоб життєва енергія вільно рухалась у вашому тілі.

Вправа 5. Під час ходіння намагайтеся усвідомлено відчувати, як ваші стопи торкаються землі при кожному кроці. З цією метою ходіть дуже повільно, дозволяючи вазі тіла переноситися почергово на кожен зі стоп. Розслабте плечі і звертайте увагу на те, щоб не стримувати подих і не блокувати коленні суглоби. Чи відчуваєте ви сходження центра тяжіння свого тіла? Відчуваєте контакт з землею? Відчуваєте ви себе у безпеці, більш розслабленими? Такий спосіб ходіння може спочатку здатися дивним. Якщо це так, то ви повинні усвідомити, що під тиском сучасного життя ви втратили природну грацію свого тіла. Спочатку ходіть повільно, щоб розвинути чуттєвість у ногах і стопах. Коли ви станете краще відчувати землю, можете змінювати ритм кроків в залежності від вашого настрою. Чи відчуваєте ви в результаті цієї вправи покращення контакту зі своїм тілом? Чи рідше ви поринаєте у свої думки під час ходіння? Чи відчуваєте ви себе розслабленими і вільними?

Техніка 3. «Зняття блоків з м'язів тазу»

Вправа 1 «Рухи тазом»

Допомагає усвідомити напруження у тазі та нижній частині спини. Лягайте на спину. Ноги зігнуті у колінах, стопи стоять на ковдрі. На вдиху таз іде назад, сідниці при цьому більше спираються у ковдру, живіт максимально випускається. Потім видих, який супроводжується рухом тазу доверху (таз дещо припідіймається), при цьому стопи легко тиснуть на ковдру. Вправа повторюється протягом 15–20 дихальних рухів. Дихання вільне, ротом. Важливо, щоб в цій вправі дихання було черевне і «йшло у таз»; дихальні рухи і рухи тазу повинні бути скоординовані, а сідниці розслаблені. Якщо стопи втрачають відчуття контакту з ковдрою, то таз не вільний у своїх рухах. Якщо є напруження у нижній частині тіла, то люди підштовхують свій таз вверх замість того, щоб дозволити йому вільно коливатися у кульшових суглобах. У цьому випадку таз виноситься вверх напруженими м'язами живота і напруженими сідницями. Таке вимушене рухання тазу блокує його спонтанні рухи і редуціює сексуальний досвід.

Метод Фредеріка Матіаса Александра

1. Біографія Ф. Александер.
2. Історія створення методу Ф. Александер.
3. Особливості техніки Ф. Александер.
4. Основні праці Ф. Александра.
5. Особливості використання техніки та приклади вправ.

1. Життєвий шлях Фредеріка Матіаса Александра

Фредерік Матіас Александер народився 20 січня 1869 року в Австралії, в місті Вініард, що знаходяться на північно-західному узбережжі Тасманії. Автор чудової техніки народився з серйозними проблемами зі здоров'ям, і ніхто з лікарів не міг гарантувати, що хлопчик проживе більше ніж кілька тижнів. Тим не менш, багато в чому завдяки безмежній любові матері Ф. Александер вижив, однак продовжував випробовувати важкі хвороби, на чолі яких були захворювання дихальних органів. Внаслідок проблем зі здоров'ям Ф. Александер не міг навчатися в школі разом з іншими дітьми, і батькам довелося наймати дитині приватного викладача, завдяки чому у нього було багато вільного часу ввечері, який він використовував, допомагаючи батькові в стайні. Саме там він набув досвіду невербального спілкування, який згодом став для нього безцінним.

За виниклих матеріальних проблем у родині сімнадцятирічний хлопчик був змушений влаштуватися на роботу в олово добувну компанію, паралельно, у вільний від роботи час, він брав уроки гри на скрипці. Однак всі гроші, зароблені тяжкою працею, Ф. Александер примудрився витратити на відвідини художніх виставок, музеїв і спектаклів – настільки сильна була його тяга до мистецтва. Незабаром він заснував власний театр одного актора, в якому читав твори Шекспіра. І ось, коли акторська кар'єра була на підйомі, Ф. Александер знову зіткнувся з проблемами здоров'я, що переслідували його з дитинства – він захрип, його голос остаточно пропав під час однієї із вистав.

Заради порятунку власного голосу Ф. Александер був готовий пройти будь-яке лікування, однак профілактичні заходи давали лише тимчасовий ефект. Один з лікарів порадив йому не розмовляти протягом кількох тижнів для того, щоб не напружувати голосові зв'язки. Спочатку це дало результати, і він провів спектакль практично «на одному диханні», але в кінці однією із завершальних сцен його голос знову пропав. У цей момент він зрозумів, що з акторською кар'єрою йому слід попрощатися.

2. Історія створення методу Ф. Александра

Втративши голос, Ф. Александер у відчаї прийшов до свого лікаря, і запитав про те, чому ж спочатку все було добре, але потім голос підвів його. Так і не дочекавшись від лікаря більш-менш зрозумілого пояснення, Ф. Александер вирішив самотійно боротися зі своєю недугою, для чого він почав вивчати самого себе, свої глибинні особливості. В основі вивчення самого себе у Ф. Александер був покладений закон про причину і наслідок: **кожна дія обов'язково має викликати протидію**. Якщо людина страждає від якоїсь недуги, будь то головний біль, безсоння або артрит, цьому відповідає певна внутрішня причина. Даною протидією для Ф. Александра як раз і була втрата голосу.

Процес лікування. Тоді Ф. Александер усвідомив, що основною причиною втрати голосу є невірні рухи шиї і голови, які, в свою чергу, призводять до неправильної постави, що викликає інші захворювання (в тому числі і ймовірну втрату голосу). Хвороби з'являлися за рахунок надмірного напруження на різні групи м'язів людини, з якими організм був не здатний впоратися. Таким чином, неконтрольований з боку людини, занедбаний стан м'язів і хаотичність їх рухів здатний підірвати здоров'я людини, так як м'язи людини відчувають нереальні навантаження навіть тоді, коли людина відпочиває.

Ідея методики міститься у фразі, написаної особисто Ф. Александером: «Роблячи спроби поліпшити функції власного органу мови і беручи за основу різні методи, я помітив, що певне положення шиї і голови по відношенню до тулуба ... виробляє первинний контроль над людським організмом в цілому».

Основною причиною неправильного положення голови і шиї Ф. Александер вважав звичку людини горбитися, яка бере свій початок ще з часів навчання людини за шкільною лавою. Якщо поспостерігати за положенням голови, шиї і тулуба дітей у класах, то можна помітити безліч різних поз – у деяких дітей голова вниз практично до упору, в інших, навпаки, голови надмірно підняті вгору. Обидва випадки є яскравими прикладами неправильного положення шиї і голови, яка під впливом сильного м'язового навантаження здатна привести до деформації постави і прийняття даного неправильного положення постави за природне. І лише небагато дітей тримають поставу рівною, і стежать за становищем своєї голови і шиї.

За відсутності контролю за розташуванням шиї на ній утворюється горб і, з метою збереження рівноваги, що залишилася, частина тулуба приймає нерівну поставу, у людини починає спостерігатися рання

стадія прогину хребта. У даній ситуації болі в нижній частині спини викликаються порушеннями у верхній частині спини, а тому лікування проблем хребта слід починати з лікування у верхній його частині, інакше причина болю не буде усунена і хвороба буде виявлятися знову.

Для правильної роботи органів дихання, мови і травлення необхідне правильне положення хребта, тому що поблизу з зоною хребта розташовані дуже важливі нерви і кровоносні судини, які безпосередньо впливають на функції дихання і серцебиття. Ф. Александер вважав, що багато проблем зі здоров'ям люди могли б вирішити однією простою відмовою від звички при кожному роздратуванні різко відкидати голову назад. До відмови від цієї згубної звички Ф. Александер прагнув сам і намагався прищепити дане прагнення своїм учням.

З метою збереження власної постави людина не здатна проводити постійний контроль за станом положення частин свого тіла, і Ф. Александер чудово розумів це, тому вимагав від своїх учнів не стільки контролю за положенням голови і шиї, скільки гармонійної координації вироблених людиною рухів в процесі життя. Він вважав, що навіть самим згорбленим людям не варто зневірятися і нарікати на долю, так як тіло володіє фізіологічною «мудрістю», завдяки якій після будь-яких порушень тіло прагне повернутися в стан рівноваги, постава прагне прийняти природну від народження правильну форму. Однак це ніколи не трапиться без бажання людини досягти природної постави, повернути своєму тілу правильну форму, так як цей процес вимагає клопіткої роботи. Цей же принцип стосується і функцій внутрішніх і зовнішніх органів людини – при нормалізації форми постави нормалізується і природна функція органів.

Ступінь «мудрості» тіла, його здатності повернутися в природний стан безпосередньо пов'язана із залежністю людини від лікарських препаратів, спрямованих на додання тілу правильної форми чим вище залежність людини від ліків, тим нижче «мудрості» тіла. Ф. Александер впевнений в тому, що, крім крайніх випадків занедбаності захворювання, людина здатна впоратися з ним самотійно, не вдаючись не до ліків, а до комплексу фізичних вправ. Для ефективної роботи по техніці Ф. Александера від людини вимагається високий рівень самодисципліни і самоконтролю, проте зусилля і внесок людини будуть гідно винагороджені відмінним самопочуттям і прекрасним станом здоров'я.

Для кращого розуміння методики розглянемо дію, яка здійснюється людиною від 10 до 500 разів на добу – присідання. Коли людина

повільно сідає, її колінні чашечки повільно пересуваються вперед і вниз, а п'яти розводяться в різні боки. Коли тіло людини починає опускатися, більшість людей проявляють набуту звичку відсувати область тазу назад, перекидати голову вгору і нижню частину грудної клітки висувати вперед. Цими звичками людина завдає відчутної (якщо не катастрофічної) шкоди своїй поставі. Природними ж для людини рухами повинні бути рівний рух тазу, напрямок корпусу рівно вниз. Ні в якому разі не можна допускати висунення нижньої частини грудної клітки вперед, а таза – назад.

На рис.1.6. (1а) чітко показана згубна для постави, проте звична для багатьох людей манера присідання. На рис. 1.6 (1б) навпаки показана природна, але, внаслідок дії помилкових звичок забута манера присідання. Врівноважене положення голови порушено, що забезпечує надмірне навантаження на шию людини і відбивається на її поставі. Багатьом людям, на жаль, вкрай важко зберігати рівну поставу в той момент, коли вони сидять на стільці. Як правило, люди настільки зайняті повсякденними справами, що навіть не замислюються про поставу і наслідки неправильної манери проведення часу сидячи за столом. Вони сідають швидко, прогинаючи спину назад і випинаючи груди вперед. Для збереження власної постави людині необхідно не прогинати спину вперед, вигинаючи шию вниз, а вирівнювати спину і направляти корпус вперед від тазостегнових суглобів, щоб область тазу рухалася разом зі спиною. Також не слід закидати одну ногу на іншу, так як це призведе до надмірного напруження м'язів. Кращим варіантом буде розведення колін в різні боки, що дозволить уникнути подальшої болі в попереку і зніме м'язову напругу. Таз сидячої людини по можливості повинен бути максимально притиснутий до спинки стільця.

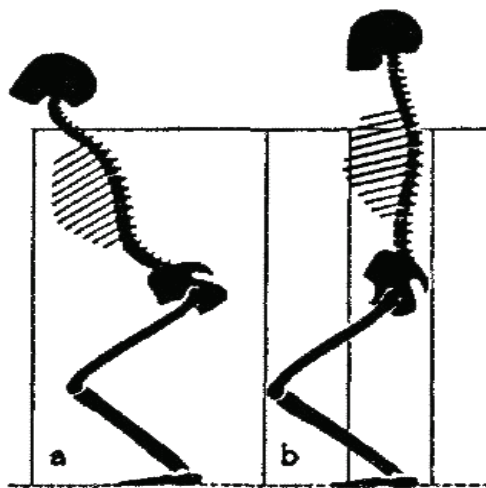


Рис. 1.6. *Рухи сідаючої на стілець людини*

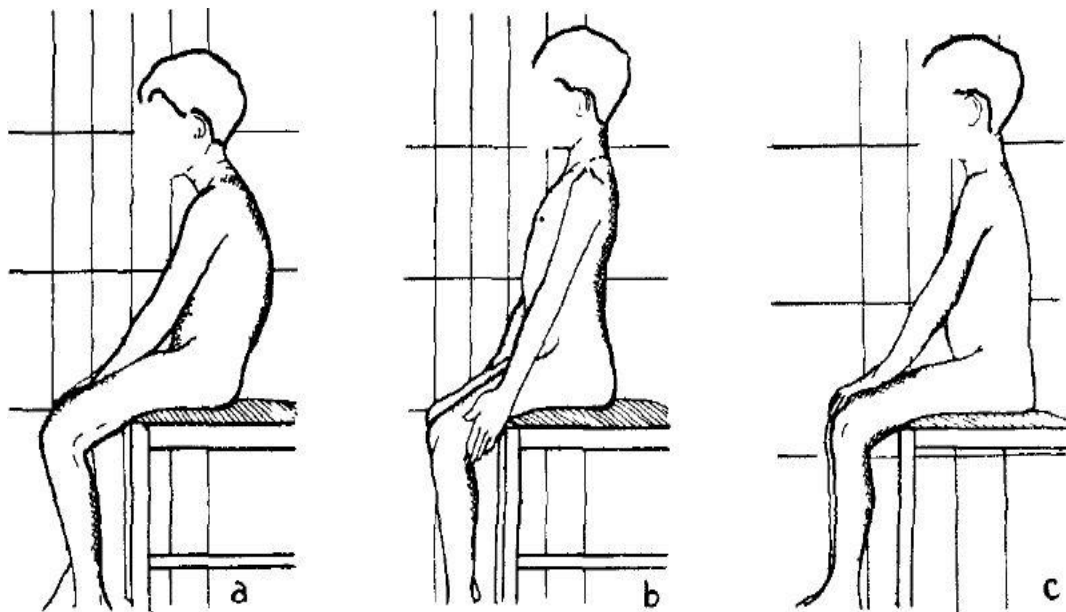


Рис. 1.7. *Рухи сідаючої людини*

Шість характерних поз для відпочинку. Однак не всі вони сприяють розслабленню тіла. Положення спини в позі на корточках (а) і в позі кравця (с) значно краще, ніж зображене на рис. 1.8. (d) і (f). Ноги краще не перехрещувати. Збираючись відпочити, вибирайте пози (а, с, е).

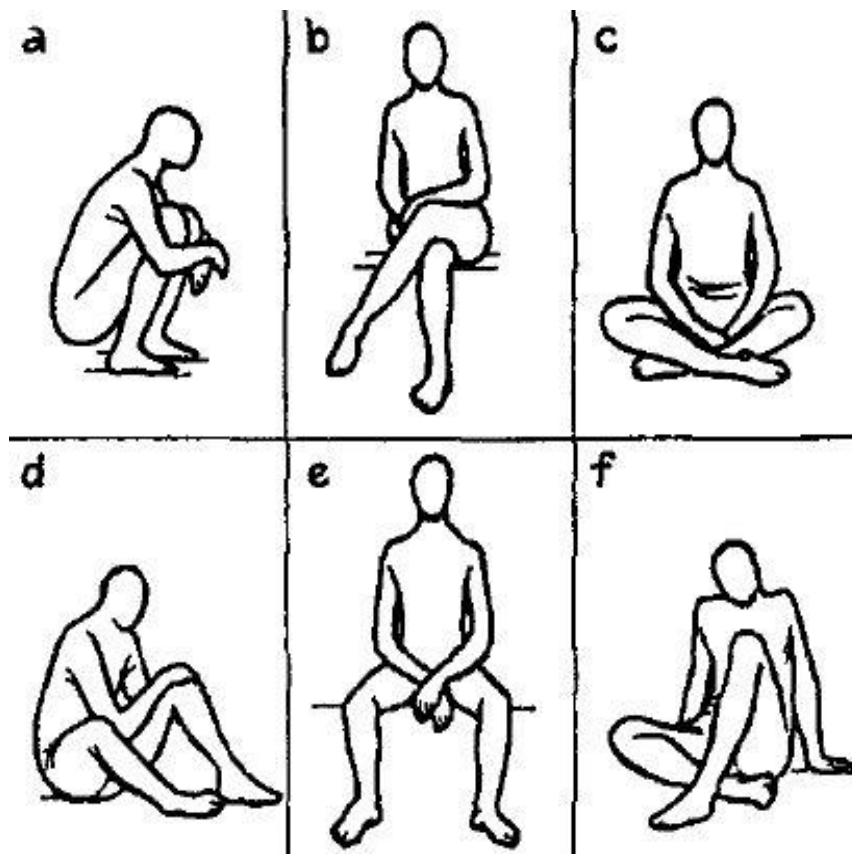


Рис. 1.8. *Пози для відпочинку людини*

Ще однією проблемою при підтримці власної постави у нормальному стані є нерівномірний розподіл напруги м'язів тіла (т.зв. дистонічна напруга). Дистонічна напруга може спостерігатися у людини навіть під час спокою. Деякі люди, не стежачь за положенням свого тіла, відчують дистонічну напругу навіть при виконанні таких простих дій як підняття ложки, включення світла, відкриття дверей і тощо. Дистонічна напруга викликається нездатністю людини під дією подразника повернутися в спокійний стан. Після деяких подібних ситуацій надмірне м'язове реагування стає для людини нормою, і вона втрачає здатність стримувати активність своєї мускулатури і повертати організм в спокійний стан. Під дією надмірних м'язових навантажень скелет людини деформується і набуває неприродну форму.

3. Особливості використання техніки Александра

Техніка Ф. Александра базується на принципі єдності тіла і розуму, а також врахуванні ролі звичок в їх гармонійному або дисгармонійному співіснуванні.

Основні положення методу Ф. Александра полягають у наступному. Наявність якогось одного дефекту впливає не тільки на окрему область організму і навіть не на ряд його ділянок, а на людину в цілому, і лікування однієї хвороби неефективне, оскільки здатне привести лише до тимчасового одужання.

Захворювання, по Ф. Александеру, є наслідком поганих фізичних звичок, тобто набору повторюваних реакцій при будь-яких діях. Для того, щоб їх позбутися, необхідна увага до координації рухів, вироблення врівноваженої взаємодії голови та хребта, а також корекція психічних установок.

Один із прийомів, зокрема, полягає у формуванні «кінестетичної легкості». Це досягається шляхом натискання певним чином на потилицю людини, щоб розслабилися м'язи шиї, голова подалася вперед і трохи підвелася. Подібна дія здійснюється в положенні стоячи, сидячи, при ходьбі, що призводить до відчуття свободи і розслабленості тривалий час.

Подібний ефект заснований на тому, що перекриваються звичайні автоматичні реакції. Головним тут є усвідомлення фізичних звичок, що заважають і заміна їх на більш підходящі. Усвідомлення являє собою головний стрижень програми Ф. Александра. При завданнях типу «опустіть голову на груди» від людини вимагається виконання дії лише після того, як вона його осмислить і продумає, як зробити

найкраще. Психотерапевтичний вплив виявляється в тому, що розслаблення м'язів дозволяє позбутися не тільки від фізичної напруги, але і від негативних емоцій.

На метод Ф. Александера часто дивляться як на техніку корекції постави і звичних поз, але це тільки невелика частина того, що він представляє насправді. В дійсності це системний підхід, спрямований на більш глибоке усвідомлення самого себе, метод, який прагне повернути організму втрачену психофізичну єдність. За Ф. Александером, вся діяльність людини залежить від її здатності управляти тілом. Є багато альтернативних можливостей для цього, але в кожній ситуації є лише один шлях, що забезпечує найкращий спосіб функціонування і сприяє більш швидкому досягненню результату. Ф. Александер вважав, що спосіб функціонування організму, що приводить до хвороб, викликається неправильним (неефективним) використанням м'язів тіла, яке здійснюється за допомогою подолання м'язової напруги. Він пропонував замість звичних способів виконання рухів створювати нові, які допоможуть поліпшити використання власного тіла, тим самим сприяючи оздоровленню організму. На переконання Ф. Александера, люди, які страждають неврозом, завжди «затиснуті», для них характерно нерівномірно розподілене напруження м'язів (дистонія) і погана постава. Він стверджував, що неврози «...викликаються не думками, а дистонічними реакціями тіла на думки ...», що психотерапія без урахування м'язових реакцій не може привести до успіху і необхідно приділяти увагу не стільки дослідженню причин душевних травм, скільки створення нової системи управління м'язами.

Метод Ф. Александера заснований на двох фундаментальних принципах – принципі гальмування і принципі директиви. Гальмування – це обмеження безпосередньої реакції на подію. Ф. Александер вважав, що для реалізації шуканих змін спочатку потрібно загальмувати (або зупинити) свою звичну інстинктивну реакцію на конкретний подразник, і тільки потім, застосувавши директиву, знайти більш ефективний спосіб дії в даній ситуації. Він пропонував використовувати наступні директиви: розслабити шию настільки, щоб голова змістилася вперед і вгору для того, щоб тіло змогло витягнутися і розширитися. Велике значення Ф. Александер приділяв взаєминам між головою і шиєю. «Первинний контроль» – описує взаємозв'язок голови, шиї і тіла – головний рефлекс, який контролює всі інші рефлекси, включаючи координацію та збалансоване управління тілом. Він вважав, що внаслідок затиску шийних м'язів і відхилення голови назад страждає

не тільки природна координація рухів людини, але й порушується механізм повернення до нормального стану рівноваги після руху. У процесі навчання методу Ф. Александера людина повинна усвідомити, за яких обставин у неї виникає неадекватна напруженість м'язів, навчитися свідомо гальмувати будь-яку рефлекторну спробу провести відповідний команді рух, за допомогою усвідомленого мислення зняти напругу м'язів.

Уроки техніки Ф. Александера вимагають професійної підготовки. Терапевт має здатність бачити різні блоки, які заважають вільним рухам тіла, він передбачає ті рухи, які припускають непотрібне, надмірне напруження. Так пацієнти вчаться під час активності або відпочинку діяти інтегровано, зібрано й ефективно. Під час уроку за системою Ф. Александера учні зазвичай сидять, стоять або ходять. Передбачається також «робота за столом». Учень лягає і в руках вчителя відчуває відчуття енергетичного потоку, який подовжує і розширює тіло. Він відчуває свободу і простір у всіх зв'язках, досвід, який поступово відучує людину від затисків і напруги у зв'язках, породжуваних зайвими напруженнями в повсякденному житті.

Техніка Ф. Александера особливо популярна серед людей творчості, але також ефективно використовується для лікування деяких каліцтв і хронічних захворювань.

Принцип Ф. Александера свідчить:

- Можна керувати своїм тілом різними способами;
- Функціонування організму погіршується, якщо обрати невірний спосіб управління тілом;
- Яким би розумним або сильним не здавався чоловік і якою б прекрасною і чарівною не здавалася жінка, якими б багатими вони не були і які б не мали зв'язки, їх життя буде далеко не ідеальним, якщо вони не вміють правильно володіти своїм тілом.

Ф. Александеру було зовсім непросто переконати людей у тому, що його принцип здатний допомогти багатьом з них. Реальність цієї допомоги підтверджують цифри, за 75 років, що минули з тих пір, як він почав розробляти свій метод, у Великобританії було підготовлено більше 100 викладачів техніки Ф. Александера. З них до теперішнього часу померло тільки четверо, в тому числі сам Александер у віці 87 років і його перша асистентка Етель Уебб – у віці 94 років. Ні в кого з них не було серцевих захворювань, раку, інсульту, ревматичних артритів, пошкоджень міжхребцевих дисків, виразок, неврологічних захворювань, серйозних порушень розумової діяльності. В цілому у

всіх них можна було відзначити таке міцне здоров'я та гарне самопочуття, яке властиве більшості людям лише в юності. Ця статистика є майже неймовірною. Можна навіть стверджувати, що понад 99 % людей має потребу в цьому методі, але нічого не знає про нього. Принцип Ф. Александера можна назвати методом раціонального використання м'язів. Саме це визначає якість функціонування організму. Спосіб функціонування організму, що веде до хвороб, викликається, відповідно до думки Ф. Александера, неправильним використанням м'язів тіла.

4. Основні праці Ф. Александера

«Психосоматична медицина: Принципи і практичне застосування»
«Поводження з самим собою (1932)»

5. Особливості використання техніки та приклади вправ

Що ж зробити людині в даній ситуації, як їй позбутися від надмірної напруги? Ф. Александер пропонує зробити наступне – за допомогою розслаблення повернути тіло в урівноважений стан. Однак багатьом людям вдається досягти лише часткового розслаблення, а напруженість м'язів, нехай і в прихованому вигляді, залишається. Людина як би знаходиться в стані прихованої напруги, і найменше повторення подразника повертає її в стан м'язової напруги. Така ситуація носить назву «залишкова деформація».

Виділяють два основні шляхи позбавлення від мимовільної напруженості м'язів – повне ігнорування дистонічної напруги і повернення в урівноважений стан спокою. Перший шлях менш трудомісткий і полягає в прийнятті людиною стану пасивності після роботи, або у вживанні алкоголю або лікарських препаратів. Людина в даному випадку відмовляється від всього, що може викликати м'язову напруженість. Другий шлях набагато складніший, проте значно ефективніше, і полягає в зміні рухових навичок з метою створення правильної постави.

Вправа для діагностики та коректування постави. Поверніться спиною до стіни таким чином, щоб п'ятки знаходилися на відстані на 5–7 см від стіни, а ступні розташовувалися одна від одної приблизно на 25–28 см (як показано на рис. 1.9. (а)).

Потім, не змінюючи положення ніг, злегка нахиліть тулуб назад до стіни (рис. б). Дуже важливо щоб сідниці разом з лопатками одночасно торкалися до стіни. Якщо одна частина тулуба доторкнеться до

стіни раніше, ніж інша, це буде свідчити про викривлення хребта. Якщо раніше за всіх до стіни доторкнеться ваша потилиця, це буде сигналом про наявність звички закидати голову назад.

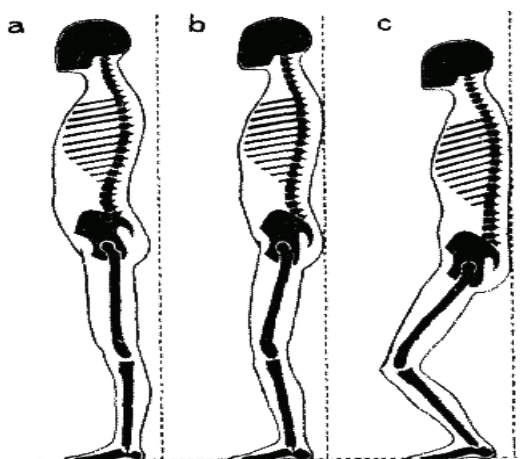


Рис. 1.9. *Рухи людини*

Якщо ви занадто сильно вип'ячуєте область тазу вперед, значить до стіни доторкнуться тільки лопатки, а сідниці – ні. У такій ситуації вам слід притиснути сідниці до стіни. Ви можете виявити появу між областю попереку і стіною певного зазору, який зникне, як тільки ви виправите згин обох ніг в колінах, при цьому пересуньте низ живота трохи вперед і опустіть сідниці (як показано на рис. с). Якщо через деякий час дане положення тіла стане для вас виснажливим, це буде свідчити про наявність у вас серйозних проблем з поставою.

Перебуваючи в даному положенні, упевніться, чи не опустилася у вас стопа. Якщо стопи ущільнені, то це можна виправити, розсунувши зігнуті коліна. Аналогічним чином відбувається і корекція О-образних ніг. Розігніть ноги в колінах, однак не допускайте їх повного випрямлення. У положенні стоячи ноги повинні знаходитися в незначному згині. При цьому в області попереку повинен залишатися незначний прогин. Далі слід відсунути тулуб від стіни, не зрушуючи ступні. Починати рух слід з голови, а не з живота або грудей.

Розсунувши ступні, можливо виявити деякі помилки, що виявляються під час ходьби: «Поставте з лівого і правого боку від себе стільці з високими спинками (рис. 1.10. (а) і доторкніться великими пальцями спинок стільців, виставивши лікті назовні. Починайте ходьбу з правої ноги: піднявши п'ятку, трохи зігніть праве коліно». У такому положенні вага тіла повинна зміститися на ліву ногу для того, щоб людина змогла підняти праву. Багато хто може помітити, що вони

роблять підняття правої ноги не за допомогою згину правого коліна, а за допомогою підняття правої сторони тазу (рис. б). Надалі ви можете помітити це, відчувши напругу в руці, доторкатися до спинки стільця. При проходженні вправи слід пам'ятати про те, що руки і верхня частина тулуба не повинні брати участі у початковому згинанні коліна (вірне положення тіла відображено на рис. 1.10 (с)).

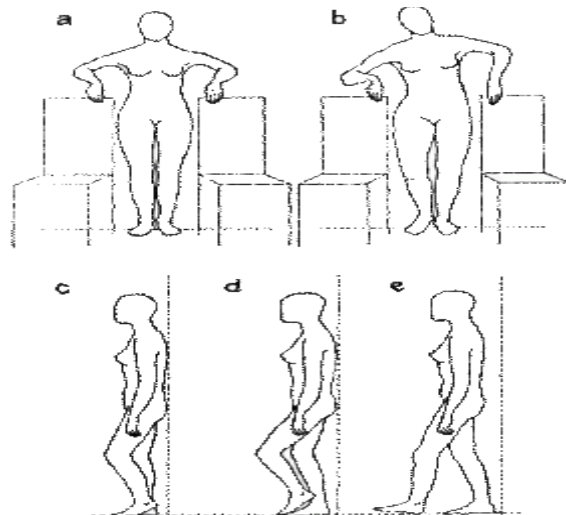


Рис. 1.10. *Рухи людини*

На подальшому етапі ходьби слід згинати коліно до моменту, поки до підлоги не буде торкатися лише кінець великого пальця (рис. 1.10. (d)). У момент переміщення тулуба вперед, нога стане відриватися від підлоги, після чого вона повинна торкнутися його п'ятою. Тільки після цього на підлогу повинна опуститися вся підошва повністю. Коліна не повинні цілком розпрямитися (рис. 1.10. (с)). У тому випадку, якщо підлоги буде торкатися абсолютно вся підошва, то згин в даній області попереку буде значний. Завдяки встановленню п'яти і пальців ніг подібним чином, вам вдасться знизити ризик значного вигинання хребта вперед в частині попереку.

Чи можна почати використання методики Ф. Александера самостійно?

Спершу слід вибрати місце для занять де вам ніхто не зможе перешкодити. Далі потрібно прилягти на підлогу, поклавши під голову книжку. Зігніть ноги таким чином, щоб ваші коліна були направлені у бік стелі. Ваші думки мають бути вільні від стороннього, ви не повинні міняти положення тіла. Подумки вимовляєте фразу: «Шия вільна, голову вгору і вперед». Тим самим ви будете концентрувати свою увагу на області ший і голови. Далі вимовіть подумки фразу: «Спину розширити і витягнути». При цьому ви почнете відчувати, як

ваша спина, плечі і лопатки розправляються. Промовляючи другу фразу, не слід забувати про шию та голову. Якщо трапилося так, що ви все ж забули про них – поверніться до першої фрази і сконцентруйтеся на голові і шиї, і тільки потім переходьте до роботи з м'язами спини. Майте на увазі, що вам не потрібно робити ніяких дій – повторюючи ці фрази по черзі протягом кількох хвилин ваше тіло самостійно досягне стану розслабленості. Надалі при виконанні будь-яких дій і випробуванні м'язового напруження вам слід по чергово повторювати ці фрази, і ваші м'язи будуть приходити в розслаблений стан.

Кожна людина звикла виробляти певні дії одним конкретним способом, навіть не беручи до уваги те, що цю ж дію можна виконати кількома іншими способами. При цьому перед самою дією людина проходить етап «очікування дії», коли сприйняття дії узгоджується з його очікуванням. Тому, коли людина виробляє яку-небудь дію, навіть найменше зовнішнє роздратування здатне викликати її передчасний початок. Коли людина зуміє контролювати свої реакції і реагувати в потрібний момент часу, вона позбудеться залежності напруженості очікування. Нова конструкція тіла, до якої людина прагне, застосовуючи методику Александера, є не що інше, як суб'єктивне відчуття правильної «пози очікування».

У зв'язку з тим, що характерне сприйняття людиною своїх переважних реакцій на подразники відбувається на рівні несвідомого, людина, згідно з методикою Александера, повинна свідомо працювати над конструкцією власного тіла з метою гальмування що ввійшли в звичку для себе реакцій. Спочатку людині слід спланувати нові, правильні реакції на подразники. З часом дана звичка стане обдуманною дією. Тоді людині не треба буде обдумувати кожну свою дію – вони будуть відбуватися спонтанно. Коли дії людини будуть обдумані, застосовуючи методику Александера, вона зможе контролювати свою поставу й позбутися тим самим від безлічі непотрібних проблем, пов'язаних з власним здоров'ям.

1.3. ЛЕКЦІЯ 3. Особливості пластико-когнітивного підходу

Тема 3

Пластико-когнітивний підхід В. Нікітіна

ПЛАН

1. Коротка біографія автора. Книги автора.
2. Суть пластико-когнітивної терапії В. Нікітіна.
3. Діагностичні вправи.

1. Коротка біографія автора

Володимир Миколайович Нікітін – доктор філософських наук, кандидат психологічних наук, завідувач лабораторії арт-терапії Інституту психології та педагогіки, директор школи «Тілесної та Арт-терапії». Об'єкт його дослідження – пластичність як універсальна якість живої матерії. Досліджуючи феномен пластичності в житті і мистецтві, В. Нікітін розробив техніки пластикодрами. Його метод дозволяє використовувати можливості тілесної пластики для психодіагностики та психокорекції.

В. Нікітін автор пластико-когнітивного підходу в арт-терапії та психодраматичного методу-пластикодрама (Апробація та супервізія пластико-когнітивного підходу здійснена в Німеччині (1989–2000), Нідерландах (1998–1999), Латвії (1998–2004), Польщі (1992), Угорщині (2003), Словаччині (2004), Україні (2000–2004). В. Нікітін автор 5 монографій з арт-і тілесно-орієнтованих методів у психотерапії: «Ієрогліфи душі і тіла» (1994), «Скринінгові методи дослідження в тілесно-орієнтованій та арт-терапії» (1996); «Психологія тілесної свідомості» (1998, 1999); «Енциклопедія тіла» (2000); «Пластикодрама. Нові напрямки в арт-терапії» (2003).

2. Суть пластико-когнівної теорії В. Нікітіна

З глибоким інтересом ми слідкуємо за діяльністю В. Нікітіна: успішні педагогічні, психологічні, театральні, наукові програми дивовижно і гармонійно поєднуються між собою і приваблюють велику кількість людей самих різних спеціальностей. Однак стержнем, який приваблює спеціалістів різних напрямків залишається спроби В. Нікітіна з властивою йому енциклопедичною глибиною побачити і відобразити на практичних прикладах глибинні взаємовідносини душі і тіла. В своїй книзі «Енциклопедія тіла» В. Нікітін з повною підставою заявляє про створення нового напрямку в психотерапії – «пластико-когнітивна терапія».

В самій назві нового напрямку в терапії свідомості – «пластико-когнітивна терапія» – автор хоче підкреслити і виділити когнітивний і інтелектуальний аспекти в тілесній, креативній терапії. На відміну від попередніх класичних тілесно-орієнтованих підходів, в пластичній терапії ведучу роль грає розвиток у людини здібностей до образного, тілесного відображення свого перцептуального і когнітивного світу. Завдяки розробці і опису технік пластичних ілюзій автор побачив можливість практики тілесної терапії на принципово іншій якісній

основі. В пластико-когнітивній терапії тіло виступає як універсальний посередник між свідомістю і підсвідомим: свідомо співіснуючи з тілом, ми проникаємо в підсвідоме, проявляючи себе як відгук стану тіла. Навчившись «читати» відчуття свого тіла, ми навчаємось пізнавати свою первинну природну сутність і характер її взаємодії з соціальним і природним середовищем. Значення когнітивної сфери тут так само велике як і сенситивної. Завдяки інтуїції ми знаходимо форми дослідження, завдяки інтелекту ми контролюємо правильність вибраного шляху і таким чином обома функціями закріплюємо позитивний результат дії.

Усюди в суспільстві можна бачити штучно складений розподіл функцій: танцівники і спортсмени оволодівають психомоторикою, ігноруючи в більшості випадків когнітивну сферу; аналітики підсміюються над приземленістю і інтелектуальним «недорозвитком» тілесників. Поєднання двох функцій виявляється надзвичайно складною справою, доводиться постійно вибирати між першим і другим. І навіть хвороби і загроза смерті не зупиняють споконвічне протистояння між тілом і духом. В пластичній терапії автор закладає потенційну можливість такого синтезу. Всі дії і прояви людини розглядаються як відображення його єдиної тілесно-психічної сутності. Питання лише в тому, що і як актуалізувати.

Особливу увагу приділено розкриттю значущості стану суглобів і м'язових фасцій для фізичного здоров'я та психічного розвитку. Автор вперше в країні (і, можливо, в Європі) розробив тест пластичності суглобів, який дозволяє зробити оцінку рівня розвитку і стану суглобів для людей повноцінних, здорових з точки зору критеріїв мануальної терапії та ортопедії. У 1998 р. по тесту було проведено обстеження великої групи різновікових школярів в Німеччині та Голландії. Отримано переконливі емпіричні результати, що свідчать про існування впливу ортодоксальних непродуктивних культуральних установок на характер оцінки стану та рівня розвитку суглобових структур. На підставі досліджень робиться висновок про те, що в європейській культурі існують традиційно сформовані неправильні уявлення про можливість тіла: тілесна ригідність є нормою, а здатність до гнучкого і пластичного руху і поведінки – гіперфункцією, винятковістю. Автор ставить під сумнів загальноприйняті критерії оцінки і доводить нормальність і можливість розвитку рухливості в суглобах, що відбиває рівень психосоматичного здоров'я. Передбачається подальше вивчення цього питання в рамках європейського міжнародного проекту. Тут

же докладно описуються принципи і техніки корекції стану м'язово-зв'язкового апарату і авторські напрацювання в області постізометричної гімнастики. Тут автор відкриває нову сторінку в практиці терапії свідомості і тіла. На підставі власного досвіду в галузі театральної пластики автор розробив систему розвиваючих і коригувальних вправ, використання яких не обмежується тільки областю терапії. Перші дві глави присвячені опису пантомімічних прийомів і технік і можуть бути навчальним матеріалом методологічним для навчання акторів і танцівників мистецтва пантоміми. Наступні глави розкривають можливості психодраматичних технік та прийомів розвитку пластичних здібностей в умовах водного середовища. Всі наведені вправи є авторськими розробками і пройшли апробацію на терапевтичних і розвиваючих заняттях.

В. Нікітін розробив основні діагностичні принципи (при скринінгових дослідженнях), які дозволяють достовірно та швидко збирати оцінні ознаки психосоматичних дисфункцій, недорозвитку креативних здібностей і тілесної свідомості в цілому. Саме він виділив скринінгові методи діагностики в пластико-когнітивній терапії:

- тест «структури характеру»;
- проєктивні методи діагностики психофізичних «зажимів»;
- скринінгові дослідження невербального семантичного простору.

Сформований опис основних психофізичних типів характеру, опис проєктивних тестових методик з пластико-когнітивної терапії. Особлива увага приділяється методам визначення, опису та аналізу невербального семантичного простору людини. Методика «невербального семантичного радикалу» розглядається автором як ключ до несвідомого змісту психіки і є спробою визначення раніше не тестованого в практиці психотерапії рівня етичного і естетичного розвитку

Автором запропоновано психодраматичні форми роботи: Основною методологічною передумовою в пластикодрамі є постулат про нерозривний зв'язок фізичних, психічних і соціальних феноменів. *Театр руху* – відкритий простір для тіла, голосу та емоцій, він поєднує багато чого. Сюжет як такий з його зав'язкою, кульмінацією і розв'язкою відсутній. Є гра тіл і почуттів, ставлення людини і простору, предмета і думки. Палітра ідей і форм нескінченна, але є щось спільне, що об'єднує всі роботи – це рух.

В якості театральних прийомів, що полегшують процес самовираження особистості, використовуються *техніки пантоміми*. В залежності від складу групи й цілей терапії за допомогою пантомімічних

технік в більшій чи меншій мірі задіюються сенситивні, емоційно-почуттєві та когнітивні сфери свідомості.

У процесі роботи над собою людина проходить певний алгоритм психофізичного розвитку. На першому рівні змінюються типові для її соціокультури стереотипи руху, на другому напрацьовується новий стереотип – стилізованість руху. На третьому у неї виникає відчуття психофізичної цілісності, рухи стають більш усвідомленими і пластичними. На четвертому етапі людина здатна «одухотворити» будь-які тілесні прояви, наповнити кожен руховий акт емоційно-чуттєвим і смисловим змістом. На п'ятому рівні, в стані трансцендентального переживання (ми можемо тільки здогадуватися про можливі трансівні стани), тіло стає «безтілесним».

На перших трьох рівнях тілесного розвитку людина не здатна інтуїтивно контролювати характер і форми спонтанного стилізованого руху. Вона ходить в «третьій позиції», гротескно тримаючи голову і тим самим підкреслюючи свою винятковість, «пускає хвилі» де варто і де не варто. Хтось залишається на цьому рівні розвитку кінестетики і свідомості назавжди, а хтось, продовжуючи працювати над собою, поступово знаходить повноту і цілісність рухів, природність пластики і свободу в способах невербального самовираження.

3. Діагностичні вправи

Техніка «мульта» виступає як діагностичний прийом, що дозволяє оцінювати рівень психомоторного і когнітивного розвитку людини. «Мульт» використовується також для корекції та розвитку якості сенситивності, уваги, волі. Відзначаючи найменші позитивні зрушення у техніці «мультового» руху, автор підкріплює мотивацію учасників групи до усвідомлення своєї витонченої пластики.

«Танцююча скульптура». Особистість приймає будь-яку виразну позу. Під заданий ведучим ритм і темп руху тіло людини включається в постійну гру форм, задіюючи в «мультовій» техніці всі провідні суглоби. У процесі етюдів відбувається акцентуація уваги на таких ознаках, як амплітуда і форма рухів, емоційний стан, стилістика виконання. В етюді оцінюються характер створюваних образів, ступінь закінченості і конгруентності прийнятих поз, естетика і природність рухів. Прийом «танцююча скульптура» також використовується для розкриття креативних здібностей людини за допомогою пластичного руху, для напрацювання у неї нових патернів рухового стереотипу.

«Заворожений м'яч» Учасники сесії стають по колу або по парах один напроти одного. Власнику «м'яча» (слід змалювати контури і розміри фантома «м'яча») потрібно особливим чином кинути «м'яч» партнеру. Приймаючий повинен відреагувати враховуючи спрямованість і силу польоту «м'яча». Таким чином, «м'яч» перекидається з рук в руки до всіх, потім ускладнюються траєкторії і форми його подачі і прийому. Учасники піднімаються на носки, опускаються всім тілом до підлоги, кидають і ловлять «м'яч» спиною, підсилюють, прискорюють темп подачі та створюють самі неймовірні ситуації, обігруючи свою взаємодію з фантомом. Вільна імпровізація на початку дається важко; рухи невпевнені і занадто стереотипні, але поступово в імпровізації знаходяться нові рішення з моделювання ситуацій.

«Механічний клоун» Весело проходить виконання етюду з поживлення міміки обличчя. Виявляється, в «мульти» можна цілувати, кусати, позіхати, висовувати язик, жувати, моргати, від подиву піднімати брови, нахмурюватися, лукавити очима, обертати ними в різних напрямках. Цей етюд подобається учасникам, своєю доступністю і незвичністю утримує їх увагу тривалий час. З одного боку, це дозволяє знімати зайву психофізичну напругу, «скам'янілість» (масковість) в особистості, з іншого – допомагає навчитися контролювати роботу лицьових м'язів.

«Мультова» техніка руху є неповторним, унікальним прийомом для діагностики та розвитку рівня внутрішньої свободи, когнітивної сфери свідомості. «Мульт» сценічно і терапевтично привабливий, можливості з розширення мультової техніки безмежні, що дозволяє говорити про великий терапевтичне і розвиваюче значення когнітивних технік руху.

1.4. ЛЕКЦІЯ 4. Основи сучасної танцювальної психотерапії

Тема 4

Основи сучасної танцювальної психотерапії

ПЛАН

1. Поняття танцювальної терапії.
2. Історія розвитку танцювальної терапії.
3. Методика, техніка і зміст танцювальної терапії сьогодні.
4. Способи роботи. Вибір стилю і рухів. Роль музики.

1. Поняття танцювальної терапії

«Тіло не обманює. Навіть тоді, коли людина намагається приховати свої правдиві почуття за деяку штучно створену позу, її тіло розкриває удавання станом напруги, котре вона створює (О. Лоуен)»

Рухи в танці несуть символічну форму і виражають почуття, що вкладені в абсолютну форму. Рухи часто мають чисто функціональне значення, танець – це рухи, але рухи – це не танець, стверджує американська танцівниця і хореограф Франциска Боас. Особливо важливо, що танець народжує рухи, що рідко зустрічаються в повсякденному житті. Повсякденні жести і дії змінюються в танці, котрий піднімає індивіда над повсякденним життям і занурює його у світ образів і почуттів. Танцювальні жести мають тенденцію до розвитку і вивільнення напружених ліній, що можуть пронизувати усе тіло.

Танець по своїй суті – це рух, однак не кожен рух народжує танець. Що є відмітною рисою для танцю? Багато відомих танцівників і дослідників танцю, такі як Дункан, Лабан, Жак-Далкроз і Ланге. Задавалися цим питанням.

У своїх міркуваннях вони приходили до того, що танець – це насамперед, мистецтво, він додає рухам естетичну форму. Танець має явну близькість до музики, він заснований на ритмічних рухах. Але і цього виявлялося недостатньо для визначення танцю. Стереотипні, механічні рухи аутичних дітей також мають власний ритм, але не можуть бути названі танцем. Але як тільки ритмічні рухи здобувають набувають чуттєвого вираження, народжується танець.

Танець зв'язаний з інтимними жестами. Жести оточують думки, почуття, бажання і можуть бути зрозумілі без слів. Повсякденні рухи можуть розвинути до символічних жестів, які потім зможуть передавати почуттєві вираження і здатні перейти в екстаз. Танець несе в собі в значній мірі комунікативну функцію. Дуже часто танцівник через контакт із самим собою переходить до контакту з публікою, а люди, що танцюють у парі або в групі, вступають у дуже тісний зв'язок один з одним на невербальному рівні.

В основу танцювальної терапії покладений танець, художня форма рухів. Але це не означає, що який-небудь готовий хореографічний продукт, власне танцювальний процес сам по собі може робити терапевтичний ефект. Наприклад, техніка Александера містить у собі спеціальні вправи, направлені на роботу з тілесними напруженнями, доповнені дихальними вправами.

Дані техніки знайшли своє місце й у танцювальній терапії. Танцювальна техніка є формою танцювального мистецтва і має функцію, що підготовляє. Але для того щоб спонтанно виразити несвідомі рухи і почуття, підготовка потрібна вкрай рідко. І тому було б великою помилкою дивитися на танцювальну терапію як на механічний мускульний тренінг і розвиток!

У танцювальній терапії як допоміжні засоби використовується техніка масажу Александера для зняття м'язової напруги, або психомоторика Кіфарда. В останньої велике значення мають засоби, що допомагають на занятті, такі як тушечна дошка, коврик, м'ячі, стрічки, це сприяє тренуванню сили, уміння балансувати, гнучкості. Ці інструменти призначені для того, щоб розвивати рух, і разом з тим надають можливість дітям самим вибирати з чим вони хочуть працювати. Використання цих допоміжних засобів у тілесній і руховій терапії дозволяє пацієнтам навчитися усвідомлювати своє тіло і свої рухи, щоб, тим самим, краще функціонувати. Насамперед, вони вчаться контролювати своє тіло.

З іншого боку, танцювальна терапія піднімає і розвиває креативний процес, витягаючи на поверхню несвідомий матеріал і переводячи його на усвідомлюваний рівень, що часто приводить до катарсису. Спонтанні рухові вираження відбуваються часом безконтрольно, будучи по своїй суті більш глибинними, зненацька для самого пацієнта вирвавшись назовні.

Одними з головних інструментів у танцювальній терапії вважаються музика і ритм. Деякі танцювальні терапевти не використовують у своїх сесіях музику, але ритм завжди обов'язково присутній. Використання музики і ритму в тілесній і руховій терапії не характерно.

Танцювальна терапія стоїть в одному ряді з художньою терапією, музичною і драмо-терапією. Усі ці напрямки отримали загальну назву експресивних видів терапії, оскільки їх поєднує те, що вони задіюють емоції, що художньо виражаються, як способи запустити зцілювальний креативний процес. Різні художні форми танцю, живопис, музика, драма мають у собі елемент гри і працюють на розвиток креативності людини, народжують у ньому вільні почуття, що розвивають його силу, зміцнюють його «Я» і роблять його здатність почувати і переживати більш глибоко. Ці експресивні форми дуже часто використовуються спільно. Наприклад, танець і рухи можуть бути задіяні в музичній терапії, і в той же час драма-терапія і танцювальна терапія використовують як допоміжний засіб живопис.

Танець – це танцювальна терапевтична любов, а креативні рухи – її інструмент. Тому танцювальний терапевт працює із зовні свідомими і внутрішньо несвідомими рухами. Тіло і душа постійно знаходяться в сьогоденні, безперервно взаємодіючи. З одного боку, танець – це комбінація визначених кроків і ритму. Але танець являє собою і щось більше. Танець – це почуття і настрій, виражені в естетичній формі. Танцювальна терапія не вчить рухам і танцювальним стилям, вона намагається знайти власний спонтанно імпровізований танець для кожного клієнта. Танцювальна терапія не намагається зробити танець красивим і естетичним, вона не займається формою готового танцю. Танцювальні терапевти виходять з того, що кожен може танцювати, як може і як хоче. У танцювальній терапії не існує правильного або неправильного руху, тому що особисті рухові вираження йдуть від душі танцюючого.

Танцювальний терапевт може взяти собі в допомогу будь-які танцювальні стилі, що покажуться йому найбільше відповідними для його клієнта. Серед різноманітних стилів, таких як: класичний, модерн, джаз, вільна імпровізація, народний танець, ритуальний, бальний – танцювальний терапевт може вибрати будь-як форму, і тільки імпровізація стоїть на першому місці в роботі танцювального терапевта. У терапії можуть бути задіяні і «побутові рухи», зокрема, ходьба, біг, стрибки, обертання й інші.

За визначенням Американської танцювальної терапевтичної асоціації, *танцювальна терапія – це психотерапевтичне використання танцю і руху як процесу, що сприяє індивідуальному чуттєвому самовираженню і фізичній інтеграції.*

Танцювальна терапія підходить для різних категорій людей – від психічно хворих до здорових, бажаючих за допомогою танцювальної терапії навчитися відчувати себе, своє тіло і розвинути свою індивідуальність. Танцювальна терапія може бути використана для роботи з різними віковими категоріями, від маленьких дітей до людей похилого віку. Відомі різні форми лікування: індивідуальна, групова, сімейна танцювальна терапія. Вона застосовується в терапії людей, позбавлених зору або слуху. Психосоматичні хвороби дуже добре коригуються за допомогою танцювальної терапії. Пацієнти, що піддавалися насильству, пацієнти з анорексією. пацієнти, що мають які-небудь фізичні порушення, – усі вони можуть багато чого взяти із сесій танцювальної терапії.

Танцювальна терапія знайшла своє застосування в багатьох країнах. Зараз танцювальна терапія використовується для роботи з

переселенцями і біженцями, з дітьми, що пережили бойової дії, піддавалися сексуальному насильству. Танцювальна терапія використовується в роботі з дітьми з затримкою психічного розвитку, а також з їхніми батьками, допомагаючи їм покращити стосунки з дитиною, зняти психологічні затиски.

2. Історія розвитку танцювальної терапії

Танцювальна терапія сьогодні – це сучасний і в той же самий час, дуже древній художній процес. У терапевтичних сесіях можуть бути використані не тільки танцювальні стилі, що виникли кілька десятиліть або сотень років тому, але і фольклорні ритуальні танці, що існують тисячоліттями.

Спочатку танець розділявся на священний і примітивний, і в кожному з них був присутній творчий процес. У священному, ритуальному танці танцівники намагалися вступити в контакт із богами, щоб одержати зцілювальні сили. Шамани у своїй роботі дуже часто використовували танець, щоб встановити контакт між людиною і богом, щоб за допомогою знаків одержати відповідь на свої запитання. Можна сказати, шамани були першими психотерапевтами, які зціляли душу і тіло одночасно.

Минулі століття і тисячоліття не відняли в танцю його велику роль у житті людини. Люди танцюють і тоді, коли вони щасливі – на святах, весіллі, і навіть тоді, коли подавлені і сумні. Кожен народ має свої власні танцювальні традиції. Але найчастіше, люди танцюють, щоб відпочити і розважитися.

Сучасні танці також мають велике значення для танцювальної терапії. Протягом невеликого періоду з кінця XIX століття до початку 20-х років XX століття професійні танцівники зробили революцію в танці: вони пішли від класично-сценічного танцю до вільного і самовираженого. Вони показали на сцені природні, побутові рухи, додавши їм символічної форми, розвивши їх і наповнивши почуттями. Перші танцівники нового напрямку – Дункан, Грехем, Жак-Далкроз. Вігман і Лабан – зробили значний вплив на танцювальну терапію. А Грехем і Вігман крім цього, стали вчителями для багатьох перших танцювальних терапевтів.

Друга світова війна, наповнила лікарні величезною кількістю солдат, що отримали численні фізичні і психологічні травми, спонукали лікарів і психіатрів шукати нові форми їхньої адаптації до світу і повернення до життя. Одночасно в Америці, і в Європі, стали

створюватися нові психотерапевтичні форми лікування душі і тіла. Результат використання танцю виявився дуже ефективним, і вказував на те, що він може стати альтернативою вербальної психотерапії. Працюючи в клініках родоначальники танцювальної терапії прагнули витягнути зсередины людини її художню активність і зробити з цієї роботи лікувальну програму. І якщо спочатку їхня діяльність виглядала просто як можливість чимось зайняти пацієнта, то незабаром лікарі, які помітили позитивний ефект від цієї роботи, стали застосовувати цей художній напрямок як форму лікування. Живопис, танець і музика тоді і донині дозволяють не тільки відкрити пацієнта для контакту, але і потім зробити його більш підготовленими для вербальної терапії.

Дослідники танцювальної терапії

Меріан Чейз, Ліліан Еспенак, Труді Шуп і Марі Уайтхауз – чотири професійні танцівниці, хореографа і танцювальних педагога, представниці танцю модерн. Чотири людини, чотири імені, що пов'язані з народженням танцювальної терапії. Батьківщиною розроблювального ними напрямку терапії стали США, куди Еспенак і Шуп іммігрували під час Другої світової війни. Усі вони були переконані, що танець – це дорога для розкриття почуттів, це баланс між тілом і душею. Прагнучи реалізувати свої погляди на практиці, вони сприяли тому, що танець зайняв місце в лікувальній роботі з психосоматичними хворими. Не одноразово їм приходилося доводити персоналові лікарень, що необхідно опанувати ту мову, на якій легше говорити з такими хворими. Свій практичний танцювальний досвід вони комбінували з теоретичним вивченням суміжних дисциплін – педагогіки, психології, медицини, філософії і релігії, прагнучи знайти можливості їхнього гармонічного й ефективного об'єднання. Поглиблення знань допомагало їм глибше зрозуміти проблематику своїх пацієнтів і паралельно направляло розвиток танцювально-терапевтичної методики. Помітивши позитивні зміни в стані пацієнтів, лікарі стали більш уважно відноситися до роботи перших практиків танцю вільної терапії. Поступово розроблювальний ними напрямок набирав статус лікувальної терапії, а вони ставали ведучими фахівцями і вчителями для своїх послідовників. Але незважаючи на те що Чейз, Еспенак, Шуп і Уайтхауз мали багато спільного, їхні теоретичні уявлення дуже розрізнялись і крім того, їхня практична робота знаходилася під

впливом особливостей їхніх особистостей, разом вони сформували школу сучасної танцювальної терапії.

Меріан Чейз (1886–1970). М. Чейз починала свою кар'єру танцівниці у відомій трупі Dennis-Shawn балет. Потім вона заснувала свою власну танцювальну школу. Але виступаючи в ролі танцювального педагога, вона незабаром зрозуміла, що її учні хотіли отримати від танцю щось більше, ніж тільки правильну техніку рухів. Щорічно вона спостерігала, як сильно втомлюються її учні, заняття яких були представлені одними лише фізичними тренуваннями. Вони ж, навпроти, хотіли якнайбільше отримати від танцю як способу самовираження. І саме це навело її на думку, що танець може підійти для лікування хворих шизофренією. Коли в 1942 р. М. Чейз почала працювати з групою хворих у St. Elizabeth's Hospital у Вашингтоні, вона зібрала навколо себе весь персонал, лікарів і медсестер, і присвятила свою розповідь тому, як важко наблизитися до розколотих пацієнтів. Через рік вона вже представила схему лікування. Чейз була упевнена в самій собі й у своєму танці, їй вдалося вселити надію в усіх, хто бачив, як пацієнти, що працювали з нею без слів, за допомогою танцю, поступово виходили зі свого ізолюваного світу. М. Чейз завжди проводила систематичний аналіз своїх сесій. Вона виступала з лекціями, її думки, ідеї гаряче обговорювалися і розвивалися її численними асистентами, учнями. У 1975 р. її краща учениця Харрис Чеклін описала принцип методики М. Чейз. що складається з чотирьох пунктів: тілесний рух, символіка, терапевтичний контакт через рух. ритмічна групова активність.

1. Тілесні рухи віддзеркалюють те, як людина себе почуває. М. Чейз акцентувала увагу на координації рухів. У випадку коли почуття патологічні, тілесні картини розколюються. Але якщо пацієнт дозволить собі відкритися, у ньому можуть почати відбуватися зміни, про які буде свідчити тіло. Це є наслідком того, що між тілесними змінами і психічним розвитком існує тісний взаємозв'язок.

2. У танці почуття приймають символічну форму. М. Чейз вважала, що як танцівник, так і пацієнт із психічними порушеннями використовують символічні рухи для того, щоб передати свої думки і почуття. Але якщо танцівник свідомо вибирає відповідні рухи, що позначають думку, то в психіатричних пацієнтів рухи несвідомі, вони відбивають голі почуття. Рух служить опорою для слів, слідом за ними може виникнути усвідомлення і вербальне вираження того, що відбувається з пацієнтом. Символіка танцю запрошує його до спогадів, які він повертає з глибини своєї пам'яті, з минулих років.

3. *Пояснення терапевтичного контакту через рух.* М. Чейз вибудовувала терапевтичну роботу на основі рухового діалогу. Вона могла входити в шизофренічний світ пацієнта і відтворювала хворі рухи, але не зупинялася на цьому а розвивала їх, комбінуючи і змінюючи.

4. *Ритмічна групова активність.* Ритм є важливим аспектом людського життя. Кожна людина має свій особистий ритм, подих, мову, ходу. Але якщо людина має свій спеціальний ритм, то, по переконанню М. Чейз, група, що працює разом, теж повинна мати свій подих, пульс. Група може розділяти особисті почуття окремих її членів, створювати солідарність з ними.

М. Чейз глибоко розуміла ритмічні рухи і ті інтуїтивні почуття кожного пацієнта, у яких він бідує. Вона знаходила контакт зі страхами і тривогами пацієнтів. Вона ламала бар'єри ізоляції й апатії і знаходила можливості для того, щоб відкрити людей із психічними порушеннями для діалогу.

Ліліан Еспенак (1916–1988). Норвежка Еспенак протягом багатьох літ вчилася танцеві у Вігман в Дрездене. По закінченні вона була запрошена в її труп, з якою згодом гастролювала по всій Європі. Декілька років роботи асистентом Вігман у 1930-х роках вона відкрила свою танцювальну студію в Берліні. Паралельно з цим вона працювала в гімнастичній школі, присвячувала час вивченню фізіології. Еспенак була різнобічно розвиненою, мала багату бібліотеку, у тому числі книги про тіньові сторони нацизму. Остання обставина послужила її обвинуваченню в шпигунстві, через що вона була змушена емігрувати в США. У Нью-Йорку Еспенак відкрила власну танцювальну школу, де викладала техніку танцю Вігман. У цей же час вона вивчала багато інших танцювальних технік, у тому числі на перших курсах танцювальної терапії, організованих Чейз. Згодом цей досвід ліг в основу її власної танцювально-терапевтичної техніки, що об'єднала кілька близьких дисциплін, у тому числі ритмічну систему Жак-Далкроза, гімнастику з кулями Медон, техніки м'язового розслаблення Александра і методуку Якобсона, а також йогу, щоб допомагати людям розвивати і відкривати в собі внутрішню волю. Еспенак вважала, що танцювальний терапевт повинен постійно знаходитися в розвитку й удосконалювати свої методи роботи. Вона сама невпинно знайомилася з багатьма стилями роботи з тілом, і потім інтегрувала у свою роботу.

Еспенак назвала свою методику «психомоторна терапія», її методика являла собою комбінацію з психологічної теорії Адлера і різних

тілесних технік, зокрема, запропонованих О. Лоуэном. Але незмінною основою в її роботі залишався танець. Протягом трьох років М. Еспенак вчилася в Alfred Adler Institute, що спонукало її дивитися на рухи в психологічній перспективі, у тому числі і як на діагностичний і терапевтичний інструмент для розкриття почуттів. Як відзначала М. Еспенак, рух без почуттєвого вираження – усього лише фізична вправа. Разом з тим через тренування моторики стимулюється і здійснюється психологічний розвиток, що відбивається на стані тіла і душі. Вона була переконана, що танцювальна терапія повинна поєднувати *інтелект, почуття і тіло*.

М. Еспенак проповідувала відкритий танець. У своїй роботі з наркотично залежними вона почала застосовувати ритуальні шаманські танці, що приводили до трансу й екстазу. Вона вважала, що трансівний стан може допомогти таким хворим вийти зі своєї залежності. М. Еспенак не використовувала у своїй роботі слово «пацієнт», вона говорила «учень», оскільки вважала, що в цьому житті кожному необхідно вчитися жити і розвиватися.

Вона створила руховий діагностичний тест. Movement Diagnosis Test Espenak, саме під такою назвою він відомий, використовується для діагностики на початку танцювальної терапії і по її закінченню, дозволяючи тим самим бачити динаміку, ефект розвитку. Тест складається із семи частин, кожна з яких поділяється на декілька елементів і має семиградусну шкалу оцінки. Отримані дані сумуються, і на їхній основі малюється профіль. Профілі є основою лікувального процесу і складаються на кожного пацієнта. Використовувані для діагностики субтести дозволяють оцінювати як моторику, так і розвиток почуттів.

Незважаючи на велику практичну значимість, довгий час тести М. Еспенак не були стандартизовані. Можливо, причина криється в тому, що М. Еспенак відразу ж у своєї роботі фокусувалась на клієнті, тому що вважала, що людина насамперед, унікальна сама по собі, що вона особистість, у хворобі або поза нею, і це не сприяло одержанню середніх і об'єктивних даних.

М. Еспенак докладно описувала групову танцювально-терапевтичну роботу. Вона вважала, що групова терапія розвиває вміння відчувати самого себе. Група персоналізує людину і вчить адекватно реагувати на інших. Група розвиває соціальні почуття. У груповій терапії пацієнт може почувати себе менш уособлено, чим в індивідуальній. Група – це те місце, де можна отримати шанс витягти назовні свої почуття. Група розвиває можливість «дати» і «узяти» у

відносинах між її членами, усвідомити такі почуття як страх, злість і відповідно, вийти з ізоляції. Головною метою групової терапії М. Еспенак бачила в допомозі індивідові справитися самому із собою в повсякденному житті, у родині, у школі, на роботі або у вільний час.

М. Еспенак спеціалізувалася на роботі з людьми з проблемами в розвитку, як з дорослими, так і з дітьми. Вона входила з ними в контакт на рівні фізичного тіла і розцінювала це як найбільш ефективний і швидкий спосіб у роботі танцювального терапевта. Діти з проблемами в розвитку можуть мати недорозвинене тіло, вони несвідомі стосовно свого тіла і часто незграбні. Мова їхніх рухів механічна і незв'язна. Завдання ж танцювального терапевта – зробити рухи повними життя. Це означає, що треба стимулювати думку і пам'ять, тому що тіло це відразу відіб'є.

Методика М. Еспенак, робота з людьми з проблемами в розвитку відома в усім світі. Вона не тільки сама працювала в Індії, Індонезії і Японії з такими хворими дітьми, але й учила педагогів і персонал лікарень у різних інститутах.

Марі Уайтхауз (1911–1979). М. Уайтхауз, як і М. Еспенак, вчилася у відомій балетній школі у Вігман в Дрездене. Потім вона освоювала техніку Грехем. Багато років М. Уайтхауз була професійною танцівницею в стилі free dance – вільний танець – і займалася педагогічною діяльністю. Перший контакт із танцювальною терапією відбувся в неї тоді, коли вона прочитала статтю про роботу за допомогою танцю М. Чейз із хворими на шизофренію пацієнтами St. Elisabeth Hospital у Вашингтоні. Але тільки лише після того, як вона познайомилася з юнгівським глибоким аналізом, вона остаточно усвідомила і переконалася, що танець і рухи повертають індивіда до розуміння самого себе. Спеціальна лінія в танцювальній терапії, що створила М. Уайтхауз, отримала назву «рух з глибини» («movement-in-depth»).

У багатьох статтях, журналах і антологіях вона описувала свою методику. У журналі «American Journal of Dance Therapy» у 1977 р. вона опублікувала статтю про велике значення переносу, приєднання в танцювальній терапії. У своїх міркуваннях вона базувалася на юнгівських уявленнях про перенос. К. Юнг не був згідний із З. Фрейдом у тім, що перенос містить еротичний і інфантильний матеріал. Він вважав, що перенос може означати що завгодно в нашому світі. Можна отримати перенос у лікаря, вчителя, друга або знайомого, і він може варіюватися. Перенос має спеціальну інтенсивну проекцію. Почуття не такі вільні, як ідеї і думки, і тому ідентифікація з фізичним станом

відбувається глибше в тілі. Тому проекція почуттів – це ланцюг до динамічних відносин між суб'єктом і об'єктом, і цей ланцюг є перенесення-приєднання, що може бути позитивним і негативним. Аналітики працюють безпосередньо над активацією несвідомого. М. Уайтхауз констатувала, що вона в танцювальній терапії також активує несвідоме, оскільки працює з тілом.

М. Уайтхауз розвивала також і поняття контрпереноса, задаючи питання про те, яка її власна роль і роль будь-якого терапевта, у відносинах із клієнтом. На її думку, терапевт повинен берегти себе сам для себе. Яка форма переносу відбувається в танцювальній терапії? На це питання немає однозначної відповіді. Вони різні в індивідуальній роботі або у роботі в групі. У групі танцювальний терапевт може і не усвідомлювати матеріал проекції на себе когось із членів групи, ніякого власного переносу в групі не виникає. У групі члени стають дійсно більш відкритими, вони спілкуються між собою в танці. Але в індивідуальній терапії процес відбувається прямо від пацієнта на терапевта.

У танцювальній терапії в той же час перенос дуже складний, тому що усе відбувається між людьми, що контактують не тільки внутрішньо, але і фізично. Коли рухаєшся і торкаєшся до якої-небудь людини, то в цей же час спілкуєшся з його внутрішнім «Я». Фізичне торкання може розкрити особистість людини, усе її тіло, і в той же час активувати частини тіла для руху енергії. Ці дотики можуть бути дуже продуктивними для самого переносу, тому що дають несвідому відповідь на те, що відчуваєш на свідомому рівні. Танцювальний терапевт відчуває, що дотик відкриває пацієнта одночасно з різних сторін. (Whitehotise, 1977).

Для М. Уайтхауз головним завжди було вибудувати і підняти на поверхню особистісне розуміння себе самого як індивіда. Вона, як правило, починала зі структурованих вправ, після чого переходила до розслаблення і виконання вправ на килимію. Потім пацієнти легше показували дорогу для їхньої терапії – появлялась та ниточка, по якій вибудовувалася подальша робота.

М. Уайтхауз комбінувала м'язові і художні сторони танцю і, використовуючи їх, могла одночасно показати внутрішній і зовнішній світ пацієнта. Теоретична модель танцювальної терапії повинна охоплювати всю людину. Модель М. Уайтхауз базується на взятих з аналізу К. Юнга п'ятьох пунктах.

Глибинний аналіз означає, що пацієнт і терапевт разом підійшли до несвідомого пацієнта. Наприклад, у роботі зі сновидіннями. Техніки роботи з вільними асоціаціями розвивають фантазію.

Розкриття індивідуальності, унікальний, свідомий розвиток ресурсів впевненості в людині. Особистий розвиток дає можливість переробити свідомий і несвідомий початок. Теоретична модель несе раціональний і абстрактний початок і має потребу в розкритті ірраціональних і інстинктивних намірів. Люди не можуть зовсім знаходитися в собі у своїх мотивах поводження і відгороджуватися від інших, вважає М. Уайтхауз. Кожна людина дає імпульс для віддзеркалювання себе в інших. Терапія полягає в тому, щоб вчитися відчувати себе самого і бачити всіх навколо і світ у тому числі.

Полярність. Життя завжди буває «або – або» і індивід живе завжди «або – або», і він знає, що зараз добре, але може бути і погано, що усе може змінитися в кращу сторону. Чорне і біле, день і ніч, чоловіче! жіноче – це протилежності, що змінюють один одного. Те ж саме відбувається й у танці.

Автентичний рух – це простий рух, не змінюване, як би його не обмежували. Це рух, що є спеціальною ознакою індивіда. Ці невидимі рухи, до яких індивід має вільний доступ, можуть привести до самовираження. М. Уайтхауз хотіла за допомогою танцювальної терапії допомогти людям відкрити усю свою індивідуальність і використовувати свої зовнішні і внутрішні ресурси. Вона вважала, що в тілі є такі частини, про які можна забути, і саме їх треба використовувати і розвивати. Ці невидимі частини тіла потрібно за допомогою автентичних рухів перевести на свідомий рівень.

Активна уява (Active Imagination) – це процес, у якому несвідоме має можливість розуміти те, що людина бажає. Несвідома мова показує візуальні або вербальні картини, такі як поезія, скульптура, танець, які можна відразу використовувати в терапії. Картини і їхнє внутрішнє розуміння можуть швидко знайти своє пояснення. Момент внутрішнього осяяння, концентрація на активній уяві можуть дати натуральний ефект навіть у звичайному житті. Через уяву можна перетворити енергію для наступного кроку, М. Уайтхауз задіяла активну фантазію і за допомогою руху ангажувала індивіда для роботи зі своїми власними картинками і фантазіями, наприклад, пропонуючи станцювати свої сни.

М. Уайтхауз припускала, що легше протистояти собі самому через упевнено написані слова і свої власні картини, котрі народжуються в

процесі малювання або розкриваються в русі. Але побачити, що з тобою відбувається, виявляється легше всього через танець і спонтанні рухи, тому що вони менш усвідомленні, чим живопис і уплетені в розповідь слова. Тіло рухається постійно і не має потреби ні в інструменті, ні в часі або місці. Потрібно тільки вміти його слухати. Імпровізаційні рухи задіюють активну уяву, вони розвивають і відкривають несвідоме в людині

М. Уайтхауз працювала як із групами, так і індивідуально. У групи вона включала і чоловіків, і жінок. Вона мала приватну практику де лікувала «нормальних дорослих невротиків». М. Уайтхауз вважала, що танцювально-терапевтична робота з клієнтом повинна стимулювати до самовираження. Коли танцювальний терапевт починає роботу з клієнтом, його особисте повинне бути анонімним, щоб не заважати спостерігати клієнта. Танцювальний терапевт повинен через спостереження за рухами клієнта зуміти зрозуміти, як він себе почуває. Тому легше починати роботу з вправ, простих і доступних для клієнта. Неприпустимий тиск на клієнта, терапевт повинен уміти чекати, чекати стільки, скільки потрібно для того щоб клієнт розкрився, щоб він насмілився піти за своєю інтуїцією. Інтуїція, що може здаватися ірраціональною і не логічною та підказує, *що* потрібно зробити і – що не менш важливо *коли* це можна зробити. Якщо діяти проти своєї інтуїції з'являється ризик зробити помилку. Але чим більше людина йде з інтуїцією, тим сильнішою вона стає.

На початку сесії танцювальної терапії краще спостерігати за рухами клієнта, ніж робити їх самому. Це дає клієнтові можливість утвердитися у своїх очах. Уся терапевтична робота повинна зводитися до процесу розкриття і розвитку його почуттів, його власного «Я». Танцювальний терапевт не може засуджувати дії клієнта, а також показувати, що він знає або розуміє про поведінку клієнта більше його самого. Його ціль – передчувати, що відбувається на поверхні, і зробити так, щоб клієнт сам зрозумів і усвідомив усе, і сам одержав відповідь. У танцювальній терапії обоє – і клієнт, і танцювальний терапевт – можуть зовсім свідомо і спокійно обговорювати свої почуття.

Труді Шуп (1903–1993). Т. Шуп відома своїм талантом відчувати світ шизофренії. Вона відчувала споріднення з пацієнтами, що мають психічні розлади. Як художник вона могла піти за їхніми фантазіями і перевести їх у дійсність, розділяючи при цьому те, де їхня фантазія, а де дійсність, і завжди відчуваючи баланс між ними.

У підлітковому віці Т. Шуп мала деякі риси шизофренії. У той час її почуття бурхливо розвивалися, і вона відчувала себе розколотою навпіл. Власний досвід розбудив у Т. Шуп бажання допомогти хворим шизофренією зібрати своє розколоте «Я» і ризикнути, насмілитися зустрітися з дійсністю. Вона була переконана, що для того щоб знайти в собі сили для зустрічі з реальною дійсністю, не обов'язково позбавлятися своїх фантазій. У своїй роботі Шуп входила у світ шизофренії, щоб потім обережно заманити пацієнта побачити зовнішній світ, у якому теж можна жити. Танцювальний терапевт і клієнт разом по-новому оцінюють і зм'якшують проблеми дійсності і гіпертрофовану уяву пацієнта.

Т. Шуп виросла в артистичній родині в Цюріху, у Швейцарії. Усі діти в її родині були художньо освічені, їхній будинок завжди був відкритий для гостей самих різних художніх професій. Вона вибрала для себе танцювальну кар'єру, що почалася в Еллен Теллі (Ellen Telli), яка була однією з учениць І. Дункан. Після цього якийсь час вона навчалася у Вигман, але без ентузіазму. Але поруч з нею знаходився Лабан, який підбадьорював її розвивати своє танцювальне утворення, бажаючи навчити її танцеві, щоб вона стала новою Вигман. Але сама Т. Шуп у той час не мала ніякого бажання бути новою Вигман. Вона розвивала власний танцювальний стиль, її спеціальністю була політична танцювальна пантоміма. Вона збрала свою трупу і багато років гастролювала з нею по всій Європі.

Т. Шуп почала свою роботу з хворими шизофренією в Camatillo State Hospital у Каліфорнії в 1948 р. і працювала там протягом дванадцяти років. Згодом вона описала свою роботу в книзі «Приєднуйтеся до нашого танцю», що стала класикою.

Т. Шуп запропонувала багато практичних рекомендацій для танцювальних терапевтів. Вона вказувала на необхідність бути терпеливим, тому що танцювальна терапія може бути довгим процесом. На цьому шляху можуть зустрітися багато труднощів, тому терапевт повинен постійно готуватися і розвивати свою методикі але не вибудовувати при цьому точних і твердих планів роботи. Танцювального терапевта весь час повинні направляти спонтанні відчуття пацієнта, що він розкриває у своєму тілі.

Починається робота з відтворення пацієнтом ранніх базових рухів, пропонуючи йому плазувати, кружлятися, іти, далі можна переходити до більш складних вправ. Наступним кроком повинні бути рухи, що допомагають пацієнтові відкрити свою креативність у почуттях.

Т. Шуп застерігала від використання художньої мови, тому що пацієнт може мати інші асоціації, відмінні від тих, котрі пропонує терапевт.

Т. Шуп розвивала свою власну життєву філософію, яка мала відбиток на її терапевтичній роботі. Вона вважала, що протягом життєвого розвитку постійно перетинаються дві лінії. Перша представлена зовнішнім досвідом, що космічно трансцендентальний і універсальний, і життєвою енергією, що видозмінюється протягом життя, але яка є в усіх. Друга лінія це людське існування тут, на землі, де кожен індивід народжується в суспільстві, у конкретних батьків, належить окремій расі, культурі і суспільству. Відповідно, Т. Шуп вважала, що кожна людина унікальна у своєму роді, але вона є дитям космосу – зовнішнього досвіду – і не повинна забувати цього. Танець допомагає повернути йому пам'ять про цьому і зробити обидві ці лінії усвідомленими.

Протягом усього життя людина танцює у своєму власному ритмі часу і споживає свою кращу енергію. Т. Шуп вважала, що танцівник має можливість відразу ж включати дві лінії – фізичну і почуттєву. Ціль її танцювальної терапії полягає в тому, щоб з'єднати розколоти картини тіла хворих шизофренією в одне ціле, щоб це ціле тіло нормально функціонувало, постійно балансує між розслабленням і напругою.

Залишатися цілісною людиною дуже важко, тому що суспільство часто змушує ховати свої почуття і думки. Але незважаючи на це важливо відчувати обидві свої сторони – темну і світлу. Кожна людина складається з протилежностей. Ці протилежності є картини правди буття людини. Але є люди, вважає Т. Шуп, що відчують тільки одну з двох сторін. Тоді як по своїй природі люди є унікальними істотами, що постійно переходять з одного стану в інший у своєму особистому світі. Найбільш сильно це відчують хворі шизофренією. Задача терапії Т. Шуп у тім, щоб допомогти їм відкрити ці свої таємні переходи, не боятися їх, навчитися жити з ними в цьому світі. Але колись їм необхідно випробувати себе в сукупності і відчути себе в дійсності.

У своїй танцювальній терапії Т. Шуп використовувала спеціальний спосіб аналізу тіла разом з пацієнтом. Вона вивчала подих, тілесну поведінку, тілесні напруги, ритм і характер використання кімнати.

Подих може з напругою проходити через усе тіло, але через спостереження за своїм подихом можна повніше відчувати себе.

Центр тіла дуже індивідуальне місце для людини. Він відкриває фізичні і чуттєві можливості і тим самим може служити компасом для

орієнтації. Центр тіла говорить про відношення індивіда до себе і до світу. Пряма або крива спина пацієнта? Стоїть він на двох ногах або балансує на одній? Чи відчуває своє тіло як ціле або тільки його окремі частини? Які частини тіла він наслідливо показати?

Тілесна напруга специфічна для кожної людини. Перевищення даної напруги спричиняє розрив всієї тілесної енергії. Який градус напруги зручніше для пацієнта? Збільшення напруги в тілі йде паралельно з інтенсифікацією почуттів і, навпаки, зменшення почуттів діє на тілесні напруги.

Ритм універсальний для кожної людини й у той же час дуже індивідуальний. Людина має свій ритмічний пульс. Т. Шуп допомагала пацієнтові запустити свій ритм і чути цей ритм у собі. Та людина, що вчиться слухати й акцентувати власний ритм, стає незалежною, вона починає розуміти свої потреби і вже може сказати «Я не хочу» так само, як «Я хочу».

Використання простору кімнати подає інформацію про те, як людина себе відчуває. Де в кімнаті вона знаходиться? Займає усю кімнату, або тільки йде по краю, або знаходиться в куті? Зважене його рішення про те, у якому напрямку він буде рухатися? Навіть ця інформація може дати підказку про те, як тіло переборює пряму конфронтацію з іншими тілами, про те, як людина функціонує у дійсності.

Т. Шуп віддавала перевагу роботі з психічними станами. Вона вважала, що з'ясувати, де є психоз, досить складно. Часто фахівці не йдуть далі простого опису симптому. Якби здорова людина могла жити усередині себе і розуміти, як це бути в психічному стані, тоді вона могла би спробувати згадати цей стан у снах або фантазіях. Фантазії – це позитивні сили життя. За допомогою фантазії можна зрозуміти світ шизофренії. Т. Шуп супроводжує своїх пацієнтів усередину їх психотичного світу і будує міст для переходу до практичної дійсності, показуючи їм, що вони можуть дуже добре жити й у цій дійсності. Успіхом терапії Т. Шуп вважала усвідомлення пацієнта, що він може фантазувати й у той же час міцно стояти на ногах дійсності.

Т. Шуп структурувала танцювальну терапію для хворих шизофренією. На кожній сесії стоїть спеціальне завдання, що є платформою для досягнення мети сесії. Всі пацієнти разом вирішують, які частини тіла будуть задіяні або не будуть використані, а потім здійснюють використання цих частин разом. Задачі можуть бути різні:

- відновити гармонію між душею і тілом;

- стимулювати пацієнта бачити поділ між фантазією і дійсністю; підняти наверх особисті почуттєві конфлікти і додати їм фізичну форму, щоб переробити їх конструктивним способом;

- задіяти різні форми рухів, щоб індивідуальний талант пристосувався до навколишнього середовища. Це дає їм розуміння себе самого як єдиної людини.

Шуп завжди відзначала інтегрованість пацієнта. Але в той же час терапевт повинен вдумливо вести діалог, щоб ні в якому разі не придушувати пацієнта. Мається на увазі, що терапевт повинен відзначати для себе всі страхи пацієнта і його підсвідоме поведження.

Вона переживала зі своїми пацієнтами їхнє занепокоєння. Вони разом ангажували таке поняття, як «просто жити» і в танці знаходили радість від існування.

Отже, способи роботи піонерів танцювальної терапії залежали від того, з якою групою пацієнтів вони працювали. М. Чейз і Т. Шуп, що працювали з пацієнтами з ранніми порушеннями, розвивали свою роботу в ситуації «тут і зараз» і зосереджувались на тому, щоб зробити почуття усвідомленими. М. Чейз приймала на себе роль ведучої в терапії і сама разом з пацієнтами створювала рухи. І в неї, і в Т. Шуп на першому місці стояли рухи, їхній діалог у терапії – руховий діалог. М. Уайтхауз, навпроти, працювала зі здоровими групами «нормальних дорослих невротиків», і її терапія могла бути більш інтенсивною і глибокою. Вона працювала не тільки із ситуацією «тут і зараз», але і з більш глибоким матеріалом минулого. М. Уайтхауз не мала ведучої ролі, велику частину сесії вона спостерігала вільні імпровізації своїх клієнтів. М. Еспенак же вільно рухалася між ведучою і спостерігачем.

3. Методика, техніка і зміст танцювальної терапії сьогодні

Танцювальна терапія не має однакових форм лікування. Будь-яка психотерапевтична методика може бути використана в роботі з групою пацієнтів, які в даний момент знаходяться на лікуванні. Методики і техніки, що застосовуються в роботі, як правило, запозичаються танцювальним терапевтом з різних напрямків. Однак загальним, тим, що поєднує всіх танцювальних терапевтів, незалежно від теоретичних напрямків, є те, що вони працюють за допомогою креативності корпусу тіла і його рухів з почуттями, яким складно вербалізуватися.

Усі танцювальні терапевти, як практичні, так і ті, що займаються дослідженнями в області танцювальної терапії, звернули увагу на те, що зміни на фізичному руховому плані показують на зміни психіч-

ному плані. І від того, що танцювальна терапія працює одночасно на двох шарах, ефект досягається швидше, тим самим демонструється її сильний лікувальний потенціал.

Танцювально-терапевтична методика складається з фази клінічної підготовки і діагностики, також лікувальної й інтерпретаційної фази. *Перша фаза* складається зі спостереження за тілом і рухами пацієнта. Це вихідний пункт, що визначає, як буде проходити лікування. На цьому етапі необхідно як можна більш об'єктивно оцінити й описати використовувані пацієнтом рухи. Танцювальний терапевт повинен вміти скласти схему спостереження. *Друга фаза* містить у собі систему аналізу рухів Лабана Effort / Shape (система форм зусиль) або її модифікації, призначені для того, щоб описувати й оцінювати, як рухи виявляються на зовні. За допомогою цього аналізу може бути отримана інформація про те, яка енергія, якість і динаміка, вкладені в рухах, і яким чином вони міняються в процесі танцювальної терапії.

Користь цього динамічного, рухового аспекту в танцювальній терапії може бути в тому, що можна аналізувати рухи пацієнта з різних точок зору і під час цього процесу зауважувати зміни. Однак ця система багато в чому чисто описова і тому, для того щоб уникнути суб'єктивізму в оцінці динаміки, необхідно залучати незалежних експертів – тілесних аналітиків. В даний час танцювальна терапія і її елементи використовуються психологами в рамках танцювально-експресивного тренінгу, у той час коли це перш за все *терапія – лікування танцем*. Для професійного танцювального терапевта не складає великої праці такий тренінг, а в роботі з хворими варто спеціально серйозно навчатися протягом декількох років. І лише потім, проробивши кілька років у лікарнях, одержавши практичний досвід, можна працювати танцювальним терапевтом у режимі профілактики зі здоровими людьми. Для цього потрібно опанувати танцювальну кінестетику, психофізіологією, анатомією, історик-побутовими, народними, класичними і сучасними танцями. У іншому випадку, техніка глибокого «віддзеркалювання» буде просто недоступна повному обсязі. Необхідно опанувати різні види гімнастики: від східної ци-гун до коригуючої відновлювальної, а також біоенергетичною гімнастикою В. Райха-Лоуэна, технікою релаксації. Не менш важливо вивчати психологію і психотерапію, історію балету, музики і живопису.

Існують різні прийоми структурування танцювальної терапевтичної сесії. Деякі із сучасних танцювальних терапевтів застосовують структуру М. Чейз: *розігрівання, тема, висновок*. Але більшість використо-

вує систему американського танцювального терапевта Марсії Левенталь. Вона містить:

- 1) фізичний і психічний розігрів, що розслаблює фізичне і психічне напруження для того, щоб пацієнт зміг розкритися;
- 2) схему, котра пропонується терапевтом або самим пацієнтом;
- 3) зосередження навколо головного – робота з установками;
- 4) закінчення – спільний танець.

Найбільш часто уживані техніки такі: 1) подих; 2) тілесне інтегрування; 3) тілесний якір (grounding); 4) тілесна і почуттєва інтонація; 5) віддзеркалювання, відображення; 6) робота з тілесними картинами і вивчення функціональної тілесної мови.

Тілесний зміст і візерунок рухів відбивають те, як людина себе відчуває. Вивчення подиху – такий же спосіб визначити особистісний чуттєвий статус. *Подих* – це постійний життєвий ритм, що зміцнює вербальну і невербальну активність. Подих – по суті, теж є рухом, і він може бути ефективним. Подих – зв'язок між тілом і психікою. Він складається з двох фаз: видиху і вдиху. У пацієнтів, що прийшли на танцювальну терапію, часто обидві ці фази виявляються порушеними. Вдих може бути поверхневим, а видих – скороченим. Щоб бути спокійним й упевненим, пацієнтові, насамперед, необхідно навчитися дихати менш напружено, використовуючи свої легені в повному обсязі. Часто люди, що випробують сильні переживання, затримують подих, щоб уникнути хворобливих почуттів, і це допомагає їм утратити чутливість у відношенні них. Заблокований вдих гальмує енергію в тілі, перешкоджаючи її вільному рухові. Тому, щоб повернути клієнта до його почуттів, для танцювального терапевта важливо активно працювати з подихом.

Американський психоаналітик і танцювальний терапевт Зігель разом зі своїм танцювально-терапевтичним колегою Бетт Блау розробили спеціальну *дихальну техніку «спільний подих»*, що демонструє зниження страху. Техніка подиху виконується пацієнтом і танцювальним терапевтом. Вони сідають на підлозі в позі індіанця навпроти один одного. Танцювальний терапевт кладе свою руку на груди пацієнта, рука пацієнта – на грудях терапевта, так вони можуть почувати ритм подиху один одного. Спочатку танцювальний терапевт відбиває заблокований подих пацієнта, щоб потім повільно перевести його подих на інший ритм. Його завдання полягає в тому, щоб пацієнт ввійшов у правильний ритм, спокійний і розслаблюючий. Цей метод перевірявся в різних клінічних групах. Зневірені і нещасливі пацієнти

заспокоюються і фокусуються на своєму подиху. Пасивна, що втратила бажання жити людина може під час цього навчання збільшити свою тілесну енергію і знову звернутися до життя.

Більшість пацієнтів з ранніми порушеннями не мають або мають, але поганий *тілесний якір*. Прийнято говорити, що вони не твердо стоять на землі. Вони начебто позбавлені фундаменту, не стоять на всій стопі, а качаються на пальцях, що відбиває їхню внутрішню невпевненість. Танцювальний терапевт надихає пацієнтів бути впевненими, бути спокійними в тілі, щоб потім отримати внутрішній спокій і стабільність.

Танцювальний терапевт фокусує пацієнта своїм руховим прикладом, коли вони танцюють разом. Він відповідає на руховий репертуар пацієнта. Усі його рухи відбивають інтрапсихічну динаміку індивіда і можливість його соціального вираження. *Тілесні і почуттєві інтонації* показують, наскільки танцювальному терапевтові вдалося організувати контакт із пацієнтом.

Коли пацієнтові складно досягти успіху, тоді танцювальний терапевт імітує його рухи. *Відображення* рухів дозволяє танцювальному терапевтові показати, що він може говорити на мові пацієнта.

Танцювальний терапевт допомагає пацієнтові, у якого руховий репертуар обмежений, розвивати його і навчити використовувати альтернативу для опису почуттів. *Тілесна картина* прямо включається в образ «Я». Вона являє собою суб'єктивне розуміння індивідом власного тіла і, крім того, містить у собі його різні реакції на це тіло. Порушена тілесна картина, показує порушене розуміння «Я». Тому робота з тілесною картиною є вищою задачею танцювальної терапії. Американський психоаналітик Пауль Шильдер (Schilder, 1950) велику увагу в роботі танцювальним терапевтом присвячував саме вивченню тілесних картин. Він вважав, що тілесна картина постійно змінюється і що між рухом, станом і почуттям існує тісний зв'язок. Ґрунтуючись на цьому переконанні, він рекомендував танець і танцювальну терапію для зміни картини тіла за допомогою рухів, щоб оживити застигле тіло і з'єднати його фрагментарні картини.

4. Способи роботи. Вибір стилю і рухів. Роль музики.

У танцювальній терапії, так само як і в інших видах арт-терапії, терапевтичний процес між танцювальним терапевтом і пацієнтом відбувається дуже інтенсивно і швидко. У процесі танцювальної терапії розкриття індивідуальності, як пацієнта, так і терапевта, відбувається

дуже легко. Те ж саме відбувається і з учасниками групи. Комунікації відбуваються вертикально і невербально. Танцювальний терапевт зустрічає пацієнта на тій стадії розвитку почуттів, на якій він функціонує. І далі він піднімає і будує заново фізичні і психічні відносини. Спілкування між пацієнтом і танцювальним терапевтом розвивається увесь час, поки вони разом рухаються і поділяють переживання і почуття.

Танцювальний терапевт може в більшому або меншому ступені керувати терапією. Пацієнт, що переживає страх або труднощі з концентрацією уваги і самоконтролем вимагає більш пильної уваги й індивідуальної роботи, незважаючи на те, що він займається в групі. І тоді танцювальний терапевт може показати пацієнтові кроки, що дозволять йому уникнути страху ц справитися з ним.

Рамки і межі, що мають значення в психотерапії, важливі і в танцювальній терапії. Танцювальний терапевт є активним слухачем і учасником зцілювальної гри. Він танцює з пацієнтом тим самим або з боку спостерігає за його рухами і танцем. Танцювальний терапевт розвиває внутрішнє «Я» і його розуміння. У роботі з дітьми танцювальний терапевт допомагає їм зрозуміти своє тіло.

Вибір стилю і рухів

Вибір визначеного танцювального стилю і танцювальних рухів залежить від багатьох причин. Насамперед, він обумовлений тими проблемами, з якими пацієнт звернувся до танцювального терапевта, а також особливостями його індивідуальності. На практиці танцювальний терапевт зустрічається з пацієнтами кожний з яких виявляється унікальний по-своєму, і тому він повинен вміти розпізнати і задіяти ту або іншу танцювальну форму і ті рухи, яких потребує даний пацієнт. Тому сучасному терапевтові необхідно пройти навчання самим танцювальним стилям.

Танець є сильним терапевтичним засобом, що сприяє розкриттю особистості. Рухом у танці можна передати радість, біль, смуток, горе, злість, агресію. І усім, а «особливо» тим, хто має проблеми в спілкуванні, хто відгороджений від світу, танець може допомогти «відкрити границі». У танцювальній терапії не рідко рекомендується застосовувати прийоми, або кроки, що важко було вивчити. Усі рухи повинні бути здійсненні для пацієнта. Проте вони не повинні перешкоджати повній волі рухів: пацієнт ні в якому випадку не повинен боятися, що він може щось зробити неправильно. Для розкриття почуттів підходять будь-як танцювальні кроки. Якщо, наприклад, тренується

соціальна адаптація, то для вирішення цієї задачі можна використувати бальні танці: вальс, фокстрот, буги-вуги. Рухи цих танців дуже підходять для пацієнтів, котрі довгий час були ізольовані від суспільства (знаходились в лікарні, у в'язниці).

Клейт Шмайс (Claite Schmais), ректор танцювально-терапевтичних програм у Hunter College (Нью-Йорк), рекомендувала використовувати спеціальні танцювальні стилі для окремої людини. Для сором'язливих підходить іспанський танець, для невпевненої в собі людини, що губиться в різних ситуаціях, підходять сильні (різкі) джазові рухи, для розвитку сексуальності – танець живота. Іноді танцювальна форма підбирається спеціально, щоб розкрити якісь конкретні почуття. При роботі з групою пацієнтів використовують ті танцювальні рухи, що підходять усім без винятку. Задачею терапії стає створити групову синхронність одночасних рухів на одному подиху з вільними асоціаціями. Це може бути, наприклад, грецький танець «зорба» (zorba) з постійно зростаючим ритмом. У цьому танці можна задіяти різні простори кімнати. М. Чейз, щоб «настроїти групу», часто використовувала віденський вальс. Після вальсу вона розповідала про себе, «відкривала» себе групі, і пацієнти відповідали їй.

Багато танцювальних терапевтів негативно відносяться до використання класичних балетних рухів у своїй роботі, вважаючи, що класичні витягнуті строгі форми, що вимагають завчання, заважають розкриттю почуттів.

Американський танцювальний терапевт Є. Зигель поєднувала у своїй спеціальній танцювальній терапевтичній техніці класичний балет із психоаналізом. Вона вважала, що техніка класичного танцю веде до гармонії тіла і душі. Пацієнт, який має розколоту картину тіла, скоріше може усвідомити границі в тілі, зрозуміти, де право, де ліво, і постійно повторювати ці вправи по декілька разів. Для пацієнтів, що мають поганий баланс ці рухи теж можуть дати гарний ефект. Глибоко регресуючим пацієнтам властиві великі проблеми у відчуття своїх колін, труднощі з їхніми поворотами, потягуванням. Балетні рухи сприяють повільному розтягненню м'язів. Пацієнти, що мають проблеми у творчому вираженні, добре *відгукуються* на красиві довгі лінії тіла, що формують класичні балетні рухи. Наприклад, почуття виходять з глибини підсвідомості і виявляються, коли людина дивиться в дзеркало на себе під час виконання красивого довгого arabesque, вона відчуває радість і волю польоту в ett grand jete, і тишу простору, коли робить port-de-bras.

Під час лікування можна переходити від одного танцювальне стилю до іншого, програючи різні рухи. Канадський танцювальний терапевт М. Дансон (Melanie Danson) працювала в команді з лікарями, психологами, дієтологами і масажистами з пацієнтами клініки в Торонто які знаходилися там на особливій дієті через свою повноту. Дансон розробила танцювальну і рухову програму, що складалася з трьох фаз.

Під час першої стадії потрібно додати тілу енергію тому, що якщо в організм майже не надходить харчування, то необхідно отримати більше чуттєвої стимуляції. Вона досягається в танці, рахунок чого почуття стають більш оптимістичними. М. Дансон чергувала позитивність цієї фази, що задіє руху, сміливі жести і високі стрибки. Друга фаза – це робота з депресивним станом. У животі бурчить, очі хочуть поглинати їжу. у голові всі думки про їжу. Тут потрібні кружляючі рухи, наприклад тихий вальс, що заспокоює і дає розраду. Під час цієї фази пацієнти починають розказувати про свої особисті почуття, про проблеми повноти.

На відміну від класичних танцювальних стилів вільні танцювальні імпровізації допомагають пацієнтові звернутися до своїх давно забутих рухів, що колись були присутні в мускулатурі, і навіть повернутися у власне дитинство, щоб згадати базові рухи: те, як раніш йому приходилося повзти, повертатися, крокувати; як він почував себе, коли робив перші кроки, хто стояв тоді поруч. Рухи будять пам'ять, що може допомогти вибудувати нові рухи.

Роль музики в танцювальній терапії

Терапевт по-різному використовує музику, він може навіть виключити її, залишивши тільки ритм. Тим часом музика – це головна частина в танцювальній терапії. Вона стимулює фантазії і створює настрій. Музика додає танцювальним рухам темп, силу і динаміку. Жива музика (акомпаніатор або музикальні інструменти, на яких грають пацієнти) може бути корисною і підтримати вільні імпровізації. Але на жаль важко знайти музиканта для такої тонкої роботи, і танцювальному терапевтові приходиться самому підбирати музику. Додаткова складність полягає у тому, що в роботі постійно йде «настроювання» на пацієнта, і ведення його до чуттєвого розвитку буває дуже складно, від так виникають труднощі у коректуванні підбраної для роботи музики. У терапії можуть бути використані всі типи музики класичний, народний, африканська, джаз, поп-музика, шлягери танцювальна і тощо. Часто пацієнт приносить для свого

танцю музику сам і може навіть акомпанувати собі на якому-небудь інструменті. Деякі танцювальні терапевти вважають, що музика не завжди відкриває вільну фантазію пацієнта, останній може чекати від терапевта його власних асоціацій, щоб слідувати за ними. Тільки після цього проблема пацієнта прийде до вирішення. Тому краще виходити з внутрішнього настрою і тілесного ритму пацієнта.

Всесвітньо відомий дитячий лікар, професор Джон Лінд, вважає, що людина ще до народження має свій власний ритмічний досвід і музичну пам'ять. Ритм биття материнського серця, пульсуюча кров і внутрішній дихання супроводжують людину до народження. Окремі дорослі стверджують, що пам'ятають музику, яку чули до народження, наприклад, коли їхня мама грала на інструменті або співала під час вагітності. Кожна людина має свій власний ритм, що їй підходить. Хтось любить швидкий темп, інший відчуває себе краще, якщо темп повільний. Музика може розповісти про характер людини, про її внутрішні почуття. Помилка в музиці може звести нанівець весь ефект терапевтичного процесу. Танцювальний терапевт Еспенак підбрала і проаналізувала музику, яка підходить для танцювальної терапії. На її думку, тільки чуттєва музика відкриває радість, меланхолію, страх, смуток. Однак, як вважає М. Еспенак, кожен танцювальний терапевт повинен підбирати саме той музичний супровід, який підходить для структури його сесії. М. Чейз експериментувала з різними музичними формами, щоб бачити, яка музика краще підходить до індивідуальності пацієнта, тому що найчастіше буває дуже важко протягнути «тонку ниточку» до особистого світу пацієнта. Вхід у нього з'являється з темряви, коли пацієнт прислухається до музики і починає тихо погойдуватися, щоб відчути ритм. М. Чейз вважала вальс найбільш підходящим для того, щоб вирватися назовні з внутрішньої ізоляції.

Ще важче підібрати музику, що підходила б для групи. Музика повинна бути тією основою, на котру буде реагувати кожен її учасник. Саме тому музичний терапевт М. Чейз вважала, що й у цьому випадку для групи більше підходить вальс, універсальний для роботи з пацієнтами. Найбільш ефективними в роботі, на її думку, є вальси Штрауса.

У своїй танцювально-терапевтичній роботі з хворими з важкими психічними порушеннями в Hillside Hospital у Нью-Йорку Е. Розен пробувала різні музичні стилі, оскільки вважала, що пацієнти краще відгукуються на ту музику, що їм самим близька. Це можуть бути шлягери, народна музика. Велика радість для танцювального терапевта знайти ту музику, що розбудила б почуття пацієнта! Пацієнт, що

багато років був позбавлений контактів з людьми, повинен вийти з ізоляції і відкрити свою пам'ять. Е. Розен так само вважала, що якщо музика (наприклад, африканські ритми) відкладає сильний відбиток на людину, то рухова відповідь буде більш сильною і менш стереотипною, а рухи стануть більш інстинктивними.

Часто танцювальна терапія комбінується з музикою при роботі з дітьми. Хто не хоче танцювати, тому може допомогти музика. Музика допомагає маленьким пацієнтам спочатку відкрити ті почуття, про які вони і не підозрюють, і потім переробити їх. Наприклад, коли виникають сильні імпульси злості, музика може утримати їх у межах помірності. Діти можуть перевести свою агресію в сильні удари руками і тупання ногами, а не переносити її на товаришів і терапевта.

1.5. Термінологічний словник за основними темами

До теми 1: Курс «Психологія тілесності» в професійній підготовці практичних психологів

Тіло – це фіксоване, відносно статичне, обмежене анатомією, видима фізична величина.

Схема тіла – інтегральний фізіологічний сенсомоторний еквівалент тіла у корі головного мозку.

Образ тіла – складна комплексна єдність сприйняття, установок, оцінок, уявлень, що пов'язані з тілесною зовнішністю і з функціями тіла.

Концепція тіла – формальне знання про тіло, що виражається з допомогою загальноприйнятих символів (Р. Шонц).

Інтернальне тіло – архетипова освіта, базова (несвідома) ментальна форма тілесності.

Тілесність: тлумачиться як 1) філософський концепт, що визначає чуттєвий характер людського буття як його невід'ємну онтологічну ознаку; 2) некласичне поняття, яке усуває трактування суб'єкта як трансцендентального, вводить у науковий обіг поняття сексуальності, афекту, перверсії, смерті тощо; 3) єдність психічних і тілесних проявів.

Тілесність – усвідомлене психічне утворення, об'єктами якого виступають різноманітні тілесні процеси (процеси функціонування організму, розпізнані свідомістю людини), що становлять тілесний досвід людини.

Тілесний досвід є досвідом життя цілісної особистості; згідно з біопсихосоціальним підходом особистість як носій психосоматичної

єдності переживає та осмислює тілесний досвід як життєву ситуацію та інтегрує його в суб'єктивну картину життєвого шляху.

Рефлексія – здатність свідомо сприймати самого себе.

Я-тілесне – суб'єкт, чиє тіло є вмістилищем його «Я» і опосередковує чуттєву та психомоторну взаємодію суб'єкта зі світом;

Я-фізичне – продукт самосвідомості, один із вимірів Я-концепції людини, що включає в себе когнітивну, афективну та поведінкову складові.

Ценестезія – це тілесне почуття.

ОСТП – це опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу

Внутрішнє тіло – це моє тіло як момент моєї самосвідомості – представляє собою сукупність внутрішніх органічних відчуттів, потреб і бажань, об'єднаних навколо внутрішнього центру, зовнішній ж момент фрагментарний і не досягає самостійності і повноти і, маючи завжди внутрішній еквівалент, через його посередництво належить внутрішній єдності.

Внутрішня границя – це феноменологічна психологічна репрезентація границі активності суб'єкта в фізичному світі, заснована на базі автономності керованості

Внутрішня тілесність – це форма розуму, яка нероздільно присутня у всій психосоматичній реальності кожної особистості. Це – внутрішня потаємна сторона нашої дії, нашого знання і представлення

Внутрішній центр – це наявність суті, яка і є екзистенцією суб'єкта, яку він або реалізує, або ні.

Емпірична тілесність – це підструктурі тілесності, в якій виникає формування і соціалізація тілесного досвіду, оскільки тут утворюються або спотворення, що призводять до порушення зв'язків у структурі тілесності гармонійних мотиваційних відносин, які сприяють прояву внутрішніх мотивів, що зароджуються у внутрішній тілесності. Можна сказати, що це особистісна зона суб'єкта, що включає в себе і зовнішню тілесність

БІМ – це теорія базових пренатальних матриць, яку створив С. Гроф, в яких формується перший тілесний досвід, а також переживання життя і смерті, і здатність боротися за життя і багато інших якостей, які стають вирішальними у формуванні не тільки особистісних якостей, а й подальшої долі людини. Вся ця інформація закарбовується і залишається в тілесності суб'єкта.

Аксіологія – наука про цінності, учення про природу духовних, моральних, естетичних та інших цінностей, їх зв'язок між собою, із

соціальними, культурними чинниками та особистістю людини; розділ філософії.

Соматика – термін «соматичний» звичайно посилається на тіло, відрізняючи його від розуму. Також він посилається на частину нервової системи, яка управляє рухом, відчуттями та пропріоцепцією.

Натурофілософія – філософія природи, тлумачення природи, розглянутій в її цілісності.

Сексологія – наука, що вивчає статеве життя людини як сукупність її тілесних, психічних і соціальних процесів в основі яких лежить, і за допомогою яких задовільняється, статевий потяг.

Ідентичність – це невід’ємна характеристика людини, що виявляється у визнанні своєї унікальності, з одного боку, й відчутті приналежності до певної спільноти, з іншого.

Соматичний негативізм – заперечливе ставлення до тіла; 1) негативізм – розлад вищої нервової діяльності людини, прояв деяких психічних захворювань (наприклад, шизофренії). При негативізмі відмовляються виконувати будь-які завдання (пасивний негативізм) або роблять все навпаки, ніж від них вимагають (активний негативізм).

Ідеалізм – один з основних напрямків філософії, вихідним принципом якого є твердження, що в основі речей і явищ реальності лежить не матеріальне, а ідеальне, духовна першооснова: світовий розум, ідея, відчуття тощо.

Екзистенціалізм або філософія існування – напрям у філософії ХХ століття, що позиціонує і досліджує людину як унікальну духовну істоту, що здатна до вибору власної долі. Основним проявом екзистенції є свобода, яка визначається як відповідальність за результат свого вибору.

Ідентифікація – ототожнення індивіда іншим об’єктом. У соціальній психології – процес ототожнення індивіда з тим або іншим об’єктом, людиною або групою, що відбувається на основі засвоєння властивих ним властивостей, стандартів, цінностей, соціальних установок і ролей.

Рецепція тіла (рецепція) – це сукупність всіх аферентних систем, які сприймають подразнення зовнішнього і внутрішнього середовища і проводять їх до центру.

Репрезентативна система – це система сприйняття і кодування інформації, яку люди використовують для репрезентації власного досвіду

Образ тіла:

1) актуальне суб'єктивне сприйняття тіла як зовнішності, так і здатності до функціонування;

2) інтерналізовані психологічні чинники, є результатом власного емоційного досвіду індивіда, такі ж як і спотворення концепції тіла, що проявляється у соматичних ілюзіях;

3) соціологічні чинники, пов'язані з тим, як батьки та суспільство реагують на індивіда;

4) ідеальний образ тіла, що полягає в установках по відношенню до тіла, у свою чергу пов'язаних із відчуттями сприйняттями, порівняннями та ідентифікаціями власного тіла з тілами інших людей.

Образ тіла – це складна комплексна єдність сприйняття, установок, оцінок, уявлень, пов'язаних і з тілесною зовнішністю, і з функціями тіла.

Схема тіла означає пластичну модель власного тіла, яку кожен будує, виходячи з соматичних відчуттів. Схема тіла забезпечує регулювання положення частин тіла, контроль та корекцію рухового акту залежно від зовнішніх умов.

Концепція тіла – це формальне знання про тіло, яке виражається з допомогою загальноприйнятих символів. Частини тіла мають назви, їх функції та взаємини спостерігаються і можуть бути об'єктивно досліджені.

Свідомість власного тіла – є синтезом самосприйняття і служить як механізм відділення «Я» від зовнішнього світу. Порушення цього механізму можуть призвести до особливих станів деперсоналізації з втратою почуття «Я».

До теми 2: Основні школи тілесно-орієнтованої терапії

Тілесно-орієнтована психотерапія – це група методів психотерапії, орієнтованих на вивчення тіла, усвідомлення пацієнтом тілесних відчуттів, на дослідження того, як потреби, бажання і почуття проявляються у різних тілесних станах, і на навчання реалістичним способам вирішення дисфункцій у цій сфері

М'язова броня – це м'язова напруга пов'язано з різними ситуаціями і психологічними травмами, пережитими людьми.

М'язовий блок – це комбінація затисків на м'язах, що перешкоджає протіканню вільної енергії по тілу.

М'язовий блок – це блок енергетичних потоків в організмі.

М'язові блоки (м'язовий панцир) – це тілесним еквівалентом психологічних захистів (характерологічного панцира)

М'язовий панцир – система м'язових блоків, що перешкоджають природному експресивному вираженню потреб, прагнень і почуттів людини.

Фасція – сполучнотканинний покрив м'яза, що відмежовує різні м'язи, запобігає їхньому тертю, між групами м'язів формує між м'язові перегородки.

Панцир – це тіло людини, яке містить сім блоків: 1. очний, 2. Щелепний, 3. горловий, 4. грудний, 5. діафрагмовий, 6. черевний, 7. тазовий.

«Неспокійний живіт» – це коли найменший стрес або емоція зумовлюють «порушення травлення».

Структурна інтеграція – це система, яка намагається повернути тілу правильне положення і правильні лінії через глибокі і часто болючі витягування мускульних фасції, що супроводжується прямим глибоким впливом.

Техніки Фельденкрайза – це робота з патернами м'язових рухів, допомагаючи людині знайти найбільш ефективний спосіб рухів і усунути непотрібні м'язові напруження та неефективні патерни, котрі увійшли у звичку протягом багатьох років.

Біоенергетичний аналіз (біоенергетика) – це метод тілесно-орієнтованої психотерапії, розроблений в 1940–50-х роках американським психотерапевтом Лоуеном.

Біоенергетика – це один з видів компліментарної медицини, що включає психотерапію, мануальну терапію і техніки релаксації.

Біоенергетичний аналіз Лоуена – це своєрідний спосіб подолання внутрішніх конфліктів людини з допомогою тілесної роботи, революційний метод психотерапії, «родзинкою» якого служить сплав власне психоаналітичного процесу і цілеспрямованої роботи пацієнта над своїм, фізичним тілом.

Біоенергія – це єдина енергія, укладена в людському тілі, яка проявляється і у психічних реакціях і в фізичних рухах.

Невроз – це спотворення або порушення відносин людини з реальністю. Єдиною достовірною реальністю для кожної людини є його власне тіло.

Заземлення – це здатність твердо стояти на ногах, енергетичний потенціал з ґрунтом, відчуття опори, що забезпечує хорошу стійкість і можливість рухатись.

Заземлення – це коли людина міцно стоїть на землі, що означає, що вона усвідомлює себе та навколишнє.

Бути заземленим – це бути пов'язаним з основними реаліями життя: з тілом, сексуальністю, оточуючими людьми і т. д.

Важкий низ – це блокована тазова область.

Фалічно-нарцистичний характер – прагнення бути першим, випередити батька і холодний інтелектуалістичний підхід до справи

Ступінь «мудрості» тіла – це його здатність повернутися в природній стан безпосередньо пов'язаний із залежністю людини від лікарських препаратів, спрямованих на додання тілу правильної форми – чим вища залежність людини від ліків, тим нижче «мудрість» тіла.

Дистонічна напруга – це нерівномірний розподіл напруги в тілі.

Метод Александера – це системний підхід, спрямований на більш глибоке усвідомлення самого себе, метод, який прагне повернути організму втрачену психофізичну єдність.

Гальмування – це обмеження безпосередньої реакції на подію.

«Первинний контроль» – описує взаємозв'язок голови, шиї і тіла-головний рефлекс, який контролює всі інші рефлекси, включаючи координацію та збалансоване управління тілом.

«Залишкова деформація» – це лише часткового розслаблення, а напруженість м'язів, нехай і в прихованому вигляді, залишається. Людина як би знаходиться в стані прихованої напруги, і найменше повторення подразника повертає її в стан м'язової напруги.

До тема 3 : Пластико-когнітивний підхід В. Нікітіна

Пластико-когнітивна підхід – авторська методика В. Нікітіна, спрямована на дослідження суб'єктом сенситивних та когнітивних якостей власного руху.

Театр руху – це відкритий простір для прояву та розкриття тіла, голосу та емоцій в театральній взаємодії.

Мульти – це техніка, яка виступає як діагностичний прийом, що дозволяє оцінювати рівень психомоторного і когнітивного розвитку людини.

До теми 4: Основи танцювальної психотерапії

Танець – це

- 1) комбінація визначених кроків і ритму
- 2) почуття і настроїв, виражений в естетичній формі.
- 3) дорога для розкриття почуттів, це баланс між тілом і душею.

Танцювальна терапія – це

- 1) психотерапевтичне використання руху як процесу, що сприяє індивідуальному чуттєвому самовираженню і фізичній інтеграції.

2) лікування танцем.

Принципи лікувального впливу в танцювальній терапії такі ж, як у психотерапії, зокрема це:

Універсальність – участь у танцювально-терапевтичній групі дозволяє включитися до групової взаємодії на невербальному рівні;

Акцентація (прийняття) – емоційна підтримка групи в танцювальній терапії дозволяє клієнту усвідомити особливості своєї фізичної поведінки;

Альтруїзм – клієнт, що знаходиться у танцювально-терапевтичній групі має можливість не лише отримати підтримку, а й підтримати інших, хоча у процесі життя він може цього й не робити;

Реакція на власні проблеми та комплекси за допомогою танцю створює певну основу для змін;

Саморозкриття (самоексплорація) – групова та індивідуальна танцювальна терапія стимулює відвертість, прояв прихованих бажань, емоцій, образів у танці, які дозволяють відреагувати проблеми та комплекси клієнтів на невербальному рівні, з обов'язковим, професійним вербальним підкріпленням.

Зворотний зв'язок, чи конфронтація, чи інтеракція – це набір реакцій, які дозволяють клієнту у невербальному (за допомогою кінестетичної емпатії) та вербальному закріпленні (у словесному відреагуванні) зрозуміти, як його сприймають інші люди.

Інсайт і катарсис – усвідомлення пацієнтом/клієнтом не усвідомлюваних передусім зв'язків між особливостями своєї особистості та неадаптивними способами поведінки, які у танцювальній терапії можна отримати набагато швидше, ніж у вербальній психотерапії, так як у процесі танцю психологічний захист за допомогою когнітивного реагування знімається легше;

Корективний емоційний досвід – інтенсивне переживання актуальних відносин чи ситуацій (коли минулі забуті проблеми виходять на поверхню з допомогою танцю), завдяки якому відбувається корекція неправильного узагальнення, зробленого на основі минулих важких переживань, що відбувається з допомогою танцю, як невербального способу емоційного реагування;

Перевірка нової поведінки (перевірка реальності) – навчання новим способам поведінки, відповідно до усвідомлення старих неадаптивних стереотипів поведінки. Поступово за допомогою танцювальних рухів, що проектуються танцювальним терапевтом, танцювальної імпровізації клієнта/пацієнта здійснюється перехід до придбання

нових способів взаємодії, які згодом коректують пацієнта у певних ситуаціях.

Методика Л. Еспенак «Психомоторна терапія» – це методика, яка являє собою комбінацію психологічної теорії Адлера і різних тілесних технік, зокрема запропонованих Лоуеном, але незмінною основою в її роботі залишається танець.

Movement Diagnosis Test Espenak – це руховий діагностичний тест. Використовується для діагностики на початку танцювальної терапії і по її закінченню, дозволяючи тим самим бачити динаміку, ефект розвитку.

Група – це те місце, де можна отримати шанс проявити назвні свої глибинні почуття.

Глибинний аналіз – це пацієнт і клієнт разом підійшли до несвідомого пацієнта.

Полярність – це протилежності, що змінюють один одного

Автентичний рух – це простий рух, не змінюване, як би його обмеження. Це рух, що є спеціальною ознакою індивіда.

Активна уява – це процес, у якому несвідоме має можливості розуміти те, що людина бажає.

Центр тіла – це дуже індивідуальне місце для людини. Він відкриває фізичні і чуттєві можливості і тим самим може служити компасом для орієнтації. Центр тіла говорить про відношення індивідів до себе і до світу.

Подих – це постійний життєвий ритм, що зміцнює вербальну і невербальну активність.

Подих – це зв'язок між тілом і психікою

Тілесний якір – це те, як людина твердо стоїть на землі

Тілесна картина – це суб'єктивне розуміння індивідом власного тіла і, крім того, містить у собі його різні реакції на це тіло.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКА ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ-ПСИХОЛОГА

2.1. Орієнтовні плани лабораторних занять

Лабораторна робота № 1, 2 (4 год.)

Тема: Практичні техніки роботи з тілом тілесно-орієнтованих психотерапевтів.

Мета заняття: формувати основні навички роботи з тілом в класиці тілесно-орієнтованої психотерапії.

План

1. «Характерний панцир» Вільгельма Райха.
2. Біоенергетика Олександра Лоуена
3. Терапія руху: метод Матіаса Александера.
4. Теорія концентрованого руху Ельзи Гіндлер
5. Усвідомлення через рух по методу Моше Фельденкрайза.
6. Структурна інтеграція Іди Рольф.
7. Роль тіла в онтопсихології Антоніо Менегетті.

Завдання для самостійної роботи:

Провести методики на практиці. Результати психодіагностики зафіксувати у звіті.

Лабораторна робота № 3, 4 (4 год.)

Тема: Практичні техніки роботи з тілом в сучасній пластико-когнітивній психотерапії В. Нікітіна

Мета заняття: формувати основні навички роботи з тілом за сучасними підходами тілесно-орієнтованої психотерапії.

План

1. Техніки пластико-когнітивної терапії.
2. Пластико-драматичні прийоми. Характеристика пантомімічної техніки
3. Техніки розвитку дрібної моторики.
4. Техніки розвитку пластичних функцій людини.
5. Різновиди тілесних комунікативних ігор.

Лабораторна робота № 5 (2 год.)

Тема: Практичні техніки роботи з тілом в сучасній SOLWI-терапії

Мета заняття: формувати основні навички роботи з тілом за сучасними підходами SOLWI-терапії.

План

1. Тілесні блоки. Символіка тілесності в SOLWI-терапії.
2. Основні рухи в холистичному масажі.
3. Основні принципи техніки.
4. Основна схема сеансу.
5. Самомасаж.

Лабораторна робота № 6 (2 год.)

Тема: Практичні техніки роботи з тілом в сучасній танцювальній психотерапії.

Мета заняття: формувати основні навички роботи з тілом за сучасними підходами танцювальної психотерапії.

План

1. Танцювальні рухи як основа.
2. Танцювальна гра.
3. Дослідження психомоторики.
4. Підготовчі вправи.
5. Дихальні вправи.
6. Релаксаційні вправи.
7. Оздоровчо-профілактичні вправи.
8. Структура заняття.
9. Танцювально-терапевтичне ведення пацієнта.
10. Діагностика в ході танцювальної терапії.

Лабораторна робота № 7, 8, 9 (6 год.)

Тема: Психологічні програми тілесного розвитку дітей та дорослих.

Мета заняття: ознайомитись та навчитись розробляти психокорекційні та психопрофілактичні програми тілесного розвитку дітей та дорослих.

План

1. Тренінги розвитку психомоторики.
2. Тренінги розвитку пластичності.

3. Тренінги розвитку рівноваги.
4. Тренінги розвитку координації в русі.
5. Тренінги розвитку енергопотенціалу.
6. Танцювально-експресивний тренінг.
7. Тренінг асоціативного танцю.
8. Програми коригуючої гімнастики для дітей.
9. Програми коригуючої гімнастики для дорослих.
10. Тілесно-орієнтовані програми як метод психокорекції та психо-профілактики емоційних порушень.
11. Тілесно-орієнтовані програми як метод психокорекції та психо-профілактики поведінкових порушень.
12. Тілесний розвиток методом палсінгтехнології.

2.2. Приклади звітів до окремих лабораторних робіт

Звіт до лабораторної роботи № 1

Тема: Практична робота з тестом «Автопортрет» за Бернсом і тестом «Намалюй людину» за Маховером.

Мета: Провести тести на собі, на одному клієнту і зробити їх інтерпретацію.

Хід роботи:

1. Опис методики. Методика «Автопортрет» (адаптація Р. Бернса) є однією з проєктивних методик. При правильній інтерпретації достовірність отриманих результатів вважатиметься досить високою. За допомогою «Автопортрету» можна вивчати різні компоненти в структурі особи, і, в першу чергу, він припускає вивчення особливостей самоусвідомлення, самовідносин і самооцінки. Даний тест може досліджувати і тривожність, як одну з психоемоційних особових характеристик. Перевагою цього тесту є також те, що в малюнку можуть міститися переживання дуже особистого характеру, які містять, як свідомі, так і несвідомі мотиви. За визначенням, автопортрет – це зображення людини, створеної нею самою. Для психодіагностики важливо, якою мірою автопортрет як зображення його творця вичерпує свою модель і обмежується нею, а також за якими типологічними ознаками можна його розрізнити.

Автопортрет має кілька ліній розвитку, так само як і вершин його художнього втілення. Узагальнюючи різноманітність форм автопортрета в живопису, можна виділити:

- зображення особи як центр картини; дуже часто це графічне зображення;
- зображення портрета в інтер'єрі;
- зображення одночасно кількох автопортретів, що розрізняються за віком, що характеризують різні вікові етапи життєвого шляху;
- поширений останнім часом автопортрет – метафора, який служить своєрідною ареною для всякого роду психологічних експериментів, розрахованих на найвитонченіше уяву глядача. Наприклад, зображення молодої жінки в підкреслено екстравагантному модному костюмі, що балансує на підвішеному в повітрі канаті;
- сюжетний автопортрет, виконаний в звичайній, цілком реальній ситуації, тобто в колі близьких друзів, де автор розмовляє, їсть, п'є, прогулюється і тощо;
- виняткова ситуація, але цілком реальна, при якій зображається участь в будь-якому важливу подію, що відбувається в дійсності;
- зображення вигаданої, фантастичною ситуації, в якій автор ніколи не був і все це відбувалося без нього.

2. Інтерпретація проведеного тесту. Естетичне зображення вказує на художні здібності, тому що присутня легкість виразність рис, гнучкість ліній. Малюнок знаходиться в центрі, що свідчить про гармонію існування минулого й майбутнього. Лінії м'які та плавні вказують на м'яку та поступливу людину. Наявність штрихування може свідчити про тривожність або поганий настрій. На малюнку зображені досить великі очі, що свідчить про чутливість до критики, а також прояв заклопотаності і гіперчутливості. Структурний малюнок: зображення себе «як є», тобто зображення бюсту, свідчить згідно з Юнгом – інтуїтивний інтроверт.

3. Інтерпретація проведеної методики клієнта. Великий малюнок свідчить про високу самооцінку. Велика голова вказує на незадоволеність своїм інтелектом або великі інтелектуальні претензії. Слабкі руки є ознакою фізичної чи психологічної слабкості у кишнях – ознака неприязні, замкнутості, незадоволеності своїм становищем. Схематичне зображення свідчить про людину інтелектуального складу, для якої важливо одержати найбільш загальні уявлення про явище; зокрема і деталі її цікавлять у міру потреби. Подібне зображення відповідає синтетичному когнітивному стилю з тенденцією до узагальнення. Сірі тони зображення свідчать про нудьгу і нестачу позитивних емоцій. Наявність переривчастих ліній вказують на невпевненість і нестабільність. Округлі лінії і м'які вигини говорять про м'якість і

гнучкість людини. Серце вказує на хороший настрій, добродушність, наївність та можливе перебування в романтичному стані.

4. Опис тесту «Намалюй людину». Призначений для вимірювання рівня інтелектуального розвитку дітей і підлітків. Запропонований американською дослідницею Флоренс Гудінаф (1886–1959) у 1926 р. Обстежуваному пропонують намалювати на аркуші паперу людину, причому просять зробити це якнайкраще. Час малювання не обмежується. Оцінка рівня інтелектуального розвитку здійснюється на основі того, які частини тіла і деталі одягу змальовує обстежуваний, як враховані пропорції, перспектива тощо.

5. Інтерпретація. Значення малюнка в центральній частині листа вказує на гармонію існування минулого й майбутнього людини. Невеликий малюнок свідчить про інтроверсію, замкнутість. Яскраві кольори свідчать про оптимізм. Суцільні лінії вказують на емоційну стабільність, гнучкість і впевненість. *Енергійні, упевнені штрихи* – наполегливість, безпека. Такі люди зазвичай спокійні, і впевнені, що впораються з усіма виникаючими труднощами. Руки розкинуті в боки – ознака товариськості. Прикрашання фігури додатковими аксесуарами як у даному випадку: ремінь, намисто, сумочка – означатиме підвищену увагу до власної персони, іноді демонстративність. Зображення стоп у профіль може бути ознакою стійкості, впевненості у собі. *Підкреслена шия (в тому числі намисто, ланцюги, комірки)* – потреба в інтелектуальному контролі або потреба знизити контроль.

6. Інтерпретація методика клієнта. Малюнок, який займає весь вільний простір, може говорити про невпевненість. Ця людина не може впоратися зі своєю проблемою в реальному житті, тому намагається повністю реалізувати себе на папері і захопити весь простір. Цих людей називають *екстравертами*. Всі емоції вони переносять на зображення і таким чином реалізують себе. Але тільки на папері. Округлі лінії і м'які вигини говорять про м'якість і гнучкість людини. Переривчасті лінії позначають невпевненість і нестабільність. Ретельне промальовування обличчя може свідчити про високу зацікавленість людини у самій собі. Акуратні брови, так само як і акуратна зачіска, – свідчення турботи про власну зовнішність, доглянутість, стриманості, поміркованості. Очі великі без зіниць – символ страху або тривоги. Чітко намальовані губи говорять про чуттєвість.

Звіт до лабораторної роботи № 2

Тема: Робота з проєктивними методиками «Образ себе» та «Тілесні стани»

Мета: навчитись проводити та інтерпретувати результати проєктивних методик «Образ себе» та «Тілесні стани».

Хід роботи:

1. Опис проєктивної методики «Образ себе». Аналіз досліджень тестового малюнка «образу себе» різних культуральних групах дозволив нам виділити низку найбільш важливих критеріїв для опису та створення психологічного портрета людини. Рівень стереотипізації у поданні «образу себе». Зіставлення малюнків з різних регіонів Росії вражає наявністю подібних рис у характері вимальовування, стереотипністю уявлення найбільш важливих для певного віку та статі деталей у малюнку «образу себе». Акцент у переважній більшості випадків робиться на фрагментах особи (очах), ігноруються кінцівки (пальці рук); фігури зображуються статичними, важкими в одноманітній позиції (зображені анфас), з укороченим тулубом та кінцівками; в образі або відсутні емоційні прояви та почуття, або є «посаджена» посмішка.

Характер естетичної орієнтації. Тіла відтворюють у грубій формі, без належної уваги. Для представників жіночої статі характерна фіксація уваги на обличчі (очі, губи) та одязі, для чоловіків значуще все тіло, хлопчики зорієнтовані на демонстрацію сили. Рідко можна побачити опрацьовану пластику тіла, динамічної, «літаючої» людини; переважають або «солдатики» – руки по швах, ноги разом, або «поліцейські» ноги нарізно – руки сховані.

Рівень усвідомлення тілесної конгруентності. Голова та кінцівки, як правило, не врівноважені, пропорції та розміри їх не дотримані. Увагу до пензлів ми спостерігаємо лише у художньо обдарованих респондентів із добре розвиненою дрібною моторикою. Більшість обрубані пальці чи його відсутність, обрубані стопи – маленькі ніг, пряма тверда спина.

Рівень рефлексії. Зображення, як правило, має позаособистісний характер. Реципієнти більшою мірою орієнтовані на існуючі норми уявлення, ніж на проживання та відображення свого внутрішнього світу. Особистісні мотиви пригнічуються бажанням виглядати краще в очах майбутніх глядачів. Звідси фантазії скоріше зводяться до опрацювання деталей костюма, ніж спроби зобразити особливості свого типу характеру.

Для порівняння можливих підходів в інтерпретації образів нижче описується інтегративно-оцінна система тесту «Автопортрет», розроблена О. Романової та О. Потьомкіної. При аналізі малюнків автори

методики виділяють такі ознаки у зображенні (не зовсім зрозуміло, за яким принципом), на основі яких усі можливі варіанти подання розподіляються за такими позиціями: Естетичне зображення. Виконується особами, які мають художні здібності. Легкість, гнучкість ліній, виразність рис, лаконічність образу відрізняють малюнки цих людей. Схематичне зображення. У вигляді обличчя, схеми тіла, бюста, намальованих у профіль та анфас; частіше до такого типу зображення тяжіють особи інтелектуального складу (мислителі. з І. Павлова), для яких важливо отримати найбільше уявлення про явище, а деталі цікавлять у міру потреби. Очевидно, це зображення відповідає синтетичному когнітивному стилю з тенденцією до узагальнення. Реалістичне зображення. Виконане з більш ретельними подробицями, тобто промальовування обличчя, волосся, вух, шиї, одягу. Зазвичай так малюють люди, які відрізняються великою педантичністю, схильні до деталізації, аналітичного когнітивного стилю. Метафоричне зображення. Людина зображує себе у вигляді будь-якого предмета, наприклад, чайника або тварини, рослини тощо. Таке зображення виконують особи художнього складу, які мають розвинену фантазію, уяву, творчі здібності. «Автопортрет в інтер'єрі». Зображення людини в оточенні будь-яких предметів, на тлі пейзажу, кімнати і тощо спрямованістю на зовнішнє предметне оточення – за достовірний показник «інтелектуального складу» характеру. Найчастіше буває навпаки, нездатність до спонтанного нестандартного пластичного відображення предмета сприйняття свідчить про проблеми на когнітивному рівні. Емоційний автопортрет. Людина відобразила себе в якомусь емоційному стані, що часто може бути шаржем або нагадувати його. Мабуть, до такого малюнку схильні особи, які мають вищу емоційність, рефлексують власний стан. Причому емоція, що переживається, часто може бути протилежною тій, яка зображується. Зображення пози чи руху. Людина зображує себе у момент скоєння будь-якої дії. Очевидно, такий тип зображення властивий особам із виразними рухами, захопленим спортом, танцями тощо. Зображення автопортрета зі спини. Замість обличчя малюється потилиця; зазвичай таке зображення властиве людям, які виявляють протест до інструкції або не бажають малювати обличчя та інші частини тіла. Якщо з першою позицією автор може погодитись, то все, що стосується подальшої деталізації ознак, викликає явний сумнів.

Тест «Образ себе» відображає, перш за все, рівень розвитку креативності та рефлексії і дозволяє в процесі терапії простежити

динаміку змін у свідомості особистості. Ми не вважаємо достовірним розпізнавання образів, відображених на малюнку, виключно на основі розповсюджених психоаналітичних, гештальт-або НЛП-схем, оскільки форма зображення визначається насамперед етнічними, політичними, особистісними та іншими позиціями, терапевтичних теорій, що виходять за сферу уваги. Як відомо, всі явища в природі розподіляються по кривій Гауса. Кожна властивість має тенденцію до прояву у своєму середньому значенні, тоді як екстремальні свідчення трапляються рідко. У представлених же схемах акцент робиться насамперед на прикордонних позиціях з гіперболізацією одних фактів та нівелюванням значення інших. Тому аналіз тестового малюнка не може зводитися до зіставлення його деталей зі стандартними схемами психологічних аналогій, що відображають лише приклади взаємозв'язку зовнішніх і внутрішніх проявів, що рідко зустрічаються в реальному житті. Аналіз тесту передбачає здійснення динамічного підходу, спрямованого на простеження змін в «Образі себе» у часі з урахуванням усього спектру культуральних та особистісних феноменів у психічному житті індивідуума.

2. Опис проективної методики «Тілесні стани». Тест «Тілесні стани» розкриває сенситивний світ людини при сприйнятті ним свого тіла. Перед початком малювання ми пропонуємо за допомогою досягнення стану релаксації відчутти характер тілесних відчуттів, згадати найбільш часті та типові комфортні та дискомфортні прояви в різних частинах тіла. Для поглиблення враження та більших об'єктивізації сприйняття попередньо виконується комплекс діагностичної гімнастики, розробленої нами для активізації суглобів та хребта, провідних м'язових патернів як у статиці, так і в динаміці. На останньому етапі попереднього знайомства зі своїм тілом учасники тренінгу розбиваються на групи по 4–5 осіб для проведення вправи «Глина». Один із членів мікрогрупи стає об'єктом впливу з боку своїх колег, які гладять, розминають, штовхають, витягають, катають і кидають його протягом 10–15 хв, щоб викликати незнайомі йому досі, нові відчуття і враження про своє тіло. І лише після такої ретельно та натхненно проведеної процедури реципієнти відтворюють у фарбах свої відчуття на малюнку. Цікаво, що в результаті нового тілесного досвіду інформативність зображення збільшувалася і респонденти вперше свідомо відзначали відчуття, що раніше не помічались і не диференціювались. І використовувана палітра фарб набувала більш широкого і витонченого характеру, що не зводиться тільки до використання

трьох-чотирьох основних кольорів. У міру опрацювання тіла в процесі терапії розкриваються нові і нові горизонти його сприйняття і в малюнок вносяться додаткові елементи, що відображають більш високий ступінь проникнення суб'єкта у свою тілесну самість. Одночасно розширюється і психологічний спектр переживань тіла; з пізнанням матеріальної сутності змінюється і оцінка своєї самості, свого місця у світі та свого ставлення до людини загалом. Співставляючи малюнок «Образ себе» та тест «Тілесні стани», ми виявляємо тісний взаємозв'язок між виділеними зонами «легкості», «напруги» та «болі» і характером і формами зображення психологічного образу.

Так, наприклад, спостерігається явна проекція зон «напруження» у зовнішньому вигляді намальованої людини. Респондент несвідомо схоплює та вимальовує ділянки тіла таким чином, що у стилі зображення «образу себе» та в характері промальовування окремих деталей тіла можна побачити прояви як психічних, так і соматичних дисфункцій. Звичайно, не в кожному випадку можливе пряме зіставлення. Якість діагностики залежить і від уміння респондентів малювати, і від розуміння ними поставлених завдань, і від досвіду психотерапевта спостерігати та відчувати індивідуальність. Саме тому малювальні тести ми вважаємо насамперед доповненням для цілісної оцінки функціонального стану людини в рамках діяльного підходу. Однак об'єктивна достовірна діагностика не може бути зведена лише до даного класу тестування.

Як правило, при зображенні «тілесних відчуттів» реципієнтами позначаються напруги в ділянці голови, плечей, кульшових суглобів, хребта, відзначаються болі, які мають вісцеріальний і вертеброгенний характер. Найбільш типовими є відображення хронічних захворювань серця, печінки, нирок, кишківника, горла. Персональне позначення зон напруги та болю є необхідною передумовою для проведення валідного дослідження, оскільки в середовищі психологів існує упередження про тотальний зв'язок соматичних форм захворювання з їхньою «первісною» психологічною основою. Без знання клінічної медицини ряд психологів та психотерапевтів допускають можливість повної корекції тілесних дисфункцій виключно вербальними психоаналітичними, нейролінгвістичними та гештальт-прийомами. В результаті правильно проведеного психотерапевтичного прийому можливе, як правило, короткочасне позитивне афективне відреагування у пацієнтів, схильних до сугестивного впливу. Однак ефект «плацебо» тримається надто короткий час, щоб були можливі глибинні зміни у свідомості людини.

Після такої «терапії», що афектує, хронічні захворювання, як правило, загострюються, і людина, розчарувавшись у можливостях своєї психічної самості, занурюється в глибоку депресію. Відтворення реципієнтом зон напруги та болю може виступати як достовірний зворотний зв'язок від процесу терапевтичного впливу та дозволяє психотерапевту, зіставляючи свої спостереження з тілесними відгуками, виявляти причини соматичних порушень і надалі проводити психотерапію з урахуванням виявлених взаємозв'язків. Для тілесно-орієнтованих психотерапевтів локалізація зон напруги є визначальною передумовою при виборі прийомів терапії, а також послідовності та характеру їх виконання.

3. Інтерпретація результату методики «Образ себе».

Малюнок 1. При проведенні методики «Образ себе» у досліджуваного виявлено такі результати: Зображення схематичне – свідчить про інтелектуальний склад особи, для якої важливо одержати найбільш загальні уявлення про явище; окрема і деталі цікавлять у міру потреби, подібне зображення відповідає синтетичному когнітивному стилю з тенденцією до узагальнення. Зображення емоційне – радість – свідчить про високу емоційність, схильність до рефлексії, пережита емоції часто протилежна тій, що зображується. Малюнок емпатичний, структурний, ритмічний – свідчить про такі ознаки темпераменту: сенсорний та інтуїтивний екстраверт, інтуїтивний інтроверт. Голова – збільшена – свідчить про незадоволеність та претензії щодо всіх своїх інтелектуальних можливостей. Очі – великі – на припускають підозрілість, а також прояв заклопотаності і гіперчутливості по відношенню до громадської думки. Рот – припускає примітивні оральні тенденції або можливу утрудненість з промовою Руки – амбіційність і сильної залученості в події зовнішнього світу та певну замкненість, жорсткість. Ноги – свідчать про потребу у незалежності.

Малюнок 2. При проведенні проективної методики «Образ себе» у досліджуваного виявлено такі результати: Зображення схематичне – свідчить про інтелектуальний склад особи, для якої важливо одержати найбільш загальні уявлення про явище; окрема і деталі цікавлять у міру потреби, подібне зображення відповідає синтетичному когнітивному стилю з тенденцією до узагальнення. Зображення емоційне – радість – свідчить про високу емоційність, схильність до рефлексії, пережита емоції часто протилежна тій, що зображується. Зображення в позі-свідчить про високу рухову активність особистості (в даному випадку соціальну активність). Малюнок емпатичний, інтуїтивний

екстраверт, інтуїтивний інтроверт. Голова – збільшена – свідчить про незадоволеність та претензії щодо всіх своїх інтелектуальних можливостей. Очі – великі – припускають підозрілість, а також прояв заклопотаності і гіперчутливості по відношенню до громадської думки. Рот – припускає примітивні оральні тенденції або можливу утрудненість з промовою. Руки – символізують фізичну або психологічну слабкість, відсутність амбітності і відчуття неадекватності, замкнутість. Ноги – свідчать про потребу у безпеці та незалежності.

4. Інтерпретація результату методики «Тілесні стани».

Малюнок 1. При проведенні проективної методики «Тілесні стани» у досліджуваного виявлено такі результати: Акцент на очах, відсутня увага до тіла – свідчить про несприйняття власних тілесних відчуттів. Замкнутість. Рот виділений сильним натиском, під час малювання відчувався дискомфорт цієї частини тіла, що може свідчити про оральну агресивність, не вміння прожити та відпустити емоцію гніву. Фіксується напруга у спині та плечах. Блокування в плечевому поясі та в області грудної клітини – що свідчить про порушення постави, певні больові відчуття у спині, можливе викривлення хребта. Відсутність опори. Відсутність легкості в тілі, занадто велика фізична та психологічна напруга, важкість.

Загальний висновок: На лабораторній роботі навчилися проводити та інтерпретувати проективні методики «Образ себе» та «Тілесні стани». Співставляючи малюнок «Образ себе» та тест «Тілесні стани», ми виявляємо тісний взаємозв'язок між виділеними зонами «легкості», «напруги» та «болі» і характером і формами зображення психологічного образу, що дозволяє створити ефективний процес терапевтичного впливу на клієнта у взаємозв'язку із спостереженнями психотерапевта та тестовими методиками.

Звіт до лабораторної роботи № 3(4)

Тема: Використання в психологічній практиці тілесних технік
В. Нікітіна

Мета: навчитись виконувати тілесно-діагностичні вправи

Хід роботи:

1. Теоретична довідка

Методика «невербального семантичного радикалу» – ключ до несвідомого змісту психіки і є спробою визначення раніше не тестованого в практиці психотерапії рівня етичного і естетичного розвитку.

Техніки пантоміміки – в якості театральних прийомів полегшують процес самовираження особистості.

Театр руху – відкритий простір для тіла, голосу та емоцій, він поєднує багато аспектів: є гра тіла і почуттів, ставлення людини і простору, предмета і думки тощо.

2. Діагностичні вправи.

Техніка «мульти» – діагностичний прийом, що дозволяє оцінювати рівень психомоторного та когнітивного розвитку людини. «Мульти» використовується також для корекції та розвитку якості сенситивності, уваги, волі. Відзначаючи найменші позитивні зрушення у техніці «мультового» руху, автор підкріплює мотивацію учасників групи до усвідомлення своєї витонченої пластики.

А) «Танцююча скульптура». Особистість приймає будь-яку виразну позу. Під заданий ритм і темп руху тіло людини включається в постійну гру форм, задіюючи у «мультовій» техніці всі провідні суглоби. У процесі етюду відбувається акцентуація уваги на таких ознаках, як амплітуда та форма рухів, емоційний стан, стилістика виконання. В етюді оцінюються характер створюваних образів, ступінь закінченості та конгруентність прийнятих поз, естетика та природність рухів. Прийом «танцююча скульптура» також використовується для розкриття креативних здібностей людини за допомогою пластичного руху, для напрацювання у неї нових патернів і рухового стереотипу.

Відчуття перед вправою: скутість тіла, стомленість.

Відчуття після вправи: усі частини тіла (голова, шия, плечі, спина, ноги) повністю розім'ялись і тіло відчуло певну легкість. Також після вправи відчуваю себе більш активнішою та бадьорішою.

Б) «Зачарований м'яч» – учасники сесії стають по колу або по парах один проти одного. Власнику «м'яча» (слід змалювати контури і розміри фантому «м'яча») потрібно особливим чином реагувати враховуючи спрямованість і силу польоту «м'яча». Таким чином, «м'яч» зрікається з рук в руки до всіх, потім ускладнюються траєкторії та форми його подачі та прийому. Учасники піднімаються на носки, опускаються всім тілом до підлоги, кидають і ловлять «м'яч» спиною, підсилюють, прискорюють темп подачі та створюють неймовірні ситуації, обігруючи свою взаємодію з фантомом. Вільна імпровізація на початку дається важко; рухи невпевнені і надто стереотипні, але поступово в імпровізації знаходяться нові рішення з моделювання ситуацій.

Відчуття до вправи: скутість тіла, стомленість.

Відчуття після вправи: тіло (усі його частини: голова, шия, плечі, спина, ноги) розім'ялось, в певній мірі стомилось, але водночас відчувається бадьорість, хороший настрій та активність.

В) «Механічний клоун». Весело проходить виконання етюду з пожвавлення міміки обличчя. Виявляється, у «мульти» можна цілувати, кусати, позивати, висовувати мову, кувати, моргати, від подиву піднімати брови, нахмурюватися, лукавити очима, обертати ними в різних напрямках. Цей етюд подобається учасникам, своєю доступністю та незвичністю утримує їх увагу тривалу годину. З одного боку, це дозволяє знімати лишню психофізичну напругу, «скам'янілість» (масковість) в особистості, з іншого – допомагає навчитися контролювати роботу лицьових м'язів.

Відчуття до вправи: скутість тіла, стомленість.

Відчуття після вправи: обличчя, можна сказати, зняло певну напругу, розім'ялось. Відчуваю бадьорість, активність та хороший настрій.

«Мультова» техніка руху є неповторним, унікальним прийомом для діагностики та розвитку рівня внутрішньої свободи, когнітивної сфери свідомості. «Мульт» сценічно і терапевтично привабливий, можливості з розширення мультової техніки безмежні, що дозволяє говорити про велике терапевтичне та розвиваюче значення когнітивних технік руху.

Загальний висновок: ознайомила і виконала вищевказані тілесно-діагностичні вправи. Вони цікаві та привабливі. Було складнувати постійно контролювати себе і здійснювати не вправи, а рефлексію на основі виконання вправ.

Звіт до лабораторної роботи № 6

Тема: Практичні техніки роботи з тілом в сучасній танцювальній психотерапії

Мета: сформувати основні навички роботи з тілом за сучасними підходами танцювальної психотерапії

Хід роботи:

1. Опис основних груп вправ в танцювальній психотерапії.

Підготовчі вправи

Вправа «Утримати рівновагу»: По тому, як людина утримує рівновагу тіла при малій площі опори, можна судити, наскільки він внутрішньо урівноважений, впевнений в собі і самостійний у ситуаціях, коли нема на що (або не на кого) спертися. Вправа спрямована на виявлення і розвиток рівноваги. Рухайтеся повільно, плавно, без ривків і зупинок, як би перетікаючи з однієї пози в іншу. Встаньте вільно. Зосередьтеся на своїх внутрішніх відчуттях і відчуйте в тілі свою внутрішню опору, центр ваги (на рівні пупка); відчуйте себе

ширяючим над землею, як птах, що спирається розкритими крилами на повітряний потік. Після цього підніміть зігнуту в коліні праву ногу (стегно паралельно підлозі), закрийте очі і відчуйте, як спираєтеся на землю. Відкрийте очі і повторіть те ж з лівою ногою. Вправу можна ускладнити, якщо при його виконанні встати на носочки.

Розминка:

1. Ходьба на місці або в русі, спортивна ходьба з переходом на легкий біг протягом 60–90 секунд.

2. Біг на прямих ногах назад, вперед, з боку в сторону (маятником), захлестом (п'ятки торкаються сідниць), з високим підніманням стегна, потім біг або біг підтюпцем, з плавною зупинкою, виконувати 2 хвилини.

3. Виконати глибокий вдих із підйомом рук вгору та випрямленням тулуба, потім різкий видих із нахилом тулуба та опусканням рук, мета вправи – максимально провентилювати легені, повторити 3 рази.

4. Ноги на ширині плечей, руки на поясі. Нахили вперед тулуб паралельно підлозі, руки витягнуті вперед, погляд прямо перед собою. Потім випряміть тулуб, притиснути пальці до плечей, після чого відвести плечі назад, прогинаючись у грудному відділі, але не закидаючи голову назад. Нахили та прогини плавні, за системою «маятник» виконують 3 підходи. Потім розслабитися та подихати.

5. Стрибки на місці, зі схрещенням ніг вліво-вправо, вперед-назад, тримаючи ноги разом та інші поєднання. Виконати 60 стрибків у середньому темпі. Потім розслабитися та відновить дихання.

Вправа «Морська водорість»: Уявіть, що ви водорість, що росте на морському дні. Ваші стопи, будучи країнами, не можуть зрушити з місця, але голова, руки, плечі, тулуб, стегна і коліна – стебла водорості, вони безперервно коливаються під впливом морської течії, яким у даному випадку є руху рук вашого партнера. Закрийте очі і рухайтесь, підкоряючись «течією», з його швидкістю і в тому ж напрямку. Не слід забувати, що стопи повинні бути надійною опорою, сильною і одночасно гнучкою. Партнер, який грає роль морської течії, може міняти швидкість та інтенсивність рухів «водорості».

Дихальні вправи

«Повороти голови»: Стоячи, руки звисають вільно, повертаємо тільки голову убік – вдих, в інший – теж вдих. Між вдихами вільний видих ротом.

«Маятник головою»: Нахилиємо голову вниз (у тому ж вихідному положенні), робимо вдих, піднімаємо та закидаємо назад. Ще раз вдих. Видихаємо, коли голова переміщається з одного положення до іншого.

«Обійми за плечі»: Стоячи, підніміть руки на рівень грудей і зігніть. Роблячи вдих, різко обіймаючи себе за плечі долонями, намагайтеся звести руки максимально. Вони повинні бути паралельними, але не схрещені, під час вправи руки не змінюйте. Не рекомендується після інфаркту та при пороках серця.

Техніка дихання 4–7–8: Ця модель дихання, розроблена доктором Ендрю Вейлом. Вона базується на стародавній йогічній техніці, яка називається пранаяма. При регулярних заняттях може допомогти деяким людям засинати за короткий проміжок часу. Інструкція: Розслабте губи. Повністю видихніть зі звуком, як ви звичайно видихаєте, коли робите глибокий вдих. Стисніть губи та повільно вдихайте через ніс протягом чотирьох секунд. Затримайте дихання та порахуйте до семи. Знову повільно видихайте протягом восьми секунд, видаючи звук. Повторіть 4 рази, згодом доведіть до восьми повторень.

Дихальна вправа Бхрамарі: У клінічних дослідженнях було показано, що пранаяма Бхрамарі швидко заспокоює дихання та частоту серцевих скорочень. Це заспокоює і готує ваше тіло до сну. Інструкція: Закрийте очі, зробіть глибокий вдих та видих. Закрийте вуха руками. Покладіть вказівні пальці по боки носа і зосередьтеся на області брів. Тримайте рот закритим й після глибокого вдиху повільно видихайте носом, видаючи гугнявий звук «Ом». Повторіть п'ять разів.

Релаксаційні вправи

«Повітряні кульки»: Супроводжується розслаблюючою музикою американського композитора Майкла Роланда: «А тепер уявіть собі, що всі ви – легшим. Все ваше тіло стає легким, невагомим. І руки легкі, і ноги стали легкими, легкими. Повітряні кулька піднімаються все вище і вище. Дме теплий лагідний вітерець, він ніжно обдуває кожну кульку ... (Пауза – погладжування дітей). Обдуває кульку..., пестить кульку... Вам легко, спокійно. Ви летите туди, куди дме лагідний вітерець. Але ось настав час повертатися додому. Ви знову у цій кімнаті. Потягніться і на рахунок «три» розплющте очі. Усміхніться своїй кульці».

«Тихе озеро»: «Ляжте у зручне положення. Витягніться та розслабтеся. Тепер закрийте очі та слухайте мене. Уявіть собі чудовий сонячний ранок. Ви знаходитесь біля тихого, чудового озера. Чути лише ваше дихання та плескіт води. Сонце яскраво світить, і це змушує вас почувати себе краще і краще. Ви відчуваєте, як сонячне проміння зігріває вас. Ви чуєте щебет птахів і стрекотіння коника. Ви абсолютно спокійні. Сонце світить, повітря чисте і прозоре. Ви

відчуваєте всім тілом тепло сонця. Ви спокійні й нерухомі, як цей тихий ранок. Приємна знемога охоплює вас, ви почуваетесь спокійними і щасливими, вам ліньки ворухитися. Кожна клітина вашого тіла насолоджується спокоєм та сонячним теплом. Ви відпочиваєте... А тепер розплющуємо очі. Ми знову в цій кімнаті, ми добре відпочили, у нас бадьорий настрій, і приємні відчуття не покинуть нас протягом усього дня».

Оздоровчо-профілактичні вправи

«Ящірка»: Лежачи на спині, руки зігнуті, лікті зліва та справа притиснуті до тулуба. Необхідно виконувати легкі вібруючі рухи до рахунку 8. Рухи повинні нагадувати рухи ящірки, яка, вібруючи тілом, закопується в пісок.

«Пластичні етюди»: Усі емоції мають фізичний вираз. Під час проведення занять діти відкривають шляхи вираження емоцій назовні, а не приховують їх у собі. Найкраще це досягається у процесі використання пластичних етюдів. Наприклад, зі стрічкою. Стрічка може застосовуватися в найрізноманітніших цілях: вона обмежує простір, що неподільно належить дитині. Зі стрічкою можна фантазувати і танцювати, а потім передавати свої фантазії в малюнку («хвилі», «вісімка», «сніжинки», «квітка, що розпускається» та ін.).

Вправа на зміцнення м'язів плечей і великих грудних м'язів: Ноги на ширині плечей, руки розведені убік долонями вниз. На рахунок 1–10 плавно зводити руки у положення «ножиці» перед собою та посилювати поступальні рухи. Потім струшувати плечима та руками. Виконати 2 підходи. Потім знову струсити руки, розслабитися та подихати

2. Опис відчуттів під час виконання даних вправ

1. Підготовчі вправи.

Тіло наповнилось енергією, відчувалась фізична сила та її можливості. Покращилось самопочуття, настрої врівноважився. З'явилося бажання продовжувати. Вправа чудово допомагає прокинутись, «зарядитись», включитись у роботу, сконцентруватись на тілесних відчуттях та відкинути думки, що заважають.

2. Дихальні вправи

Під час виконання дихальних вправ тіло повністю розслабилось, серцеві скорочення та головний біль зменшилися, уповільнився пульс, звільнилась голова від думок, настрої покращився, став спокійнішим. Вправи допомогли зняти стрес та напругу.

3. Релаксаційні вправи

Виконуючи пасивну вправу зняття фізичної напруги на початку з'явився головний біль, через те що голова була опущена, також відчувалася напруга в м'язах спини та ніг. Через деякий час виконання вправи м'язи повільно почергово розслаблялись, тіло заспокоювалось, біль проходив, поступово виникала сонливість та бажання потягнутись. Після виконання вправи усе тіло було розслабленим, а напруга що виникла повністю зникла.

4. Оздоровчо-профілактичні вправи

При виконанні комплексу оздоровчо-профілактичних вправ відчувалась складність, та легкий біль у спині. Було важко змусити себе виконувати комплекс після вправ, що допомогли розслабитись. Але після виконання майже половини тіло відкликалось на кожну вправу і рух.

Загальний висновок: Під час виконання лабораторної роботи ми сформували основні навички роботи з тілом за сучасними підходами танцювальної психотерапії та з'ясували особливості тілесної рефлексії.

Звіт до лабораторної роботи № 7, 8, 9

Тема: Презентація психологічної програми тілесного розвитку дітей та дорослих

Мета: Знайти та проаналізувати відповідну авторську програму

Хід роботи:

Презентую програму психотренінгу «Відкритими очима» для підлітків із виховання здорового способу життя. Вона складається з 3 блоків:

1) «Обличчям до себе» – знайомство учасників (представлення себе в групі), а також дослідження власного внутрішнього світу, своїх особистісних тілесних меж, своїх особливостей сприйняття тілесних почуттів та звичних способів їх вираження в товаристві;

2) «Я та інші» – експериментування з особистими способами встановлення й підтримки контакту, зокрема тілесного, з іншими людьми та вироблення навичок конструктивної комунікації з метою досягнення конгруентності та збереження автентичності у спілкуванні;

3) «Здоров'я та шкідливі звички» – цей розділ, спрямований на діагностику внутрішньої картини здоров'я учасників, формування ресурсного розуміння здоров'я, оптимізацію уявлень про здоровий спосіб життя, про потреби тіла, а також підвищення рівня поінформо-

ваності учасників з питань, пов'язаних із тютюнопалінням, вживанням наркотиків та розповсюдженням ВІЛ-інфекції / СПІДу, і сприяння виробленню власної позитивної позиції стосовно зазначених проблем.

Тренінг спрямований на вирішення таких завдань:

1) оволодіння соціально-психологічними знаннями та методиками, що спрямовані на розвиток комунікативних умінь і пізнавальних процесів; тілесної рефлексії тощо;

2) розвиток здатності адекватно сприймати і пізнавати себе та інших; розуміти тілесні знаки та коди;

3) формування антидевіантного імунітету, актуалізація бажання здійснювати соціально значимі зміни у своєму житті та житті однолітків;

4) сприяння виробленню позитивної життєвої позиції як однієї з важливих умов високого рівня психічного та фізичного здоров'я;

5) формування мотивації до здорового стилю життя.

Хід виконання: Приклади окремих вправ

Рухлива вправа (рухавка). Учасники стають у коло та виконують вказівки тренера: «Відчути себе і своє тіло та пройти по колу як зірка естради, що давно хворіє на зоряну хворобу, потім – як учень, що отримав першу двійку, після цього – як закоханий на перше побачення; як таємний агент, що приховує таємницю, а наостанок – так, як найкомфортніше саме зараз.

Головним завданням цієї вправи є розслаблення та зняття зажимів учасників тренінгу, а також розвитку здатності відчувати своє тіло.

Вправа-енергізатор. Учасникам пропонується сидючи розім'яти руки та ноги, при чому найбільше працює та рука й нога, які зазвичай працюють менше.

Вправа допомагає налаштуватись перед виконанням певної фізичної роботи. Під час розминання рук та ніг відчуваєш як тіло наповнюється енергією, знімається напруження, з'являється бадьорість.

Вправа на релаксацію «П'яний танець». Виконується під запис легкої, повільної музики (3–5 хвилин). Стати рівно, розставити ноги на ширині пліч, зігнути коліна, максимально розслабити все тіло. Спочатку зробити коловий рух нижньою частиною тулуба, далі «відпустити» все тіло на волю довільних рухів. Поступово почнуть рухатися всі суглоби, руки і ноги у різні боки, колоподібно почне перекочуватися голова. Вправу можна виконувати із закритими очима. Концентруватись на тому, що ноги твердо стоять на землі. Важливо зафіксувати свої відчуття під час виконання вправи.

Вправа допомогла розслабитись , спочатку рухи дещо стереотипні, невпевнені, проте потім вдається «відпустити» тіло, і рухи стають різноманітнішими, плавними. Думки, переживання поступово відходять на задній план, я відчула спокій та тишу, настрої також став кращим. Чудово підходить для виконання після важкого дня, адже знімає як емоційне так і тілесне напруження.

Загальний висновок: під час виконання лабораторної роботи ми ознайомились з програмою тілесного розвитку дітей та дорослих та проаналізували її на прикладі програми тренінгу «Відкритими очима» для підлітків із виховання здорового способу життя, окремі вправи і відразу відчули зміну настрою, самопочуття на позитивні, радісні, веселі, бадьорі. Таким чином, тілесні вправи значимо впливають і відіграють роль гармонізатора нашого стану, емоцій, думок тощо.

2.3. Зразки анкет та таблиць тілесно-терапевтичного ведення пацієнта

ЗРАЗОК 1

Анкета для лікаря та психолога: ефективність танцювальної терапії

Ім'я дитини: _____

Дата народження: _____

Ім'я терапевта: _____

1. Як довго ви лікували дитину?
2. Які труднощі помічали Ви в дитині до того, як почалася танцювальна терапія?
3. Чи ставили ви діагноз? Який?
4. Чи знаєте Ви що таке танцювальна терапія? Якщо так, то з яких джерел ви отримали ці знання?
5. Чого ви очікували від танцювальної терапії?
6. Як ви сприймаєте дитину після закінчення танцювальної терапії? Що покращилось? Що не змінилось?
7. Як Ви думаєте, чи підходить танцювальна терапія для дітей з подібними захворюваннями?
8. Як часто ви працювали з дитиною під час танцювальної терапії?
9. Як довго тривала терапія?
10. Чи змінився прийом ліків?
11. Чи продовжується терапія зараз?
12. Якщо терапія закінчилась, то коли і чому?

13. Чи змінився емоційний стан дитини під час занять танцювальною терапією?

14. Чи є різниця між малюнками, зробленими дитиною під час танцювальної терапії, і малюнками під час Вашої з ним роботи? Якщо так, то яка?

15. Чи думаєте ви, що танцювальна терапія щось означає для вашого клієнта? Якщо так, то що?

16. Яка ваша думка, чи задоволена дитина танцювальною терапією?

17. Чи розповідала, показувала дитина що-небудь з танцювальної терапії? Якщо так, то що?

18. Чи переживала дитина через закінчення танцювальної терапії?

19. Чи вважаєте ви, що варто було комбінувати Вашу терапію з танцювальною чи ні? Змотивуйте свою відповідь.

20. Чи було щось, чим Ви були незадоволені по відношенню до танцювальної терапії?

21. Чи вважаєте ви, що робота танцювального терапевта потрібна в лікарні вашого профілю?

22. Загальні зауваження.

ЗРАЗОК 2

Анкета для лікаря та психолога

1. Які труднощі ви помічали у клієнта до того, як почалася танцювальна терапія?

2. Як довго ви лікуєте клієнта?

3. Як ви сприймаєте клієнта після закінчення танцювальної терапії? Що покращилось? Що не змінилось?

4. Як часто ви працювали з клієнтом під час танцювальної терапії?

5. Чи змінився прийом ліків?

6. Чи продовжується Ваша терапія зараз?

7. Чи є різниця між малюнками, зробленими під час танцювальної терапії, і малюнками, зробленими під час Вашої роботи?

8. Як ви вважаєте, клієнт задоволений танцювальною терапією чи ні?

9. Чи розповідав, показував клієнт що-небудь з танцювальної терапії?

10. Як ви вважаєте, добре чи погано комбінувати Вашу терапію з танцювальною?

11. Чи є щось, чим Ви незадоволені по відношенню до танцювальної терапії? Змотивуйте свою відповідь.

12. Чи вважаєте ви, що робота танцювального терапевта потрібна в лікарні вашого профілю?

ЗРАЗОК 3

Анкета для клієнта

1. Сподобалось вам заняття танцювальної терапії, чи ні? Поясніть, чому ?

2. Хороший чи поганий мікроклімат склався в групі?

3. Яка частина танцювальної терапевтичної сесії сподобалась більше, та чому?

А) танцювальна

Б) гімнастика

В) обговорення різних життєвих тем

Г) релаксація

Д) художня

4. Чи вважаєте Ви, що група з 12 осіб – це багато чи мало?

5. Чи вважаєте Ви, що 10 занять – це багато чи мало?

6. Чи хотіли б пройти індивідуальну танцювальну терапію ?

7. Чи покращилося ваше самопочуття чи ні, після танцювальної терапії? Поясніть, чому?

8. Ваші побажання та зауваження танцювальному терапевту .

9. Яка музика (стиль, автор) сприяла розкриттю внутрішніх станів?

Матеріали тілесно-терапевтичного ведення пацієнта

1. Схема оцінки діагностичного результату тесту «Зірки та хвилі»

Аве-Лаллемант

Хвилі:

1) повернуті вліво; 2) опора на нижній край; 3) нахил вліво; 4) великі хвилі; 5) гармонійно коливаючі.

Зірки:

1) охоплюють великий простір; 2) зображені впевнено, але штриховка невпевнена.

Острів:

1) позитивне значення; 2) негативне значення.

Скелі

Схили на узбережжі

Місяць:

1) самотній зправа; 2) заштрихований; 3) в центрі.

Зайві фігури

Техніка штрихування:

1) самотня; 2) маятникова; 3) впевнена; 4) невпевнена; 5) без відривів від аркуша; 6) з відривами від аркуша.

Характер штрихування:

1) слабкий; 2) легкий; 3) затонований; 4) сильний; 5) чіткий; 6) жирний.

Дефекти штрихування:

1) легкий-крихкий; 2) затонований-розмазаний; 3) чіткий-різкий; 4) густий-жирний; 5) подрібнений; 6) акцент на чорне.

Обробка поверхні малюнка:

1) затонованість; 2) штрихування; 3) окреслення; 4) замальовування; 5) груба обробка.

Прізвище, ім'я: _____

Діагноз: _____

Результати тестування: _____

2. Схема оцінки емоційного стану пацієнта до і після сесій

Невербальний Малюнковий Тест «Якого кольору мій стан?». Цей тест є спробою оцінки емоційного стану пацієнта до і після сесій. Танцювальний терапевт просить подумати і намалювати «якого кольору мій стан?» різними кольорами, або одним кольором, як приємніше пацієнтові. Можна намалювати які завгодно образи, якщо вони виникають, або асоціації на момент проходження танцювальної терапії.

Оцінюється ряд параметрів:

Вибирає один колір

Вибирає кілька кольорів

Вибирає гаму кольорів

Малює предмети

Малює розірвані кольори

Поєднує кольори

Малює в центрі

Малює по кутах з порожньою серединою

Критерії оцінки такі самі, як у психологічних малюнкових тестах. Цей тест може бути гарною мішенню для роботи з пацієнтом.

Якого кольору мій стан

Дата					
До уроку					
Після уроку					

3. Схема оцінки результату релаксації

Тест «Оцінка результату релаксації». Як уже говорилося, працювати з образами у релаксації потрібно дуже обережно. Невідповідний образ повинен бути терміново замінений, щоб не викликати негативну реакцію пацієнта. Образи – це візуальна картина, яку створює розум у мріях та сновидіннях. Є думка, що образи могутніші, ніж мрії, і більше піддаються контролю, ніж сновидіння.

«Робота з образами звільняє енергію клієнта, бо велика кількість матеріалу прив'язана до архетипів і колективного несвідомого. На додаток до цього, уява працює із символами, а символи, подібно до сновидінь, відображають стан несвідомого... Терапевтичне використання уяви займається саме тим, що одягає почуття в образи, а це потім уможлиблює роботу з ними» (Стюарт, 1998).

Емоційний контакт, який встановлюється між танцювальним терапевтом і хворим, контакт безсловесний, є тим містком, яким хворий може вийти у світ зі свого ув'язнення і не боятися цього світу, оскільки вже зустрівся з красою цього світу в релаксації та в танці. Тест «Оцінка результату релаксації» допомагає відстежити поступи цього виходу.

Оцінка результату релаксації

Критерії	Відмітки
1	2
<p><i>Релаксація:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – обирає статичну релаксацію; – обирає динамічну релаксацію; – підходить статична релаксація; – підходить динамічна релаксація. <p><i>Геометричні символи в релаксації:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – коло; – квадрат; – трикутник; 	

1	2
<ul style="list-style-type: none"> – прямокутник; – зигзаг. 	
<p style="text-align: center;"><i>Кольорова гармонізація:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – вибирає один колір; – вибирає кілька кольорів; – вибирає гаму кольору. <p style="text-align: center;"><i>Теми у релаксації:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – хмара; – море; – берег; – хвилі; – острів; – ліс; – корабель; – дельфін; – дерево; – маяк; – космос; – замок. <p style="text-align: center;"><i>Малюнок на вільну тему.</i></p> <p>На першій сесії:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вийшов; – не вийшов. <p>На останній сесії:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вийшов; – не вийшов. <p>Здатний висловити емоції. Не здатний висловити емоції</p>	

4. Схеми аналізу тілесного компонента інтелекту

На думку О. Лоуена, «проблему емоційної надійності не можна відокремлювати від питання фізичної міцності опори. Аналіз зверху (вербальний) має поєднуватися з безпосередньою роботою над фізичними розладами знизу. У цих випадках мета біоенерготерапії – ввести пацієнта в контакт з його власними ногами та землею, і водночас змусити його усвідомити зв'язок між емоційною проблемою та її фізичною стороною. Найкраще, коли лікування йде на двох фронтах одночасно, і психоаналітичному та фізичному».

Тілесні напруження, які хворі оцінюють самі до і після кожної сесії, дають можливість більш усвідомленої роботи з тілом у процесі занять.

Оцінка тілесної напруги тренує концентрацію уваги, якої часто їм дуже не вистачає.

Танцювальний терапевт, у свою чергу, за допомогою цього тесту може з'ясувати, які частини тіла пацієнта потребують більш тривалої роботи зі зняття напруги. За твердженням В. Райха, «зі зростанням координації рухів сприйняття їх так само по черзі, одне за одним, поступово координується доти, доки не настає момент, коли скоординовано починає рухатися весь організм в цілому, а отже, і безліч окремих дрібних самосприйняття складаються в єдину картину сприйняття себе у русі».

Таблиця 2.3

Заняття зняття напруги

Частини тіла	До сесії		Після сесії	
	Напруга	Немає напруги	Напруга	Немає напруги
1	2	3	4	5
I. Голова а) точка в середині чола б) точка між бровами в) точка на потилиці г) точка на підборідді д) скроні				
II. Шия – потилична частина				
III. 7-й хребець				
IV. Комірцева зона (плечі за шиєю)				
V. Груди а) центр грудей б) шлунок в) серце				
VI. Спина а) лопатки б) хребет в) криж г) нирки				
VII. Талія				
VIII. Живіт а) центр живота б) матка				
IX. Стегна				

Закінчення таблиці 2.3

1	2	3	4	5
Х. Ноги а) від стегна до колін б) коліна в) від колін до стопи Спереду, ззаду (ікри) г) стопи				

5. Танцювально-терапевтичне ведення пацієнта

Таблиця 2.4

Танцювально-терапевтичне ведення пацієнта

Сесія №	Дитина чи дорослий	Танцю- вальний терапевт	Батьки або члени родини	Персонал лікарні або іншого закладу	Зміст танцю- вальної терапії
	Графа для записів про розвиток терапевтичного процесу	Включає план кожної сесії, цілі для терапії в проробці проблем пацієнта	Інформація, яку слід донести до чи обговорити з сім'єю чи батьками на даному етапі роботи	Інформація, обговорення зауважень і обмін замітками з персоналом про динаміку стану пацієнта під час проходження танцювальної терапії	Графа містить цілі і задачі кожної сесії

Таблиця 2.5

**Ведення пацієнта/клієнта:
індивідуальна програма, результати роботи**

Опис клієнта		Задачі для роботи з клієнтом		
Труднощі	Сильні сторони	Фізичні	Психологічні	Соціальні

Результати роботи

Цілі роботи		Результати в кінці танцювальної терапії		
Вправи	Труднощі в роботі через клієнта	Фізичні	Психологічні	Соціальні

2.4. Студентські наукові доробки з дисципліни

Дані матеріали були представлені на семінарі кафедри практичної психології та психодіагностики «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» та опубліковані у відповідному збірнику (**Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні: Матеріали XV науково-практичного семінару** (Луцьк, 25–26 листопада 2021 р.) / ВНУ імені Лесі Українки; кафедра практичної психології та психодіагностики; за заг. ред. Л. І. Магдисюк. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 184 с.).

СТАТТЯ 1

**ПСИХОЛОГІЯ ТІЛЕСНОСТІ: КОНЦЕПЦІЯ Г. ОЛПОРТА
ПРО ІНТЕГРАЦІЮ СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ
ІНДИВІДУАЛЬНОСТІ**

Іванна Шиминюк, студентка факультету психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Олександра Хлівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Постановка проблеми: У основі диспозиційного напрямку в психології у вивченні особистості лежать дві спільні ідеї. Перша полягає в тому, що люди мають широкий набір схильностей реагувати певним чином у різних ситуаціях (тобто риси особистості). Це означає, що люди демонструють певну сталість у своїх вчинках, думках та

емоціях, незалежно від часу, подій та життєвого досвіду. Насправді суть особистості визначається тими схильностями, які люди проносять через все життя, які належать їм і невід'ємні від них. Друга основна ідея диспозиційного спрямування пов'язана з тією обставиною, що немає двох людей, точно схожих один на одного [1].

Метою статті є охарактеризувати концепцію особистісного (тілесного) розвитку, представлену відомим дослідником, основоположником гуманістичної психології Г. Олпортом.

Виклад основного матеріалу. Багато персонологів надавали особливого значення трактуванню особистості у світлі схильностей до чогось або тенденцій, властивих даному індивідууму. Один із найвпливовіших прихильників диспозиційного спрямування – Гордон Олпорт – вважав, що кожна особистість унікальна і що її унікальність найкраще може бути зрозуміла через визначення конкретних рис особистості.

Акцентування Г. Олпортом на унікальності особистості є лише однією стороною його теоретичної позиції. Велика увага приділяється тому, як на поведінку людини впливають когнітивні і мотиваційні процеси. Більше того, теорія Г. Олпорта є поєднанням гуманістичних та індивідуальних підходів до вивчення людської поведінки. Гуманістичність проявляється у спробі виявити всі аспекти людської істоти, включаючи можливості особистісного зростання, подолання себе та самоздійснення. Індивідуальний підхід відображається у прагненні Г. Олпорта до точного визначення понять та передбачення розвитку реальної, конкретної особистості.

Г. Олпорта можна значною мірою охарактеризувати як еkleктичного теоретика, що поєднує поняття в галузі філософії, психології, релігії, літератури та соціології; ці уявлення включені в опис багатства та складності людської особистості. Відмінною рисою теоретичної орієнтації персонолога є його переконаність у тому, що поведінка людини є результатом тієї чи іншої конфігурації особистісних рис [2].

Г. Олпорт (1887–1967) вважав особистість відкритою системою, розвиток якої здійснюється у взаємозв'язку з іншими людьми. Він виходив з того, що людина перш за все соціальна, а не біологічна істота і тому не може розвиватися без контактів з довколишніми людьми, з суспільством. Звідси його різке неприйняття положення психоаналізу про антагоністичні, ворожі стосунки між особистістю і суспільством. Вчений вважав, що взаємини особистості з суспільством є не прагненням до адаптації, а взаємодією, що суттєво змінює площину аналізу.

Особистість, за його визначенням, – це динамічна організація особливих мотиваційних систем, звичок, установок і особистісних рис індивіда, які визначають унікальність його взаємодії з середовищем, передусім соціальним. Однак, у цих стосунках немає рівноваги між довкіллям і людиною. Людина повинна весь час встановлювати нові стосунки і розвивати наявні. Отже, постійний розвиток особистості є основною формою її існування [3, 4].

На думку дослідника, кожна людина неповторна і індивідуальна, оскільки вона є носієм своєрідного поєднання якостей, потреб, які він називав рисами. Особистісна риса – це готовність (диспозиція) поводитися схожим чином у різних ситуаціях. Особистісні риси визначають схожість поведінки індивіда, незважаючи на плин часу та зміну ситуацій. Зокрема, риса товариськості означає, що людина буде відповідно спілкуватися зі знайомими і незнайомими людьми, на роботі і в колі друзів, її сприйматимуть такою друзі дитинства і співробітники. Відповідальність означає, що індивід буде звітувати перед іншими – і у власній родині, і на роботі, і серед пасажирів транспорту.

Г. Олпорт виокремив вісім основних характеристик рис особистості:

1) риса особистості – не тільки номінальне, а й реальне позначення, тобто вони справді властиві людям, а не є наслідком теоретичних узагальнень;

2) риса особистості є більш узагальненою якістю, ніж звичка. Звички, об'єднуючись, зливаються в риси;

3) риса особистості – рушійний елемент поведінки, тобто риси схиляють людину створювати або шукати ситуації, у яких вони можуть виявитися;

4) наявність рис можна встановити емпірично: хоча вони не піддаються безпосередньому спостереженню, психологічні методи дають змогу їх виявити;

5) риса особистості лише відносно незалежна від решти. Перекриваючись, вони виявляються в ще більш узагальнених характеристиках поведінки;

6) риса особистості не є синонімом моральної або соціальної оцінки. Негативний полюс вираженості риси – не завжди «погано», а позитивний – не завжди «добре»;

7) рису можна розглядати або в контексті особистості, у якої її виявили, або за її поширеністю в суспільстві;

8) неузгодженість деяких учинків з рисою не є доказом її відсутності у людини [4].

Спочатку Г. Олпорт розмежував загальні (вимірювані, узаконені) риси як характеристики, що відрізняють одну групу людей від іншої в межах певної культури, та індивідуальні (морфологічні), які не допускають порівнювання з іншими людьми (їх він позначив пізніше як індивідуальні диспозиції; саме вони, за Г. Олпортом, і становлять основний інтерес для психології особистості).

Серед диспозицій можна виокремити найбільш і найменш виражені. Кардинальні диспозиції – це риси, що позначають весь життєвий шлях людини (наприклад, схильність до співчуття). Центральні диспозиції – тенденції в поведінці, які легко зчитує оточення. Вторинні диспозиції – надання переваг і ситуативні прояви людини. Вчений вважає, що середовище і спадковість порівну впливають на диспозиції. У практичних дослідженнях підхід не було емпірично валідизовано, однак учення про риси особистості конкретизували і розвивали подальші підходи та концепції.

У процесі виокремлення рис використовують такі методи:

1. Концептуалізація (лат. *conceptus* – думка, поняття) – пошук рис, що відповідають теоретичним уявленням (Ф. Гальтон, О. Лазурський).

2. Психосемантичний метод, побудований на семантичній подібності психологічних якостей

3. Факторний аналіз, призначений переважно для виявлення характеристик, які не піддаються безпосередньому спостереженню, проте можуть впливати на цілий «пласт» властивостей.

Особистість не є сукупністю розрізнених диспозицій, вона передбачає єдність, інтеграцію всіх структурних елементів індивідуальності. Існує деякий принцип поєднання всіх диспозицій в єдине ціле, який Г. Олпорт пропонує називати пропріумом. Пропріум – це певна організуюча і об'єднуюча сила, призначення якої – це формування унікальності людського життя. Стадії розвитку пропріуму:

– відчуття свого тіла, яке залишається впродовж усього життя опорою для самоусвідомлення;

– відчуття самоідентичності, важливим моментом якої виступає усвідомлення себе за допомогою мовлення як певної особи, поява відчуття цілісності «Я», пов'язаного з власним іменем;

– відчуття самоповаги як відчуття гордості з приводу того, що деякі дії вже виконуються самостійно. Це найважливіше джерело підвищення самооцінки впродовж всього дитинства;

– розвиток самосвідомості, що виникає, коли діти усвідомлюють, що їм належить не лише їх фізичне тіло, але й певні значущі елементи зовнішнього світу, включаючи людей;

– образ «Я», коли дитина починає орієнтуватися на очікування значущих близьких, уявляючи собі, що таке «Я хороший» і «Я поганий»;

– раціональне управління собою, що є стадією розвитку конформізму, моральної і соціальної слухняності, коли дитина вчиться раціонально вирішувати життєві проблеми, догматично вважаючи, що сім'я і релігія завжди мають рацію;

– пропріативне прагнення – формування перспективних життєвих цілей, поява сенсу життя. Відповідно до даної теорії, основною суттю людини є її відповідь на питання: «Що ти хочеш робити через п'ять років?». На думку вченого, особистість вільна від минулого – зв'язки з минулим історичні, а не функціональні.

Отже, дозрівання людини – це безперервний процес становлення, ще продовжується все життя. Поведінка зрілих суб'єктів, на відміну від суб'єктів невротичних, функціонально автономна і мотивована усвідомленими процесами. Зрілій особистості, вважає Г. Олпорт, властиві такі риси як активна позиція відносно дійсності; усвідомлення досвіду, тобто здатність бачити події власного життя такими, якими вони є, не застосовуючи «психологічного захисту»; самопізнання; здатність до абстракції; постійний процес індивідуалізації; функціональна автономія рис; стійкість до фрустрації. Невротичну особистість, за Г. Олпортом, характеризує наявність таких рис як пасивна позиція щодо світу, застосування різних видів психологічного захисту, обмеженість мислення.

Література

1. Карпенко Л. А., Олпорт Гордон Дж. История психологии в лицах. Персоналии. Москва, 2005. С. 330–335.
2. Теория личности Г. Олпорта Дж. *Психология личности*. 2006. С. 445–453.
3. Хлівна О. М. Психологія тілесності для майбутніх психологів: апробація програми нової навченої дисципліни. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*. Київ: Університет «Україна», 2015. С. 89–94.
4. Хлівна О. М. Практичне спрямування психології тілесності для майбутніх психологів. *Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні: Матеріали X науково-практичного семінару ВНУ ім. Лесі Українки, кафедра практичної психології та безпеки життєдіяльності / за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк, 2015. С. 118–125.*

СТАТТЯ 2

ПСИХОЛОГІЯ ТІЛЕСНОСТІ: АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗРІЛОЇ ОСОБИСТОСТІ ТА ЇЇ ПРОПРІАТИВНОГО ЯДРА ЗА КОНЦЕПЦІЄЮ Г. ОЛПОРТА

Катерина Кощій, студентка факультету психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Олександра Хлівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Проблематика гуманістичної ідеї здорової особистості розглядається як предмет дослідження багатьма суспільними науками. До них відносяться педагогіка, психологія, соціологія й ін. У своїх працях вчений часто використовує поняття «здорова особистість» і «зріла особистість». Чи є між ними різниця? «Деякі теорії засновані головним чином на поведінці психічнохворих і тривожних людей або ж на витівках доведених до крайності лабораторних щурів. Далеко не всі теорії сформувалися на основі вивчення здорових людських істот, таких, які намагаються не стільки зберегти своє життя, скільки прагнуть зробити його осмисленим» [1].

Метою статті є охарактеризувати концепцію гуманістичної ідеї здорової особистості, яка представлена основоположником гуманістичної психології та педагогіки Г.Олпортом.

Виклад основного матеріалу. Розглядаючи здоров'я як складний багатовимірний феномен, психологи сучасності аналізують й оцінюють найбільш поширені концепції і моделі здоров'я людини. Характеристики гуманістичної моделі здорової особистості (Е. Еріксона, А. Маслоу, Г. Олпорта, К. Роджерса, Е. Фрома й ін.) завжди складають зміст такого аналізу.

Гордон Олпорт один із найвідоміших та найвпливовіших американських психологів ХХ століття, що є ініціатором розробки системного підходу до вивчення особистості, а також запропонував гуманістичну ідею здорової особистості. Проводячи аналіз життєвого і професійного

шляху Г. Олпорта можна виділити його основні наукові позиції та погляди в психології: найбільш впливовий прихильник диспозиційного напрямку та поєднання гуманістичних й індивідуальних підходів у вивченні людської поведінки; автор теорії рис особистості; виділяє ядро особистості (пропріум) та основні аспекти його функціонування від дитинства до зрілості; розробляв теорію функціональної автономії; тривалий час працював над створенням адекватного опису здорової особистості.

Основні положення, розроблені Гордоном Олпортом, складають основу гуманістичної ідеї здорової особистості. Як кожен персонолог, Г. Олпорт значну, але більш прискіпливу увагу присвятив розгляду поняття особистості, описавши і класифікувавши понад п'ятдесят різноманітних визначень. Це дало змогу досліднику виявити методологічну помилку сучасної йому психології: на його думку, майже відсутні визначення здорової особистості, а теорії особистості будуються на вивченні, як правило, нездорових або незрілих особистостей [2, 3].

Невід'ємною частиною Олпортовської моделі здорової особистості є критерії психологічної зрілості. Їх виділяють шість: 1) широкі межі «Я», активна участь у трудових, сімейних та соціальних взаєминах; 2) здатність до теплих, сердечних соціальних контактів (дружної інтимності та співчуття); 3) емоційна стійкість і самоприйняття; 4) реалістичне сприймання людей, об'єктів, ситуацій, вибудовування реальних цілей, досвід та рівень домагань; 5) здатність до самопізнання і наявність почуття гумору («самооб'єктивність» – чітке уявлення про свої сильні та слабкі сторони); 6) цілісна життєва філософія (домінуюча ціннісна орієнтація, яка складає об'єднуючу основу життя) [4].

Відповідно до аналізу праць автора, можна зробити висновок про те, що Г. Олпорт бачив особистісний ріст як безперервний процес становлення, який триває протягом життя і визначається пріоритетними цілями. Американський вчений при порівнянні системи цінностей у різних індивідуумів, виділив головні та описав типологію цінностей, яку ще називають типологією людей: теоретична (пошук істини); економічна (пошук вигоди, практичності); естетична (інтерес до форми та гармонії); соціальна (потреба в любові людей і до людей); політична (прагнення до влади); релігійна (пізнання єдності світу та пошук сенсу життя).

У працях видатного вченого часто використовуються поняття «здорова особистість» і «зріла особистість». Вони вживаються як тотожні. Створюючи психологічний портрет зрілої особистості, Г. Ол-

порт підкреслює якісну відмінність між зрілою та незрілою, або невротичною, особистістю.

Характерними рисами здорової особистості є: функціонально автономна; мотивована усвідомленими процесами; має сформований – «пропріум».

Щодо характеристики зрілої особистості, то Г. Олпорт не задовольнився розробленими конструктами «его», «стиль життя» і запропонував новий термін – пропріум. Пропріум розглядається ним як позитивна, творча розвиваюча властивість людської природи. Ця якість має усвідомлюватись як центральна і найбільш важлива. Г. Олпорт виділяє сім аспектів пропріума, що проявляються на різних стадіях формування особистості.

Відчуття свого тіла (тілесне «Я») – перший аспект пропріума, заснований на усвідомленні свого фізичного тіла. Г. Олпорт вважав його довічною опорою для усвідомлення себе. Самоідентичність (самоідентифікація) – другий аспект пропріума, пов'язаний з відчуттям себе певним і постійним об'єктом, відмінним від інших об'єктів навколишнього світу. Включає «мої» думки і почуття, а також «мої» спогади про них і «моє» сприйняття всього цього як свого. Самоповага – третій аспект пропріума, що відображає визнання значущості власного «Я». Може обернутися і позитивною, і негативною стороною.

Розширення самості (розширення особистості) – четверта складова пропріума, пов'язана з розширенням свого розуміння себе шляхом включення в нього все, що йому належить (одягу, іграшок, домашніх тварин і т. д.) і родичів: матері, батька, сестер і братів. Образ себе – п'ята стадія розвитку пропріума. В образі себе виражається бачення своїх здібностей, свого статусу і своєї ролі в даний момент, а також прагнення і цілі на майбутнє. Спочатку складається з уявлень дитини про себе як про «хороше» або «погане».

Раціональна особистість (здатність раціонально управляти собою) – шостий аспект пропріума, що формується в шкільні роки. Раціональна особистість відповідальна за абстрактне і рефлексивне мислення, а також за вміння пристосовувати свої потреби до вимог навколишнього світу. Включає здатність раціонально пояснювати і заперечувати, а також здатність коректно міркувати і знаходити рішення життєвих проблем.

Власні прагнення – остання частина пропріума, що виникає в підлітковому віці. Це прагнення, близькі людині, тобто ті, які сприймаються ним як «саме його». Засновані на спогадах про минуле, досвіді,

але включають і думки про майбутнє в формі реалістичного планування і намірів. Має на увазі зростання, а не зниження рівня напруги.

Перші три функції проявляються в перші три роки життя людини; четверта і п'ята – у віці від чотирьох до шести років; для періоду 6–12 років характерна здатність раціонально вирішувати життєві проблеми; після 12 років формується пропріативне прагнення.

Усі вищеназвані аспекти синтезуються в єдине ціле і виступають суб'єктивною стороною «Я». На думку Г. Олпорта, є ще одна функція – пізнання самого себе. Завдяки цій силі і формується унікальність людського життя [3].

Виділені Г. Олпортом аспекти самості відіграють велику роль у формуванні здоров'я, особистісної зрілості. Дехто з дослідників вважає їх основною умовою здорового розвитку. Вони відзначають, що повноцінне, природне формування цих аспектів самості забезпечує основні аспекти здоров'я і зрілості особистості. Таким чином, поступове розкриття в індивідуумі перерахованих пропріативних функцій може бути визнано головною умовою здорового розвитку. На думку дослідників є ризик, що самість почне деформуватись і виникнуть реальні труднощі в набутті індивідуумом психологічної зрілості в умовах перешкоджання розвитку вищезазначених пропріативних функцій.

Таким чином, аналіз моделі здорової особистості у світлі теорій Г. Олпорта, дає змогу зробити висновок про те, що здоров'я ототожнюється з особистісною зрілістю, яка набувається в процесі особистісного росту і передбачає формування пропріативного ядра, цілісної філософії життя та цілеспрямованості. І хоча Г. Олпортом не запропоновані конкретні механізми здорового розвитку, за що його теорія піддається критиці, проте він зробив спробу сформулювати наукове уявлення про здоровий індивідуум й описати процес вільного природного саморозкриття особистості, що заслуговує великої уваги сучасників, заражає пафосом переосмислення проблеми здоров'я і патології. Учені сьогодення не втрачають інтерес до питань критеріїв психічного здоров'я, соціальних детермінант здоров'я, тілесної самосвідомості та особистості.

Література

1. Фрейджер Р., Фейдимен Дж. Особистість: теорії, експерименти, вправи Р. Фрейджер, Дж. Фейдимен. Санкт-Петербург, 2002. 864 с.
2. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М.І. Психологія здоров'я людини. Луцьк, 2011. 430 с.

3. Олпорт Г. Особистість в психології Г. Олпорт. Москва: Ювента, 1998. 345 с.
4. Хлівна О. М., Гуцало А. Р. Специфіка проявів розладів у зрілої особистості. *Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні*. Луцьк, 2017. С. 148–154.

СТАТТЯ 3

ПЛАСТИКО-КОГНІТИВНИЙ ПІДХІД В. НІКІТІНА У ПСИХОЛОГІЇ ТІЛЕСНОСТІ

Богдана Шмига, студентка факультету психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Олександра Хлівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики

Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Становлення культу сексуального атлетичного тіла та інформаційного перевантаження в соціумі призвело до втрати чутливості, єдиного цільного зв'язку між тілом та духом, штучного створення розподілу функцій фізичного та психічного. Сьогодення створює «техно-людей», зовнішньо і внутрішньо відчужених, роз'єднаних з власними відчуттями тілесного та інтелектуального, що регламентують загальноприйнятими законами й правилами поведінки та зовнішнього вигляду. Збільшення кількості розладів «образу тілесного Я», порушень харчової поведінки, тривожних та психічних розладів, неврозів, випадків психосоматики й фізичних хвороб є цьому доказом. У людини третього тисячоліття втрачається здатність природного регулювання функцій психіки, емоцій та тіла. А «нездоров'я» стає нормою не лише у звичайного населення, а й в очах лікарів та психотерапевтів.

В. Нікітін усвідомлюючи обмеженість терапевтичних підходів, необхідність приймати одні й відхиляти інші способи психотерапії, із цією проблемою звернувся до філософського пізнання, поклався на індивідуальний досвід та інтуїцію. Пластико-когнітивний підхід став

для автора такою формою інтуїтивного пізнання психіки, що за А. Бергсоном здійснюється трьома типами дії: «постановка проблеми, виявлення справжніх природних відмінностей, схоплювання реального часу».

Пластико-когнітивний підхід – це методологічна модель, за допомогою якої здійснюються дослідження та аналіз процесу переходу свідомості людини з одного стану в інший, яке отримало в філософії постмодернізму назву «трансгресивного переходу» [2]. Трансгресія – термін неklasичної філософії, фіксує феномен переходу непрохідної межі, перш за все – межі між можливим і неможливим [4]. Форми трансгресії залежать від культурно-історичного досвіду, найвідоміший із них – медитація. Основні положення пластико-когнітивного підходу тілесно-орієнтованої арт-терапії автор обґрунтовує трьома напрямками: феноменологічною теорією пізнання тіла, східними філософськими традиціями дзен-буддизму та індуїзму. Уявлення про структуру методу складалося в процесі дослідження абсурдних і парадоксальних дій, що запропоновані для опису трансгресивного зсуву у свідомості людини в момент отримання нового знання.

Пластичний компонент даного підходу вивчає процеси переходу психіки з одного якісного стану в інший, когнітивний вказує на спосіб вивчення психіки, здійснюваний за допомогою мислення. Спираючись на власний досвід та емпіричні дослідження в різних областях природознавства автор стверджує про можливість цілісного та гармонічного розвитку особистості в умовах сучасного технологічного суспільства.

Пластико-когнітивний підхід розглядає дії та прояви людини як відображення єдиної тілесно-психічної сутності. Тіло виступає універсальним посередником між свідомістю та підсвідомістю, завдяки якому людина пізнає свою першочергову природню сутність. Психіка ж у вигляді інтуїції та інтелекту контролює правильність вибраного шляху, закріплює позитивний результат дії та розвивається виключно на інтеграційній, цілісній основі разом із іншими психофізичними функціями людини [2].

В. Нікітін розглядає тілесну свідомість взаємодією трьох аспектів: біологічного (генетичної детермінанти), соціального та культурного (факторами навколишнього середовища). Автор не приймає теорію одного впливу, що домінує, а говорить про людину як самоналаштований, самовідновлювальний біологічний організм відкрити до взаємодії природних та соціальних явищ, залишаючись при цьому філогенетично залежним і анатомо-морфологічно конституційно зумовленим об'єктом [1].

Пластичність людського організму є наслідком адаптивної поведінки, обумовленої високим рівнем розвитку тілесних та когнітивних функцій, розлад яких є наслідком втрати здатності до спонтанної чуттєвої поведінки. Поява соматичних, психосоматичних, неврозоподібних та психопатичних станів пов'язана із низьким генетично заданим порогом активності лімбічної й ретикулярної систем та деструктивним психогенним й екологічним середовищем.

Пластико-когнітивний підхід В. Нікітіна використовує у тілесно-орієнтованій терапії такі методичні прийоми, що припускають цілісне включення всіх функцій людини у реальний акт дієвого проживання та знімають ригідні несвідомі установки, включаючи вроджені механізми розвитку та адаптації.

При пошуку методів та методик арт- і тілесно-орієнтованої психотерапії для впливу на психіку та тіло людини автор керується поняттями «норми» й «не норми», що в першу чергу залежать від етно-культурного досвіду. А отже дає змогу зрозуміти випадки допустимих границь норми, або їх порушення. Це дає відповідь на питання: яка функція відводиться терапевтичному процесу – розвитку чи корегування.

За М. Фельденкрайзом пластико-когнітивна терапія – це усвідомлення за допомогою руху, що розгортає тілесно-емоційно-когнітивні особливості особистості.

Структура діагностики цього підходу складається із двох блоків: проєктивних художніх тестів (методи візуального, вербального та невербального семантичного диференціала, «Образ себе», «Тілесний стан», «Автопортрет», «Намалюй людину») та тілесно-орієнтованих тестів («Імпульсивний рух», «Хвильовий рух», «Спонтанний танець»).

В скринінгових методах діагностики пластико-когнітивної терапії особливу увагу автора отримують методи визначення, опису та аналізу невербального семантичного простору. Методики «невербального семантичного радикала» дозволяє зіставити чинні еталони «норм» поведінки в різних етно-культурних групах та дають змогу визначити рівень етичного та естетичного розвитку особистості.

Особливу увагу В. Нікітін приділяє значущості стану суглобів та м'язових фасцій для фізичного та психічного розвитку, для чого розробив перший в країні тест пластичності суглобів, що дозволяє провести оцінку рівня розвитку й стану суглобів для людей повноцінних, здорових з точки зору критеріїв мануальної терапії та ортопедії. Дослідження показників психомоторних якостей людини, характеру

зв'язку тілесних та психічних функцій підтвердили гіпотезу про практично нескінченні потенційні можливості індивідуальності у фізичній сфері [1].

Техніки тілесно-орієнтованої та арт терапії у пластико-когнітивному підході можна поділити за двома ознаками:

– За способом виконання. Пластико-драматичні прийоми (техніки пантоміміки, розвитку дрібної моторики та розвитку пластичних функцій), комунікативні ігри («Змійка», «Море хвилюється...», « Земля – повітря», «Акула та рибки», «Неваляшка» та інші) та техніки виразного руху (психодраматичні прийоми, театр сенситивності).

– За впливом на психіку та тіло. Парадоксальні прийоми – посилюють, обмежують, руйнують і сублімують деструктивні стереотипні форми репрезентації суб'єкта (техніки «Маска», «Абракадабра», «Гротеск» і інші), провокативні – можуть бути представлені у вигляді драматичних, музичних чи художніх образів, руйнують звичні емоційно-чуттєві та когнітивні способи реагування (техніки «Блазень», «Дуель» й інші), рефлексивні – фокусують увагу суб'єкта на сприйнятті і переживанні свого внутрішнього світу (техніки «Тайцзицюань», «Пластикодрама», «Театр абсурду» (за п'єсами С. Беккета), «Епічний театр» (за п'єсами Б. Брехта) і інші).

Таким чином, терапія пластико-когнітивного підходу суттєво відрізняється від пластико-драматичних, тілесно-орієнтованих та арт тренінгів, та має на меті складання унікального плану терапії для особистості чи групи.

Основним фактором психофізичного розвитку людини під час терапевтичної роботи є поступовий перехід від нижчих рівнів тілесної свідомості до вищих. У пластико-когнітивній терапії їх вирізняють п'ять:

- зміна типових соціокультурних стереотипів руху;
- формування нового стереотипу стилізованості руху;
- поява відчуття психофізичної цілісності;
- наповнення рухових актів емоційно-чуттєвим та смисловим змістом;

– поява відчуття «безтілесності» у стані трансцендентального переживання – є кінцевим етапом розвитку та свідчить про повноту, цілісність, та чуттєву єдність тілесно-психічних функцій [3].

Література

1. Никитин В. Н. Енциклопедия тела. Москва: Алетея, 2000. 622 с.

2. Никитин В. Н. Онтологія телесності. Смысли, парадокси, абсурд. Когито-Центр, 2006. 320 с.
3. Хлівна О. М., Магдисюк Л. І. Психологія тілесності: конспект лекцій. Луцьк, 2021. 70 с.
4. Ковалів Ю. І. Літературознавча енциклопедія: у 2 т. Київ: ВЦ «Академія», 2007. 496 с.

СТАТТЯ 4

МОЖЛИВОСТІ ТАНЦЮВАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В КОНТЕКСТІ МЕТОДІВ ПСИХОЛОГІЇ ТІЛЕСНОСТІ

Варвара Харьковська, студентка факультету психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;
Олександра Хлівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки.

В сучасній психології тілесності та тілесно-орієнтованій психотерапії стверджується думка про те, що тілесні рухи людини дають про неї значно більше інформації, ніж всі інші джерела та методики вивчення. В манері людини рухатися закладено вплив дитинства, друзів, батьків, виконаної роботи, переживання внутрішніх конфліктів та різних стресів. По рухах ми можемо визначити настрій та характер людини, з якою відбувається спілкування. Це все тому, що особливості фізичного аспекту життя міцно взаємозв'язані з психологічними аспектами. Кожен рух людини відображає її особистісні особливості [2, 3, 4].

Танцювально-рухова терапія – це один із сучасних методів психотерапії, зокрема тілесно-орієнтованого спрямування. Даний напрям використовує рух і танець як головні стимулятори психотерапевтичної роботи [3]. В основі цього методу лежить розуміння руху людини як проїв власних почуттів, які важко вербалізувати. Танцювальна терапія є ефективною в роботі з розкриттям прихованих емоцій, які зумовлюють

фізичні блоки у тілі. Вона дозволяє вступити в контакт з власним тілом, навчитися його відчувати, тим самим глибинно пізнати себе та своє тілесне Я.

Танцювально-рухова терапія займає прикордонну область між танцем і психотерапією, переслідуючи завдання цілісного розвитку особистості і впливаючи на всі сфери особистості: інтелектуальну, емоційну, тілесну [1]. Така психотерапія є корисною та унікальною, бо дозволяє людині виражати свої переживання через танець, якщо попередній досвід був настільки травматичним, що вона не може про нього говорити. Тому даний метод часто використовується:

1) в роботі з людьми, які пережили насильство, сексуальні домагання та зґвалтування та інші кризові стани і психічні травми;

2) у роботі з людьми із фізичними вадами для підвищення своєї самооцінки, навчанню балансу і координації [3];

3) також як допоміжний чи основний метод для психокорекції стосунків у сімейних парах;

4) для психокорекції клієнтів з проблемами в спілкуванні;

5) в роботі з психологічними проблемами літніх людей, дітей чи підлітків;

6) для психокорекції людей з різноманітними психоемоційними розладами;

7) для психокорекції людей з різноманітними психоемоційними розладами тощо.

Танцювальна терапія передбачає вирішення щонайменше п'ятьох завдань. Одним з них є поглиблення усвідомлення власного тіла і можливостей його використання, що призводить до покращення фізичних і емоційних станів людини. Друге завдання полягає в посиленні почуття власної гідності шляхом вироблення більш позитивного образу тіла і підвищення як тілесної, так і загальної самооцінки особистості. Танець дозволяє зробити образ свого тіла більш привабливим, що напряду пов'язано з формуванням більш позитивного «Я-образу» [1].

Наступна сфера ефективного застосування танцювальної психотерапії – використання для розвитку соціальних навичок. Завдяки танцю особистість може мати змогу побудувати зв'язки з оточуючими, знайти власний стиль в спілкуванні й навчитися легко та цікаво самовиражатися. Ще одним завданням, як відмічають танцювальні психотерапевти, є навчити особистість вступати в контакт з власним тілом, знайти зв'язок між своїми рухами та почуттями, навчитися виражати свої емоції та звільнитися від них за допомогою своїх рухів.

Танцювально-терапевтична методика складається з фази клінічної підготовки і діагностики, також лікувальної й інтерпретаційної фази. Перша фаза складається зі спостереження за рухами клієнта, на основі яких надалі буде складатися план лікування. На другій фазі складається вже з аналізу раніше побачених рухів. За допомогою цього аналізу може бути отримана інформація про те, яка енергія, якість і динаміка, вкладені в рухах, і яким чином вони змінюються в процесі танцювальної терапії [4].

Для проведення танцювально-терапевтичної сесії психотерапевти, які працюють в цій галузі, використовують різні структури її проведення. Одним із прикладів є структура Меріан Чейз, яка складається з розігріву, теми та висновку. Проте більшість практиків використовує систему американського танцювального терапевта Марсії Левенталь. Вона містить: 1) фізичний і психічний розігрів, що розслаблює фізичне і психічне напруження для того, щоб пацієнт зміг розкритися; 2) схему, котра пропонується терапевтом або самим пацієнтом; 3) зосередження навколо головного – робота з установками; 4) закінчення – спільний танець [4].

Танцювальні терапевти також працюють з диханням людини, її тілесним якорем та тілесною картиною. Люди, що прийшли на терапію, дуже часто мають проблеми з диханням; вдих може бути в них поверхневим, а видих скороченим. Завданням танцювального терапевта в таких ситуаціях є навчити клієнта правильно дихати на повні легені, тим самим заспокоїти його та відновити природній ритм дихання. Тілесний якір – це те, як людина твердо стоїть на ногах. Він відповідає за впевненість особистості. Терапевти, які працюють з порушеннями в цій сфері, мають навчити клієнта впевнено стояти на ногах тим самим отримавши внутрішній спокій та стабільність. Тілесна картина – це те як людина розуміє власне тіло та її реакції на це тіло. Порушена тілесна картина показує порушення розуміння «Я», тому робота з тілесною картиною є вищою задачею танцювальної терапії.

Отже, за допомогою танцювальної терапії можна провести психодіагностику особистості, виявити стереотипи руху, м'язеві затиски, проблемні тілесні та психологічні зони; зменшити тривожність, агресивність, внутрішню напругу; опанувати внутрішній спокій та впевненість; розвинути нові рухи, що сприяють: ефективній взаємодії із собою, світом, людьми, зміні стилю комунікацій з оточуючими, формуванню вміння усвідомлювати свої й чужі бажання, почуття, вчинки за допомогою аналізу рухів [3].

Танцювально-терапевтична методика сприяє розвитку індивідуальності, її розумінню себе, прийняттю свого тіла та себе як особистості.

Література

1. Прокоф'єва О. О., Ковальова О. В., Варіна Г. Б., Кочкурова О. В. Практикум із групової психокорекції: підручник. Мелітополь: Видавничо-поліграфічний центр «Люкс». 2020. 465 с.
2. Вишпольська А. О. Танцювальна терапія як засіб розвитку самооцінки у юнаків. Київ: Національний авіаційний університет. 2020. С. 2.
3. Чорна І. М. Теоретико-аналітичний огляд потенціалу застосування психотерапевтичного методу танцювальної терапії в роботі психолога. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки*. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2017. Вип. 6 (51). С. 286–293.
4. Хлівна О. М., Магдисюк Л. І. Методичні рекомендації до курсу «Психологія тілесності». Луцьк: ПП Іванюк В.П., 2021. 71 с.

СТАТТЯ 5

(публікація 2019 року)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОМОТОРИКИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ЇЇ ОСНОВНИХ ПОРУШЕНЬ

Софія Полікарчик, студентка 31 групи факультету психології та соціології, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки;

О. М. Хлівна, кандидат психологічних наук, доцент, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки.

У статті представлено теоретичний аналіз особливостей психомоторики в сучасній клінічній психології. Охарактеризовано основні порушення психомоторики, зокрема, їх ознаки та прояви.

Ключові слова: клінічна психологія, психомоторика, психомоторні розлади.

Актуальність теми. Вивчення прояву психомоторики сьогодні є важливою та складною проблемою практичної психології. Актуальність дослідження підтверджує й той факт, що відомі дослідники І. М. Сеченов та П. Ф. Лесгафт указали на важливість наукової розробки та розвитку психомоторних здібностей людини як єдності її фізичної й психічної сфер [3]. Дослідження проблеми психомоторики в цілому містяться в працях таких відомих науковців, як Є. П. Ільїн, В. В. Клименко, В. П. Озеров, А. Л. Сиротюк, О. О. Ухтомський та ін.

Психологічні дослідження з проблем психомоторики нині вирізняються багатоаспектністю, як наслідок, термін «психомоторика» трактується по-різному. Зокрема, існують наступні визначення: психомоторика – це основний вид об'єктивізації психіки в сенсомоторних, ідеомоторних та емоційно-моторних реакціях [1]; здатність людини відображати об'єктивну інформацію про свою рухову діяльність, точно контролювати свої рухи і ефективно керувати ними [3]; 3) об'єктивізація всіх форм психічного відбиття через м'язові рухи [2]. Учені вважають, що в моторній організації людини, у її поведінці, діяльності, мові відображено практично всю її характеристику. Виходячи з цього, виділяють такі основні особливості психомоторики: механізми психомоторики щоразу формуються під час рухової дії; живий рух здатний на стільки форм траєкторій у просторі, скільки існує в природі форм предметів, з якими людина має змогу взаємодіяти; живий рух визначає форма того предмета, з яким взаємодіє людина; структурно-анатомічна будова психомоторики не запрограмована на якийсь один чи кілька способів дій, і саме тому людина здатна до будь-якої за складністю рухової дії.

М. О. Гуревич класифікував моторну сферу та розділив її на 5 груп: 1) за керівними рухами (прості, рефлексорні, автоматичні, свідомі); 2) за зв'язком із зовнішнім середовищем (заборонені рефлексії, виразні, робочі та продуктивні рухи); 3) за суттю (енергія, сила, точність, послідовність, плавність); 4) за кількістю (багатство або бідність рухів, тривалість, одночасність виконання декількох рухів); 5) з погляду цільової установки (побутові, трудові).

Під час захворювань, насамперед психічних, можуть виникати різноманітні загальні або часткові порушення психомоторики. Виразні розлади психомоторики можливі в разі психомоторного збудження та ступору, афектних станів. Окремим випадком порушень психомоторики є нав'язливі рухи і дії (говоріння уві сні, сомнабулізм).

Психомоторні розлади – це порушення складної рухової поведінки, яке може виникнути при різних нервових і психічних захворюваннях. Психомоторні розлади діляться на розлади, які супроводжуються зменшенням об'єму рухів (гіпокінезії), збільшення обсягу рухів (гіперкінезії) і мимовільні рухи, які є частиною зазвичай плавних і контрольованих рухів (дискінезії).

До гіпокінезії відносять різні форми ступору – розлади психіки у вигляді пригнічення всієї психічної діяльності, в тому числі рухів, мислення й мови. У науковій літературі описуються наступні види ступору: 1) депресивний ступор (меланхолійне заціпеніння) – туга, нерухомість; 2) галюцинаторний ступор – виникає при галюцинаціях; 3) астеничний ступор – млявість і байдужість до всього; 4) істеричний ступор – хворий може днями лежати нерухомо і не реагувати на звернення; якщо змусити піднятися, він чинитиме опір; 5) каталептичний ступор (воскова гнучкість) – це стан, при якому у хворих виникає здатність зберігати на тривалий час надану ним позу. Крім того, до гіпокінезії відноситься такий стан, як аутизм – повне мовчання, коли хворий не відповідає на питання і не вступає ні з ким у контакт. Акінезія – повна відсутність рухів – органічні паралічі, контрактури, різні види ступору, істеричний мутизм. Паракінезія – непотрібні, безглузді, часто стереотипні рухи (перебирання пальцями, стискання їх у кулак, погладжування, биття). Гіперкінезія – сюди відносяться і мимовільні зайві рухи (тремор, судомні напади) і патологічні автоматизовані рухи (наприклад, тики), а також напади істеричних судом.

Висновки та перспективи подальшого дослідження. Таким чином, порушення психомоторної активності мають велике значення при різноманітних психічних розладах, а також велике діагностичне значення у психіатрії та неврології. Виходячи з аналізу психологічної літератури можна зробити висновок про те, що прояв психомоторики важливий у всіх сферах життєдіяльності особистості. Перспективним вважаємо подальше емпіричне вивчення психомоторики та її порушень.

Література

1. Загальна психологія: підруч. для студентів вищ. навч. закладів / за заг. ред. акад. С. Д. Максименка. Київ: Форум, 2002.
2. Никандров В. В. Психомоторика: учебное пособие для вузов. Санкт-Петербург: Речь, 2004. 14 с.
2. Озеров В. П. Психомоторные способности человека. Дубна: Феникс, 2002. 320 с.

СТАТТЯ 6
(публікація 2011 року)

**ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФОРМУВАННЯ ГАРМОНІЙНОГО
ТІЛЕСНОГО «Я» У СТУДЕНТСЬКОМУ ВІЦІ**

Наталя Юріївна Мартинюк, студентка
факультету психології;
Науковий керівник: кандидат психологіч-
них наук, доцент **Олександра Миколаївна**
Хлівна

Актуальність дослідження. Ставлення людини до тіла сьогодні зазнає істотних трансформацій, однак, не зважаючи на велику кількість спеціальної літератури та видань науково-просвітницького та популярного характеру, в яких багато говориться про те, як піклуватись про своє тіло, як зменшити або збільшити вагу, як правильно харчуватись, щоб залишатися здоровим. Значно менше уваги приділяється можливостям вирішення проблем особистісно-психологічного характеру у відносинах зі своїм тілесним Я, тому сучасна людина все сильніше відчуває розмежування між своєю особистістю і власним тілом, що погіршує загальну картину фізичного, психічного, емоційного і соціального здоров'я.

Тілесне Я людини є одним з найважливіших компонентів загального Я-образу, так як тіло ми можемо спостерігати і оцінювати постійно. На думку дослідників у галузі психології тілесності, здорове тіло передбачає рухливість тілесного Я при незмінній тілесній схемі, внутрішній стрижень, реалістичність власного тілесного образу [1].

У психології існують різні підходи до визначення місця і ролі тілесного Я в структурі особистості – від майже повного виключення її зі структури самосвідомості до розгляду тілесного Я як одного з провідних факторів організації психіки (хоча очевидною є перевага у бік першого підходу). Представники класично-орієнтованої психотерапії, такі як: В. Райх, О. Лоуен, М. Фельденкрайз, М. Александер та інші, зробили неймовірно великий внесок у дослідження тілесності: значимість для психологів має біоенергетична концепція Лоуена та моделі тілесного блокування Райха та тілесної інтеграції І. Рольф тощо [2]. Яскравим сучасним представником у тілесно-орієнтованій психотерапії є В. Нікітін, який розробив пластико-когнітивний підхід, цим самим

розширивши наші уявлення про можливості психокорекції та розвитку тіла в молодіжному середовищі, в дорослому віці тощо.

Отже, не дивлячись на досить широке та глибинне дослідження тілесної свідомості особистості, ця проблема й до сьогодні має спірні та не вирішені питання, які потребують більш глибокого і різнобічного аналізу, чим і зумовлений вибір нашої теми дослідження.

Об'єкт дослідження: гармонійне формування тілесної свідомості.

Предмет дослідження: формування гармонійного тілесного Я у різних осіб.

Мета дослідження: полягає у дослідженні змісту структурних компонентів тілесної свідомості, розкритті її соціально-психологічної природи та визначенні методів її психокорекції та психопрофілактики.

У відповідності до мети у роботі поставлені наступні завдання:

1. Провести теоретичний аналіз науково-психологічної літератури з даної проблеми;

2. Підібрати відповідний тестовий інструментарій для проведення експериментального дослідження та здійснити кількісний та якісний аналіз отриманих результатів.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і систематизація науково-теоретичних та методичних джерел; емпіричні методи.

База дослідження: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, факультет психології. У дослідженні брали участь 50 студентів (з них 49 осіб жіночої статі та одна особа чоловічої статі).

Аналіз останніх досліджень з проблеми. Дослідження моделей розвитку самосвідомості включає розгляд феномену образу тілесного Я та ролі образу тіла в структурі самосвідомості людини. Розвиток тілесно-орієнтованих теорій призвів до виникнення уявлень про тіло та образ «Я». У роботах С. Фішера та С. Клівленда через поняття «межі образу тіла» було показано стійкий зв'язок між ступенем визначеності образу тілесного Я і особистісними характеристиками індивіда. Порушення уявлень про кордони образу тіла свідчать про слабку автономію, високий рівень особистісного захисту, невпевненість в соціальних контактах. Більшість авторів, які досліджують психотичні порушення в сприйнятті образу тілесного Я, відзначають посилену увагу щодо аналізу фізичного образу, який може викликати стан фрустрації, тривоги, соціальної дезадаптації та декомпенсації тілесного аспекту особистості.

Переживання фізичної неповноцінності ускладнює спілкування, перешкоджає адаптації індивідуума в соціальному житті. На думку К. Клейст, спотворення образу тілесного Я супроводжується знижен-

ням «почуття Я» та призводить до деперсоналізації. Згідно позиції А. Меграбут, свідомість власного тіла є синтезом самосприйняття і слугує механізмом відділення Я від зовнішнього світу. Порушення цього механізму може привести до деперсоналізації з втратою «почуття Я».

Висновки. Таким чином, проаналізувавши теоретичні концепції та емпіричні дослідження у вітчизняній та зарубіжній психології та психотерапевтичній літературі присвяченій питанню вивчення змісту образу тілесного Я, ми бачимо наскільки важливим є дослідження.

Список використаних джерел

1. Александрова Т., Кондратець Д. Через систему цінностей до гармонійного розвитку особистості. *Сільська школа України*. 2006. Верес. (№ 25/26). С. 13–16.
2. Давыдова Г. И., Семенов И. Н. Эволюция «Образа Я» личности в рефлексивном диалоге. *Мир психологии*. 2009. № 4. С. 149–159. Библиогр.: С. 158–159.
3. Хватов И. А. «Образ Я» и «Я-концепция» человека в контексте эволюции психического отражения. *Мир психологии*. 2009. № 4. С. 164–173. Библиогр.: С. 172–173.

СТАТТЯ 7

(публікація 2006 року)

ТІЛЕСНЕ ЗДОРОВ'Я ЯК ФЕНОМЕН ПСИХОЛОГІЇ

Олександра Хлівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики.

Психологія, повсякчас невпинно розвиваючись, намагається науково пояснити сутність психологічних проблем людського життя, розширити простір існуючих психологічних категорій і понять, більш глибоко і більш детально висвітлити зміст психологічних феноменів, довести свою «життєздатність» і перспективність. Заявляються численні нові галузі психології, інтенсивніше розгортаються процеси інтеграції і диференціації у сфері психологічного знання. Психологи-науковці говорять про сучасну дуже розгалужену систему наукових дисциплін як про «дерево» психологічної науки, коріннями якого є філософські

проблеми психології (методологія психології), а основу становлять історія психології та загальна психологія.

Прогнозуючи розвиток існуючих та появу нових галузей психології у сучасному світі, хочемо виділити формування новітнього напрямку досліджень – психологію тілесності. Предметом цієї психології виступають закономірності розвитку тілесності людини на різних етапах онтогенезу, а також її структура і психологічні механізми функціонування в якості людського, тобто культурно детермінованого феномену в нормі і патології; умови і фактори, які впливають на формування нормальних і патологічних явищ тілесності; механізми підтримання і відновлення індивідуального тілесного здоров'я.

Новостворена галузь психології перебуває на початковій стадії створення власної теоретичної концепції і відповідної до неї експериментальної бази дослідження (В. В. Ніколаєва, Т. М. Титаренко, П. Д. Тищенко, А. Ш. Тхостов), хоча фундамент для цього напрямку закладений вже давно в історії психології у формі взаємовідношень психічного і фізичного, душі й тіла, психічних і фізіологічних процесів. З'ясування характеру взаємовпливів «фізичної» і «психічної» субстанцій людини розв'язується сучасними психологами таким чином: «Безперечно, психічне не повинне розглядатись окремо від фізіологічного, але воно (психічне) відмінне від нервової діяльності. Мова має йти про психофізичну єдність, в якій і психічне, і фізичне зберігають свої специфічні якості, в якій поєднуються органічно-функціональна залежність психіки від мозку, від нервової системи й вихід психіки за межі внутрішньо-органічних відношень завдяки її зв'язку з об'єктом, із зовнішнім світом, що існує незалежно від неї і який вона відображає. Тілесна функція не є простою відповіддю на психічну діяльність, на взаємодію суб'єкта з об'єктом. Вона сама є єдністю психічного й фізіологічного» [3, с. 200]. В цьому ж джерелі далі: «Психологія не може не вивчати цей інтимний зв'язок між фізіологічними реакціями та внутрішнім психічним життям людини, взаємодію між ними» [3, с. 201].

Набуваючи самостійності, психологія тілесності має враховувати дані суміжних наук. Оскільки за класифікацією і схемою Б. Кедрова, психологія знаходиться всередині трикутника, вершинами якого є 1) природничі, 2) соціальні, 3) філософські науки, то психологія тілесності, зокрема, знаходить теж тісний зв'язок з даними галузями і враховує їх досягнення. Тіло, тілесність більшою чи меншою мірою цікавили і природничу галузь, і гуманітарну. Для першої ці категорії

завжди мали стійкий і безпосередній інтерес: «Дійсно, що стосується вивчення людського тіла в межах природничої парадигми, то напевно можна обмежитися коротким списком, перераховуючи ті галузі наукового знання, в яких воно є предметом дослідження в тих чи інших вимірах: анатомія і фізіологія, антропологія і біомеханіка, сексологія і гігієна... Тіло як матеріальний субстрат, значимий для вивчення і розуміння психічних процесів, розвитку людської свідомості, все більш широко вивчався психосоматикою, психофізіологією, тисячоліття нараховує практична “робота” з тілом в галузі медицини, оздоровчих технологій і т. д. Словом, для “наук про природу” людське тіло, за абсолютно зрозумілими причинами – предмет давньої і прискіпливої уваги, предмет, в прямому і переносному значенні розібраний “до кісточок”, хоча й досі значною мірою незрозумілий і загадковий» [1, с. 86].

Спеціалісти в галузі соціології, філософії, культурології, хоч подекуди звертаються до осмислення проблеми тілесного, але в більшості ситуацій вона залишається для них периферійною. Традиційно людське тіло як біологічний феномен виступає предметом природничого пізнання і мало значиме в сфері культури. Але, не дивлячись на такий стан, а можливо і, тим більше, саме психологія тілесності повинна взяти на себе акумуляцію цих зв'язків, цих аспектів і спиратись на ті незначні, але наявні наукові розробки. Конкретизуючи схему наукових зв'язків Б. Кедрова, трикутник набуде такого вигляду:



В психології тіло розглядається в декількох аспектах: тіло і соціальна атрибуція, тіло і Я-концепція, тіло і успішність самореалізації, тіло як культурний об'єкт, тіло як об'єкт самотерапії. Вивчення українськими дослідниками феномену тілесності людини здійснюється в контексті проблеми життєвого шляху особистості, життєвого самови-

значення старшокласників, конструювання випускниками сценаріїв майбутнього, статевої ролі, тілесної ідентичності і т. ін. Цікавим, ґрунтовним і продуктивним в цьому напрямку є дослідження А. Ю. Рождественським ролі тілесної компоненти в успішності досягнення особистістю мети власної життєдіяльності [5]. Провівши теоретичний аналіз феноменології тілесності і життєвого самовизначення, автор сформулював робочу сітку понять, зокрема, таких, як: тілесність (якісна визначеність фізичного буття особистості), тілесний потенціал (дана за способом буття особистості латентна можливість реалізації тілесності), рефлексія тілесного потенціалу (процес усвідомлення особистістю власного життєвого досвіду), що складають змістовну характеристику даного феномену.

Теоретичне значення досліджуваних реальностей полягає також у виявленні *трьох* типів саморефлексії тілесного потенціалу – вітального, конформного, особистішого та їх кореляції відповідно з трьома способами конструювання старшокласниками життєвих проєктів – аморфного, фрагментарного, структурованого. Знаючи проблеми сучасної психологічної діагностики, вкажемо і на практичне значення роботи. Це, в першу чергу, розробка і стандартизація методики діагностики рівня сформованості у старшокласників здатності до саморефлексії тілесного потенціалу (ОСТП – опитувальник саморефлексії старшокласників тілесного потенціалу), а також встановлена і побудована система засобів фіксації досліджуваних реальностей у формі цілісної психодіагностичної процедури. Отримані результати можуть активно використовуватись у контексті вікової та педагогічної психології, індивідуальному консультуванні.

Ще одне цікаве дослідження, проведене Н. М. Терещенко під керівництвом професора М. С. Кочаряна у рамках НДР «Розвиток особистості в нормі та патології: тендерний аспект, програми психотерапії» і, зокрема, стосується вивчення особливостей структури, функції і формування статево-рольової структури тілесної ідентичності. Наукова новизна дослідження полягає в наступному: встановлено змістовний (визначається статево-рольовою символікою тіла і його частин) і емоційнооцінний (являє собою задоволеність тілом, психологічним конструктом навантаженим статево-рольовою семантикою) аспекти тілесної ідентичності; уточнено і доповнено типологію жіночої статево-рольової ідентичності тілесним рівнем; уперше визначена психосемантична структура задоволеності власним тілом у жінок, що включає соціальну задоволеність, задоволеність еротичною

привабливістю, задоволеність сексуальністю; специфіковано психодіагностичну карту особистісних статево-рольових утворень дівчат 18–20 років [6]. В роботі вирішено завдання розробки і апробації програми групового статево-рольового тренінгу для дівчаток старшого та підліткового віку, що мають проблеми в прийнятті жіночої тендерної ролі, задоволеності зовнішністю, спілкуванні з протилежною статтю та т. п. Програма орієнтована на психокорекцію статево-рольових утворень особистості, її поведінки, є терапевтично ефективною і може мати відповідне використання.

Нас також сьогодні приваблює проблема психології тілесності, але, можливо, виходячи трохи з іншого підґрунтя. Ініціювання цього інтересу зв'язане швидше з медичною психологією, а також з акмеологією. Аналіз та сучасне наукове досягнення психологічної підготовки майбутніх спеціалістів (психологів, медиків) у вищих навчальних закладах показав, що: 1) постійно зростає значення комплексу медико-психологічних знань і медичної психології як навчальної дисципліни; 2) інтенсивніше вивчаються проблеми особистості і здоров'я, пропонуються нові моделі здоров'я і хвороби, ключовий в медичній психології термін «внутрішня картина хвороби» витісняється новим – «внутрішня картина здоров'я»; 3) виокремлюється новітнє наукове спрямування – психологія здоров'я, яке ще не інтегрувалось з медичною психологією. Все це зумовлює необхідність нової оцінки предмету медичної психології та розширення простору її предметного поля, що висвітлено нами в іншій статті [7].

Вивчаючи науковий доробок з психосоматики (К. Уїлбер, Ф. Александр, В. Любан-Плоцца, К. Сельченко, Д. Н. Ісаєв), патопсихології (Л. Ф. Бурлачук, В. С. Братусь, Б. В. Зейгарнік, М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, Б. С. Мар'єнко), тілесно-орієнтованої терапії (О. Лоуен, М. Фельденкрайс, В. Н. Нікітін) психології здоров'я (І. В. Дубровіна, О. С. Васильєва, Ф. Р. Філатов, В. С. Никифоров, О. В. Корнієнко, О. Д. Богучарова), психології індивідуально-типологічних відмінностей (Е. Кречмер, У. Шелдон), ми зрозуміли необхідність нового погляду на проблему здоров'я і хвороби людини, відображення стану здоров'я у свідомості людини, на проблему тілесного здоров'я, на вироблення індивідуальних концепцій здоров'я. Очевидною виступила велика значущість саноцентричного підходу (на відміну від патоцентричного), валеологічної парадигми, концепції внутрішньої картини здоров'я. Але, водночас, ми зіткнулись з великим термінологічним розмаїттям, неоднозначністю окремих виділених різними авторами

критеріїв психічного здоров'я, широким спектром нетрадиційних оздоровчих практик та психологічних методів зміцнення здоров'я людини, складністю оцінки психологічного потенціалу здоров'я тощо. Останнє спонукало нас до пізнання акмеологічної науки та спроби оцінки зазначених питань через акмеологічну постановку проблеми. Значимими для нас в цьому плані виявились дослідження енергопотенціалу людини, механізмів відновлення і накопичення нею енергії, зв'язку між кількістю енергії, психічними станами та рівнями здоров'я. І хоча поняття «енергії» і «енергопотенціалу» поки що не увійшли в загальний вжиток науковців-психологів, все-таки окремі в цьому плані роботи виконані і привертають нашу увагу. Так, український психолог В. В. Клименко виділив п'ять станів енергопотенціалу і відповідно рівнів здоров'я:

1) оптимальне; 2) стан норми; 3) втоми; 4) перевтоми; 5) виснаження. За основний критерій здоров'я людини взято рівень енергії. Перші три стани автор вважає перманентними, їх точна диференціація можлива методами психодіагностики. Останні два знаходяться на межі норми і патології.

Аналізуючи критерії здоров'я, які за тривалу історію накопичило людство (здоровий дух в здоровому тілі, душевне здоров'я забезпечує душевний стан, єдність тіла і духу, здоров'я – визначена цінність людини, здоров'я умова творчості і т.д.), В. В. Клименко звернувся до класифікації станів здоров'я за Авіценою, уважно її проаналізував і запропонував свою (вищеназану) з точки зору сучасної психологічної науки. Авіценою були виділені такі стани:

1. Тіло здорове до межі;
2. Тіло здорове не до межі;
3. Тіло і не здорове і не хворе;
4. Тіло хворе, але швидко набирає сили;
5. Тіло хворе, але не до межі;
6. Тіло хворе до межі.

Як зазначає В. В. Клименко, «останні два стани здоров'я знаходяться в компетенції закладів охорони здоров'я. А перші чотири стани ніяку науку і практику не цікавлять: вони залишені на поталу долі, відповідно, вони повинні стати предметом психогігієнічного дослідження і практики розвитку здорової людини» [2, с. 485].

Також спонукою до аналізу досліджень потенціалу людини, його ієрархії та напрямків реалізації було одне із завдань професійної підготовки майбутніх психологів – це формування практичних навичок

активізації резервів клієнта у подоланні ним життєвих труднощів, криз, тяжких захворювань, внутрішніх суперечностей.

В результаті такого тривалого екскурсу з проблеми в проблему ми вважаємо актуальною розробку різних аспектів психології тілесного здоров'я, тілесної свідомості, тілесної самосвідомості, тілесної самооцінки на різних етапах онтогенезу. «Зону найближчого розвитку» феномену здоров'я, на нашу думку, складає психологія тілесності і її перспективні завдання, а саме:

- сприймання, трактування і оцінка людиною свого тіла, усвідомлення його значимості;

- підвищення рейтингу здорового тіла, фізичного благополуччя на шкалі особистісних цінностей і реальної практики реалізації таких ціннісних орієнтацій;

- розвиток психомоторної творчості в дитячому віці: координації, точності, влучності, спритності і пластичності;

- вивчення тілесного енергопотенціалу людини, механізмів використання внутрішньої та зовнішньої енергії;

- дослідження тілесної культури різних соціальних груп, виявлення стійких стереотипів свідомості щодо тілесного здоров'я, їх джерел і поширення;

- формування культури тіла як необхідної складової загальної та індивідуальної культури;

Без вивчення цих аспектів неможливо зрозуміти і пояснити різноманітні оздоровчі «тілесні практики», а також подолати поширений «тілесний негативізм» як на рівні суспільства, так і на рівні окремої особистості.

Організація та проведення таких досліджень буде зв'язана ще з одним перспективним завданням вже на рівні психодіагностики.

Галузі психодіагностики свідомості і самосвідомості використовуються основні традиційні і заново розроблені класи методик – стандартизовані самозвіти формі опису і самоопису, ідеографічні методики типу репертуарних решіток, проєктивні техніки та ін. У відомому виданні А. Анастасі (1982, Т. 2) ануються як найбільш популярні чотири типи діагностичних методик для діагностики самосвідомості: контрольний список прикметників Г. Гоха, класифікація В. Стефенсона, семантичний диференціал Ч. Осгуда, тест рольових конструктів Г. Келлі. Дані методичні засоби дозволяють виявити, як правило, глобальне самовідношення (самозадоволення): специфічні форми самовідношення до себе як до морального суб'єкта, до себе як до

члена сім'ї, диференційоване на самоповагу, аутосимпатію, самоінтерес і т. ін. Лише в деяких з них наявні шкали, що *диференціюють ставлення до власного тіла, зовнішності*. Тому у сфері діагностики тілесної свідомості та самосвідомості, потенційних поведінкових реакцій, зумовлених тим чи іншим тілесним Я-образом і тілесною самооцінкою – велике поле діяльності для конструювання і апробації методик, вироблення спеціального комплексу обслідування, обговорення можливостей і обмежень тих чи інших методів.

Таким чином, сьогодні актуальною є розробка моделі вивчення феномену тілесності з врахуванням:

- результатів нових фундаментальних досліджень у сфері медико-психологічних знань;
- нових спроб подолання історично закріпленої традиції протиставлення «тілесного» і «психічного», «людини тілесної» і «людини духовної»;
- акцентування на феномені здоров'я як повноцінному психологічному об'єкті і предметі;
- акцентування на феномені тілесності як на об'єкті соціально-гуманітарного знання.

Цікавою для нашої програми дослідження була б спроба порівняння наукових підходів до зазначеної тематики у польській психологічній науці. Думається, що ознайомлення з особливостями вивчення тілесної свідомості польськими психологами, виявлення відповідних соціальних установок і стереотипів у польських громадян, розробка спільних психологічних програм формування тілесної культури – відповідальне для професійних психологів завдання. Адже тілесна культура може розглядатись як критерій розвитку особистості і суспільства. Р. О. Позінкевич підкреслює: «Тілесна культура, що має таке істотне “відлуння” у формуванні особистості є прояв загальної культури і людини і суспільства. Чим вища загальна культура, освіченість, тим розвиненіша і тілесна культура. При цьому тілесна культура є невід'ємною нормою людського існування, а культивування, вдосконалення, оздоровлення, очищення тіла найважливішою внутрішньою потребою, свідченням високого культурного рівня всіх потреб [4, с. 131]. В контексті вищесказаного і в межах визначених цією статтею задач міркується важливим і необхідним розкриття нових аспектів тілесного як психологічного та соціокультурного феномену.

Література

1. Быховская И. М. Здоровье как практическая аксеология тела. *Мир психологии*. 2000. №1 (21). С. 82–90.

2. Механізми творчества. *Максименко С. Д. Общая психология.* Москва: «Реал-бук»; Київ: «Ваклер», 2000. С. 468–523.
3. Основи психології: підручник / за заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. 2-ге видання, стереотип. Київ: Либідь, 1996. 632 с.
4. Позінкевич Р. О. Освіта в системі культури: монографія. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. держав. ун-ту ім. Лесі Українки, 2000. 348 с.
5. Рождественський А. Ю. Рефлексія тілесного потенціалу в життєвому самовизначенні старшокласників: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 . Київ, 2002. 19 с.
6. Терещенко Н. М. Статеворольова структура жіночої тілесної ідентичності: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Харків, 2003. 19 с.
7. Хлівна О. М. Сучасне розуміння предмету медичної психології. *Психологічні перспективи.* Вип. 3, 2002. С. 24–28.

СТАТТЯ 8

(публікація 2005 р.)

СТАВЛЕННЯ МОЛОДИХ ЖІНОК ПОЛЬЩІ ТА УКРАЇНИ ДО ПРОБЛЕМИ АБОРТІВ

Марта Макара-Студзінська, кандидат психологічних наук, психотерапевт Люблінської медичної академії;

Олександра Хлівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Постановка проблеми. Необхідність у перериванні вагітності змушувала звертатися до такої практики здавна. Вона посвідчена у всіх культурах світу. Описи методів абортного втручання були знайдені ще у Древньому Єгипті і Китаї. Не дивлячись на негативне ставлення до штучного аборту зі сторони основних релігій, він практикувався з древніх часів. «Політика обмеження абортів має місце в Ірландії, мусульманських країнах, африканських країнах, розташованих поблизу

Сахари в Латинській Америці, ... в США, де в більшості штатів аборт дозволений законом з 1970 року, він залишається предметом гарячих суперечок на релігійному та етичному ґрунті» [1, 10]. Як правило, ці суперечки зв'язані з відповіддю на питання:

- який період вважати початком життя;
- чи має жінка абсолютне право розпоряджатися власним тілом;
- чи має батько право на відстоювання власної позиції щодо абортів;

- чи необхідна згода батьків на аборт неповнолітньої доньки тощо.

Питання абортів – це проблема, що стосується не лише жінок, які зважилися на переривання вагітності. Вона проявляється у різних сферах життя людини і суспільства, тому стосується кожної молодої людини і кожної держави. Аборт необхідно розглядати як багатоаспектний феномен (малюнок 1).



Рис. 1. Проблема абортів як багатоаспектний феномен

Ставлення до абортів у Польщі також належить до однієї із найсуперечливіших соціальних проблем. Правове врегулювання переривання вагітності неодноразово виносилося на розгляд діючого уряду країни. Політична заангажованість проблеми абортів у Польщі не сприяли глибокому аналізу громадської думки щодо цього. У зв'язку з цим проблема абортів надалі провокує багато емоційних і оціночних реакцій, саме тому вона й стала одним із завдань нашого дослідження, **загальна мета** якого полягала у порівнянні ставлення молодих жінок до абортів в умовах правового їх дозволу і заборони.

В країнах Західної Європи, а також в Росії, Україні, Азії і державах далекосхідного регіону аборт, в основному, дозволений. На Україні проведення абортів врегульоване діючим законодавством про охорону здоров'я, яке передбачає операцію штучного переривання вагітності за

бажанням жінки у акредитованих закладах охорони здоров'я при вагітності строком не більше 12 тижнів [3, 18]. Основами законодавства України також передбачено в окремих випадках аборт при вагітності від 12 до 28 тижнів за спеціальними соціальними і медичними показаннями. Звернемося до даних медичної статистики про кількість абортів за останні роки, наприклад, по Волинській області [2, 349].

Як видно з табл. 1, кількість проведених в 2000 році абортів значно знизилася в порівнянні з їх кількістю в 1995 року. Але, не дивлячись на зменшення числа абортів в порівнянні з попередніми роками, їх загальна кількість в порівнянні з цифрами народжуваності дітей на Україні все-таки значна. Майже кожній другій чи третій українській сім'ї (особливо після народження першої дитини) приходиться вирішувати питання переривання вагітності. Тому і для українських жінок, для української держави проблема ставлення до абортів теж не другорядна.

Таблиця 1

Кількість проведених абортів за десять років

Аборти	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Кількість абортів, тис.	15,5	11,3	10,6	9,8	8,5	7,9	6,8
на 1000 жінок у віці 15–49 років 100 пологів:	64,5	44,4	41,2	37,9	32,7	30,2	26,0
(включаючи мертворо- роджених)	94,2	82,2	78,5	75,9	67,4	67,2	57,4

Таким чином, виокремилось **основне коло завдань** нашого спільного дослідження:

- 1) виявити обізнаність польських жінок з діючим антиабортним законом;
- 2) проаналізувати і порівняти ставлення польських та українських жінок до проблеми абортів;
- 3) спрогнозувати поведінку жінок у випадку непланової вагітності.

Досліджувана група польських жінок включала 870 респондентів, українських – 620. Соціодемографічні відомості про вибірку вміщено у табл. 2.

Дослідження проводилося методом анкетування та напівструктурованого інтерв'ю. Анкета включала 24 питання. Жодна з опитуваних не відмовилася від заповнення анкети та відповідної бесіди. Предмет дослідження викликав велике зацікавлення. Деякі респонденти висловили бажання повторно поспілкуватися на задану тему.

Соціальні та демографічні дані про досліджувані групи

Досліджувані групи	Кількість респондентів	Вік	Соціальний статус	Родинний статус	Місце проживання
Польські жінки	870	20–24	Неодружена	Бездітна	35 % – у селі; 36 % – у містечках 29 % – у великих містах
Українські жінки	620	18–24	неодружена	Бездітна	40 % – у селі; 60 % – у містах

Проаналізуємо результати дослідження. Яким виявилось ставлення польських жінок до антиабортного закону? Наскільки їм відомий зміст чинного закону?

У Польщі з 1997 року дозволяється переривання вагітності за таких умов:

1. Якщо вагітність загрожує життю та здоров'ю жінки, що посвідчено практикуючим лікарем. За таких обставин переривання вагітності відбувається у лікарні.

2. Якщо дородовий огляд чи інші медичні показники свідчать про велику ймовірність серйозних і нездоланих перешкод в утробному розвитку плоду або невиліковну хворобу, яка ставить під загрозу його життя; це засвідчується довідкою також лише від практикуючого лікаря. Переривання вагітності здійснюється теж у лікарні.

3. Якщо є підозра (підтверджена документально прокурором), що вагітність є наслідком незаконного акту. Припинення вагітності дозволяється у тому разі, якщо від початку вагітності не пройшло більше 12 тижнів. Припинення вагітності можливе у кабінеті приватного лікаря.

Більшість, а це 714 (82 %) опитаних, відповіли, що діючий закон перешкоджає жінкам самостійно вирішувати проблеми щодо власного життя і здоров'я. 87 (10 %) з них вважають що закон не стоїть на перешкоді. Незначна частина, менше 8 %, не знали, що відповісти. Серед 870 опитаних лише 383 (44 %) знали зміст закону, тоді як більшість, 487 жінок (56%), відповіли, що не знайомі з умовами, за яких у Польщі дозволяється переривання вагітності. Результати можуть здивувати: виявляється, що більшість респонденток, які виявили впевненість у дискримінаційному обмеженні їх прав антиабортним законом, із самим законом були необізнані. Ті ж жінки, що знали суть

закону, висловили своє неоднозначне до нього ставлення. Оцінка закону давалася за такими характеристиками: «занадто ліберальний», «б'є по найбільшій жінках», «порушує права жінок», «надто дискримінаційний», «сприяє проведенню абортів у тіншовій сфері». Як виявилось, жодна з цих оцінок не набрала більшості голосів, хоча діючий закон як юридичний документ польські жінки вважають: надто дискримінаційним – 130 респонденток (15 %), таким, що порушує права жінок – 140 (16 %), занадто ліберальним – 96 (11 %). Дивує також факт, що більше, ніж половина опитаних жінок не знали змісту чинного антиабортного закону та не усвідомлювали його наслідків.

В ході дослідження з'ясовано також думку молодих жінок про необхідність проведення у Польщі референдуму з проблеми переривання вагітності. Більшість респонденток 661 (76 %) дали ствердну відповідь, 121 (14 %) – сумнівається в такій необхідності, лише 44 (5 %) вважають проведення референдуму необов'язковим. Отже, на думку жінок, питання про аборти варто винести на всенародне обговорення польських громадян залучивши до голосування жінок та чоловіків від 18 до 60 років.

Порівняємо вищенаведені дані з відповідями українських жінок на таку групу запитань:

1. Чи є країни, в яких сьогодні заборонені аборти?
2. Як юридично вирішено це питання в сусідній Польщі?
3. Яким законом надається право на переривання вагітності українським жінкам?

Згідно отриманих відповідей загальна обізнаність і правова свідомість сучасних молодих людей у Волинській області виявилася не високою. Так, про заборону абортів у деяких країнах світу знає 353 особи (57 %); не знає 267 осіб (43 %): про їх заборону, зокрема у Польщі, знає 142 особи (23 %), не знає 478 (77 %). Стан обізнаності українських громадян законодавством стосовно цієї проблеми вражає ще більше. Більш-менш ствердну відповідь змогли дати 60 респонденток (7 %), не ознайомих з відповідними статтями чинного законодавства виявилось 560 осіб (93 %).

Питання гендерної політики в Україні та за кордоном, забезпечення рівних прав чоловіків та жінок хвилюють сьогодні українське суспільство і призводять до створення різних жіночих організацій, їх участі в державотворенні. Цікавим в цьому відношенні було запитання про розгляд права на аборт українських жінок як посилення прав людини і зменшення дискримінації жінки порівняно з чоловіком. Бесіда

про правовий статус представників різних статей виявилася трохи в'ялою і дала неоднозначний результат: 19 % вибірки погодилося з думкою, 40 % – заперечило, невпевненість проявило 41 %. Ці результати потребують додаткового дослідження і аналізу. Значно жвавіше питання про права жінок обговорювалися польськими громадянками. Так, 618 респонденток (71 %) вважали, що права жінок у Польщі порушуються антиабортним законом. Лише 78 (9 %) жінок сказали «ні», 174 особи (20 %) не визначилися з відповіддю (писали «швидше всього так» або «швидше всього ні»). Дослідження, яке проводило ОВОР у 1998 році, виявило, що на питання про права людини, особливо жінки, лише неповна третина впевнено відповіла, що такі права існують. Із 31 % опитаних, які визнали порушення прав людини у Польщі щодо жінок, лише 16 % пов'язали це з правом на аборт, а ще менша кількість (5 %), пов'язали це право з дітьми.

Аналізуючи ставлення молодих жінок двох країн до переривання вагітності, в ході дослідження виникла необхідність вивчити домінуючі цінності жінки: цінність дитини і її права на життя і цінність особистості жінки та її права на самостійне і вільне вирішення питання планування сім'ї. На українській вибірці були отримані такі результати:

Таблиця 3

**Оцінка ставлення українських жінок до абортів
у категорії системи цінностей, %**

Цінності жінки	Місце проживання	
	село	місто
Дитина і її життя	47	63
Особистість жінки і її права	53	37

Як ілюструє, табл. 3, з-поміж двох цінностей жінки які проживають в місті надають значну перевагу першій цінності (дитині); відмінності в такому виборі жінок сільської місцевості незначні (6 %).

Співставляючи результати дослідження в Польщі та на Україні, ми прийшли до висновку про те, що для противників абортів головною цінністю є дитина і її право на життя, тоді як прихильники абортів надають перевагу особистості жінки і її праву на самостійне вирішення питання планування сім'ї. Очевидно, що противникам абортів загалом властива несхильність до сексуального життя. Секс відкидається цілковито і становить табу, встановлене суспільними нормами,

які не підлягають обговоренню, вивченню і імплікації. Вони не рахуються з правом жінок на самостійне вирішення питань щодо репродукції і переривання вагітності. На питання про ставлення жінок до можливої непланової вагітності було отримано такі дані (табл. 4):

Таблиця 4

Ставлення жінок до можливої непланової вагітності, %

Респонденти	Польські жінки		Українські жінки	
	село	місто	село	місто
Ймовірно виношу дитину	49	82	33	29
Обов'язково виношу дитину	45	16	53	51
Припиню вагітність	6	2	14	10
Залежно від обставин	–	–	–	10

Нами також з'ясовано думку молодих жінок про право чоловіка приймати участь у вирішенні питання абортів, якщо його партнерка розглядає таку можливість: (табл. 5):

Таблиця 5

Оцінка участі чоловіка-партнера у прийнятті рішення про аборт, %

Респонденти / відповіді	Польські жінки	Українські жінки
Чоловік має право на співучасть	79 %	86
Категорично не має такого права	9 %	14
Вирішує лише жінка	10 %	–

Отримані результати чітко вказують на те, що більшість жінок визнають право співучасті чоловіків у вирішенні питання щодо переривання вагітності. Лише 9 % польських жінок та 14 % українських жінок категорично таку участь заперечують.

Підсумок. Адекватність оцінки ставлення до абортів і можливість її застосування, яка впливає з отриманих емпіричних даних, є досить відносною, оскільки зазначені думки та судження залежать від багатьох факторів: контексту, в якому задавалося питання, тону, яким воно

читалося, і навіть від делікатності самої проблеми. Однак отриманні результати були інформативними щодо неоднозначності сприйняття феномену абортів, а саме: у моральних, правових, гендерних категоріях, в практичному аспекті повсякденного життя, стосовно індивідуальних та сімейних інтересів жінок. Виразно домінує тенденція обговорення питання у моральних категоріях.

І польські, і українські молоді жінки недостатньо знають відповідні закони про правове врегулювання даної проблеми. Більшість жінок не була ознайомена із чинним у Польщі антиабортним законом, не чула про його серйозні наслідки і не усвідомлювала їх, хоча проблема припинення вагітності є дуже серйозною. Польські жінки більш свідомо і активно сприймають проблему порушення прав жінки, прав людини в суспільстві; переважаюча частина жінок переконана у тому, що їх право у питанні абортів порушено законодавчо, а тому вони не можуть за власним розсудом вирішувати свою долю. Але роздуми жінок над можливою неплановою вагітністю показали їх серйозність і відповідальність в такій ситуації: половина сільських жительок і велика частина міських висловили передбачення народити і виховати дитину. Опитаними жінками також визнається право чоловіків на прийняття участі у вирішенні питання про переривання вагітності.

Дослідження викликало інтерес як у респондентів, так і у самих психологів, які безпосередньо провели процедуру анкетування та інтерв'ювання; також виявило ті аспекти, які потребують подальшого вивчення: сприймання і оцінка українськими громадянами гендерної політики на Україні та за рубежом, сприймання та осмислення проблеми абортів чоловіками, порівняння ставлення до абортів і до сексуального життя, оцінка проблеми абортів групами з різним віковим та сімейним статусом тощо.

Література

1. Вестхеймер Р. К. Энциклопедия сексуальности человека / пер. с англ. О. А. Кутуминой. Москва: КРОН-ПРЕСС, 1995. 400 с.
2. Волинь за роки незалежності: статистичний збірник: ювілейне видання: статті, таблиці, схеми, діаграми. Луцьк: Настир'я, 2001. 384 с.
3. Законодавство України про охорону здоров'я: зб. законів за станом на 20 березня 2002 р. Київ: Парламент. вид-во, 2002. 152 с.

СТАТТЯ 9
(публікація 2014 року)

**«ПСИХОЛОГІЯ ТІЛЕСНОСТІ» ДЛЯ МАЙБУТНІХ
ПСИХОЛОГІВ: АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ НОВОЇ
НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Олександра Хлівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри медичної психології та безпеки життєдіяльності

Анотація. Розкрито актуальність досліджень з психології тілесності як новітнього напрямку психологічних досліджень в сучасному науковому просторі. Взято до уваги ідею рефлексивної активізації особистісного та професійного самовизначення психолога, розвитку професійної компетентності практичних психологів, ідею пошуку резервів підвищення якості управління психологічною службою освітянських закладів, розширення функціонування науково-дослідних психологічних установ як методичних, навчально-методичних та консультативних центрів. Проаналізовано результати апробації навчально-експериментальної програми курсу «Психологія тілесності» в професійній підготовці студентів-психологів. Узагальнено досвід включення навчальної дисципліни «Психологія тілесності» до навчальних планів підготовки спеціалістів-психологів. Представлено змістовне наповнення даного курсу згідно основних форм навчальної діяльності студента-психолога вищого навчального закладу, а саме: зміст лекційного матеріалу, практичних і лабораторних робіт, індивідуальних завдань, самостійної роботи, виробничих практик. На основі аналізу проблем методології емпіричного дослідження психології тілесності та виділення емпіричних параметрів психічного та тілесного здоров'я підібрано комплекс взаємодоповнюючих теоретичних і практичних питань. Виділено домінуючі педагогічні позиції у викладанні навчальної дисципліни, враховуючи вимоги Болонського процесу, освітнього середовища, нової дослідницької ситуації.

Ключові слова: психологія тілесності, професійна підготовка, студенти-психологи, навчальна програма.

Характерними рисами розвитку сучасного українського суспільства є різноманітні трансформації в соціальних, політичних, економічних

сферах життя і, як наслідок, зміна наукових парадигм досліджень, динаміка інтелектуальних та міжособистісних зв'язків, зростання життєтворчості особистості тощо. Інтенсивніше розгортаються процеси інтеграції та диференціації у сфері психологічного знання, з'являються нові галузі психології, розробляються і впроваджуються в навчальну діяльність нові концепції професійного становлення майбутнього спеціаліста. Вищі навчальні заклади України поступово переорієнтовуються на сучасні моделі побудови навчальної й управлінської систем в освіті. Так, наукового та педагогічного звучання набула ідея рефлексивної активізації особистісного та професійного самовизначення психолога, розвитку професійної компетентності практичних психологів, ідея пошуку резервів підвищення якості управління психологічною службою освітянських закладів, пропозиція розширення функціонування науково-дослідних психологічних установ як методичних, навчально-методичних та консультативних центрів.

Одним із новітніх напрямків психологічних досліджень в сучасному науковому просторі є психологія тілесності.

В цій статті ми поставили за **мету** підтвердити актуальність досліджень з психології тілесності та окреслити результати апробації навчально-експериментальної програми курсу «Психологія тілесності» для студентів-психологів. Основними **завданнями** було: розкрити актуальні питання теоретичної та експериментальної бази новоствореного напрямку психологічних досліджень; узагальнити досвід включення «Психології тілесності» до навчальних планів підготовки спеціалістів-психологів; охарактеризувати зміст розробленої та апробованої авторської навчальної програми з «Психології тілесності»; акцентувати домінуючі педагогічні позиції у викладанні навчальної дисципліни, враховуючи вимоги Болонського процесу.

Новостворена галузь психології перебуває на стадії створення власної теоретичної концепції і відповідної до неї експериментальної бази дослідження (В. Ніколаєва, В. Нікітін, Т. Титаренко, П. Тищенко, А. Тхостов, Є. Язвінська), хоча фундамент для цього напрямку закладений вже давно в історії психології у формі взаємовідношень психічного і фізіологічного, душі і тіла, психічних і фізичних процесів. З'ясування характеру взаємовпливів «фізичної» і «психічної» субстанцій людини розв'язується сучасними психологами таким чином: «Безперечно, психічне не повинно розглядатись окремо від фізіологічного, але воно (психічне) відмінне від нервової діяльності. Мова має йти про психофізичну єдність, в якій і психічне, і фізичне

зберігають свої специфічні якості, в якій поєднуються органічно-функціональна залежність психіки від мозку, від нервової системи й вихід психіки за межі внутрішньо-органічних відношень завдяки її зв'язку з об'єктом, із зовнішнім світом, що існує незалежно від неї і який вона відображає. Тілесна функція не є простою відповіддю на психічну діяльність, на взаємодію суб'єкта з об'єктом. Вона сама є єдністю психічного й фізіологічного» [3, с. 200].

Тіло, тілесність більшою чи меншою мірою цікавили і природничу галузь, і гуманітарну. Для першої ці категорії завжди мали стійкий і безпосередній інтерес: «Дійсно, що стосується вивчення людського тіла в межах природничої парадигми, то навряд чи можна обмежитися коротким списком, перераховуючи ті галузі наукового знання, в яких вони є предметом дослідження в тих чи інших вимірах: анатомія і фізіологія, антропологія і біомеханіка, сексологія і гігієна... Тіло як матеріальний субстрат, значимий для вивчення і розуміння психічних процесів, розвитку людської свідомості, все більш широко вивчався психосоматикою, психофізіологією, тисячоліття нараховує практична «робота» з тілом в галузі медицини, оздоровчих технологій і т.д. Словом, для «наук про природу» людське тіло, за абсолютно зрозумілими причинами – предмет давньої і прискіпливої уваги, предмет, в прямому і переносному значенні розібраний «до кісточок», хоча й досі значною мірою незрозумілий і загадковий» [1, с. 86].

Сьогодні в полі зору дослідників-психологів знаходяться питання розмежування понять «тіло» і «тілесність», структурування тілесності на зовнішні та внутрішні компоненти, виділення образу тіла, тілесного «Я», аналіз психологічного онтогенезу тілесності, розшифрування тілесного коду як ключа до розуміння внутрішньоособистісних конфліктів і психосоматичних захворювань. Так, цікавою спробою дослідити структуру тілесності є праці Є. Язвінської, в яких описано спотворення структури тілесності, механізми, які їх спричиняють та можливості тілесно-орієнтованої психотерапії в діагностиці і корекції структури тілесності. Особливої уваги заслуговує програма «Натхнення» та авторський метод біоенергетичної психопластики, який дозволяє інтегрувати самовідчуття у самосвідомість, і тим самим досягти максимальної цілісності в структурі тілесності (між її внутрішніми і зовнішніми компонентами) і, відповідно особистості [6].

Вивчення українськими дослідниками феномену тілесності людини здійснюється також в контексті проблеми життєвого шляху особистості, конструювання випускниками сценаріїв майбутнього, статеворо-

льової тілесної ідентичності тощо. Ґрунтовним і продуктивним в цьому напрямку є вивчення А. Рождественським ролі тілесної компоненти в успішності досягнення особистістю мети власної життєдіяльності [4]. Провівши теоретичний аналіз феноменології тілесності і життєвого самовизначення, автор сформулював робочу сітку понять, зокрема, таких як: тілесність (якісна визначеність фізичного буття особистості), тілесний потенціал (дана за способом буття особистості латентна можливість реалізації тілесності), рефлексія тілесного потенціалу (процес усвідомлення особистістю власного життєвого досвіду). Значення досліджуваних реальностей полягає також у виявленні типів саморефлексії тілесного потенціалу старшокласників та їх кореляції з способами конструювання життєвих проєктів. Знаючи проблеми психодіагностичного інструментарію, виділимо розробку та стандартизацію дослідником методики діагностики рівня сформованості у старшокласників здатності до саморефлексії тілесного потенціалу (ОСТП – опитувальник саморефлексії тілесного потенціалу).

Ще одне цікаве дослідження в контексті окресленого поля проблематики проведене Н. Терещенко і стосується вивчення особливостей структури, функцій та формування статевої ролі в структурі тілесної ідентичності. Наукова новизна дослідження полягає у встановленні змістовного і емоційно-оцінного аспекту тілесної ідентичності. Автором уперше визначена психосемантична структура задоволеності власним тілом у жінок. В роботі специфіковано психодіагностичну карту особистісних статево-рольових утворень дівчат віком 18–20 років, вирішено завдання розробки та апробації програми тренінгу для дівчат старшого та підліткового віку, які мають проблеми у прийнятті жіночої гендерної ролі тощо [5].

Вивчаючи науковий доробок з психосоматики (Ф. Александер, К. Уілбер, О. Корнієнко, В. Любан-Плоцца, К. Сельченко), патопсихології (В. Братусь, Л. Бурлачук, Б. Зейгарнік, М. Корольчук, Б. Мар'єнко), психології індивідуально-типологічних відмінностей (Е. Кречмер, У. Шелдон), тілесно-орієнтованої психотерапії (Е. Гіндлер, В. Райх, О. Лоуен, В. Нікітін, М. Фельденкрайз), танцювально-рухової психотерапії (М. Чейз, Л. Еспенак, М. Уайтхауз, Е. Гренлюнд, Н. Оганесян), SOLWI-терапії (Є. Браун, В. Бажуріна, Г. Федорова), ми зрозуміли необхідність нового погляду на проблему тілесного здоров'я людини. Значимими для нас в цьому плані виявились дослідження енергопотенціалу людини, механізмів відновлення і накопичення нею енергії, зв'язку між кількістю енергії та психічними станами, рівнями здоров'я

тощо. І хоча поняття «енергії» та «енергопотенціалу» поки що не увійшли в загальний вжиток науковців-психологів, все-таки окремі роботи виконані і привертають нашу увагу. Так, український психолог В.Клименко виділив п'ять станів енергопотенціалу і, відповідно, п'ять рівнів здоров'я: 1) оптимальне, 2) стан норми, 3) втоми, 4) перевтоми, 5) виснаження. Основним критерієм здоров'я виступає рівень енергії людини. Перші три стани автор вважає перманентними, їх точна диференціація можлива методами психодіагностики, два останні стани знаходяться на межі норми і патології.

Запропонована В.Клименко класифікація з точки зору психології була визначена на основі класифікації станів здоров'я за Авіценою: 1) тіло здорове до межі, 2) тіло здорове не до межі, 3) тіло і не здорове і не хворе, 4) тіло хворе, але швидко набирає сили, 5) тіло хворе, але не до межі, 6) тіло хворе до межі. Як зазначає В.Клименко, «останні два стани здоров'я знаходяться в компетенції закладів охорони здоров'я. А перші чотири стани ніяку науку і практику не цікавлять: вони залишені на поталу долі, відповідно, вони повинні стати предметом психогігієнічного дослідження і практики розвитку здорової людини» [2, с. 485].

Цю прогалину, на нашу думку, інтенсивно почала розв'язувати психологія здоров'я, яка пропонує сьогодні нові моделі здоров'я, нетрадиційні оздоровчі практики, психологічні методи зміцнення здоров'я людини тощо (О. Васильєва, Г. Ложкін, М. Мушкевич, В. Никифоров, Ф. Філатов). Такі наукові реалії створюють підґрунтя для розширення предметного поля психології тілесності та інтегрування з ним сучасних концепцій психології здоров'я.

В результаті тривалого наукового екскурсу ми вважаємо актуальним розкриття питань психологічних аспектів тілесного здоров'я та тілесної свідомості для майбутніх психологів. Без вивчення цих аспектів неможливо зрозуміти та пояснити різноманітні оздоровчі «тілесні практики», а також подолати поширений «тілесний негативізм» як на рівні суспільства, так і на рівні окремої особистості. Зрозуміло, що на рівні засвоєння базових психологічних дисциплін оволодіти вищезначеними знаннями немає можливості. Тому нами в 2002 р. була обґрунтована пропозиція ввести в навчальні плани підготовки психологів Волинського державного університету імені Лесі Українки окремий спеціальний курс «Психологія тілесності». Включення нової психологічної дисципліни до програми професійної підготовки ставить в центр уваги визначення змістової структури навчальної дис-

ципліни. Нами розроблена і пройшла апробацію експериментально-навчальна програма спецкурсу «Психологія тілесності».

Робоча програма на даний час складена відповідно до освітньо-професійної програми підготовки «Спеціаліст» напряму «Психологія» спеціальності «Психологія» і реалізується кафедрою медичної психології та безпеки життєдіяльності факультету психології Східноєвропейського університету імені Лесі Українки. Предметом вивчення навчальної дисципліни є психологічні підходи до питань тілесності та її ролі у психічному житті особистості. Вивчення курсу базується на наукових знаннях з психофізіології, загальної психології, психології особистості, диференційної психології, медичної психології тощо. Подамо характеристику курсу згідно навчального плану та за вимогами Болонської системи навчання.

Таблиця 1

Опис навчальної дисципліни

Найменування показників	Галузь знань, напрям підготовки, освітньо-кваліфікаційний рівень	Характеристика навчальної дисципліни
		Денна форма навчання
<p>Кількість кредитів, відповідних ECTS: 3</p> <p>Модулів: 1 Змістових модулів: 1</p> <p>ІНДЗ – є Загальна кількість годин: 108</p> <p>Тижневих годин (для денної форми навчання) – 6,5 год</p> <p>Аудиторних – 2 год Самостійної роботи – 2,5 год Індивідуальної роботи – 2 год</p>	<p><i>Галузь знань:</i> 0301 - Психологія</p> <p><i>Спеціальність:</i> 7.03010201 – Психологія</p>	<p>За вибором</p> <p>Рік підготовки: 5</p> <p>Семестр: X</p> <p>Загальна кількість годин: 108</p> <p>Лекції: 10 годин</p> <p>Практичні заняття: 8 годин</p> <p>Лабораторні роботи: 18 годин</p> <p>Контрольні: 5 годин</p> <p>Індивідуальна робота: 30 годин</p> <p>Самостійна робота: - 42 годин</p> <p>Форма контролю: залік</p>

Метою викладання навчальної дисципліни «Психологія тілесності» є розуміння єдності психічної та тілесної основ розвитку людини.

Основними завданнями є формування глибоких теоретичних знань про взаємозалежність механізмів функціонування психічного та тілесного; ознайомлення студентів зі спеціальними техніками, спрямованими на вдосконалення тіла та досягнення єдності свідомості та організму; інтеграція отриманих знань в цілісне уявлення феноменології тілесності.

Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студенти повинні знати: теоретичні основи психології тілесності, психодіагностику тілесної свідомості, теорію та практику класичної та сучасної тілесної психотерапії, основні аспекти психокорекції та психопрофілактики тілесного здоров'я; повинні вміти: використовувати методи та техніки тілесно-орієнтованої психотерапії на практиці, аналізувати результати первинної діагностики тілесності людини, інтерпретувати отримані діагностичні результати для подальшої тілесно-орієнтованої психокорекції; здійснювати тілесно-орієнтовану психокорекцію та психопрофілактику тілесного здоров'я, розробляти психологічні проекти тілесного розвитку у сучасних формах самопізнання та дозвілля.

Представимо змістовне наповнення навчальної дисципліни згідно основних форм навчальної діяльності студента-психолога вищого навчального закладу.

Зміст запропонованого лекційного матеріалу та питань семінарських занять визначався станом досліджень основної проблематики психології тілесності. Зміст лабораторних робіт визначався: по-перше, підбором нових для студентів методів і методик, а також використанням вже відомих, але в новій дослідницькій ситуації; по-друге, аналізом проблем методології емпіричного дослідження психології тілесності та виділення емпіричних параметрів психічного та тілесного здоров'я.

Враховуючи принцип організації формуючих та розвиваючих психологічних впливів у процесі взаємодії психолога з предметом свого дослідження [4], нами запропоновано комплекс індивідуальних практичних завдань, який може ефективно реалізуватись у програмі: 1) виконання ІНДЗ; 2) виконання самостійної роботи; 3) проходження психологічних практик – психолога-стажиста, соціально-діагностичної, медико-діагностичної, корекційно-консультативної; 4) розробки окремого науково-дослідницького проекту – курсового, бакалаврського, дипломного.

Програма навчальної дисципліни «Психологія тілесності»

Тематика лекцій	Тематика семінарських і лабораторних занять	Індивідуальні завдання. Самостійна робота
1	2	3
1. Курс «Психологія тілесності» в системі підготовки психологів	Семінар 1. Становлення «Психології тілесності» та її актуальні питання	1. Перспективи використання отриманих знань в діяльності психолога д/з, школи, ВНЗ тощо. 2. Перспективи використання отриманих знань у самопізнанні та самовдосконаленні.
2. Психологія тілесної свідомості	Лабораторна робота 1. Психофізичні ознаки структури характеру. Лабораторна робота 2. Психодіагностика тілесної свідомості та само-свідомості.	1. Біоенергоінформаційні концепції здоров'я людини. 2. Психофізичний портрет характеру. 3. Психодіагностика тілесної Я-концепції. 4. Використання проєктивних тестів в діагностиці тілесної свідомості.
3. Класична тілесно-орієнтована психотерапія: теорія і практика	Семінар 2. Робота з тілом в класиці тілесної психотерапії. Лабораторна робота 3. Практичні техніки роботи з тілом В. Райха, О. Лоуена. Лабораторна робота 4. Практичні техніки роботи з тілом М. Фельденкрайза, Ф. М. Александра, Е. Гіндлер та інших.	1. Техніки заземлення та їх зв'язок з здоров'ям людини. 2. Опис діагностики м'язових блоків. 3. Діагностична карта фіксації показників тілесних відчуттів. 4. Використання тілесних психотехнік в навчальній, трудовій, спортивній діяльності, сімейному дозвіллі тощо. 5. Інтерпретація тілесної символіки в класиці тілесно-орієнтованої психотерапії.
4. Сучасна тілесно-орієнтована психотерапія: теорія і практика	Семінар 3. Сучасний пластико-когнітивний підхід В. Нікітіна. Семінар 4. Танцювальна психотерапія. Лабораторна робота 5. Техніки пластико-когнітивної психотерапії. Лабораторна робота 6. Методика танцювальної психотерапії.	1. Визначення рівня гнучкості тіла. 2. Визначення рівня пластичності. 3. Визначення рівня рівноваги тіла. 4. Різновиди тілесних комунікативних ігор для різних вікових груп. 5. Інтерпретація тілесної символіки сучасними психотерапевтами. 6. Діяльність психологічного центру «Сонячний вітер» (Санкт-Петербург).

1	2	3
	Лабораторна робота 7. Методика SOLWI-терапії	
5. Психокорекційні та психопрофілактичні програми тілесного розвитку.	Лабораторна робота 8. Тренінги тілесного розвитку. Лабораторна робота 9. Психокорекція тілесного розвитку.	1. Тренінги розвитку психомоторики. 2. Танцювально-експресивний тренінг. 3. Програма коригуючої гімнастики для дітей та дорослих. 4. Тілесний розвиток методом палсінгтехнології.

Навчальну дисципліну «Психологія тілесності» рекомендовано вивчати студентам 4-го або 5-го курсів навчання. Домінуючими педагогічними позиціями у викладанні дисципліни, як показав досвід, стали наступні: інформування про нові фундаментальні дослідження у сфері психологічних і природничих наук; акцентування на феномені тілесності як повноцінному психологічному об'єкті та предметі; подолання протиставлення «тілесного» та «психічного», людини «тілесної» та людини «духовної»; розвиток умінь інтегрувати отриману інформацію в цілісну систему уявлень про людину та її поведінку; здійснювати системну та ситуативну оцінку психологічного факту, явища, пов'язаного зі здоров'ям людини тощо.

Висновок. Таким чином, сьогодні є актуальною розробка моделей вивчення феномену тілесності та поглиблення професійних знань психологів. Тривалий досвід викладання «Психології тілесності» як вибіркового та спеціального курсу для майбутніх психологів Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки підтвердив його особливе значення та роль як на етапі навчальної діяльності студентів, так і у їх професійному майбутньому.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у виявленні можливостей викладання даної дисципліни для практичних психологів і педагогів в системі післядипломної освіти, у розробці та апробації тілесно-орієнтованих психокорекційних програм, у розробці психологічних програм формування тілесної культури для дітей та дорослих.

Список використаних джерел

1. Быковская И. М. Здоровье как практическая аксеология тела. *Мир психологии*. № 1 (21). 2000. С. 82–90.

2. Максименко С. Д. Механизмы творчества. *Общая психология*. Москва: «Реал-бук»; Киев: «Ваклер», 2000. С. 468–523.
3. Киричук О. В. Основы психологии: підручник / за заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. 2-ге вид. Київ: Либідь, 1996. 632 с.
4. Рождественський А. Ю. Рефлексія тілесного потенціалу в життєвому самовизначенні старшокласників: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ, 2002. 19 с.
5. Терещенко Н. М. Статеворольова структура жіночої тілесної ідентичності: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Харків, 2003. 19 с.
6. Язвинская Е. С. Психология телесности. Одесса: ЧП «ТМСИ», 2008. 154 с.

РОЗДІЛ 3
МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ПСИХОЛОГІЯ ТІЛЕСНОСТІ»

3.3. Силабус

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Волинський національний університет імені Лесі Українки
Факультет психології
Кафедра практичної психології та психодіагностики

СИЛАБУС

вибіркової навчальної дисципліни
«ПСИХОЛОГІЯ ТІЛЕСНОСТІ»

підготовки **бакалавра**
спеціальності **053 Психологія**
освітньо-професійної програми **«Практична психологія»**

Луцьк – 2021

Силабус навчальної дисципліни «Психологія тілесності» підготовки бакалаврів, галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки», спеціальності 053 «Психологія», за освітньо-професійною програмою «Практична психологія».

Розробник: Хлівна О. М., кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики.

Силабус навчальної дисципліни затверджено на засіданні кафедри практичної психології та психодіагностики (протокол № 2 від 08.09.2021 р.).

Завідувач кафедри: _____ Людмила МАГДИСЮК

© Хлівна О. М., 2021

I. ОПИС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Найменування показників	Галузь знань, спеціальність, Освітньо-професійна/освітньо-наукова/освітньо-творча програма, освітній рівень	Характеристика навчальної дисципліни
Денна форма навчання	05 Соціальні та поведінкові науки, 053 Психологія, освітньо-професійна «Практична психологія», освітній рівень Бакалавр	Професійної підготовки
		Рік навчання II
		Семестр III
Кількість годин/кредитів 150 / 5		Лекції 20 год.
ІНДЗ:є		Практичні (семінарські) 18 год.
	Лабораторні 18 год.	
	Самостійна робота 86 год.	
	Консультації 8 год.	
	Форма контролю: екзамен	

II. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИКЛАДАЧА

ППП Хлівна Олександра Миколаївна

Науковий ступінь кандидат психологічних наук

Вчене звання доцент

Посада доцент кафедри практичної психології та психодіагностики

Контактна інформація: 050-884-29-42, hlivnaoleksandra@gmail.com

Дні занять <http://194.44.187.20/cgi-bin/timetable.cgi?n=700>

III. ОПИС ДИСЦИПЛІНИ

Анотація курсу Навчальна дисципліна «Психологія тілесності», як необхідна складова спеціальної професійної підготовки майбутніх практичних психологів, є однією з форм практичного застосування професійних можливостей психолога шляхом ознайомлення студентів з різноманітними концепціями тілесного та психічного функціонування людини в сучасному середовищі, їх взаємозалежностей та єдності розвитку організму особистості; вміння зібрати інформацію та інтегрувати отримані знання з різноманітних психологічних дисциплін в

цілісне уявлення феноменології тілесності; формування навиків переорієнтовувати внутрішню картину хвороби пацієнта на внутрішню картину здоров'я, самостійного використання психодіагностичних методик і психотерапевтичних практик при розв'язанні науково-пошукових та прикладних задач.

Пререквізити: психофізіологія, психосоматика, психотерапія.

Постреквізити: психомоторика, психологія здоров'я.

Мета і завдання навчальної дисципліни: викладання навчальної дисципліни передбачає ознайомлення студентів з розширеними та поглибленими знаннями щодо теоретико-методологічних питань психології тілесної свідомості та практичних навиків психологічної роботи щодо тілесного розвитку та психокорекції дітей та дорослих.

Результати навчання: студенти будуть компетентними у таких питаннях:

ЗК1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК4. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями

СК1. Здатність оперувати категоріально-понятійним апаратом психології.

СК3. Здатність до розуміння природи поведінки, діяльності та вчинків.

СК9. Здатність здійснювати просвітницьку та психопрофілактичну роботу відповідно до запиту.

СК11. Здатність дотримуватися норм професійної етики

ПР8. Презентувати результати власних досліджень усно / письмово для фахівців і нефахівців.

ПР9. Пропонувати власні способи вирішення психологічних задач і проблем у процесі професійної діяльності, приймати та аргументувати власні рішення щодо їх розв'язання.

ПР10. Формулювати думку логічно, доступно, дискутувати, обстоювати власну позицію, модифікувати висловлювання відповідно до культуральних особливостей співрозмовника.

ПР16. Знати, розуміти та дотримуватися етичних принципів професійної діяльності психолога.

IV. СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Таблиця 2

Назви змістових модулів і тем	Кількість годин						
	Усього	у тому числі					
		Лекції	Практичні	Лабораторні	Самостійна робота	Консультації	Бали
Тема 1. Курс «Психологія тілесності» в професійній підготовці практичних психологів	16	2	2		12		2
Тема 2. Тілесність через призму тілесної психотерапії*	26	4	4	4	14		8
Тема 3. Тілесність через призму пластико-когнітивного підходу Нікітіна В. Н.	30	4	4	4	16	2	8
Тема 4. Тілесність через призму танцювальної терапії*	26	4	2	4	14	2	6
Тема 5. Тілесність через призму сучасної SOLWI-терапії.	24	2	2	4	14	2	6
Тема 6. Психологічні програми тілесного розвитку дітей та дорослих*	30	4	4	2	16	2	6
Всього за змістовним модулем 1	150	20	18	18	86	8	36
Модульна контрольна робота							60
ІНДЗ							2
Інше (дискусії, реферати, публікації тощо)							2
Всього годин/балів	150	20	18	18	86	8	100

*Примітка. Заплановано викладання лекції та практичних занять практичними психологами закладів та психотерапевтами

V. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ОПРАЦЮВАННЯ

№ з/п	Тема
1	2
1	Курс «Психологія тілесності» в професійній підготовці практичних психологів Фундамент новоствореної галузі в історії психології. Сучасні теоретичні здобутки психології тілесності. Сучасні практичні здо-

1	2
	бутки психології тілесності. Структура тілесності. Психологічний онтогенез тілесності. Мета, предмет, завдання та обсяг знань з навчальної дисципліни. Аналіз наукових статей з курсу. Аналіз відеофільмів.
2	Тілесність через призму тілесної психотерапії* Класичні підходи тілесної психотерапії: В. Райх, О. Лоуен, М. Фельденкрайз, І. Рольф, Ф. М. Александертощо. Сучасні практики тілесної терапії. Порівняння класичних і сучасних підходів. Тілесно-орієнтовані методи в роботі з дітьми і підлітками. Вимоги до тілесного терапевта. Аналіз праць О. Лоуена та інших авторів. Аналіз наукових статей з теми. Аналіз відеофільмів.
3	Тілесність через призму пластико-когнітивного підходу Нікітіна В. Н. Діяльність автора. Суть пластико-когнітивної терапії Нікітіна В.Н. Поняття тілесної свідомості та самосвідомості. Діагностичні вправи: «Мульти», «Танцююча скульптура», «Заворожений мяч», «Механічний клоун». Техніки виразного руху. Тренінг асоціативного танцю. Танці масок. Театр пластичного експресіонізму «Подіум». Театр сензитивності. Аналіз наукових праць та міжнародного досвіду автора. Аналіз наукових статей з теми. Аналіз відеофільмів.
4	Тілесність через призму танцювальної терапії* Поняття танцювальної психотерапії. Історія виникнення танцювальної терапії. Піонери танцювальної терапії. Авторські школи танцювальної терапії. Методика, техніка та зміст танцювальної терапії сьогодні. Досвід роботи танцювальних терапевтів: Аналіз програм коригуючої гімнастики для дітей. Аналіз наукових статей з теми. Аналіз відеофільмів.
5	Тілесність через призму сучасної SOLWI-терапії. Концепція холистичного пульсаційного масажу Браунінг(палсінгу) та його примінення. Основні принципи роботи в палсінг-технології. Концепція транс персональної психології SOLWI-терапії. Цілісність нового підходу. Примінення методу. Особливості методу SOLWI. Принципи розкачування тіла. Тіло як система полюсів. Мова тіла: символізм окремих частин тіла, тілесні роз'єднання. Основна схема сеансу. Самомасаж. Аналіз наукових статей з теми. Аналіз відеофільмів.
6	Психологічні програми тілесного розвитку дітей та дорослих* Тренінги розвитку психомоторики. Тренінги розвитку пластичності. Тренінги розвитку рівноваги. Тренінги розвитку координації в русі. Тренінги розвитку енергопотенціалу. Танцювально-експресивний тренінг. Тренінг асоціативного танцю. Програми коригуючої гімнастики для дітей. Програми коригуючої гімнастики для дорослих. Тілесно-орієнтовані програми як метод психокорекції та психопрофілактики емоційних порушень. Тілесно-орієнтовані програми як метод психокорекції та психопрофілактики поведінкових порушень. Тілесний розвиток методом палсінг-технології. Аналіз наукових статей з теми. Аналіз відеофільмів.

VI. ПОЛІТИКА ОЦІНЮВАННЯ

Політика викладача щодо студента: відвідування занять є обов'язковим. За умови відвідування та якісної підготовки до занять студент може набрати максимальну кількість балів поточного оцінювання. За наявності об'єктивних причин (відрядження, стажування, хвороба тощо) студент може перездати тему курсу, навчатися он-лайн. За бажанням підвищити рейтинг, студент може добрати бали, виконавши певний вид робіт

Політика щодо академічної доброчесності: Списування під час модульних контрольних робіт заборонене. Письмові роботи студента обов'язково проходять перевірку на наявність плагіату (допускається не більше 20 % текстових запозичень).

Політика щодо дедлайнів та перескладання: Максимально оцінюється робота студента на занятті (за умови успішної відповіді). За наявності об'єктивних причин (відрядження, стажування, хвороба тощо) студент може перездати тему курсу.

VII. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ

Формою підсумкового контролю є екзамен. У випадку незадовільної підсумкової оцінки, або за бажанням підвищити рейтинг, студент може добрати бали, виконавши певний вид робіт (наприклад, здати одну із тем, або перездати якусь тему, написавши підсумковий тест тощо). Залік відбувається у формі усного опитування. Студент може не складати залік, якщо за результатами поточного оцінювання та модульної контрольної роботи набирає 75 і більше балів.

VIII. ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ

Оцінка в балах за всі види навчальної діяльності	Оцінка
90–100	Відмінно
82–89	Дуже добре
75–81	Добре
67–74	Задовільно
60–66	Достатньо
1–59	Незадовільно

IX. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСИ:

1. Газолишин В. А. Відчуття втрати часу в кризовій ситуації. Пісочна психотерапія. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 11. С. 24–25.

2. Мартинюк І. А. Техніки тілесно-орієнтованої терапії у корекції емоційних станів. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007. № 8. С. 60–63.
3. Москалець В. П. Особливості використання методу проєктивного тематичного малюнку в роботі перинатального психолога при підготовці вагітних до пологів. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007. № 12. С. 38–45.
4. Твердохліб О. Класифікація психосоматичних практик, як різновид фізичної культури. *Теорія та методика фізичного виховання*. 2007. № 10. С. 7–12.
5. Терлецька Л. Г. Тілесно-орієнтована психологія: навч. посіб. Київ: Главник, 2008. 128 с.
6. Хлівна О. Індивідуально-психологічні характеристики психічного здоров'я студентської молоді. *Здоров'я, освіта, наука та самореалізація молоді*. Луцьк, 2011. С. 24–25.
7. Хлівна О. Розвиток позитивної Я-концепції студентів засобами психологічного тренінгу. *Психологічні перспективи*. Вип. 11. 2011.
8. Хлівна О. Тілесне здоров'я як феномен психології. *Сучасні підходи інтеграції та соціалізації дітей з особливими потребами*. Луцьк, 2006. С. 280–289.
9. Хлівна О. М. «Психологія тілесності» для майбутніх психологів: апробація програми нової навчальної дисципліни. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*. Київ: Ун-т «Україна», 2015. С. 89–94.
10. Язвинская Е. С. Психология телесности. Одесса: Изд. ЧП «ТМСИ», 2008. 154 с.

Перелік питань до екзамену

1. Актуальність досліджень психології тілесності.
2. Предмет і завдання дисципліни.
3. Фундамент новоствореної галузі в Історії психології.
4. Людське тіло як науковий феномен.
5. Місце психології тілесності серед суміжних наук.
6. Феноменологія тілесності в працях українських дослідників.
7. Енергопотенціал людини і його зв'язок із здоров'ям.
8. Перспективи психології тілесності.
9. Біологічні основи тілесної свідомості.
10. Генетична зумовленість психомоторного розвитку.
11. Індивідуально-анатомічні типології людини.

12. Конституційна типологія Е. Кречмера, У. Шелдона.
13. Семантика тілесних форм. Семантика краси людського тіла.
14. Соціальні аспекти тілесної свідомості.
15. Етно-культуральні стереотипи в різних культурах. Соціальний протест молоді.
16. Класичні підходи в тілесно-орієнтованій психотерапії.
17. «Характерний панцир» В. Райха.
18. Біоенергетика О. Лоуена
19. Терапія руху: метод М. Александера.
20. Теорія концентрованого руху Е. Гіндлер
21. Усвідомлення через рух по методу М. Фельденкрайза.
22. Структурна інтеграція І. Рольф
23. Методи роботи з тілом О. Александера
24. Роль тіла в онтопсихології А. Менегетті
25. Тілесно-орієнтовані методи в роботі з дітьми і підлітками.
26. Теоретичні основи. Функціональна діагностика.
27. Тест координації в русі (ВКТ).
28. Тест рівноваги.
29. Програми тілесного розвитку: тренінг рухливості.
30. Техніки пластико-когнітивної терапії.
31. Пластико-драматичні прийоми. Характеристика пантомімічної техніки терапії.
32. Техніки розвитку дрібної моторики.
33. Розвиток пластичних функцій.
34. Комунікативні ігри.
35. Техніки виразного руху.
36. Тренінг асоціативного танцю.
37. Танці масок.
38. Театр пластичного експресіонізму «Подіум».
39. Театр сензитивності.
40. Теоретичні основи танцювальної терапії.
41. Методи оцінки стану пацієнта / клієнта, його динаміки і ефективності танцювальної терапії.
42. Корируюча гімнастика для дорослих.
43. Корируюча гімнастика для дітей.
44. Робота танцювального терапевта в психіатричних санаторіях.
45. Танцювальна терапія, як метод психопрофілактики емоційних і поведінкових порушень.
46. Тілесно-терапевтичне ведення пацієнта.

47. Аналіз анкет та таблиць тілесно-терапевтичного ведення пацієнта.
48. Схема оцінки діагностичного результату тесту «Зірки та хвилі» Аве-Лаллемант.
49. Схема оцінки емоційного стану пацієнта до і після сесій.
50. Схема оцінки результату релаксації.
51. Схема аналізу тілесного компонента інтелекту.
52. Танцювально-терапевтичне ведення пацієнта.

3.2. Підсумкова контрольна робота

Питання першого рівня

1. *До основних понять психології тілесності належать:*

- а) тіло;
- б) тілесність;
- в) зовнішній вигляд;
- г) тілесний потенціал;
- д) фізичне здоров'я.

2. *А. Рождественський сформулював робочу сітку понять, зокрема, таких як:*

- а) тілесність;
- б) тіло;
- в) тілесний потенціал;
- г) рефлексія тілесного потенціалу.

3. *Тілесність як психологічна характеристика:*

- а) структурована;
- б) не структурована.

4. *Внутрішньоособистісний конфлікт, який формується на самих ранніх етапах розвитку зв'язаний з тим, що людина:*

- а) не знає своєї тілесності;
- б) не розуміє своєї тілесності;
- в) не переживає своєї внутрішньої тілесності.

5. *Ключем до розуміння внутрішньоособистісних конфліктів є:*

- а) тілесний код;
- б) бажання і потреба;
- в) базові тривоги і тривожність;

6. *Внутрішнє тіло – це:*

- а) моє тіло як момент самосвідомості;
- б) сукупність внутрішніх органічних відчуттів, потреба та бажань, об'єднаних навколо внутрішнього центру.

7. *Внутрішній компонент тілесності:*

- а) завжди єдиний, цілісний;
- б) фрагментарний;
- в) не досягає самостійності.

8. *Які психологічні явища можуть кодуватися тілом в різні стани та психосоматичні феномени:*

- а) досвід;
- б) потреби;
- в) почуття;
- г) бажання;
- д) мислення.

9. *Одним із найактуальніших напрямків психології тілесності є:*

- а) вивчення внутрішньої границі тілесності;
- б) вивчення підструктури емпіричної тілесності;
- в) вивчення тілесності в ході соціалізації.

10. *До основних понять психології тілесності належать:*

- а) тіло;
- б) тілесність;
- в) зовнішній вигляд;
- г) тілесний потенціал;
- д) фізичне здоров'я.

11. *Виділити характеристики внутрішньої границі тілесності:*

- а) мінлива;
- б) динамічна;
- в) виходить за рамки тіла – організму;
- г) встановлює зв'язок реальних подій і їх тілесної конгруентності.

12. *Максимальна взаємодія підструктур тілесності відбувається:*

- а) в підструктурі внутрішньої тілесності;
- б) в підструктурі зовнішньої тілесності;
- в) в емпіричній тілесності, яка є границею внутрішньої і зовнішньої тілесності.

13. В якій підструктурі тілесності виникає формування і соціалізація тілесного досвіду?

- а) у зовнішній тілесності;
- б) у внутрішній тілесності;
- в) в емпіричній тілесності.

Питання другого рівня

1. Дати визначення поняття «психологія тілесності».
2. Дати визначення поняття «тілесності».
3. Дати визначення «тілесного потенціалу».
4. Дати визначення поняття «рефлексія тілесного потенціалу».
5. Дати визначення поняття «внутрішнє тіло».
6. Дати визначення поняття «емпірична тілесність».
7. Дати визначення поняття «внутрішня границя тілесності».
8. Дати визначення поняття «базові пренатальні матриці» (БПМ).
9. Дати визначення поняття «тілесно-орієнтована психотерапія»
10. Дати визначення поняття «біоенергетика».
11. Дати визначення поняття «заземлення».
12. Дати визначення поняття «м'язева броня».
13. Дати визначення поняття «зовнішні прояви м'язевого блоку»
14. Дати визначення поняття «характеристики м'язевого блоку».
15. Дати визначення поняття «структурна інтеграція».
16. Дати визначення поняття «рольфінг».
17. Дати визначення поняття «невроз».
18. Дати визначення поняття «тілесна ригідність».
19. Дати визначення поняття «принцип реальності».
20. Дати визначення поняття «пластико-когнітивна терапія»
21. Дати визначення поняття «танцювальна терапія».
22. Дати визначення поняття «танець».
23. Дати визначення поняття «автентичний рух».
24. Дати визначення поняття «тілесний якір»
25. Дати визначення поняття «тілесна картина Я».

Питання третього рівня

1. Вибір стилю і рухів. Роль музики в танцювальній терапії.
2. Методика, техніка та зміст сучасної танцювальної терапії.
3. Піонери танцювальної терапії.
4. Історія формування танцювальної терапії.
5. Поняття танцювальної терапії.

6. Діагностичні вправи пластико-когнітивної психотерапії.
7. Суть пластико-когнітивної терапії В. Нікітіна.
8. Особливості використання технік Ф. Александрова.
9. Історія створення методу М. Александрова.
10. Особливості тілесної організації осіб з різними типами характеру.
11. Основні техніки та вправи біоенергетичного аналізу О. Лоуена.
12. Психофізичні типи характеру.
13. Принципи заземлення у терапії О. Лоуена.
14. Відмінності між психотерапією В. Райха та О. Лоуена.
15. Поняття про біоенергетичний аналіз О. Лоуена.
16. Метод Фельденкрайза.
17. Структурна інтеграція (рольфінг) І. Рольф.
18. Характеристика окремих м'язевих блоків 5 – 7 рівнів.
19. Характеристика окремих м'язевих блоків 1 – 4 рівнів.
20. Діагностика тілесних блоків за В. Райхом. Види тілесної броні.
21. Характерологічний аналіз В. Райха.
22. Поняття та основні школи тілесно-орієнтованої терапії.
23. Психологічний онтогенез тілесності.
24. Структура тілесності.
25. Сучасний період розвитку психології тілесності.

3.3. Тести для самоконтролю (для бакалаврів денної форми навчання)

1. Найбільш популярним визначенням психології тілесності як психологічного напрямку на даному етапі розвитку є наступне:

а) психологія тілесності – це наука, яка вивчає психологічні проблеми здоров'я людини;

б) психологія тілесності – це сучасний напрямок психології, який вивчає психологічні аспекти людського тіла і тілесного здоров'я.

2. До основних понять цієї дисципліни відносяться:

а) психіка, психічна організація людини, фізична організація людини, тіло, емоційні зміни, тілесні зміни, самооцінка;

б) тіло, тілесні відчуття, тілесність, тілесні зміни, тілесні техніки, релаксація, тілесна свідомість, тілесне здоров'я;

в) психіка, тіло, тілесні зміни, тілесні техніки, самооцінка, тілесні комплекси, тілесний панцир, гендерна ідентичність.

3. Термін «тіло» визначається як:

- а) фізична оболонка людини;
- б) біологічна основа людини;
- в) специфічна матерія.

4. Тілесні зміни – це:

- а) зміни в розвитку м'язів і скелета людини;
- б) зміни в тілі в дитячому віці;
- в) зміни в тілесному розвитку на різних етапах онтогенезу;
- г) еволюційні зміни тіла в процесі філогенезу.

5. Суть тілесних відчуттів полягає:

- а) у комплексі всіх відчуттів тіла;
- б) в екстрасенсориці людини;
- в) у лабільних уявленнях про біоенергетичний каркас людини;
- г) у лабільних уявленнях про власну тілесну природу.

6. Розробляючи проблематику тілесності, дослідники вказують на необхідність інтеграції таких аспектів і підходів:

- а) природничого, філософського, культурологічного, етнографічного, психологічного;
- б) природничого, соціологічного, педагогічного, релігійного, медичного;
- в) біологічного, соціального, духовного, психологічного, релігійного.

7. Наступні дослідники (автори монографій) вважають, що сьогодні не існує поки що конкретної психологічної теорії тілесності:

- а) В. Ніколаєва
- б) А. Тхостов
- в) С. Язвінська

8. В плані історії психології психологія тілесності:

- а) є класичним напрямком;
- б) є новоствореною галуззю;
- в) є древньою наукою;
- г) психосоматичним підходом;
- д) правильної відповіді немає.

9. *Фундамент психології тілесності закладений:*

- а) філософськими школами;
- б) медичними концепціями;
- в) біологічними теоріями;
- г) правильної відповіді немає.

10. *Як передумови розвитку психології тілесності були:*

- а) авторські концепції З. Фрейда, А. Адлера, Е. Еріксона;
- б) концепції індивідуально-типологічних відмінностей Е. Кречмера, У. Шелдона;
- в) терапевтичні практики О. Лоуена, М. Фельденкрайса, В. Райха

11. *Психології як науці повсякчас доводиться підтверджувати та доводити:*

- а) свою науковість та емпіричність;
- б) «життєздатність» і перспективність;
- в) практичність і методологічність.

12. *«Дерево» психологічної науки це:*

- а) розгалужена система наукових психологічних дисциплін;
- б) інтегративні взаємозв'язки психологічних феноменів;
- в) міжпредметні зв'язки психології з іншими дисциплінами.

13. *Предметом психології тілесності виступають:*

- а) закономірності розвитку тілесності на різних етапах онтогенезу;
- б) психологічні механізми функціонування як культурно детермінованого феномену в нормі та патології;
- в) механізми та техніки підтримання і відновлення тілесного здоров'я.

14. *Стан розвитку психології тілесності перебуває:*

- а) на початковій стадії створення власної теоретичної концепції;
- б) на стадії добре розробленої теоретичної концепції, але початкової стадії експериментальної бази дослідження;
- в) на початковій стадії створення і теоретичної концепції, і експериментальної бази дослідження;
- г) на стадії сформованої методології та започаткованої технології.

15. З'ясування характеру взаємовпливу психічної та фізичної субстанцій розв'язується сучасними психологами таким чином:

- а) психічне розглядається окремо від фізичного, як самостійна субстанція;
- б) тілесна функція є простою відповіддю на психічну діяльність;
- в) мова йде про психологічну єдність, в якій і психічне, і фізичне зберігають свої специфічні якості.

16. За класифікацією Б. Кедрова психологія знаходиться всередині трикутника взаємозв'язків, вершинами якого:

- а) є природничі, соціальні, філософські науки;
- б) є природничі, соціальні, медичні науки;
- в) є педагогічні, соціальні, філософські науки.

17. Аналогічно (за схемою Б. Кедрова) ми можемо в центр трикутника взаємозв'язків розмістити психологію тілесності. В такому випадку вона буде тісно взаємопов'язана і використовуватиме досягнення:

- а) соціології тіла, культурології та філософії, біологічних наук;
- б) анатомії та фізіології, сексології та гігієни, антропології та біомеханіки.

18. Такі українські дослідники вивчають феномен тілесності в контексті життєвого шляху особистості, статевої ідентичності:

- а) А. Рождественський;
- б) М. Терещенко;
- в) О. Корнієнко;
- г) О. Лісова.

19. Робоча сітка понять в дослідженні А. Рождественського включала такі:

- а) тіло, тілесна самооцінка, тілесні зміни;
- б) тілесність, тілесна свідомість, тілесна самосвідомість;
- в) тілесність, тілесний потенціал, рефлексія тілесного потенціалу.

20. А. Рождественський визначає поняття тілесності як:

- а) кількісний вимір буття особистості;
- б) якісний вимір буття особистості;

- в) повноцінне функціонування тіла людини;
- г) тілесний розвиток на протязі онтогенезу.

21. Методика ОСТП - це опитувальник:

- а) самооцінки тілесного потенціалу;
- б) відомості тілесної пацієнтів;
- в) саморефлексії старшокласників тілесного потенціалу.

22. Дослідження Н. Терещенко включає розробку і апробацію програми:

- а) індивідуальної психокорекції задоволеності власним тілом у дівчат підліткового віку;
- б) групового тренінгу для дівчат старшого шкільного віку, що мають проблеми в прийнятті жіночої гендерної ролі, задоволеності зовнішністю, спілкуванні з протилежною статтю;
- в) групового статеворольового тренінгу для дівчат підліткового та старшого шкільного віку, що мають проблеми в прийнятті жіночої гендерної ролі, задоволеності зовнішністю, спілкуванні з протилежною статтю тощо.

23. Такі терміни поки що не стали загальноживаними для психологів-науковців:

- а) вібрація, квантовість;
- б) енергія, енергопотенціал;
- в) енергія, тонкі тіла, аура.

24. Один з українських психологів виділив п'ять станів енергопотенціалу:

- а) Л. Бурлачук;
- б) С. Максименко;
- в) В. Клименко;
- г) З. Карпенко.

25. Деякі стани енергопотенціалу можливо диференціювати методами психодіагностики:

- а) оптимальний стан, стан норми, стан втоми;
- б) стан втоми, стан перевтоми, стан виснаження;
- в) стан норми, стан втоми, стан перевтоми.

26. Як зазначає В. Клименко ось ці стани здоров'я ніяку науку і практику не цікавлять: вони залишені на поталу долі, відповідно, повинні стати предметом психогігієнічного дослідження і практики розвитку здорової людини:

- а) тіло здорове до межі;
- б) тіло здорове не до межі;
- в) тіло не здорове і не хворе;
- г) тіло хворе, але швидко набирає сили;
- д) тіло хворе, але не до межі;
- ж) тіло хворе до межі.

27. Вищеперелічені (у пункті 26) стани здоров'я класифікував:

- а) В. Клименко;
- б) А. Тхостов;
- в) Піфагор;
- г) Авіцена.

28. Вивчення психології тілесності допомагає:

- а) зрозуміти та пояснити різноманітні оздоровчі тілесні практики;
- б) подолати «тілесний негативізм» на рівні суспільства;
- в) подолати «тілесний негативізм» на рівні суспільства і особистості.

29. У сфері психодіагностики тілесної свідомості:

- а) розроблені всі класи методик;
- б) відсутні такі методики;
- в) велике поле діяльності для конструювання і апробації методик.

30. Р. Позінкевич розглядаючи тілесну культуру як критерій розвитку особистості і суспільства, підкреслює:

- а) чим вища загальна культура, освіченість, тим розвиненіша і тілесна культура;
- б) тілесна культура є невід'ємною нормою людського існування;
- в) вдосконалення, оздоровлення, очищення тіла є найважливішою внутрішньою потребою, свідченням високого культурного рівня всіх потреб.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

ОСНОВНА

1. Лоуэн А. Психология тела: биоэнергетический анализ тела. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2000. 256 с.
2. Лоуэн А. Терапия, которая работает с телом. Санкт-Петербург: Речь, 2000. 272 с.
3. Мартинюк І. А. Техніки тілесно-орієнтованої терапії у корекції емоційних станів. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007. № 8. С. 60–63.
4. Мова Л. В. До питання про проблему використання тілесно-орієнтованих психотехнік під час підготовки практичних психологів в умовах педвузу. *Персонал*. 2000. № 5(59); № 10(15). С. 151–152.
5. Никитин В. Н. Энциклопедия тела: психология, психотерапия, педагогика, театр, танец, спорт, менеджмент. Москва, 2000. 624 с.
6. Терлецька Л. Г. Тілесно-орієнтована психологія: навч. посіб. Київ: Главник, 2008. 128 с.
7. Хлівна О. М. «Психологія тілесності» для майбутніх психологів: апробація програми нової навчальної дисципліни. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*. Київ: Ун-т «Україна», 2015. С. 89–94.
8. Хлівна О. М. Методичні рекомендації до курсу «Здоров'язберігаючі технології в сучасній психології». Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 16 с.
9. Хлівна О. М., Магдисюк Л. І. Методичні рекомендації до курсу «Психологія тілесності»: курс лекцій. Луцьк: ПП Іванюк В. П., 2019. 78 с.
10. Хлівна О. М., Магдисюк Л. І. Методичні рекомендації до курсу «Психологія тілесності»: практичні та лабораторні заняття. Луцьк: ПП Іванюк В. П., 2019. 20 с.
11. Хлівна О. М., Магдисюк Л. І. Методичні рекомендації до курсу «Психологія тілесності». Луцьк: ПП Іванюк В. П., 2019. 44 с.
12. Язвінська Е. С. Психологія тілесності. Одеса: Изд. ЧП «ТМСИ», 2008. 154 с.

ДОДАТКОВА

1. Бурлачук Л. Ф. и др. Основы психотерапии: учеб. пособие для студентов. Київ, 1999. С. 225–254.
2. Василенко Я. О. Я тілесне у структурі Я-концепції. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди*. Харків: ХНПУ, 2013. № 46. Т. 1. С. 31–37.

3. Виходцева О. Невротичні розлади особистості: Психотерапевтична допомога при неврозах. *Психолог*. 2007. № 41. С. 20–24.
4. Дучимінська Т. І., Хлівна Л. М., Магдисюк Л. І. Реалізація психо-профілактичного та психодіагностичного аспекту клінічної психології у сфері вищої освіти. *Психологічні перспективи*. Вип. 31. Луцьк: Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2018. С. 83–95.
5. Замелюк М. І., Магдисюк Л. І., Ольхова Н. В. Арт-терапія як засіб творчої самореалізація особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне: РДГУ, 2018. С. 50–57.
6. Каліна Н. Ф. Психотерапія: підручник. Москва: Академічний проект, 2015. 372 с.
7. Коваленко М. В. Психодіагностика типів ставлення до тіла у майбутніх психологів. *Вісник ХНПУ імені Г.С.Сковороди. Психологія*. Харків: ХНПУ, 2016. Вип. 53. С. 74–82.
8. Магдисюк Л. І. Психологічна допомога дитині та сім'ї: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 324 с.
9. Магдисюк Л. І., Замелюк М. І. Арттерапія в роботі з обдарованими дітьми: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 192 с.
10. Магдисюк Л. І., Павлова Б. В., Гнатоїко І. В. Медико-психологічне консультування осіб з серцево-судинними захворюваннями. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне: РДГУ, 2020. С. 144–149.
11. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
12. Магдисюк Л., Федоренко Р. Програма сертифікатного курсу з підвищення тренерської компетентності за напрямом «Практична психологія у сфері кризової психології». Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 92 с.
13. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П., Замелюк М. І. Казкотерапія в психологічному консультуванні дітей та дорослих: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2019. 152 с.
14. Магдисюк Л., Хлівна О., Дучимінська Т. Арттерапевтичний підхід в роботі практичного психолога зі страхом майбутнього в осіб похилого віку. *Психолого-педагогічна допомога особистості засобами арттерапії: міжнародна колективна моногр.* Переяслав: Домбровська Я. М., 2020. С. 160–173.
15. Особливості використання методу проєктивного тематичного малюнку в роботі перинатального психолога при підготовці вагітних до пологів. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007. № 12. С. 38–45.
16. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу:

- навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 276 с.
17. Твердохліб О. Класифікація психосоматичних практик як різновид фізичної культури. *Теорія та методика фізичного виховання*. 2007. № 10. С. 7–12.
 18. Терлецька Л. Г. Арт-терапія як метод дослідження аспекту психічного здоров'я особистості. *Психологічна газета*. 2006. № 1. С. 3–15.
 19. Терлецька Л. Г. Психотерапевтичні види художньої діяльності в роботі з підлітками. *Психологічна газета*. 2006. № 1. С. 15–20.
 20. Федоренко Р. П., Мушкевич М. І., Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Психологія молоді сім'ї: монографія. Вид. 2-ге, доповн. та змін. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 392 с.
 21. Хлівна О. Індивідуально-психологічні характеристики психічного здоров'я студентської молоді. *Здоров'я, освіта, наука та самореалізація молоді*. Луцьк, 2011.
 22. Хлівна О. М. «Психологія тілесності» для майбутніх психологів: апробація програми нової навчальної дисципліни. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*. Київ: Ун-т «Україна», 2015. С. 89–94. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/1285>
 23. Хлівна О. Розвиток позитивної Я-концепції студентів засобами психологічного тренінгу. *Психологічні перспективи*. Вип. 11. 2011.
 24. Хлівна О. Тілесне здоров'я як феномен психології. *Сучасні підходи інтеграції та соціалізації дітей з особливими потребами*. Луцьк, 2006. С. 280–289.
 25. Хомуленко Т. Б., Крамченкова В. О.. Методика проєктивної діагностики тілесного Я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Херсон, 2016. Вип. 5. С. 39–45.
 26. Хомуленко Т., Нестеренко М. Історія психології: психосоматичний підхід: навч.-метод. посіб. Харків: Вид-во «Діса плюс», 2016. 188 с.
 27. Хомуленко Т. Б. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди*. Харків: ХНПУ, 2014. № 49. С. 176–192.
 28. Zamelyuk M., Mahdysiuk L. The Mastery of Art Therapy in Working with Preschool Children. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series «Pedagogy and Psychology»*. 2021. Vol. 7, No 2. P. 79–85.
 29. Mahdysiuk, L., Tryhub, H., Duchiminska, T., Kulchytska, A., & Zasiiekina, L. (2020). Verbal Expression of Preparedness in Retirement Planning Interviews. *East European Journal of Psycholinguistics*, 7(2). URL: <https://doi.org/10.29038/eejpl.2020.7.2.mah>

Навчально-методичне видання

Хлівна Олександра Миколаївна
Магдисюк Людмила Іванівна

ПСИХОЛОГІЯ ТІЛЕСНОСТІ

Навчально-методичний посібник

Друкується в авторській редакції
Верстка *Ілони Савицької*

Формат 60×84 ¹/₁₆. Обсяг 11,16 ум. друк. арк., 10,75 обл.-вид. арк.
Наклад 300 пр. Зам. 143. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. (0332) 29-90-65).
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.