

**ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА
Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
Кафедра практичної психології**

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ГЕНДЕРНО-РОЛЬОВОЇ
СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ**

Дипломна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:

Студентка VI курсу, групи 622
спеціальності: «Психологія»

Овадюк Марта Ярославівна

Керівник: канд.. псих. наук,

доцент Сімак А. А.

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри № __

Від «__» _____ 2022р.

Зав кафедри _____ доц. Радчук В. М.

Чернівці – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....4

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ГЕНДЕРНО-РОЛЬОВОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ.....	6
1.1. Особливості онтогенетичного розвитку осіб пубертатного періоду.....	6
1.2. Експлікація феномену «соціалізації» в контенті сучасних психологічних досліджень.....	13
1.3. Аналіз видів та джерел соціалізації особистості в пубертатному періоді.....	18
1.4. Провідні аспекти гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду.....	24
РОЗДІЛ II. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ГЕНДЕРНО-РОЛЬОВОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ.....	30
2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження	30
2.2. Результати порівняльно-діагностичного дослідження психологічних особливостей прояву гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду.....	27
2.2.1. Індикація показників психологічної статі людини та статево-рольової схильності до маскулінності/фемінності серед осіб пубертатного періоду.....	35
2.2.2. Аналіз самооцінки маскулінно-фемінної ідентичності в пубертатному періоді.....	38
2.2.3. Показники ідентифікації оціночного профілю відношення до батьків серед старших підлітків.....	41
2.2.4. Автентифікаційний аналіз гендерної біографії осіб пубертатного періоду.....	44
Висновки до другого розділу.....	52
ВИСНОВКИ.....	56

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ58

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасній психології переважна кількість досліджень, які стосуються ставлення до власної зовнішності, базуються на понятті тілесного образу і вивчають, в якості основної, сферу незадоволення елементами зовнішності. Від моменту народження до старості тіло людини зазнає істотних змін, що супроводжується змінами образу Я. Фізичні зміни обличчя й тіла людини безпосередньо впливають на її самовідчуття і потребують часу для того, щоб стати частиною уявлення особистості про саму себе.

Культура сучасного суспільства нав'язує людині уявлення та стереотипи щодо сприйняття того, що якщо вона буде зовнішньо привабливою, то буде і успішною. Таким чином, у свідомості більшості людей, перебільшується значущість власної зовнішності, незалежно від соціальної ролі та статусу.

Краса та фізична привабливість є досить самотні феномени, які впливають не лише на комунікативний аспект міжособистісних стосунків, а мають більш глибоке відображення в людській психіці. На сьогоднішній день численні дослідження образу тіла проводяться в різноманітних напрямках і спрямовані на практичну допомогу у розв'язанні таких питань як: робота із неадекватним сприйняттям свого тіла, загалом зовнішності та розвиток тілесної пластики, а також розвиток інших психологічних характеристик особистості, що мають зв'язки із образом тіла.

У розробку проблеми ставлення особистості до власної зовнішності свій внесок зробили І. С. Кон, Р. Бернс, К. Роджерс, М. О. Мдівані, які досліджували формування образу Я в Я – концепції і свідомості індивіда, М. М. Обозов, В. М. Панферов, О. О. Бодальов та В. В. Столін із розробкою проблем міжособистісного сприйняття та ролі зовнішності в цьому процесі.

Серед зарубіжних дослідників слід назвати Д. Баса, Б. Пеннінгтона, С. Джуларда, М. Тігемана, П. Секода, які займалися вивченням гендерних стереотипів у сприйнятті зовнішності .

Об'єкт дослідження: особливості прояву гендерно-рольової соціалізації осіб пубертату.

Предмет дослідження: специфіка впливу сімейних та позасімейних індикаторів гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду.

Мета дослідження – полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні особливостей гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду та їх сімейних і позасімейних індикаторів гендерно-рольової соціалізації.

Основною гіпотезою дослідження стало припущення про те, що існують специфічні індикатори гендерно-рольової соціалізації у пубертаті, а з релевантністю процесу прояву самоідентифікації стало припущення про те, що відвідування спортзалу спричиняє полімотивовану структурно – динамічну трансформацію особливостей сприйняття образу зовнішності у спосіб актуалізації суб'єктних властивостей конгруентних цим чинникам потенціалу.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретично-епістемологічні напрямки соціально-психологічних особливостей феномену соціалізації особистості.
2. Експлікувати провідні індикатори соціалізації особистості в пубертатному періоді.
3. Здійснити емпірично-діагностичне дослідження індикаторів гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду..

У процесі дослідження застосовано такі **методи:**

- *теоретичні:* аналіз, синтез та узагальнення теоретико-методологічних засад досліджуваної проблеми, представлених у науковій літературі;

психодіагностичні: Опитувальник власного тіла (О. А. Скугаревский и

С. В. Сивуха); Тест – опитувальник самовідношення (В. В. Столин,

С. Р. Пантелеев); Методика «Гендерна автобіографія» (І. Клеціна).

Опитувальник «Підлітки про батьків» (Л.Вассермана, І. Горькової,

О.Роміциної).

- *статистичні*: знаходження середніх величин, процентних співвідношень.

База дослідження. Процедура експериментально-діагностичного дослідження передбачала заповнення бланків електронного зразка, створених за допомогою платформи GoogleForms. Сукупна вибірка становила 50 осіб пубертатного періоду старшого підліткового віку. Загальна вибірка була диференційована на дві субвибірки: підлітки-дівчата – (25 осіб) та підлітки-хлопці – (25 осіб). Вік досліджуваних – від 15 до 17 років.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається із вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (42 найменування). Загальний обсяг роботи викладено на 61 сторінках, з яких 57 сторінок – основний зміст, проілюстрована 7 – рисунками та 5 таблицями.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ГЕНДЕРНО-РОЛЬОВОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

1.1. Особливості онтогенетичного розвитку осіб пубертатного періоду

Протягом усього розвитку людства шлюб та сім'я були таким явищем, інтерес до якого залишався масовим та довготривалим. Для суспільства питання сім'ї як соціального інституту має першочергове значення вже тому, що від сім'ї значною мірою залежить демографічна ситуація, а також створення і передача духовних цінностей та традицій.

У сучасному суспільстві відбувається перехід від уявлень про сім'ю як про найменшу ланку суспільства до розуміння її самоцінності та важливості. Але, за даними науково-дослідних інститутів сім'я на сучасному етапі розвитку перебуває у стані кризи та соціальної деградації.

Інститут подружнього життя залишається однією з найбільш насичених сфер діяльності практичних психологів. Подружні та батьківські конфлікти, сімейні кризові стани, деструктивні стосунки в сім'ї - звичайні проблеми в даній галузі. Традиційні проблеми дошлюбного консультування, сімейна та подружня психотерапія, проблеми розлучень в останній час поповнилися не менш важливими проблемами психологічної допомоги неодруженим, а також проблематикою укладання повторних шлюбів і виникнення бінуклеарних розширених сімей.

Актуальність курсу «Сімейне консультування» пов'язана зі створенням необхідної програми підготовки молодих спеціалістів – психологів до розв'язання ряду проблем пов'язаних із функціонуванням сім'ї.

Для досягнення цієї мети необхідне глибоке знання теорії та практики сімейного психоконсультування, осмислення його суті, об'єкту, предмету, методів, сфер застосування та змісту. Дослідження сімейних проблем потребує психологічного аналізу особистості одного чи усіх членів сім'ї,

який опирається на вивчення основних психологічних явищ, процесів, станів і особливості їх прояву в сімейних стосунках.

Важливість даного предмета полягає не тільки у підготовці спеціалістів-практиків, наявність великої кількості невисвітлених тем пов'язаних із розвитком і функціонуванням сім'ї, передбачає появу з кола студентів нових дослідників відповідної тематики.

Термін "консультація" за словником С. Ожегова має кілька значень: а) рада спеціалістів; б) порада спеціаліста; в) установа, що дає поради. У прикладній психології успішно використовувалися всі три зазначені форми консультації. А от сутність консультування у практичній психології довго дискутувалася, бо вважалося, що надавати допомогу особистості у розв'язанні її психологічних проблем можна тільки у рамках психотерапевтичної практики. А. Бодальов зазначає, що сімейне консультування – це різновид сімейної психотерапії, який має свої ознаки й межі корекційного впливу. Н. Сандберг зазначає, що психопатологія виникає внаслідок зіткнення комплексу факторів і довгих серій інтеракцій між фізичним і середовищним ризиком та захисними факторами. Тому недоречно робити швидкі висновки про обов'язкову першопричинність впливу сім'ї на симптоматику, з якою звертаються по допомогу.

Отже, *сімейне консультування* – це вид спеціально організованого спілкування, у процесі якого психолог-консультант допомагає клієнтові дослідити і прояснити свою життєву ситуацію, актуалізувати додаткові сили та здібності, залагодити різні сімейні конфлікти.

Клієнтом у межах сімейного консультування виступає не обов'язково один член сім'ї, а переважно вся сім'я, люди, об'єднані даною проблемою.

Психологічна допомога сім'ї – це комплекс заходів, спрямованих на підтримку сім'ї та її окремих членів: в усвідомленні проблем, що виникли; в зміні існуючих дисфункційних та неефективних патернів; у подоланні кризових ситуацій.

Отже, специфіка психологічного консультування як окремого виду психологічної допомоги визначається особливостями проблематики, немедичною парадигмою у розумінні клієнта, змістом і методами діяльності. Цілі ж консультування, на відміну від немедичної психотерапії (особисте й соціальне здоров'я) чи медичної психіатрії (психічне і соматичне здоров'я) лежать у площині особистого благополуччя клієнта.

Результатом консультування може вважатись інсайт (З. Фрейд), просто "сповідь" (Р. Мей), або, як вважають екзистенціалісти, сповнена розуміння, підтримки та співпереживання "зустріч", яка, можливо, стане поворотним моментом у процесі життєтворчості. Для консультування характерний більш м'який психологічний вплив на людину, коротша тривалість роботи (5-6 зустрічей).

Консультант організовуючи психологічну допомогу сім'ї виконує ряд *функцій*:

- підтримуючу. Спрямована на забезпечення психологічної підтримки, які відсутні, або існує в недостатній мірі у реальних сімейних стосунках;
- посередницьку. Вона сприяє відновленню порушених зв'язків членів сім'ї між собою та із соціумом;
- навчаюче-розвивальну. Зорієнтована на допомогу членам сім'ї в розвитку основних соціальних навичок, таких як прийоми саморегуляції та самопізнання, уважного ставлення один до одного, усвідомлення потреб оточуючих, навиків надавання підтримки та навиків конструктивного залагодження конфліктів. Також важливою складовою є формування умінь помічати і відповідно реагувати на почуття інших та проявляти в доречній формі свої почуття;
- ресурсну. Її зміст полягає в допомозі членам сім'ї у пошуку внутрішніх і зовнішніх ресурсів;
- інформаційну. В рамках даної функції консультант надає інформацію стосовно проблемної ситуації та можливостей її подолання.

Поряд із функціями, які виконує консультант при наданні допомоги сім'ї, виокремимо ряд завдань сімейного консультування:

- надання психологічної інформації; інтеграція особистості, подолання внутрішньої конфліктності й узгодження її інтересів;
- активізація психічних ресурсів клієнта;
- подолання особистісних обмежень і освоєння нових поглядів на власну життєву ситуацію;
- професійні підтримка та порада;
- смислотворення та корекція ієрархії цінностей;
- вироблення адекватних форм поведінки в різних життєвих ситуаціях.

В практиці сімейного консультування виокремлюють кілька *напрямків роботи*:

- робота з одинаками, які прагнуть створити сім'ю, але мають проблеми вже на першому етапі знайомства із людьми протилежної статі;
- дошлюбне консультування пар, які подали заяву про реєстрацію шлюбу;
- консультування конфліктних і кризових сімей, чи тих, які переживають розлучення;
- робота з батьками, які стикаються з труднощами при вихованні дітей.

Н. Оліферович виокремлює такі види психологічної допомоги сім'ї:

- консультування окремого члена сім'ї. Процес зорієнтований на роботу з окремим членом сім'ї в рамках розв'язання ним сімейних або сімейно-зумовлених проблем. У рамках такої роботи часто відбуваються розстановки як спосіб реконструкції сімейної системи клієнта;
- консультування подружжя. Зазвичай робота спрямовується на оптимізацію емоційного фону подружніх взаємин, а також на поліпшення якості взаємодії шлюбних партнерів із розширеною сім'єю та соціумом. Такий вид роботи активно розвивається в межах багатьох напрямків. Існують психоаналітичний, когнітивно-біхевіоральний, гештальт-терапевтичний та ін. підходи до консультування і терапії подружжя;

- сімейне консультування. Цей вид психологічної допомоги використовують, коли в проблемній ситуації задіяні кілька членів сім'ї – представників різних поколінь або вся сім'я;
- групове консультування подружніх пар. Такий вид роботи допомагає підсилити отримання підтримки та поглибити етап роботи із проблемами подружжя;
- групове сімейне консультування. Ця робота побудована на узгодженні двох варіантів роботи у групі: групи батьків, дітей, групи для матерів та ін. А друга група – це сумісні заняття батьківсько-дитячих груп та ін.

2. Психологічний ефект консультування пояснюється не лише особистісними якостями (харизма), авторитетом і майстерністю консультанта (дослідники консультативної діяльності в першу чергу вказують саме на ці якості), але й психофізіологічними механізмами, які складають основу формування нових думок і поведінкових установок.

Дієвість консультативного впливу забезпечується закономірностями психічної переробки інформації. Сама інформація може суттєво й не змінюватися, проте через створення різноманітних рефлекторних зв'язків з іншими центрами кори вона ніби по-новому переписується структурами мозку. Такі процеси консолідують принципово новий досвід для людини. Ефектом новоутворень виступає зміна емоційного забарвлення переживань, а відтак – і зміна напрямку всієї психічної діяльності. Однак чекати самостійного спрацювання відповідних механізмів немає ніякого сенсу. Надійним засобом швидко і кваліфіковано отримати необхідну спонуку є медіаторські вміння психолога.

У процесі конструктивної консультативної взаємодії він допомагає людині віддзеркалити, дистанціювати пережите, рефлексувати й усвідомити те, що з нею відбувається. Подібна внутрішня діяльність плюс факт вербалізації (проговорювання) дають можливість відділити себе від своїх емоцій і думок, внести критику, оцінити ситуацію. Адже розривно-телеграфний та образно-символічний процес внутрішнього мовлення, набуваючи форми зовнішнього

мовлення, „мови для іншого“, будується за новими законами - законами логіки і причинно-наслідкових зв'язків. Коли починається розмова „про“ почуття та переживання, то їх влада закінчується, і робиться перший крок у напрямку контролю над ситуацією.

Вербалізація проблем дуже важлива навіть тоді, коли вони, як здається, не мають розв'язання. Людина починає слухати не всіх навколо, а себе. Прислухаючись до себе під чутливим керівництвом психолога, вона нарешті чує те істинне, що є в ній, свою самість, котра не дозволить схибити, вибираючи вихід з конкретної ситуації.

Таку інтервенцію, за якої змінюється психічна реальність іншої людини і формуються нові для неї переживання та риси, називають *впливом*. Вплив у консультативній практиці будується на основі тези про самотню цінність кожної людини. Здійснюючи його, часто говорять ще про формування й управління. *Формування* передбачає зміну психічної реальності людини згідно з уявленням про її соціальну та індивідуальну норму, яку вона сама не в змозі досягти.

Управління як зміна психічної реальності людини відповідно до її властивостей передбачає відсутність у людини можливостей для адекватної саморегуляції.

Серед різновидів інтервенції найбільш неприйнятне для практичного психолога *маніпулювання*, тобто зміна психічної реальності іншої людини відповідно до цілей і завдань чогось чи когось, хто зацікавлений у них.

Традиційно основним методом психологічного консультування, зазначає Є. Артемонова, вважається інтерв'ю, тобто терапевтична бесіда, спрямована на соціально-психологічну підтримку сім'ї та допомогу їй. Проте сьогодні в практиці сімейного консультування широко застосовується все багатство методів і прийомів, розроблених у різних психотерапевтичних школах: діалогічне спілкування, поведінкові методи, психодрама та рольове моделювання, репертуарні решітки Келлі, аналіз історії сім'ї, генограма, а також методи групової терапії. Для забезпечення зворотного зв'язку

використовуються відеозаписи й такі психотехніки, як «соціограма у дії», «родинна скульптура», «родинна хореографія» (вони подібні до «живих картинок», коли члени сім'ї, вибираючи пози та розташування у просторі, намагаються змалювати свої взаємини у статиці або динаміці).

Прийомів роботи в сімейному консультуванні досить багато, серед них: побудова інтерв'ю та використання домашніх завдань, корекція ригідних уявлень і правил, аналіз почуттів і переживань, підвищення рівня рефлексії, корекція стилів спілкування та інші.

3. Вибір моделі консультативної допомоги визначається здебільшого тим, у якій парадигмі працює психолог-консультант. У підручнику Р. Нельсона-Джоунса "Теорія та практика консультування" знаходимо опис основних рис більше десяти визнаних консультативних напрямів. Р. Мей узагалі вважає, що майже для кожної проблеми є своя форма консультування, і нараховує їх близько трьохсот. Однак усі консультативні підходи можна поділити принаймні на дві групи залежно від позиції, яку займає психолог під час взаємодії.

1.2. Експлікація феномену «соціалізації» в контенті сучасних психологічних досліджень

Директивна модель консультативної допомоги передбачає побудову такого сценарію взаємодії, в якому психолог грає роль учителя, наставника, знавця, ведучого, а клієнт – учня, підопічного, веденого. Застосування такої моделі консультування має місце, коли мова йде про добре вивчені психологічні феномени. У цьому випадку психолог апелює до вивіреної психологічної інформації. Надання такої інформації здійснюється у формі порад, інструкцій, указівок, настанов чи інших форм керівництва до дії. Директивна модель консультативного впливу доцільна там, де клієнт з якихось причин слабкий чи незібраний (вік, афективний стан, непорозуміння, тимчасова неорганізованість тощо). Однак існує дуже багато ситуацій, де немає і не може бути однозначного рішення, а роль порадника може викликати безпідставні претензії та звинувачення на адресу психолога. Тому більш доречним для налагодження взаємодії вважається *недирективний підхід*, уміння вести консультативну бесіду так, щоб стимулювати клієнта до: самостійного пошуку розв'язання проблеми, прийняття рішення, покладання на себе відповідальності за реалізацію задуманого.

Соматичне навчання Т. Ханни засноване на теорії стресу Г. Сельє та методі тілесного перенавчання М. Фельденкрайза. Роботи Г. Сельє показали, як стрес впливає на ендокринну систему. Сельє виділив кілька фаз реакції організму на стрес: реакція тривоги, реакція опору, реакція виснаження.

Т. Ханна встановив, що у відповідь на незліченну кількість стресів і травм, яким схильна сучасна людина, сенсорно-моторна система реагує специфічними м'язовими рефlekсами. Два основних типи реакцій відрізняються один від одного, тому що вони спричинені двома різними формами стресу. Г. Сельє називав їх «дистрес» та «еустресс».

Адаптація нервово-м'язової системи до тривалого негативного стресу (дистрес) відбувається в основному в області передньої поверхні тіла.

Адаптація нервово-м'язової системи до тривалого позитивного стресу (еустресс) відбувається в області задньої поверхні тулуба. Т. Ханна назвав ці дві реакції «рефлексом червоного світла» (реакцією переляку) та «рефлексом зеленого кольору» (реакцією збудження за Ландау). Він додав до класифікації також травматичний рефлекс (Кнастер, 2002; Ханна, 1996). Два перші є основними адаптивними рефлексами центральної нервової системи, оскільки вони необхідні виживання. При рефлексі червоного світла, коли людина відчуває загрозу і відчуває страх, вона намагається уникнути їх, заплющивши очі, стиснувши зуби і напружуючи обличчя, витягнувши вперед шию, піднявши плечі, зігнувши коліна, напружуючи м'язи живота, скорочуючи діафрагму, затримуючи дихання. При рефлексі зеленого світла, коли обставини вимагають від людини якоїсь дії (дзвонить телефон, стукають у двері), він готується до руху вперед, розплющує очі і рот, подавши шию назад, опускаючи плечі вниз, випрямляючи коліна, розкриваючи долоні, піднявши груди і т. д. Травматичний рефлекс – реакція будь-якої частини тіла, коли необхідно захиститися від рани чи болю, наприклад під час аварії чи хірургічної операції.

Якщо в повсякденному житті часто виникають ці реакції, їх результатом стануть звичні м'язові скорочення, які настільки глибоко йдуть у підсвідомість, що людина вже не може довільно розслабити м'язи і втрачає здатність ними керувати. Дії людини стають ригідними, неприродними, обмеженими певними рамками, тому що те, що людина не відчуває, вона не може привести в рух, а те, що вона не може привести в рух, вона не може відчувати.

Ханна називав подібні звичні стани сенсорно-моторною амнезією (СМА). Цей вид амнезії ніяк не пов'язаний із пошкодженням мозку; Тут втрата пам'яті стосується відчуттів певних груп м'язів і здатності їх контролювати. Так як це глибокі зміни центральної нервової системи, людина навіть не підозрює про них, хоча вони порушують основу її існування. Сенсорно-моторна амнезія зменшує уявлення людини про те, хто

вона така, що вона відчуває і що робить. Саме така втрата пам'яті на рухи і почуття призводить також до того, що людина відчуває хибне відчуття того, що вона «постаріла».

Оскільки м'язи не мають можливості розслабитися, вони стають запаленими, болючими чи слабкими. Це, у свою чергу, призводить до незграбності, неповороткості, енергетичного виснаження тіла, викривлення хребта та неправильного розподілу ваги.

Сенсорно-моторна амнезія не має жодного відношення до старіння, вона може виникнути в будь-якому віці, навіть у дитинстві. Діти, які ростуть у неблагополучних сім'ях або потрапляють у скрутні ситуації, наприклад під час війни, також можуть стати жертвами моторної амнезії. Тоді в них розвиваються типові зміни фігури: запалі груди, постійно підняті надпліччя, різко виражений вигин шиї. Іноді травми або серйозні хірургічні втручання можуть спричинити ті ж хронічні скорочення м'язів, які помилково вважають результатом старіння. Прикладом цього є викривлення хребта при сколіозі, кульгавість або хронічний біль.

Ханна віддавав перевагу перенавчанню, оскільки СМА – це засвоєна адаптація до стресу та травм, а це означає, що можливе перенавчання. Соматичне навчання Томаса Ханни – це перепрограмування нервової системи шляхом ручного масажу та рухових вправ. Фахівець спонукає клієнта довільно скорочувати амнезовані м'язи та самостійно отримувати сенсорну інформацію, яка одночасно відновить діяльність рухових нервів. Тоді тіло людини відмовляється від паттернів, що обмежують, жорсткі фізіологічні звички зникають.

Будь-які сенсорно-моторні порушення впливають на центр тяжкості тіла. Виникають дві взаємозалежні проблеми. Насамперед змінюється центр тяжкості. Це викликає порушення рухів: 1) у крижах та нижній частині хребта; 2) у плечових та кульшових суглобах; 3) у ліктьових та колінних суглобах; 4) у кистях, гомілках та стопах. Друга проблема полягає в тому, що пошкодження та порушення функції в таких місцях, як кисті, гомілки, стопи,

коліна, плечові та кульшові суглоби, а також хребет, викликають порушення функцій в області центру тяжіння, тобто в області попереку та тазу.

Стареча постава – результат сумарної дії двох протилежних рефлексів. Це постава, характерна для мільйонів людей похилого віку, що показує, як два взаємодіючі рефлекси стають звичними і діють за принципом компромісу. Потужне скорочення м'язів спини при рефлексі «зеленого світла» згинає шию та попереки. Але таке ж потужне скорочення м'язів живота і плечей при рефлексі червоного світла зміщує тулуб вперед, викликає сутулість і висуває вперед голову.

Насправді мускулатура людини дуже різноманітна. Тому трапляються різні постави. Іноді переважає рефлекс «червоного світла», і тоді з'являється стареча сутулість. Іноді переважає рефлекс «зеленого світла». При цьому збільшується вигин нижньої частини хребта, грудної клітки та шиї. Якими б не були поєднання, змагання між двома рефlekсами поступово порушує форму тіла і спотворює поставу, надаючи їй старечого характеру. Хоча це частіше відбувається у похилому віці, причиною є не старіння, а накопичення звичних реакцій на нервово-м'язовий стрес.

Слід ще раз підкреслити, що сенсорно-моторної амнезії можна уникнути і її можна вилікувати. Ви можете запобігти їй, використовуючи дві унікальні властивості сенсорно-моторної системи: здатність розучитися тому, чого ви раніше вивчилися, і здатність згадати те, що було забуто. Т. Ханна розробив вісім соматичних вправ. Вони відкривають широкі можливості для перенавчання сенсорно-моторної системи.

Соматичні вправи розроблені Т. Ханною спеціально для зменшення сенсорно-моторної амнезії, тобто втрати пам'яті на відчуття і рухи. Соматичні вправи відрізняються від звичайних фізичних вправ постійним фокусуванням свідомості на кінестетичних відчуттях та повільними рухами при невеликих зусиллях м'язів. Це дає можливість навчати мозок та відновити у чутливих та рухових зонах кори забуті правильні динамічні стереотипи рухів. Виконання вправ у різних позах – на спині, на боці, на

животі – вчить звертати увагу на залежність напруги м'язів від орієнтації тіла щодо сили тяжіння (так звані «пізні напруги», «функціональна система антигравітації»).

Програма соматичних вправ ґрунтується на принципі поступового збільшення складності. Це робота з областями сенсорно-моторної амнезії. Перша група соматичних вправ вчить відчувати м'язи, які у середньої частини тіла, тобто у сфері центру тяжкості. Наступні вправи спрямовані на тренування м'язів рук, ніг та шиї. (орієнтовний темп вивчення вправ – одна техніка протягом тижня).

На додаток до основного комплексу, який орієнтований на лікування та відновлення порушених сенсорно-моторних функцій організму, пропонується підтримуючий комплекс «Котяче потягування» (п'ятихвилинка) для щоденного виконання. Виконуйте щодня котяче потягування після того, як прокинетесь. Цього достатньо для того, щоб ваш мозок більше не страждав від сенсорно-моторної амнезії. Багато людей вважають за краще робити ці вправи перед відходом до сну. Після них вони сплять міцніше. Якщо у вас був день, повний стресів, через які м'язи напружені і стомлені, то ви побачите, що «котяче потягування» автоматично знімає напругу.

Вправа 1

Ляжте на спину, зігніть коліна і поставте п'яти недалеко від сідниць. Тепер вдихніть, вигинаючи попереk, і видихніть, притискаючи попереk до підлоги. Поступово збільшуйте розмах рухів, притискаючи куприк до підлоги щільніше, щоб підняти нижню частину спини, а потім притисніть попереk до підлоги, завдяки чому злегка піднімається криж. Зробіть цей рух повільно та обережно 20 разів.

Вправа 2

Ляжте на спину, зігніть коліна і розташуйте ноги ближче до сідниць. Переплетіть пальці обох рук і покладіть голову.

Вдихніть, вигніть поперек (пам'ятайте, що в той момент, коли ви це робите, куприк притискається до підлоги, а пояс піднімається).

Далі видихніть, притисніть поперек до підлоги, одночасно піднімаючи голову. Повторіть 5 разів.

Вправа 3

Поверніть на живіт, покладіть ліву щоку на тильну сторону правої кисті, тоді як ліва рука витягнута вздовж тіла.

Виконуйте обидва рухи одночасно. Повільно вдихніть, піднімаючи одночасно ліву ногу, праву кисть та правий лікоть, а також голову; видихайте повільно, опускаючи кінцівки (3 рази).

Вправа 4. дзеркально стосовно вправи 3.

Вправа 5

Лежачи на спині із зігнутими колінами, покладіть праву долоню під голову. Потім підніміть ліве коліно та тримайте його лівою рукою.

Вдихніть, повільно піднімаючи поперек; потім, під час видиху, притисніть спину до підлоги та підніміть голову; рухайте правий лікоть до лівого коліна. Одночасно підтягуйте ліве коліно до правого ліктя. Повторіть це 6 разів.

Простежте за тим, щоб голова та лікоть були злегка повернені ліворуч. Відчуйте, що чим більше ви прогинаєте поперек вниз, у напрямку до підлоги, тим більше лікоть наближається до коліна. М'язи вашої спини ще більше звільняються і стають податливішими. Іншими словами, ви відновлюєте здатність керувати м'язами спини.

Вправа 6. дзеркально стосовно вправи 5.

Вправа 7

Залишіть ноги зігнутими в колінах, витягніть обидві руки убік.

Пересувайте ліву руку догори за допомогою обертальних рухів на поверхні підлоги (обертаючи або перекочуючи руку, але не ковзаючим рухом) доти, поки надпліччя не впереться в підлогу; одночасно аналогічним обертальним рухом переміщайте праву руку вниз поверхнею підлоги до тих пір, поки надпліччя не почне відокремлюватися від підлоги.

Потім виконайте протилежний рух, відкочуючи ліву руку вниз по підлозі та праву руку – вгору. Зробіть це кілька разів повільно і обережно, доки повністю не відчуєте суть цього руху.

Тепер "відкотіть" праву руку до ніг, а ліву - до голови. Одночасно дайте ногам опуститися праворуч. Потім виконайте протилежний рух: у той час як права рука перекочується до голови і ліва до ніг, опустіть ноги ліворуч.

Повільно продовжуйте цей рух туди й назад, даючи можливість голові брати участь у ньому. Голова у своїй повертається вліво, тоді як коліна опускаються вправо. Голова повертається праворуч, тоді як коліна опускаються вліво.

Повторіть 10-20 разів.

Зверніть увагу на те, як все тіло скручується, розтягується та подовжується. Постарайтеся, щоб цей рух був надзвичайно приємним, як у дитини, що ліниво потягується, або як у кішки.

Зупиніться та відпочиньте.



Рис. 1. Професійна позиція консультанта

Позиція - це рольова стратегія, яку обирає консультант, будуючи стосунки з клієнтом. Основні параметри позиції – авторитарність / партнерство у визначенні цілей і завдань консультативного процесу і директивність / недирективність у їх технічній реалізації, котра і є мірою відповідальності за результати консультативної допомоги. Уявлення про різні психотерапевтичні позиції можна отримати із такої схеми.

Консультант може співпрацювати з клієнтом на рівних – «поряд», у такий спосіб створюючи умови, які спонукають людину осмислено приймати рішення про відповідальність та зміни, або з позиції „зверху” вести клієнта, беручи на себе функції наставника. При нагоді психолог може „йти” за клієнтом, будувати взаємодію з позиції „знизу”, досліджуючи, що саме вагоме для людини в ситуації, яка склалася.

Потрібно пам'ятати, що, використовуючи поведінкові та сугестивні техніки, консультант найчастіше виступає з позиції „батько” („умовне прийняття”). Він навчає, веде, організовує процес, дає установки або вводить пресупозиції (НЛП) тощо. При медитативних техніках стосунки складаються на основі „безумовного прийняття” та співпереживання („материнське ставлення”). „Материнська” позиція поєднує в собі „батьківську” результативність і м'якість впливу, що дозволяє людині рухатись у своєму унікальному напрямку. Як правило, це досягається за допомогою використання механізмів трансового наведення як допоміжного засобу для делегування несвідомому необхідних змін. „Сестринське” ставлення передбачає увагу, повагу, свободу, визнання самоцінності людини і найбільш характерне для парадигми клієнт-центрованої чи екзистенційної психології. З позиції „брата” - суворого, але такого, що цінує партнерство та співпрацю, консультант виступає при використанні когнітивних технік. У цій позиції психолог не приховує сутності інтервенцій, заручається підтримкою найбільш здорових частин „Я”. Такими є позитивна психологія,

транзактний аналіз. „Нейтральна" позиція (позиція "дзеркала") характерна для психодинамічного підходу.

Вибрати ту чи іншу позицію можна, зважаючи на характер завдання, індивідуальні особливості й установки клієнта, того наскільки він знає свій внутрішній світ, володіє собою.

Здебільшого позиція диктується концептуально певною школою консультування, до якої консультант відчуває більшу симпатію, свідомо чи несвідомо тяжіє. Показником професіоналізму є здатність консультанта займати усвідомлено і пластично кожен з вказаних вище позицій.

З-поміж тактик ведення консультативного сеансу інколи виділяють так звані тактики „мисливця" та „рибалки".

Консультант - „мисливець", визначаючи віхи бесіди, „заганяє" клієнта туди, де він, асимілювавши все обговорене, має більше можливостей „прозріти". Консультант-рибалка", фасилітуючи процес бесіди, скоріше очікує, надає клієнту простір для того, щоб його підсвідомість сама обрала шлях до необхідних трансформацій. При цьому жодна з тактик не передбачає втрату ініціативи консультанта. Господарем сеансу завжди має бути консультант, його впевненість і стабільність – гарант ефективності дійства.

1.3. Аналіз видів та джерел соціалізації особистості в пубертатному періоді

Перше знайомство з клієнтом починається ще на етапі домовленості про консультативну зустріч. Цей контакт зазвичай відбувається заочно, по телефону. Телефонні переговори мають бути короткими, лаконічними, діловими.

Основне завдання, яке розв'язується під час зустрічі на першому етап консультативної взаємодії - це налагодження контакту. Консультант створює зручні умови для клієнта та надає ініціативу для презентації себе. У консультуванні діє неписане правило: про зустріч з психологом домовляється той, кому безпосередньо потрібна допомога. Для сімейного консультування даний постулат також важливий, хоча й не може бути реалізований повністю (про зустріч домовляється один член сім'ї, а на зустріч приходять усі учасники проблеми). Деколи консультант вдається до міксування індивідуальних зустрічей і зустрічей зі всіма членами сім'ї одночасно.

Попередня інформація про клієнта може бути стандартною, як при реєстрації у будь-якій іншій соціальній установі: ім'я, вік, професія, освіта, сімейний статус, як потрапив на консультацію, чи звертався раніше до психолога, та якщо людина приходить на зустріч анонімно, всі ці відомості будуть зібрані під час інтерв'ю.

Ліпше не перевантажуватися завчасно інформацією про клієнта та його життя, особливо якщо ця інформація надходить від третіх осіб, які стали ініціаторами звернення клієнта до психолога.

Блок етичних норм має ознайомити клієнта з основними правами й обов'язками як його, так і консультанта.

Особливо треба підкреслювати добровільність продовження або переривання роботи, право погоджуватися чи не погоджуватися із психологом, міняти консультанта, самостійно пропонувати теми й нормувати глибину їх розкриття тощо. Якщо в процесі консультативної взаємодії

передбачений аудіо чи відеозапис, клієнта слід попередити про це заздалегідь. З огляду на етику взаємодії консультант повинен отримати дозвіл не тільки на технічний запис консультативної зустрічі, але й на те, щоб дещо занотувати в присутності клієнта. Добре, якщо протягом консультації клієнт отримає зворотний зв'язок і матиме уявлення про те, що і як записує консультант.

Основним моментом блоку «укладання терапевтичного контракту» є розподіл відповідальності. Делегування відповідальності – лакмусовий папірець для перевірки виваженості, інтегрованості особистості самого консультанта, його професійності, адже будь-якій людині у зв'язку зі своїми внутрішніми психологічними реаліями (цінності, установки, світогляд) не так просто визначити міру відповідальності. Терапевтична угода зосереджує увагу обох – і клієнта, і консультанта на головному завданні консультативного процесу. Протягом обговорення угоди клієнт чітко визначає, що конкретно йому необхідно змінити в собі заради досягнення поставлених перед собою цілей.

Важливе для контракту врахування ієрархії змін, тобто послідовності досягнення бажаного.

Отже, в контракті можна виділити дві частини:

в першій, змістовій, ідеться про ті зміни, заради яких людина прийшла на консультацію;

в другій - узгоджуються питання організації консультативних зустрічей (кількість зустрічей, коли й де вони будуть відбуватися, їх вартість).

Саме укладання контракту гарантує консультативному діалогу статус професійності.

Суттєве для укладання контракту питання оплати за консультації. З. Фройд зазначав, що плата за роботу є елементом терапії. Незалежно від особливостей організації консультативної взаємодії, питання плати необхідно обговорити.

На етапі знайомства клієнт починає розповідати свою історію й висловлює скаргу. *Скарга* – адресоване та висловлене консультанту невдоволення людини з приводу певних психологічних труднощів, з якими вона самостійно не може впоратися. Кожна скарга має сюжет і зміст:

сюжет – послідовність, у якій клієнт розповідає про свої життєві колізії;

зміст – взаємозв'язок цих колізій.

Зміст скарги відрізняється від її аналізу суб'єктивним і досить вільним поєднанням фактів і роздумів, їх довільним трактуванням, надлишковою емоційною насиченістю. Сприймати ситуацію більш об'єктивно людині заважає асоційована позиція, дивлячись на все зсередини, вона не в змозі абстрагуватися.

Зазвичай, клієнт намагається одразу ж пояснити характер того, що відбувається, пропонує самодіагноз. *Самодіагноз* – це власне пояснення клієнтом природи тих чи інших психологічних труднощів, пов'язане з його уявленнями про самого себе, навколишній світ і людські стосунки. Самодіагноз демонструє ставлення клієнта до життя і деякою мірою готовність до змін. Розповідаючи про те, що відбувається, людина окреслює свої проблеми та формулює запит до психолога.

Проблема – це сукупність психологічних труднощів клієнта, що переживаються як дискомфорт, дисгармонія, дезадаптація. У психології такі переживання описуються як стрес, конфлікт, фрустрація, криза. Та як би не класифікувався подібний стан, у його основі майже завжди внутрішній конфлікт: дуже сильне бажання чи потреба і неможливість їх задовольнити, відчуття перепони, яку не можна подолати.

Переважно саме проблема визначає психологічний запит клієнта, але трапляються непоодинокі випадки, коли запит стосується проблеми лише опосередковано.

Запит – це у певний спосіб мотивоване звернення до психолога з проханням дати конкретну форму психологічної допомоги. Кожна людина формулюватиме запит до психолога згідно зі своєю психологічною

компетентністю, освіченістю та рівнем усвідомлення своїх труднощів. Існує суттєва різниця між скаргою та психологічним запитом, яка визначається рівнем усвідомлення існуючих проблем, здатністю об'ємно бачити загальну картину ситуації.

Запит як очікуваний результат консультативної роботи виступає системоутворюючим чинником, який організовує та спрямовує комунікацію. Головне, щоб його зміст стосувався психології, а не, морального вибору чи питань соціального нормування життя. Досвідчений психолог не перейде до постановки терапевтичного завдання до тих пір, поки клієнт не визначиться з тим, яких саме змін він очікує. Запит деталізує змістову сторону контракту.

2. На другому етапі консультативного процесу консультант ретельно досліджує ситуацію клієнта, використовуючи базові психотерапевтичні навички ведення інтерв'ю, нереклексивне та рефлексивне слухання, засоби стимулювання та підтримки клієнта.

Завдання, що ставляться на даному етапі:

- вивчення загальної картини проблем клієнта та його ставлення до них;
- визначення впливу подій та їх динаміки на формування симптоматичної поведінки;
- вивчення особистості клієнта, його стресостійкості та потенційної здатності впоратися з труднощами;
- виявлення попереднього досвіду, який сформував деструктивний спосіб переживань;
- демонстрація клієнту цілісної картини того, що відбувається;
- пошук ресурсів, які допомогли б клієнту подолати психологічні труднощі;
- визначення пріоритетів і побудова ієрархії в подоланні перепон і деструкцій.

Психологічна діагностика починається з першої хвилини консультації. Вигляд клієнта, засоби зовнішньої і внутрішньої презентації, вміння вступати в контакт, перші слова, звернені до психолога, - все наповнено символічним

змістом, який часто несвідомо провокує перші гіпотези та реакції консультанта.

Те, що привертає увагу консультанта, слугує своєрідними психологічними „ключами” до складного „замка” вчинків, характерів, конфліктних стосунків, обставин.

Психологічні ключі – це інформація, яка має психологічну значущість: помічаючи той чи інший рух, характерну фразу чи реакцію клієнта, психолог завдяки своїм знанням може розшифрувати їх, прочитати глибинний зміст, скласифікувати чи пов'язати з певним психологічним поняттям, котре упорядковує та пояснює те, що відбувається. Ці, на перший погляд, нічим не примітні для клієнта прояви формують нову думку, яка збагачує розмову, допомагає відповісти на поставлені запитання.

Ключеві аспекти того, за чим можна спостерігати і що допомагає зрозуміти ситуацію клієнта, такі:

невербальна поведінка клієнта. До невербальних виразних засобів належать: поза, міміка, жести, емоційні прояви, мовна експресія, темп мовлення та ін. Це загалом аналогова, тобто правопівкульна інформація, яку клієнт мало усвідомлює і практично не контролює. Тому є сенс зосереджувати увагу на спостереженні таких невербальних стереотипів клієнта: контакт очей, мова тіла, якості голосу тощо;

вербальна поведінка клієнта. Це мовні стереотипи, характерні слова та вирази, основні теми та типові емоційні реакції, що проявляються в мовленні;

Діагностика будується за принципом розгалуженого дерева: будь-який наступний діагностичний крок робиться після того, як отримано відповідний результат на попередньому етапі.

Перше, на що звертає увагу консультант, – це симптоми негараздів, які напружують людину. Деякі труднощі клієнт сам буде класифікувати як неадекватні нормальному життю, інші він вважає фоном - до якого давно призвичаївся, бо вважає, що поліпшити ситуацію безсилий.

Можна виокремити кілька груп симптомів, що сигналізують про психологічну дезадаптованість.

Психологічні симптоми. які й привели клієнта на консультацію до психолога - невдоволення собою, оточуючими людьми, життям взагалі, відчуття самотності та непотрібності, знижений настрій, брак мотивації, нездатність приймати рішення та слабкість волі, специфічна сенситивна чутливість, емоції патогенного кола.

Соціальні симптоми, прояви дисфункцій і дезадаптації в соціумі: безробіття, часта зміна роботи або шлюбного партнера, невиконання батьківських та синівських (дочірніх) обов'язків, втечі, бродяжництво, брехня, крадіжки, кримінальні вчинки, проституція, наркотики, алкоголізм та інші асоціальні вчинки.

Фізичні симптоми, до яких можна віднести характерні особливості тілесної маски, експресії, міміки, фізичні вади, різні особливі стани та нездужання (втома, погане самопочуття, головний біль), психосоматичні хвороби та інші захворювання. До категорії фізичних симптомів належать також „промовисті" особливості тілобудови та експресії клієнта.

Симптоми можуть виконувати різні функції. Частина з них має *морфостатичну* функцію, тобто консервує набуту системою рівновагу. Друга частина симптомів виконує *морфогенетичну* функцію, метою якої є зміна системи стосунків, які не влаштовують людину.

Різноманітна симптоматика, помічена в процесі роботи, потребує відповідного узагальнення, яке для більшої зручності можна проводити шляхом визначення певних психологічних синдромів, що включають специфіку характеристики сюжету, локусу, самодіагнозу, проблеми, запиту, особливостей підтексту, а також додаткових неспецифічних поведінкових проявів.

У консультуванні синдроми можуть стосуватися як формальних характеристик консультативного процесу, так і змістовних ознак тих чи інших психологічних феноменів. Сукупність симптомів, складаючи синдром,

може створювати настільки характерні патерни поведінки, що за кількома ознаками спеціаліст може робити висновки про наявність тих характеристик, які ще не проявились.

Первинна діагностика, аналіз симптомів, синдромів, непрямой (опосередкованої) інформації дозволяють психологу прийняти рішення про обґрунтованість скарги, дійти висновку про те, що клієнт дійсно потребує психологічної допомоги.

Нетестова діагностика проблемної ситуації в консультуванні не виключає використання традиційних тестових методик та психодіагностичних тестів, якщо цього вимагає логіка дослідження проблеми.

3. Висновок про ефективність впливу на людину досить складний для будь-якої сфери діяльності, тим більше для психологічної. У консультативній практиці питання результативності постає гостро, адже на консультацію здорова людина приходять добровільно, вона сама вирішує, чи слухати її консультанта, змінювати щось у своєму житті чи ні. Вплив консультанта здебільшого нетривалий і недирективний, тому, позбувшись вузьких рамок заданого підходу, консультант сам повинен вирішувати питання про те, наскільки успішною була його робота. Відмовляючись від контролю за особистістю та її життям, варто обмежити поняття про ефективність психологічної інтервенції рамками безпосередньої консультативної взаємодії.

1.4. Провідні аспекти гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду

Група представляє терапевтам як можливості, так і проблеми, яких немає в ІСТ. У цьому розділі спочатку дається огляд поведінки групового терапевта, необхідного для розробки та підтримки терапевтичної структури, що використовується для проведення СТ у групі. Невід'ємною частиною моделі ГСТ є зосередженість терапевта на використанні величезної цінності групи шляхом полегшення її терапевтичних факторів. Структура ГСТ

встановлюється за основними правилами (див. Роздатковий матеріал «Група «Знайомство» I: Основні правила ГСТ у розділі 3.6). Терапевти повинні моделювати сильну, послідовну, підтверджуючу та підтримуючу присутність для кожного пацієнта та силу для обмеженого батьківства групи. Частиною основи СТ є надійний зв'язок та досягнення надійної зв'язку, який потрібен у групі, найкраще такий зв'язок досягається двома терапевтами. Ідеальна кількість терапевтів залежить від рівня розвитку членів групи. У випадку пацієнтів, які страждають на ПРЛ, ми маємо справу з людьми, що застрягли на дитячому розумовому рівні, раннім емоційним дефіцитом навчання (наприклад, відсутність надійної прихильності, дефіцит емоційної свідомості). З судово-медичними пацієнтами для підтримки безпеки та дотримання основних правил необхідні два терапевти, а також емпатичне протистояння та встановлення обмеження на гіперкомпенсаторні режими, які часто зустрічаються у цій групі. Два терапевти для пацієнтів, що уникають, допомагають не дати нікому провалитися крізь тріщини і загубитися в групі. Якщо можлива присутність тільки одного терапевта, буде корисно збільшити обсяг структури (наприклад, огляд домашньої роботи, спільна робота над завданнями, більше широке використання письмових вправ). Якщо необхідно зробити вибір, у якому з компонентів групи використовувати двох терапевтів, ми пропонуємо вибрати сесії з експериментальною роботою. Ми визначаємо дві різні ролі терапевта, які по черзі виконуються груповими терапевтами, або в ситуації, коли людина більш досвідчена в СТ або групі, дві ролі можуть бути розділені на основі рівня складності. Це:

1-терапевт, який веде роботу;

2 - терапевт, який підтримує зв'язок з усіма пацієнтами та стежить за потребами учасників групи, не залучених безпосередньо до роботи на даний момент.

Терапевт 2 частково підтримує зв'язок, спрямовуючи зоровий контакт навколо групи. Після повернення зорового контакту може послідувати кивок або легка посмішка, якість невербальне підтвердження. Навіть коли пацієнти не мають зорового контакту, вони повідомляють, що знають про перевірку, і це обнадіює. Терапевт 2 може також сісти ближче до

пацієнта, якому погано, зупиняючи роботу, яку веде терапевт

1. Терапевт 2 може дати пацієнту, що перебуває в поганому стані, шматок м'якого флісу, плед або інший предмет, що зберігається в кімнаті для груп, що зможе його заспокоїти. Терапевт у ролі 2 так само важливий, як і у ролі 1. Роль терапевта 2 включає тимчасову зупинку дії, якщо індивідуальний фокус

триває занадто довго, а решта групи усувається або необхідно знизити рівень напруги в групі. Втручання терапевта 2 може припинити все і сказати терапевту 1: «Нам потрібно на мить зупинитися та перевірити решту учасників. Всі просто роблять гарний глибокий вдих і витягують плечі». Потім слідує коротка реєстрація та перегрупування, перед тим як повернутися до роботи або змінити напрямок, щоб краще задовольнити потреби більшої частини групи. «Танець» двох групових терапевтів докладно описаний у (Farrell, Shaw, 2012) і продемонстрований у серії DVD у Фаррелл і Шоу, які очолюють групу пацієнтів із ПЗЛ (яку грають схема-терапевти) (Zarbock et al., Shaw, 2011) . Початківцям терапевтів корисно заздалегідь спланувати, хто яку роль виконуватиме з погляду матеріалу для презентації, вести вправу і так далі. Згодом для одного терапевта стає природним переходити в роль 2, коли інший перебуває в ролі 1. Терапевти повинні пам'ятати, що метою ГСТ є те, що у кожного пацієнта є певна роль в експериментальних вправах; ніхто не залишається просто дивитись. Це може бути роль призначеного спостерігача, у якого є конкретне завдання моніторингу, або, якщо комусь некомфортно, завданням для нього може бути турбота про себе, відсторонитися від дії, загорнувшись у плед, але ніхто не залишиться на самоті.

Дошлюбні фактори: 1) малий строк дошлюбного знайомства (психологи рекомендують 1–1,5 р.); 2) сварки та конфлікти під час дошлюбного знайомства; 3) негативне ставлення батьків до даного шлюбу (43% розлучених не отримали дозволу батьків і тільки 13% стабільних сімей теж не отримали його).

Фактори власне шлюбні: 1) ранній шлюб (до 19 р.); 2) відмова офіційно реєструвати шлюб; 3) одруження через вагітність нареченої; 4) різниця у віці подружжя більше, ніж 10 років; 5) суттєва відмінність у зовнішності, освіті, матеріальному та соціальному становищі; 6) відсутність матеріальної незалежності, житла.

Особистісні фактори подружжя: 1) емоційна, соціальна незрілість; 2) прояви постійної недовіри до партнера (ревності); 3) низький або сильно завищений рівень самооцінки; 4) залежність від інших людей (батьків, родичів, друзів, робочого колективу); 5) опікунський стиль поведінки по відношенню до партнера.

Спеціалісти, які займаються проблемою сімейних суперечностей, поділяють усі відносно неблагополучні сім'ї на три типи: *конфліктні, кризові, проблемні*. До конфліктних подружніх союзів відносять такі, в яких між подружжям є сфери, де їх інтереси, потреби, наміри і бажання постійно призводять до сутичок, створюючи особливо сильні й тривалі негативні емоції. До кризових – такі, де протиставлення інтересів і потреб подружжя носить особливо різкий характер і захоплює важливі сфери життєдіяльності сім'ї. До проблемних подружніх союзів відносять такі, перед якими виникли особливо важкі життєві ситуації, здатні завдати шкоди стабільності шлюбу: відсутність житла, важке захворювання, засудження на тривалий термін тощо.

2. 4.4. 12 сесій з розвитку навичок усвідомлення режимів

Після ознайомлення з концепцією режимів групи психоутворення про СТ пацієнти повинні навчитися усвідомлювати свої власні режими у повсякденному житті. Усвідомлення має когнітивний компонент («Що я думаю?»),

емоційний компонент («Як я почуваюся?»), фізіологічний компонент («Чи можу я помітити будь-які зміни в моєму тілі?») і поведенковий компонент («Які дії я повинен зробити?»). Метою цих

сесій є усвідомлення пацієнтами того, що режим активується ще до початку дії. Перші шість сесій присвячені усвідомленню когнітивного, емоційного та фізіологічного компонентів режимів, їх тригерів у теперішнього часу та минулого досвіду, з яким пов'язаний режим. Ще шість сесій присвячені практиці усвідомленості для роботи зі зміни режимов. Один із способів навчання пацієнтів розпізнаванню режимів ви-

діти та чути приклади прояву режимів у інших пацієнтів. Для цього їм пропонується виконати завдання 1 з усвідомлення режиму: усвідомлення дисфункціонального копінгового режиму (МА 1-МСМ1) перед першою сесією

Цей матеріал надається пацієнтам наприкінці останньої сесії, присвяченій психоутворенню у СТ.

Ці сесії сприяють розвитку РЗВ, думок (когніцій), почуттів та навичок, необхідних для задоволення потреб, що ховаються за режимом: наприклад, для заміни дисфункціонального режиму на більш здорову поведінку.

-

У другому циклі сесій усвідомлення режимів основну увагу приділяється використанню усвідомленості зміни поведінки в режимі. Сесії 1-4 «Усвідомлення режиму» починаються з обговорення роздавального матеріалу.

ла, в якому представлені приклади, що відносяться до режиму, що обговорюється.

Надання прикладів знижує страх пацієнтів помилитися або виглядати безглуздо, сприяє більш точному розумінню завдань і підвищує ймовірність те, що вони будуть виконані. У цьому прикладі виявляється ситуація, що викликала режим і пов'язані з ним думки, почуття та фізичні реакції, потреба, що лежить в основі режиму, та зв'язок поточного досвіду з дитячими переживаннями. Якщо пацієнти не можуть ідентифікувати які або пов'язані дитячі спогади, ми натомість зосереджуємося на базовій емоційній потребі. Майте на увазі, що нездатність поринути в дитячі спогади може бути проявом унікаючого режиму або вказувати на те, що пам'ять повертає нас до довербальної стадії розвитку. У цьому випадку за режимом ховається потреба в безпеці. Важливо уникати хибних спогадів, які можуть виникнути, щоб заповнити цю прогалину.

Сесія 1 фокусується на ДКР. Щоб врахувати значні відмінності, що можливі в групах пацієнтів, ми не вказали конкретний ДКР. Пацієнти можуть просто писати про свій режим, звертаючись до психоутворенням та матеріалам СТ, якщо це необхідно.

Сесія 2 фокусується на дисфункціональних критикуючих режимах (Режим Караючого і вимогливого критика). Ми надали два види матеріалу для цієї сесії: версія А з упором на режим Караючого критика і версія В з упором на режим вимогливого критика. Якщо пацієнти у вашій групі мають великі труднощі з одним із цих двох режимів, сфокусуйтеся на них. Встановивши зв'язок із дитячими переживаннями, ви можете зрозуміти, з якими важливими фігурами в житті пацієнта пов'язані з ДКР. Це та інформація, якій важливо ділитися з іншими терапевтами, і особливо на індивідуальних сесіях пацієнта.

РОЗДІЛ II. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ГЕНДЕРНО- РОЛЬОВОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження

Метою емпіричної частини нашого дослідження було експериментально-діагностична експлікація особливостей прояву гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду. Досягнення поставленої мети стало можливим завдяки перевірці гіпотези про те, що існують специфічні індикатори гендерно-рольової соціалізації у пубертатні.

Емпірична частина присвячена дослідженню особливостей сімейних та позасімейних індикаторів гендерно-рольової соціалізації старших підлітків. Дослідження проводилось у період з травня по липень 2022 року. Сукупна вибірка становила 50 осіб пубертатного періоду старшого підліткового віку. Загальна вибірка була диференційована на дві субвибірки: підлітки-дівчата – (25 осіб) та підлітки-хлопці – (25 осіб). Вік досліджуваних – від 15 до 17 років.

Процедура дослідження передбачала заповнення бланків електронного зразка, створених за допомогою платформи GoogleForms.

Для реалізації мети емпіричного дослідження – особливостей прояву гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду нами були використані психодіагностичні методики: Опитувальник власного тіла (О. А. Скугаревский и С. В. Сивуха); Тест – опитувальник самовідношення (В. В. Столин, С. Р. Пантелеев); Опитувальник «Підлітки про батьків» (Л.Вассермана, І. Горькової, О.Роміциної); Методика «Гендерна автобіографія» (І. Клеціна).

2.2. Результати порівняльно-діагностичного дослідження психологічних особливостей прояву гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду

2.2.1. Індикація показників психологічної статі людини та статево-рольової схильності до маскулінності/фемінності серед осіб пубертатного періоду

На першому етапі емпіричного дослідження з метою індикації показників психологічної статі та визначення ступеня андрогінності, фемінності та маскулінності нами була застосована методика «Статево-рольової діагностики маскулінності/фемінності» (С. Бема).

Інформативні параметри даної методики у процентному співвідношенні, що подані на рис. 2.1., дозволили простежити кількісну представленість високих та низьких показників.

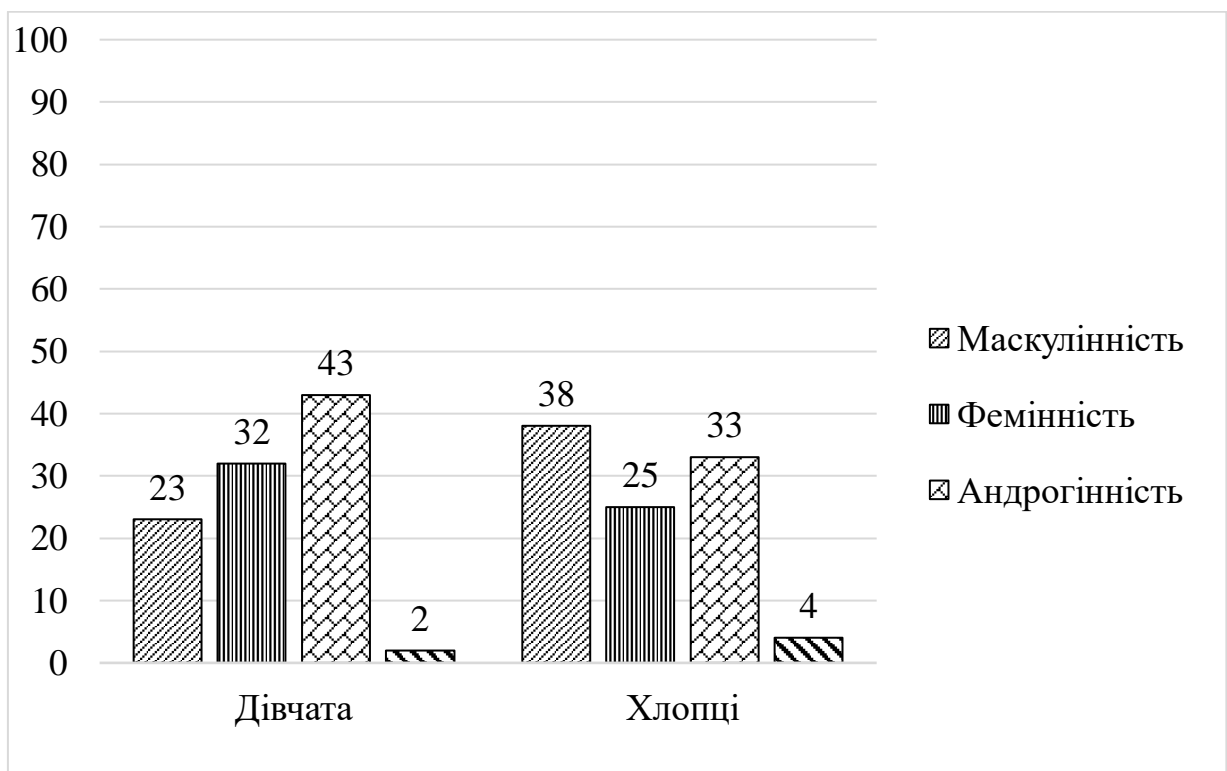


Рис. 2.1. Індикація показників рівня прояву психологічної статі у осіб пубертатного періоду (у %)

Отже, ми виявили, що з 50 досліджуваних респондентів 23% дівчат та 38 % хлопців пубертатного періоду схильні до маскулінного статево-рольового типу поведінки, для якого характерні виражені ознаки чоловічих якостей, такі як мужність, вміння самостверджуватися, наполегливість, здатність аналітично мислити, керувати іншими, діяти в якості лідера, готовність ризикувати. Також, досліджуваним з маскулінным типом поведінки властиві тенденція до незалежності та самостійності, напористість, домінантність та агресивність, упевненість в собі, зовнішня стриманість, сила, сміливість, сила волі, витривалість. Загалом, маскулінных психотиві відрізняє більша самоповага.

Аналізуючи фемінний тип статево-рольової поведінки нами було з'ясовано, що його прояви зустрічаються серед 32% дівчат та 25% хлопців досліджуваних респондентів пубертатного періоду. Як бачимо, схильність до фемінності серед досліджуваних респондентів-дівчат переважає на 9% схильність до маскулінного статево-рольового типу поведінки. Проте, у хлопців цей показник схильності до фемінності, знижується на 13%.

Даний тип статево-рольової поведінки проявляється в таких характерологічних особливостях, як жіночність, поступливість, сором'язливість, схильність до прояву почуттів, ніжність, співчутливість, м'якість висловлювань, прагнення втішити, чарівність, довірливість, дитяча безпосередність, відсутність різких, грубих висловлювань, краса, терпимість, емоційність, чуйність, розвинутість комунікативних навичок, сензитивність, здатність до емпатії. Окрім цього, достатньо виражена фемінність передбачає переважання несвідомого рівня саморегуляції та схильності до інтуїтивного керування у поведінкових патернах.

Що стосується андрогенного типу статево-рольової поведінки, то аналіз розподілу відсоткових показників продемонстрував найвищі показники цієї психологічної статті саме серед досліджуваних респондентів дівчат – (43 %), а це на 20% вище від показників маскулінного статево-рольового типу поведінки та на 11% вище від показників фемінного статево-

рольового типу. Щодо досліджуваних респондентів чоловічої статі по показнику «андроґінність», відсотковий розподіл демонструє його наявність у 33% хлопців-підлітків, а це на 5% менше від розподілу показників маскулінного психотипу статево-рольової поведінки і на 8% більше від показників фемінного психотипу статево-рольової поведінки.

Наявність андрогенної психологічної статі передбачає, що рівень прояву і маскулінных, і фемінних характеристик буде високим.

Окрім цього, нами було з'ясовано, що серед досліджуваних респондентів у 2% дівчат-підлітків та 4% хлопців психологічна стать була не ідентифікована. Не ідентифікованість схильності до певної психологічної статі означає статус недиференційованості психологічної статі для якого характерно низькій рівень прояву як маскуліності, так і фемінності.

Отже, індикація показників психологічної статі людини та статево-рольової схильності до маскуліності/фемінності серед осіб пубертатного періоду продемонстрував, що серед досліджуваних респондентів-дівчат пубертатного періоду переважає андрогенний тип статево-рольової поведінки, якому властивий високий прояв як фемінних, так і маскулінных характерних ознак, натомість у досліджуваних респондентів-хлопців підліткового віку домінує маскулінный психотип статево-рольової поведінки, який характеризується вираженими ознаками чоловічих якостей, такі як мужність, незалежність, самостійність, напористість, агресивність, наполегливість, впевненість в собі, сміливість, сила волі, витривалість. вміння самостверджуватися, здатність керувати іншими тощо. Хоча, серед респондентів-хлопців, простежується і значний прояв андроґінності.

Такі результати можуть свідчити про те, що у пубертатному періоді відбувається формування та становлення власної статево-рольової поведінки та гендерної ідентичності.

2.2.2. Аналіз самооцінки маскулінно-фемінної ідентичності в пубертатному періоді

Наступним кроком дослідження було виявлення показників рівнів усвідомлення власної гендерної ідентичності та основні компоненти гендерної самоідентифікації у досліджуваних респондентів пубертатного періоду, за допомогою діагностичного опитувальника на визначення «Самооцінки маскулінно-фемінної ідентичності» (М. Фетіскіна).

Отже, інформативні параметри відсоткових показників серед опитуваних респондентів-підлітків (див рис. 2.2) демонструють домінування, серед сукупної вибірки респондентів, середнього рівня маскулінно-фемінної ідентичності. Як бачимо, найбільший розподіл відсоткових показників – 41% вказує на наявність прояву цього рівня маскулінно-фемінної ідентичності серед досліджуваних дівчат підлітків. Натомість, серед хлопців цей показник значно нижчий і він зустрічається у 33% досліджуваних респондентів.

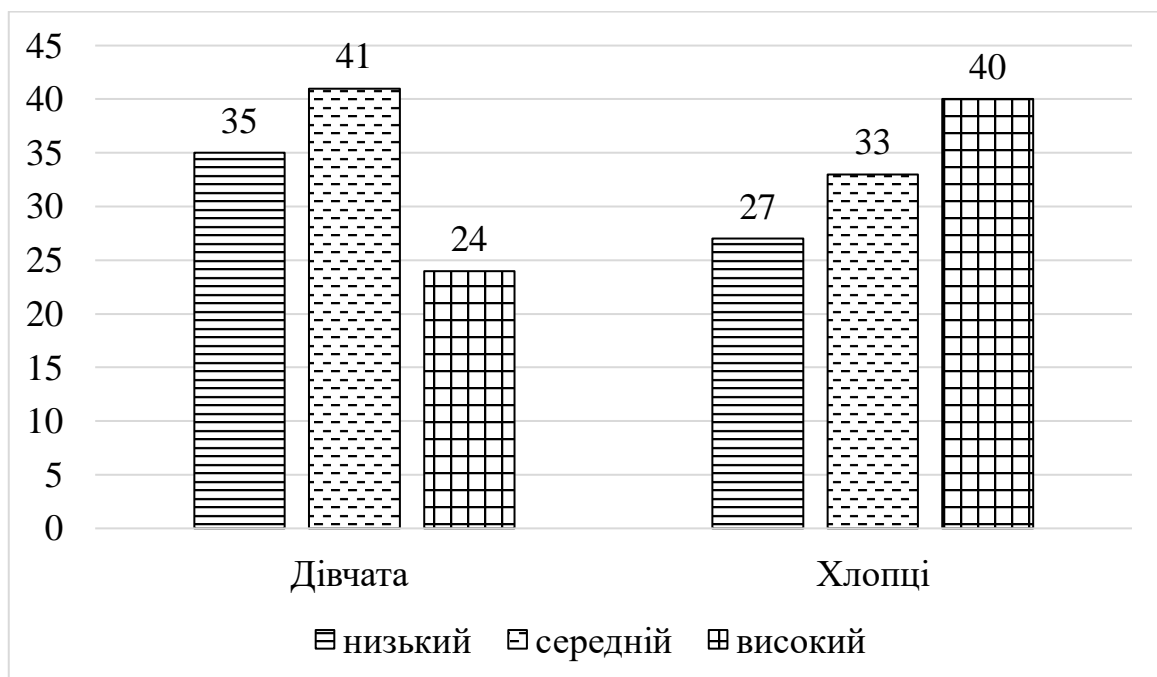


Рис. 2.2. Рівні прояву маскулінно-фемінної ідентичності серед хлопців та дівчат пубертатного періоду (у%)

Проте, високі відсоткові показники серед досліджуваних хлопців діагностовано по високому рівню маскулінно-фемінної ідентичності – (40%), а у дівчат, по цьому рівню виявлено найнижчий відсотковий показник серед трьох рівнів маскулінно-фемінної ідентичності – (24%).

Щодо розподілу відсоткових показників по низькому рівню маскулінно-фемінної ідентичності виявлено переважання на користь дівчат у яких цей рівень ідентифікований серед 35% досліджуваних. Проте, у хлопців, показники по цьому рівню найнижчі серед усіх рівнів і зустрічаються у 27% досліджуваних респондентів.

Порівнюючи отримані результати (див. табл. 2.1.) за даною методикою – «Самооцінки маскулінно-фемінної ідентичності» (М. Фетіскіна) та за отриманими результатами методики «Статеворольової діагностики маскулінності/фемінності» (С. Бема) варто зазначити, що інформативні параметри відсоткових показників у сукупній вибірці респондентів має майже однаковий розподіл відсоткових показників у змістовно-інтерпретаційному ключі. А саме, високий рівень маскулінно-фемінної ідентичності (М. Фетіскіна) характеризується проявами у домінуванні маскулінних якостей таких як рішучість, самостійність, незалежність, завзятість, адаптивність, вміння постояти за себе, стриманість, наслідування сильних людей. І, як ми бачимо відсотковий розподіл за цим рівнем гендерної ідентичності (дівчата – 24%; хлопці – 40%) майже співпадає з діагностованою схильністю до маскуліного статево-рольового типу поведінки – (дівчата – 23%; хлопці – 38%).

**Порівняльний аналіз проявів маскулінно-фемінної ідентичності на
двох методиках серед респондентів-підлітків (у%)**

Методика «Статевро-рольової діагностики маскулінності/фемінності» (С. Бема)						Методика «Самооцінки маскулінно-фемінної ідентичності» (М. Фетіскіна)					
дівчата			хлопці			дівчата			хлопці		
Статевро-рольовий тип поведінки (у %)						Рівні прояву маскулінно-фемінної ідентичності (у %)					
маскулінний	фемінний	андрогенний	Маскулінний	фемінний	андрогенний	Високий рівень (маскулінні якості)	Низький рівень (фемінні якості)	Середній рівень (андрогенні якості)	Високий рівень (маскулінні якості)	Низький рівень (фемінні якості)	Середній рівень (андрогенні якості)
23	32	43	38	25	33	24	35	41	40	27	33

Щодо середнього рівня маскулінно-фемінної ідентичності, який характеризується ситуативністю проявів чоловічих та жіночих характеристик характеру, компромісністю, адаптивністю і гнучкістю в поведінці, відсотковий розподіл за цим рівнем гендерної ідентичності виявлений у наступних показниках (дівчата – 41%; хлопці – 33%) майже співпадає з діагностованою схильністю до андрогінного статевро-рольового типу поведінки – (дівчата – 43%; хлопці – 33%).

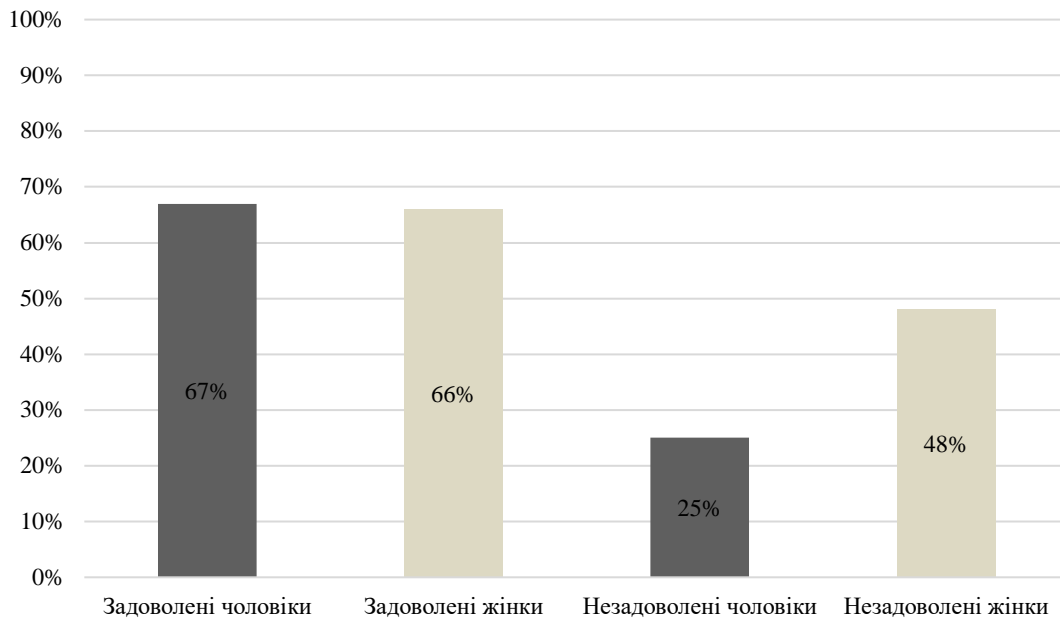
Для низького рівня маскулінно-фемінної ідентичності притаманні прояви симптомокомплексів фемінних якостей і незалежно від статі такі особистості можуть із задоволенням займатися домашнім господарством, виховувати дітей, відрізняються м'якістю, покірністю, імпульсивністю, потребою у підтримці у важких ситуаціях тощо. А відсотковий розподіл за цим рівнем гендерної ідентичності виявлений у наступних показниках (дівчата – 35%; хлопці – 27%) майже співпадає з діагностованою схильністю до фемінного статевро-рольового типу поведінки – (дівчата – 32%; хлопці – 25%).

Порівнюючи отримані результати, припускаємо, що у в осіб пубертатного періоду, незалежно від статі, властивий середній рівень маскулінно-фемінної ідентичності, що свідчить про процес формування самоідентифікації особистості пубертатного періоду, усвідомлення і самоприйняття своєї чоловічої або жіночої ролі.

2.2.3. Показники ідентифікації оціночного профілю відношення до батьків серед старших підлітків

Наступним кроком дослідження була ідентифікація Першим кроком дослідження була ідентифікація показників задоволення/незадоволення власної зовнішності за допомогою опитувальника образу власного тіла (О. А. Скугаревського і С. В. Сивухи), що дозволило констатувати рівні задоволеності і незадоволеності власного тіла.

Інформативні параметри даної методики у процентному співвідношенні, що подані на рис. 2.1., дозволили простежити кількісну представленість високих та низьких показників. Отже, ми виявили, що з 50 опитуваних респондентів, 87% – чоловіків і 47% – жінок – задоволенні власним тілом. Це свідчить про те, що у досліджуваних немає порушень самоусвідомлення «образу тіла». Глобальна оцінка власного тіла відповідає ступеню задоволення, досліджуваним подобається те, як вони виглядають, вони не переживають негативних емоцій по відношенню до власного тіла, а їхня поведінка є цьому доказ.



Також, було виявлено, що 35% – хлопців і 55% – дівчат – незадоволенні власним тілом, що свідчить про наявність у респондентів порушень в сприйнятті «образу тіла».

Як видно з рисунку 2.2, аналіз когнітивного компоненту рівня незадоволеності власним тілом показав, що 28% – хлопців та 24% – дівчат хвилюються за власну вагу та дивлячись в дзеркало звертають увагу на ті частини тіла, які потребують покращення. Також, респондентам важко приймати компліменти в свою сторону, їм здається, що інші люди повинні вважати їхнє тіло потворним. Досліджуваних супроводжують негативні думки та самокритика стосовно власного тіла та того, як вони виглядають.

Незадоволення власним тілом в контенті афективного компоненту (див. рис.2.3.) демонструє, що у 8% – чоловіків та 34% – жінок проявляється почуттям не сприйняття до власного тіла; переживанням почуття сорому за власне тіло в оточенні конкретних людей; почуттям приниження в присутності людини, яка на їхню думку, більше приваблива, ніж вони; почуттям провини, що пов'язана із власною зайвою вагою.

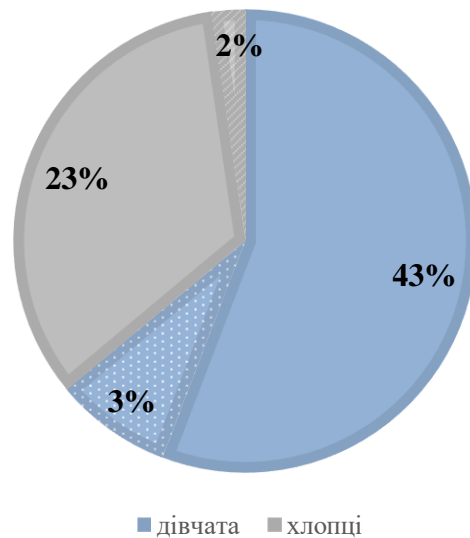


Рис. 2.4. Ідентифікація оціночного профілю відношення до матері донькою та сином пубертатного періоду

Аналізуючи цей компонент рівня незадоволеності власним тілом, було виявлено, що тільки 5% – дівчат і 3% – хлопців-респондентів уникають дзеркал, покупок нової одяжі, бояться відвідувати публічні місця (басейни, пляжі), адже все це привертає увагу, на їхню думку, до їхньої зовнішності, що актуалізують негативні переживання.

Це свідчить, що дівчата-підлітки описуючи директивність своїх матерів, наголошують на жорсткому контролі з їхнього боку, тенденцію до застосування влади, можуть порушуватися межі психологічної території дівчинки, оскільки власна думка дитини матір може не цікавити, коли відбувається боротьба за владу і матір не хоче здавати позицій.

2.2.4. Автентифікаційний аналіз гендерної біографії осіб пубертатного періоду

Наступним кроком нашого дослідження було вивчення становлення гендерної ідентичності досліджуваних респондентів пубертатного періоду та особливостей їх гендерної соціалізації. Стан сімейної тривожності – це стан

тривоги у одного чи обох членів подружжя, пов'язаний із сім'єю, такий, що проявляється в страхах, невпевненості, небезпеках. Стан тривожності викликає невпевненість людини у якомусь, дуже важливому для неї аспекті сімейного життя (вірність партнера, впевненість у собі...). Важливою складовою такої тривожності є почуття безпомічності й неможливості впливу на хід подій. Характеризуючи свої сімейні стосунки, вони використовують такі висловлювання: «Часто відчуваю себе безпомічним», «я хотіла б порадитися, але немає з ким». Люди із вираженою сімейною тривожністю вважають себе малоцінними для сім'ї і малоавторитетними в ній, «що б я не зробив, все одно буде тільки гірше..». Стан сімейної тривожності є ґрунтом для виникнення багатьох психоневротичних захворювань: гострі афективні реакції; гострі та підгострі реактивні психози (реактивна депресія).

Виходячи з результатів дослідження, які відображені у таблиці 2.2., переважна частина дівчат підліткового віку (54%) пам'ятають себе з більш раннього віку як дівчина у період 3 хлопці-підлітки демонструють усвідомлення себе на більш пізніх етапах: 35% досліджуваних у ранньому дошкільному віці (3-4 роки) та 45% у старшому дошкільному віці (5-6 років). На запитання про вік у якому підлітки почали помічати відмінність між хлопчиками і дівчатками, 75% досліджуваних дівчат та 60% хлопців.

Таблиця 2.1.

Середньостатистичні та ранговані показники вибору особистісних цінностей студентами різних курсів за методикою З.С. Карпенко (n = 327)

Біосинтез заснований Девідом Боаделлою на початку 70-х років минулого століття. У його книзі «Життєві потоки» («Life streams») представлено центральну концепцію біосинтезу.

По суті, біосинтез – це спосіб особистісного зростання та цілісного розвитку людини, що дозволяє зцілити і пов'язати воедино його почуття, розум і тілесні відчуття.

Біосинтез є однією з провідних шкіл тілесно орієнтованої психотерапії, спрямованої на інтеграцію основних сфер людського життя: тілесного існування, психічних переживань та ядра особистості. Поняття "біосинтез" і означає - "інтеграція життя".

Термін «біосинтез» введений у вжиток англійським дослідником Ф. Моттом, що спирався у своїй психоаналітичній практиці на дані про внутрішньоутробний розвиток для аналізу характеру та поведінки дорослих. Потім Девід Боаделла використовував термін «біосинтез» стосовно свого психотерапевтичного підходу, розшифрувавши його як «інтеграцію різних сфер життя» (Березкіна Орлова, Ченцова, 1999).

Соматична психотерапія біосинтезу спирається на теорію об'єктних відносин і на дані ембріології. Згідно з ембріологічними дослідженнями, в перший тиждень життя ембріона диференціюються три зародкові листки: ендодерма, мезодерма та ектодерма.

З ендодерми згодом розвиваються органи травлення та дихання, які відповідають за обмін речовин та енергії. Енергетичний потік, пов'язаний з ендодермою – потік емоцій. Ендодерма є органічним субстратом "Воно".

З мезодерми розвиваються кістки, м'язи та кровоносна система. З цим зародковим листком пов'язаний руховий енергетичний потік, що відповідає за позу, рухи, дії.

Мезодерма – органічний субстрат тієї частини "Я", яка є координатором рухів.

З ектодерми розвиваються шкіра, мозок, нерви та органи почуттів. Ектодерма – органічний субстрат тієї частини Я, що є інтегратором відчуттів.

Спочатку ці три зародкові листки і відповідні їм три потоки енергії інтегровані і вільно взаємодіють один з одним. Але внаслідок внутрішньоутробного чи родового стресу, травми дитячого віку чи пізнішого періоду ця початкова інтеграція порушується. В результаті або дія «відрізається» від мислення та почуттів, або емоції від руху та сприйняття, або розуміння від руху та почуттів.

Від Вільгельма Райха біосинтез успадкував трирівневий погляд на особистість.

На поверхні ми бачимо маску: панцир характеру, сформований захисту цілісності особистості дитинстві чи раніше. Це так звана хибна особистість, яка захищає особистість справжню, потреби якої були фрустровані в

дитинстві (або до народження). Коли захисту починають слабшати, проявляється більш глибокий рівень хворобливих почуттів, що включає гнів, тугу, тривогу, розпач, страх, образу, почуття самотності. Під рівнем хворобливих почуттів знаходиться основний рівень, або ядро особистості, в якому зосереджені почуття базової довіри, благополуччя, радості та любові. Фрустрація ядра створює другий рівень страждання, а придушення страждань і протесту створює маску, тобто хибну особистість.

Біосинтез використовує та розвиває ідею Райха про «захисний м'язовий панцир», простежуючи її зв'язок з ембріологією. Боаделлі та інші дослідники описують три панцири, кожен з яких пов'язаний з одним із **зародкових листків: м'язовий (мезодермальний), вісцеральний (ендодермальний) та церебральний (ектодермальний).**

М'язовий панцир включає і тканинний, оскільки з мезодерми розвивається як кістково м'язова, а й судинна система. Існують два види порушень м'язового тону: гіпотонус (слабкість і нестача накопичення та витрати енергії) та гіпертонус (напруженість, підвищена енергетична зарядженість). Тканинний панцир пов'язаний з ефективністю роботи судин та з розподілом тканинної рідини. Млява робота судин веде до порушення розподілу рідини, екстремальним проявом чого є ревматичні болі, підвищений або знижений артеріальний тиск, функціональні болі в серці.

Вісцеральний панцир призводить до порушення перистальтики та дихання. Звідси тенденція до хронічної гіпо-або гіпервентиляції та до підвищеної подразливості кишечника. У крайніх випадках ці порушення можуть виражатися, наприклад, в астмі та колітах.

Церебральний панцир призводить до порушень біоелектричної активності мозку, різних розладів взаємодії кори, підкірки та вегетативної нервової системи, порушень зору і т. д. Найбільш важким виразом церебрального панцира є схильність до нав'язливого мислення або шизофренічних розладів. У кожному панцирі проявляються порушення здоров'я на всіх рівнях: соматичному, психічному і духовному.

У біосинтезі описані три групи властивостей, властивих здоровій людині.

Соматичні аспекти здоров'я:

- 2) перистальтика не спастична, але й млява, супроводжується відчуттям внутрішнього добробуту;
- 3) м'язи готові легко переходити від напруги до розслаблення;
- 4) кров'яний тиск нормальний, пульсація в кінцівках хороша;
- 5) шкіра тепла, з добрим кровопостачанням;
- 6) обличчя рухливе, міміка жива, голос і погляд виразні, очі «контактні»;

Психічні аспекти здоров'я:

- 1) готовність діяти для задоволення основних життєвих потреб та можливість відрізнити їх від «вторинних уподобань»;
- 2) здатність до контакту з людьми без ідеалізації та проєкцій чи інших психологічних захистів, що спотворюють взаємодію;
- 3) здатність на власний вибір стримувати чи висловлювати свої почуття, коли цього вимагає чи дозволяє ситуація;
- 4) свобода від тривоги, коли немає небезпеки;
- 5) здатність діяти, коли є небезпека.

Духовні аспекти здоров'я:

- 1) контакт із глибинними цінностями;
- 2) здатність приймати рішення в період життєвих криз без почуття розпачу та безвиході;
- 3) свобода від почуття провини та реалістична готовність нести відповідальність;
- 4) повага до власних почуттів та почуттів інших людей.

Теоретично біосинтезу розроблено цілісний підхід до терапевтичного процесу як системі психологічної допомоги, лікування та корекції великого кола людських проблем. Схематично модель біосинтезу можна представити

гексаграмою (рис. 3.24), (Кисельова, 2000).



Рис. 3.24 Гексаграма: аспекти життя у біосинтезі

Зовнішнє коло гексаграми є «структурою характеру» людини. Структура характеру - це комплекс патернів поведінки, , що визначає її психологічний портрет.

Характер формується з дитинства як засіб регулювання стресу. Тип характеру, його структура закладаються в дитинстві, коли дитина отримує емоційні травми у відносинах із близькими, із сім'єю.

Структура характеру відображається в тілі, оформляється в моделях поведінки, відносин, проблем, з якими маємо справу у дорослому житті. Пізніше ми схильні розглядати сьогодення через призму міцно фіксованого у свідомості та в тілі минулого травматичного досвіду – тобто ми сприймаємо «тут і зараз» неадекватно, лише тією мірою, якою актуальне переживання узгоджено з минулим досвідом.

Центр гексаграми показує сутність особистості, ядро, справжнє "Я", що запускає глибинні процеси еволюції людини. Інакше висловлюючись, його душу. Це ядро є початкова основа структури внутрішнього світу людини, центр її свідомості та несвідомого.

У гексаграмі представлено 6 аспектів, що відповідають основним сферам життєдіяльності тіла та психіки людини. Усі аспекти пов'язані між собою і у своїй єдності демонструють цілісність людської істоти.

У реальному житті кожен із аспектів тією чи іншою мірою деформований стресами, конфліктами, страхами. Вони блокують потік життєвої енергії в тілі та почуттях, відчужують свідомість і тіло, та найбільше порушення виражені лише на рівні структури характеру.

Розглянемо ці аспекти докладніше.

Перший аспект (1) відображає специфіку тілесного стану – м'язовий панцир, тонус м'язів, позиції тіла та ін. Він виникає у ситуаціях, коли наша довіра до тіла та стійкий контакт з ним порушені чи неможливі. Райх розрізняв «структуру характеру» та «панцир характеру», називаючи останній «бронєю тіла та душі». Лоуен метафорично говорив, що характер – це середньовічний лицар, а панцир – це його обладунки, що демонструють зони фізичної та психічної напруги та ригідності людини, що обмежують її життєву рухливість та вільне сприйняття. Діапазон проявів м'язового панцира клієнта дуже широкий від надмірно розслабленого до перенапруженого стану. Так, розслаблений стан м'язів відбиває психологічний догляд, втеча із ситуації. Це тип послання "мене тут немає" або "я відсутній тут і зараз". Надмірно напружене - це, навпаки, гіперконтроль і послання типу "я насторожі" або "я тут, але вам мене не дістати".

Внутрішнє коло гексаграми у цьому аспекті символізує позитивні зміни стану тіла під час особистісного зростання клієнта у терапії.

Другий аспект (2) – це дихання. Вони виражаються у широкому діапазоні характеристик, від надмірного контролю над вдихом та видихом до хаотичного дихання. Контроль над диханням зумовлює нерухомість діафрагми та відповідні порушення у функціонуванні внутрішніх органів живота, пов'язані з необхідністю стримувати та пригнічувати емоції.

Внутрішнє коло в цьому аспекті показує процес особистісного зростання клієнта - набуття здатності до збалансованого ритму дихання.

Третій аспект (3) – це патерни відносин, соціально-психологічних взаємодій. Порушення тут виявляються з одного боку, депривація, догляд, уникнення відносин, з другого – схильність до агресивності і вторгнення у відносини.

Четвертий аспект (4) – це патерни емоцій та почуттів. Порушення тут виявляються такими полярностями, як, з одного боку, придушення, жорсткий контроль і збіднення емоцій, з другого – бурхливий, некерований їх потік, руйнівна інтенсивність почуттів.

П'ятий аспект (5) – це особистісні розлади у вербальній сфері, тобто мови. Тут з одного боку порушення – багатослівність, з іншого – невміння висловлювати свої думки та почуття та спотворення мови, аж до мовчання як захисту.

Шостий аспект (6) – це обмежені уявлення і погляди, які не відповідають реальності, спотворені образи себе і світу. Порушення тут виявляються такими полярностями, як, з одного боку, жорсткі, ригідні погляди та установки, з іншого – хаотичні, невиразні та примітивні образи та уявлення.

Ці шість основних аспектів життєдіяльності тіла та психіки та відповідні їм рівні особистісного зростання клієнта під час терапії доповнюються сьомим аспектом. Він є можливість безпосередньої взаємодії з ядром особистості у вигляді духовних практик.

У таблиці 2.2. представлено усереднені результати рангування суб'єктних властивостей, що дає підстави для виокремлення тенденцій їх розвитку.

Як видно з таблиці 2.2., першу-другу позицію в рангованому ряді властивостей стабільно посідає передчуття – суб'єктна здатність організмічного рівня, поступаючись значущістю смисложиттєвим рішенням “буду” лиш наприкінці навчання.

Натомість значущість стратегічних життєвих рішень (“буду”) зростає до кінця навчання у ВНЗ (3-го рангового місця до 1-го). В кінцевому рахунку на друге за значущістю місце виходить абсолютносуб'єктна (універсальна,

філософська) настанова на безумовне прийняття світу, себе, що підтверджує раніше зроблений висновок про прогресивний напрям первинної професіоналізації студентів-психологів.

Наступним кроком в обробці отриманих результатів з метою експериментального виявлення динаміки ціннісно-сислової сфери майбутніх психологів стало встановлення значущості відзначених змін у спосіб застосування коефіцієнта кореляції Спірмена для взаємного порівняння досліджуваних підгруп сукупної вибірки.

Обчислювався коефіцієнт кореляції між особистісними цінностями та суб'єктивними властивостями. Процедура засвідчила взаємну змістову та формальну узгодженість ієрархізованих цінностей та суб'єктивних властивостей в структурі аксіопсихіки майбутніх психологів. Отже, професійна освіта в цілому сприяє просоціальним структурно-динамічним перетворенням особистості, перебудові ціннісно-сислової спрямованості діяльності і поведінки майбутніх психологів відповідно до вимог професії. Більшої значущості в процесі навчання для них набувають цінності, що відображають розвиток моральної свідомості та професійної етики. Таким чином, професійна освіта сприяє переструктуруванню ціннісної свідомості та актуалізації еволюційно більш високих цінностей.

До виокремлених вище координат дослідження автентичності особистості: еґо-ідентичність, самість, суб'єктність, індивідуальність, життєвий світ – застосуємо принцип методологічної тріангуляції для визначення різних аспектів психологічних механізмів становлення автентичності. Ідеографічний підхід до дослідження реалізувався у застосування анкетування відкритого типу, що допомогло виявити спектр власних відповідей респондентів. Номотетичний підхід було реалізовано на етапі формалізації первинних даних та їх статистичної обробки.

Виокремленні проєкції дослідження феномену автентичності особистості були покладені в структурні блоки анкети-твору, в якому номери запитань відповідають вище схарактеризованим теоретичним конструктам, а

букви задають напрям саморозуміння: а – індивідуальний семантичний простір конструкту (запитання вимагає розгорнутої відповіді, це аналіз інформації у власному раціо, знаходження усвідомлюваної і особистісно прийнятної відповіді); б – інтуїтивна кількісна оцінка вираженості феномену (вимагає відповіді у відсотках, де слід визначити, керуючись інтуїцією, міру вираженості вказаної ознаки); в – уточнення (а), його образна репрезентація (потребує опису найбільш яскравої, або найбільш типової життєвої ситуації, коли доводилося захищати зазначену властивість, власні відчуття, переживання, і зробити висновок про те, що ми дізналися нового із цієї ситуації, що зрозуміли про себе, як нам допомогло це сформувати автентичного себе); г – суб'єктна здатність, що забезпечує автентичне функціонування особистості (запитання спрямоване на усвідомлення власного потенціалу, розкриття внутрішніх резервів, що допомагають подолати критичну ситуацію, сприяють глибинним переживанням упевненості в собі, цілеспрямованості, дозволяє усвідомити внутрішню опору, стержень, котрий допомагає вижити у скрутний час). Нижче наводимо інструкцію і зміст анкети-твору.

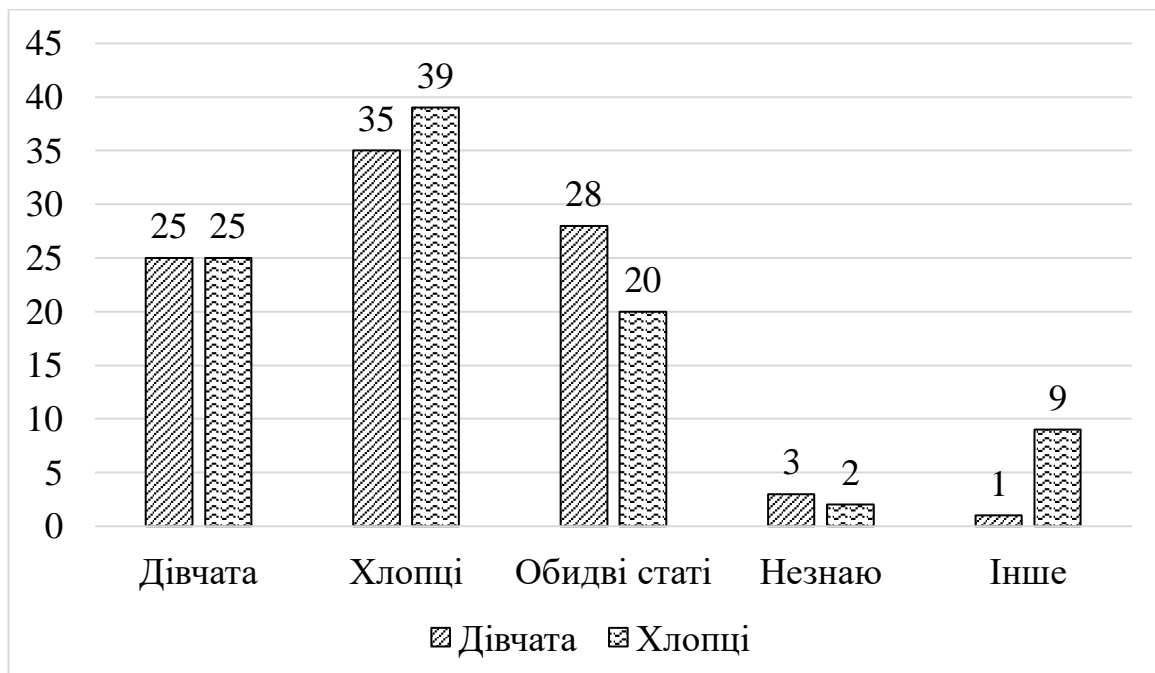


Рис. 2.5. Кореляція вибору партнера по грі у дошкільному віці серед досліджуваних респондентів пубертату (у %)

Ми виходили з припущення, що кожне із запитань анкети-твору може маркувати той чи той аспект психологічних механізмів становлення автентичності особистості в період життєвої кризи. Так, відповіді на питання А скоріше за все відсилатимуть до механізмів-процесів як стратегій наближення до тотальних феноменологічних утворень: суб'єктності, самості, життєвого світу, еґо-ідентичності та індивідуальності. Відповіді на питання Б «натякатимуть» на ступінь усвідомлення внутрішніх умов досягнення автентичності, тобто виявлятимуть механізми-передумови. Відповіді на питання В, імовірно, стосуватимуться механізмів-ланок у цілісному циклі становлення автентичності в період життєвої кризи і вказуватимуть на використання наявних особистісних ресурсів кожним конкретним індивідом. Відповіді на питання Г конкретизують попередні експліковані механізми, діагностуючи механізми-засоби становлення автентичності особистості в період життєвої кризи.

Існує кілька основних способів тілесного контакту або елементів дотику. Ці елементи традиційно пов'язують із чотирма стихіями: землею, водою, вогнем та повітрям.

Земляний контакт. Руки та інші частини тіла терапевта використовуються як:

- підтримуючі структури (передають клієнту відчуття надійності, твердості, міцності, довіри);
- структури, яким клієнт може чинити динамічний опір.

Принцип підтримки використовується для роботи з клієнтами:

- надмірно незалежними, щоб навчити їх більше довіряти та приймати допомогу;
- надмірно залежними, щоб навчити їх більше довіряти опорі та підтримуючим структурам власного тіла (спині, рукам, ногам);
- зі слабкими межами, тривожними та у багатьох інших випадках.

Водний контакт. Призначення водного контакту – надати руху плавність, допомогти усвідомити і відновити плавність і хвилеподібність роботи

кишечника, дихання та ін. Водний контакт часто застосовують разом із повітряним, особливо при нестачі енергії у клієнта.

Повітряний контакт. Цей вид контакту заснований на роботі з диханням: на енергізації та витраті енергії.

Вогняний контакт. Принцип вогняного контакту – тепло- та терморегуляція.

Терапевт у біосинтезі стає «партнером з танцю», який супроводжує та веде клієнта до нового досвіду, іншого відчуття заземлення у власному тілі, відновлення здорової пульсації.

У біосинтезі процес особистісного зростання клієнта в ході терапії дозволяє побудувати внутрішні мости між основними аспектами життя, вийти за межі патернів характеру, встановити зв'язок з ядром особистості.

Історично цей метод, як і сам термін, виник в американській журналістиці для аналізу матеріалів преси. Американський соціолог Г. Лассуел визначав його як «кількісний аналіз змісту». На сьогоднішній день суть методу контент-аналізу полягає у виділенні в тексті ключових понять з наступним підрахунком частоти вживання цих смислових одиниць, співвідношення різних елементів тексту один з одним, а також із загальним об'ємом інформації [168]. Техніка контент-аналізу зводиться до декількох послідовних дій:

- виділення одиниць аналізу;
- пошук їх індикаторів у тексті;
- статистична обробка.

У процедурі виділення одиниць аналізу вирішальним є не пошук певного терміну чи слова, що виражає поняття, міру вживаності якого слід встановити у тексті (оскільки таким чином неминуче відбудеться втрата частини інформації). Виділена одиниця аналізу повинна бути обов'язково смисловою одиницею, тобто, необхідно встановити, в яких проявах тексту присутнє певне смислове навантаження.

Наступна дія – пошук у тексті індикаторів обраних одиниць. Основне завдання дослідника на даному етапі – кількісний опис існуючого, а не ідеального тексту, при цьому слід правильно розуміти межі можливого застосування контент-аналізу та мати сміливість керуватися своєю думкою.

Статистична обробка полягає в підрахунку частоти вживання поняття (за умови врахування виділених індикаторів) чи встановлення пропорцій між різними групами індикаторів.

Для визначення змістової різноманітності тексту ми враховуємо ознаки певних категорій, що розкривають тему. Вся множинність ознак характеризується їх якісно своєрідним складом – словником – та стійкістю. Чим більший склад, тим більш деталізовано розкривається тема чи підтема. І тим більш конкретно виражене в тексті уявлення: конкретне є синтезом багатьох визначень. Чим більша стійкість окремих ознак, тим більш точно розкривається тема чи її складові. Це говорить про більшу очевидність для автора відповідних фрагментів дійсності і прийнятних способів їх позначення в даній ситуації породження мовлення. І чим більша частотність лексичних одиниць, тим надійніше висловлювання як акт комунікації. Отже, змістова різноманітність тексту тим більша, чим довший словник і чим менша його стійкість. З точки зору психології, змістова різноманітність свідчить про більшу складність факту усвідомлення, втіленого в тексті.

Висновки до другого розділу

1. У другому розділі обґрунтовано організаційно-методичні засади емпіричного дослідження, встановлено особливостей прояву гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду, продіагностовано основні компоненти гендерної самоідентифікації, визначено показники психологічної статі та статево-рольова схильність до маскулінності/фемінності серед осіб пубертатного періоду, сконструйовано оціночні профілі відношення до батьків серед досліджуваних підлітків, зроблено аналіз гендерної біографії осіб пубертатного періоду.

2. З метою отримання показників особливостей прояву гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду застосовувалися наступні психодіагностичні методики: «Самооцінка маскулінно-фемінної ідентичності» (М.П. Фетіскіна); Методика «Статево-рольової діагностики маскулінності/фемінності» (С. Бем); Опитувальник «Підлітки про батьків» (Л.Вассермана, І. Горькової, О.Роміциної); Методика «Гендерна автобіографія» (І. Клеціна).

3. У результаті дослідження індикації показників психологічної статі та статево-рольової схильності до маскулінності/фемінності серед осіб пубертатного періоду за опитувальником «Статево-рольової діагностики маскулінності/фемінності» (С. Бема), було встановлено, що 23% дівчат та 38% хлопців пубертатного періоду схильні до маскуліного статево-рольового типу поведінки, для якого характерні виражені ознаки чоловічих якостей, такі як мужність, вміння самостверджуватися, наполегливість, здатність аналітично мислити, керувати іншими, діяти в якості лідера, готовність ризикувати тощо.

4. Встановлено, що фемінний тип статево-рольової поведінки зустрічаються серед 32% дівчат та 25% хлопців пубертатного періоду. Схильність до фемінності серед досліджуваних респондентів-дівчат переважає на 9% схильність до маскуліного статево-рольового типу

поведінки. Проте, у хлопців цей показник схильності до фемінності, знижений на 13%. Даний тип статево-рольової поведінки проявляється в таких характерологічних особливостях, як жіночність, поступливість, сором'язливість, схильність до прояву почуттів, ніжність, співчутливість, м'якість висловлювань, терпимість, емоційність, чуйність, сензитивність, здатність до емпатії тощо.

5. Виявлено найвищі показники андрогенного типу статево-рольової поведінки серед досліджуваних респондентів дівчат – (43 %), а це на 20% вище від показників маскулінного статево-рольового типу поведінки та на 11% вище від показників фемінного статево-рольового типу.

6. Щодо досліджуваних респондентів чоловічої статі по показнику «андрогінність», відсотковий розподіл демонструє його наявність у 33% хлопців-підлітків, а це на 5% менше від розподілу показників маскулінного психотипу статево-рольової поведінки і на 8% більше від показників фемінного психотипу статево-рольової поведінки.

7. Індикація показників психологічної статі людини та статево-рольової схильності до маскуліності/фемінності серед осіб пубертатного періоду продемонстрував, що серед досліджуваних респондентів-дівчат пубертатного періоду переважає андрогенний тип статево-рольової поведінки, якому властивий високий прояв як фемінних, так і маскулічних характерних ознак, натомість у досліджуваних респондентів-хлопців підліткового віку домінує маскулічний психотип статево-рольової поведінки, який характеризується вираженими ознаками чоловічих якостей, такі як мужність, незалежність, самостійність тощо. Хоча, серед респондентів-хлопців, простежується і значний прояв андрогінності.

8. У результаті виявлення показників рівнів усвідомлення власної гендерної ідентичності та основних компонентів гендерної самоідентифікації опитувальником на визначення «Самооцінки маскулінно-фемінної ідентичності» (М. Фетіскіна) було встановлено домінування, середнього рівня маскулінно-фемінної ідентичності серед сукупної вибірки

респондентів. Найбільший розподіл відсоткових показників – 41% вказує на наявність прояву цього рівня маскулінно-фемінної ідентичності серед досліджуваних дівчат-підлітків. Натомість, серед хлопців цей показник значно нижчий і він зустрічається у 33% досліджуваних респондентів.

9. Виявлено, високі показники серед досліджуваних хлопців по високому рівню маскулінно-фемінної ідентичності – (40%), а у дівчат, по цьому рівню виявлено найнижчий відсотковий показник серед трьох рівнів маскулінно-фемінної ідентичності – (24%). Низький рівень маскулінно-фемінної ідентичності встановлено у 35% респондентів-дівчат. Проте, у хлопців, показники по цьому рівню найнижчі серед усіх рівнів і зустрічаються у 27% досліджуваних.

ВИСНОВКИ

1. У першому розділі розкрито актуальність проблеми дослідження, теоретичних напрацювань та ознайомлення з сучасним станом розробки особливостей прояву гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду, проаналізовано теоретично-епістемологічні напрямки соціально-психологічних особливостей феномену соціалізації особистості, експліковано провідні індикатори соціалізації особистості в пубертатному періоді.

2. Встановлено, що показники шкал «емоційний комфорт» та «прагнення до домінування» в обох групах найбільш слабо пов'язані (відстань між ними у групі осіб гуманітарних спеціальностей становить – 26, у групі осіб природничих спеціальностей – 15,6). Якщо враховувати характер розподілу показників за цими шкалами і щойно відзначену обставину, то можна стверджувати про кореляцію шкал «Емоційний комфорт» і «Прагнення до домінування» тільки як тенденцію для певної категорії осіб. Ще однією відмінністю між групами є довжина шляху дендрограми: у гуманітарних спеціальностей вона вдвічі довша, що може свідчити про глибшу диференціацію показників шкал та їх відмінностей між собою, що загалом є свідченням більшої когнітивної складності цієї групи досліджуваних.

3. Отримані нами результати також підтверджують дане спостереження. Із дендрограм помітно, що шкали «самоприйняття» та «прийняття інших» в обох групах (гуманітарних та природничих спеціальностей) утворюють кластер вже на першому кроці процедури кластеризації, про що свідчить найменша відстань між об'єктами: в осіб гуманітарних спеціальностях: 5,3; в осіб природничих спеціальностей: 2,6.

4. У другому розділі обґрунтовано організаційно-методичні засади емпіричного дослідження, встановлено особливостей прояву гендерно-рольової соціалізації осіб пубертатного періоду, продіагностовано основні компоненти гендерної самоідентифікації, визначено показники психологічної статі та статево-рольова схильність до маскулінності/фемінності серед осіб

пубертатного періоду, сконструйовано оціночні профілі відношення до батьків серед досліджуваних підлітків, зроблено аналіз гендерної біографії осіб пубертатного періоду.

5 Слід також зауважити, що показники по названих вище шкалах є досить високими, що свідчить про психічне благополуччя респондентів. У групі технічних спеціальностей шкала «самоприйняття» також дуже тісно пов'язана із шкалою «інтернальність» (відстань – 2,3), що, на наш погляд, свідчить про важливість внутрішньої відповідальності та обов'язку для позитивної самооцінки. Загалом, шкали «адаптація», «самоприйняття», «прийняття інших» та «інтернальність» в обох групах досить швидко утворюють кластер, при тому, що відстань між їх найдальшими сусідами в осіб гуманітарних спеціальностей – 19,5; а в осіб природничих спеціальностей – 10,2. Останній показник є свідченням більшої внутрішньої інтегрованості, цілісності.

6. Контент-аналіз семантичного простору відповідей на запитання-індикатори запропонованих тем (життєвий світ, самість, індивідуальність, суб'єктність, еґо-ідентичність) диференціювати ефекти саморозуміння (експресивних і поведінкових) аспектів автентичності при певній недооцінці ментальної своєрідності людей. Підкреслюється факт самодетермінації та вірності особистісним цінностям.

7. За допомогою контент-аналізу було встановлено типові труднощі при відстоюванні своєї автентичності, з якими зустрілися респонденти в період переживання життєвих криз (захист Я-концепції та побудова партнерських взаємин), а також особистісні ресурси, або психологічні механізми-засоби знаходження і прояву своєї автентичності. Загалом, вони об'єднуються у дві стратегії – феноменологічного вчування і рефлексивного відсторонення, підкріпленні волюнтативними настановленнями особистості.

8. Порівняльний аналіз статистичних показників діагностованих даних і результатів їх кластерного аналізу, співвідносних з психологічними механізмами становлення автентичності особистості представників різних

спеціальностей, виявив, що характер провідної діяльності (професійної чи навчально-професійної) значною мірою впливає на ступінь актуалізації відповідних психологічних механізмів. Було виявлено істотне домінування екзистенційно-гуманістичної диспозиції та феноменологічної установки у групі осіб гуманітарних спеціальностей та практично-перетворювального ставлення до життя у групі осіб природничих спеціальностей.

9. За ключовими психодіагностичними параметрами показники самоактуалізації та соціально-психологічної адаптації в осіб природничо-технічних спеціальностей вищі, ніж аналогічні у представників гуманітарних професій; крім того, система психологічних механізмів становлення автентичності особистості у перших більш диференційована, а в других – більш монолітна.

