

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет психології та соціальної роботи

(повне найменування факультету)

кафедра диференціальної і спеціальної психології

(повна назва кафедри)

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

«Зв'язок психосоматичного стану відповідно до статевої ідентифікації»

«Relationship of psychosomatic state according to gender identification»

Виконала: здобувачка денної форми навчання

спеціальності 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Бабіна Ірина Сергіївна

Керівник: к.психол.н., професор Кременчуцька М. К.

_____ підпис

Рецензент: к. психол. наук, завідувачка кафедри

сімейної та спеціальної педагогіки і

психології ДЗ «ПНПУ імені К.Д.

Ушинського» Бабчук О. Г.

Рекомендовано до захисту:
протокол засідання кафедри
№ _____ від _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ Родіна Н. В.
(підпис) (ПП)

Захищено на засіданні ЕК
протокол № _ від _____ 20__ р.

Оцінка _____ / _____ / _____

(за національною шкалою, шкалою ECTS,
бали)

Голова ДЕК
_____ (підпис)

Родіна Н. В.
(ПП)

Одеса – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ СТАТЕВОЮ ІДЕНТИФІКАЦІЄЮ	7
1.1. Поняття психосоматики в сучасній науці про психологію	7
1.2. Психологічні особливості статевої ідентифікації та причини виникнення психосоматичних розладів.....	17
1.3. Основні психосоматичні розлади в залежності від статевої ідентифікації та їх прояви	25
1.4. Провідні напрямки терапії гендерних психосоматичних розладів.....	27
Висновки до 1 розділу.....	30
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ СТАТЕВОЮ ІДЕНТИФІКАЦІЄЮ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИМ СТАНОМ ЖІНОК	32
2.1. Організація та структура дослідження зв'язку між статевою ідентифікацією та психосоматичним станом жінок	32
2.2. Методи збору та аналізу даних у дослідженні зв'язку статевої ідентифікації та психосоматики	36
Висновки до 2 розділу.....	43
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СТАНІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТЕВОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ	45
3.1. Опис досліджуваних груп у контексті їхньої статевої ідентифікації	45
3.2. Аналіз впливу соціально-демографічних даних на показники дослідження	47
3.3. Аналіз впливу кар'єрних орієнтацій на гендерну ідентифікацію жінок	49
3.4. Аналіз показників психосоматичного стану відповідно до статевої ідентифікації.....	56
3.5. Зв'язок психосоматичного стану відповідно до статевої ідентифікації.....	69
3.6. Корекційна програми по зниженню психосоматичних симптомів	71
Висновки до 3 розділу.....	75
ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	82
ДОДАТКИ	90

ВСТУП

Актуальності теми. Психосоматичний стан людини є багатограним феноменом, що охоплює як фізичні, так і психологічні аспекти здоров'я. Однією з важливих складових цього феномену є статева ідентифікація, яка впливає на особистісні переживання, соціальну взаємодію та загальний емоційний фон. Вивчення зв'язку між психосоматикою та статевою ідентифікацією відкриває нові горизонти у розумінні того, як статева ідентичність впливає на фізичне і психічне благополуччя людини.

В умовах сучасного суспільства, яке все більше акцентує увагу на питаннях гендерної рівності та статевої ідентичності, дослідження взаємозв'язку між психосоматичним станом та статевою ідентифікацією набуває особливого значення. Багато людей переживають психологічний дискомфорт через невідповідність власної статевої ідентичності до очікувань соціуму, що призводить до виникнення психосоматичних розладів. Це питання є особливо актуальним у зв'язку з збільшенням випадків гендерної дисфорії та стресу, пов'язаного з невизначеністю статевої ролі.

Дослідження психосоматичних проявів, пов'язаних із статевою ідентифікацією, має важливе значення для медицини та психології. Статева ідентичність може впливати на рівень стресу, емоційне вигорання, рівень тривожності та депресії, що, у свою чергу, відображається на соматичних показниках, таких як артеріальний тиск, серцево-судинні захворювання та інші розлади. Сучасна психосоматична медицина визнає тісний взаємозв'язок між психоемоційними процесами та станом фізичного здоров'я, тому вивчення цих аспектів є важливим для розробки нових методів терапії.

Статева ідентичність також відіграє важливу роль у формуванні самооцінки, соціальної ідентичності та особистісного розвитку. Люди, які мають позитивне сприйняття своєї статевої ідентичності, зазвичай демонструють вищий

рівень психічного здоров'я та емоційної стійкості. Навпаки, конфлікти зі статевою ідентифікацією можуть спричиняти розлади особистості, психосоматичні симптоми та труднощі у міжособистісних відносинах.

Таким чином, зв'язок психосоматичного стану зі статевою ідентифікацією є важливим напрямком дослідження, який сприяє поглибленому розумінню впливу гендерних аспектів на фізичне та психічне здоров'я. Дана тема залишається актуальною для сучасної психології та медицини, оскільки дозволяє розробляти індивідуальні підходи до психотерапії та лікування психосоматичних захворювань.

Аналіз останніх досліджень та публікацій щодо проблеми зв'язку психосоматичного стану зі статевою ідентифікацією дозволив визначити методологічні проблеми, складові та особливості формування гендерної ідентичності в працях таких дослідників, як М. Боришевський, С. Вихор, В. Гайденко, Г. Гарфінкель, Т. Говорун, Е. Гоффман, І. Іванова, О. Кікінежді, І. Кон, В. Кравець, І. Мунтян, І. Романов, О. Цокур, Л. Штильова та Т. Яценко.

У наукових дослідженнях проблема сприйняття образу тіла та саме поняття «образ тіла» детально розглядаються у працях таких вчених, як О.Е. Газарова, О.Ш. Тхостов, О.А. Заржицька, П.Ф. Шилдер, Б. Браун, Т.Ф. Кеш, І.Г. Малкіна-Пих та інших. Проблема гендерної ідентичності отримала активний розвиток у 1960-1980-х роках. Учені виділяють різноманітні механізми формування гендерної ідентичності, що базуються на різних теоретичних підходах (С. Бем, С. де Бовуар, К. Гілліган, Л. Ірігарей, Ю. Крістева, М. Мід, Г. Парсон, З. Фрейд, К. Хорні, М. Чодороу, Е. Еріксон та інші).

Проте, проблема впливу статевої ідентифікації на психосоматичний стан залишається недостатньо вивченою. Спостерігаються певні суперечності між сучасними потребами суспільства у формуванні здорової статевої ідентифікації та внутрішніми сімейними стосунками, зокрема стереотипами щодо статевих ролей, що й створює додаткове навантаження на психосоматичний стан

особистості.

Мета дослідження – теоретично вивчити та емпірично виявити взаємозв'язок психосоматичного стану та статевої ідентифікації жінок.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний огляд науково-психологічної літератури з питань психосоматичних станів, статевої ідентифікації та чинників на них.
2. Підібрати методик адекватні емпіричному дослідженню психосоматичного стану та статевої ідентифікації жінок.
3. Провести аналіз та виявити взаємозв'язок психосоматичного стану досліджуваних осіб відповідно до статевої ідентифікації.
4. Запропонувати корекційну програму по зниженню психосоматичних симптомів.

Об'єкт дослідження – тілесна складова Я образа особистості.

Предмет дослідження – взаємозв'язок статевої ідентифікації та психосоматичних станів жінок.

Для досягнення поставленої мети та завдань роботи було використано комплекс методів:

- теоретичні: аналіз, узагальнення, систематизація ідей з наукової літератури з метою розкриття базових понять пов'язаних із психосоматикою та статевою ідентифікацією;
- емпіричні:
 - 1) Статеворольовий опитувальник Сандри Бем (BSRI);
 - 2) Опитувальник кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри»;
 - 3) Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB);
 - 4) Симптоматичний опитувальник (SCL-90);
 - 5) Тест САРТ – кольоровий тест незадоволеності тілом.
- математико-статистичні: описовий аналіз, дисперсійний аналіз, кореляційний аналіз.

Організація і база проведення емпіричної роботи: дослідження проводилось на базі закладів загальної середньої освіти Нерубайської сільської ради Одеського району Одеської області, вибірку склали 50 жінок віком від 25 до 45 років.

Практичне значення роботи полягає в можливості застосування її результатів у клінічній психології та психотерапії для розробки методів профілактики та лікування психосоматичних розладів, спричинених конфліктами у сфері статевої ідентифікації. Рекомендації, отримані на основі дослідження, можуть використовуватись у консультаційній практиці та соціальній роботі.

Апробації та публікації. Результати дослідження перевірялися, коректувалися й уточнювалися в процесі експериментальної роботи та доповідалися на науково-практичній конференції (Бабіна І.С., Кременчуцька М. К. Вплив статевої ідентичності на психосоматичний стан жінок. Матеріали до 80-ї звітної студентської наукової конференції. Секція «Факультету психології та соціальної роботи». Підсекція «Психологія», Підсекція «Соціальна робота», Підсекція «Освітні, педагогічні науки» 23–25 квітня 2024 р. – Одеса: Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2024. С. 18-21).

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг дипломної роботи становить 92 сторінках. Основний зміст викладено на 81 старінці. Робота містить 1 рисунок, 8 таблиць та 1 Додаток. Список використаних джерел нараховує 70 найменувань, з них - 11 джерел іноземними мовами.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ СТАТЕВОЮ ІДЕНТИФІКАЦІЄЮ

1.1. Поняття психосоматики в сучасній науці про психологію

Психологічна діяльність є однією з професій, що пов'язана з високим рівнем психологічного навантаження. Психологи щодня взаємодіють з клієнтами, колегами та родичами клієнтів, що створює як позитивні, так і негативні емоційні ситуації. Особливої уваги потребує той факт, що більшість психологічних колективів є переважно жіночими, що може сприяти підвищеній емоційній збудливості та взаємному «зараженню» емоціями. У такому середовищі частіше проявляється низька стресостійкість, емоційна нестійкість, тривожність і почуття провини, що можуть негативно впливати на психологічне здоров'я психологів.

Згідно з визначенням Великого психологічного словника, психосоматика є науковим напрямом, який вивчає вплив психічних факторів на фізичне здоров'я людини. Термін походить від грецьких слів «psyche» (душа) та «soma» (тіло), і охоплює дослідження взаємодії між психологічним станом та фізичними розладами організму. Важливим аспектом є те, що психосоматика підкреслює взаємозв'язок між емоційними факторами і розвитком хвороб, зокрема тих, що викликані стресом або емоційними перевантаженнями [18].

Тлумачний словник психіатричних термінів визначає психосоматичні розлади як порушення функцій органів і систем організму, що виникають під впливом психогенних факторів. Особистісні риси індивіда, такі як схильність до тривожності або емоційної нестабільності, можуть збільшувати ймовірність виникнення подібних розладів. У педагогічному середовищі, де наявні чинники емоційного напруження, це явище стає ще більш поширеним.

Психосоматичні проблеми зі здоров'ям відносяться до основних «хвороб

цивілізації» і є об'єктом активних досліджень протягом останніх десятиліть. Сучасний рівень захворюваності на психосоматичні хвороби зростає, що пояснюється постійним стресом, підвищеними вимогами до професійної діяльності, зокрема у педагогів. Саме тому психосоматична медицина активно розробляє нові методи діагностики і лікування подібних захворювань.

З огляду на зростання ролі психосоматичних захворювань у структурі захворюваності населення, важливо забезпечити педагогам належну психологічну підтримку. Профілактика емоційного вигорання, зниження стресу та розвиток стресостійкості можуть значно зменшити ризик виникнення психосоматичних розладів, покращуючи загальний рівень здоров'я і благополуччя педагогічних працівників [39].

Психосоматичні розлади поділяються на дві основні групи: «великі» та «малі» психосоматичні захворювання. До великих відносять серйозні соматичні хвороби, такі як ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма та інші. Водночас, малі психосоматичні розлади характеризуються невротичними порушеннями внутрішніх органів, зокрема «органими неврозами». Обидві групи захворювань мають спільну характеристику – вони викликані або загострюються під впливом психологічних факторів, таких як стрес, емоційні перевантаження та внутрішні конфлікти.

Сучасне розуміння психосоматичних розладів передбачає комплексний підхід до діагностики та лікування. Окрім біологічних змін, які проявляються у вигляді соматичних симптомів та синдромів, важливо враховувати також соціальні аспекти життя пацієнта. Психосоматичні захворювання часто впливають на рольові позиції, цінності, інтереси хворого, а також змінюють його коло спілкування. Такі зміни призводять до перебування пацієнта в новій соціальній ситуації з певними обмеженнями та правилами, що створює додатковий психологічний тиск і може посилювати перебіг хвороби.

Проблема психосоматичних захворювань стала об'єктом досліджень багатьох вчених. Серед піонерів цієї галузі був Ф. Александер, американський лікар та психоаналітик, якого вважають одним із засновників психосоматики. Його роботи заклали основи для вивчення взаємодії між психікою та тілом у контексті хвороб. А. Є. Лічко, інший відомий дослідник, створив класифікацію типів реакцій на хворобу, яка допомогла більш глибоко розуміти, як люди реагують на фізичні недуги з урахуванням своїх психологічних особливостей [6].

Сучасні дослідження в галузі психосоматики продовжуються, і важливий внесок роблять такі науковці, як Леслі Ле Крон та А. М. Радченко. Їхні роботи зосереджені на поглибленому розумінні психосоматичних процесів і пошуку ефективних методів терапії. Психосоматика залишається актуальною темою для медицини та психології, оскільки тісний зв'язок між психічним станом людини та її фізичним здоров'ям відкриває нові перспективи для покращення якості життя пацієнтів [11].

Франц Александер у 1950 році визначив так звану «Чиказьку сімку психосоматичних захворювань», що включала такі хвороби, як гіпертонічна хвороба, тиреотоксикоз, шкірні захворювання, виразковий коліт, ревматоїдний артрит, бронхіальна астма і виразкова хвороба шлунка. Цей перелік захворювань відображав його розуміння зв'язку між психічними конфліктами та соматичними порушеннями в організмі. Александер вважав, що коли несвідомий емоційний конфлікт не знаходить вираження в зовнішній поведінці, він може викликати емоційну напругу, яка, в свою чергу, впливає на вегетативну нервову систему, спричиняючи тривалі фізіологічні зміни, аж до ураження органів [49].

Згідно з моделлю вегетативного неврозу, яку розробив Александер, емоційна напруга може бути тригером для розвитку фізичних захворювань. Вегетативна нервова система, що контролює основні життєві функції організму, під впливом постійного стресу та напруги може зазнавати патологічних змін. У результаті тривалої активації цієї системи, тканини органів можуть зазнавати

незворотних ушкоджень. Це підтверджує важливість емоційної регуляції для профілактики хронічних захворювань, що належать до «Чиказької сімки».

А. Є. Лічко в 1980 році запропонував класифікацію типів реакцій на захворювання, яка включає 12 типів. Він звернув увагу на те, як різні особистості по-різному реагують на соціальні ситуації, зокрема на адаптацію до хвороб. Лічко стверджував, що акцентуації характеру – це головні риси особистості, які визначають не тільки поведінку індивіда, але й його схильність до психосоматичних розладів. Його підхід до психосоматики полягав у тому, що певні типи особистості реагують на захворювання в залежності від їхньої психічної структури [10].

Кожен тип особистості, за Лічко, має свою специфічну реакцію на хворобу. Наприклад, гіпертимний тип реагує на захворювання з оптимізмом і активністю, тоді як істероїдний тип може демонструвати емоційну нестабільність і увагу до своїх страждань. Такі реакції впливають на те, як людина переживає захворювання, адаптується до соціальних умов і взаємодіє з навколишнім середовищем. Тому, в контексті психосоматики, важливо враховувати індивідуальні особливості особистості для правильного підходу до лікування та підтримки психічного здоров'я пацієнтів.

Згідно з класифікацією Леслі Ле Крона, психосоматичні реакції можуть бути спричинені кількома психологічними чинниками. Одним із головних є внутрішній конфлікт, що постає як боротьба між двома протилежними бажаннями свідомого та несвідомого. Це може виникати в ситуаціях, коли людина усвідомлює одне бажання, але підсвідомо прагне іншого, що спричиняє напругу і, зрештою, впливає на її фізичний стан. Також Ле Крон звертає увагу на мотивацію або умовну вигоду, яка може підсвідомо стимулювати розвиток захворювання для отримання певних переваг, наприклад, уваги або уникнення відповідальності [4].

Іншим важливим фактором психосоматичних реакцій є навіювання.

Людина може підсвідомо сприймати ідеї або переконання про власну хворобу і згодом відчувати реальні фізичні симптоми. Наприклад, коли людина часто вживає вислови на кшталт «голова вже болить від цього», це може призвести до реальних головних болей. Схожим чином фраза «я не перетравлюю його» може асоціюватися з виникненням проблем із шлунково-кишковим трактом. Таким чином, мова тіла та метафоричні висловлювання можуть стати основою для розвитку психосоматичних розладів.

Підхід Леслі Ле Крона до психосоматики дає змогу краще зрозуміти, як психологічні процеси можуть впливати на фізичне здоров'я. Його модель підкреслює важливість врахування свідомих і несвідомих конфліктів, навіювання та мовних виразів для розуміння природи психосоматичних захворювань. Це розширює можливості діагностики і терапії, оскільки враховуються не тільки фізичні симптоми, але й психологічний контекст кожного пацієнта [2].

У результаті, дослідження Леслі Ле Крона та інших психологів і психоаналітиків підтверджують важливість психологічних чинників у виникненні психосоматичних захворювань. Психічні процеси, такі як тривожність, гнів, депресія, почуття провини або тривала емоційна напруга, можуть значною мірою впливати на фізичний стан людини. Це підтверджує актуальність дослідження взаємозв'язку психіки і тіла для більш повного розуміння і лікування психосоматичних розладів.

Термін «психосоматика» вперше використав у 1818 році Дж. Ч. Хайнрот, коли намагався пояснити взаємозв'язок між психічними процесами та станом тіла. Цей термін підкреслює цілісне сприйняття людини, де психічне і соматичне утворюють єдине ціле. Психосоматика вивчає зв'язки між психологічними факторами та фізичним здоров'ям, особливо у випадках захворювань, де психічний стан людини відіграє важливу роль у розвитку та перебігу хвороби.

Наукова область психосоматики знаходиться на перетині психології та медицини. Дослідження у цій галузі зосереджуються на вивченні того, як

психологічні властивості впливають на соматичний стан людини. Це особливо актуально у випадках, коли хвороба не може бути повністю пояснена лише фізичними факторами, і значна роль у її розвитку належить психічним процесам. Психосоматичні розлади зазвичай пов'язані зі стресом, емоційними проблемами або внутрішніми конфліктами [47]

Спочатку термін «психосоматичні захворювання» використовувався для опису певної групи хвороб, при яких психологічні фактори мали домінуючий вплив на розвиток хвороби. Наприклад, такі захворювання, як гіпертонія, бронхіальна астма або виразкова хвороба шлунка, можуть бути частково викликані або погіршені емоційною напругою, стресом чи особистісними особливостями. У таких випадках, психологічний компонент часто є ключовим фактором у патогенезі захворювання.

Одним із важливих аспектів формування психосоматичних розладів є тип особистості. Перфекціонізм, підвищена чутливість та високий інтелект можуть сприяти схильності до таких розладів. Жінки частіше за чоловіків піддаються психосоматичним захворюванням, що може бути пов'язано з їхньою емоційною чутливістю та схильністю до стресу. Соціальні фактори, такі як сімейне оточення та життєві ситуації, також можуть відігравати значну роль у розвитку цих захворювань.

Загалом, психосоматичні захворювання є наслідком складної взаємодії між психологічними та фізіологічними чинниками. Психічні процеси, такі як внутрішньопсихічні конфлікти, стрес та емоційна напруга, можуть безпосередньо впливати на соматичне здоров'я людини, викликаючи або поглиблюючи різні захворювання. Важливість психосоматики полягає у розумінні того, що для ефективного лікування таких розладів необхідно враховувати не лише фізичні, але й психологічні аспекти здоров'я.

Психосоматичні розлади можуть вражати різні системи організму, і їх прояви дуже різноманітні. До систем, які часто страждають від психосоматичних

впливів, відносяться кровообіг (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця), травна система (виразкова хвороба, синдром подразненого кишківника), дихальна система (бронхіальна астма), а також порушення сну, ожиріння, мігрень, цукровий діабет, розлади харчування, вегетативні розлади, алергія, atopічний дерматит і кропив'янка. Ці захворювання демонструють, як психологічні фактори можуть впливати на фізичний стан і функціонування органів та систем організму.

Термін «психосоматична хвороба» не завжди має чітке визначення і може бути використаний у різних контекстах. Іноді під цим терміном розуміють тільки ті захворювання, де емоційні фактори відіграють безпосередню роль у виникненні або загостренні хвороби. В інших випадках психосоматичними розладами вважають загальні стани, що обумовлені комбінацією кількох факторів, серед яких психологічні є лише частиною картини [3].

Важливим аспектом у вивченні психосоматичних захворювань є розмежування між психосоматичними і звичайними соматичними хворобами. Головна відмінність полягає в тому, що психосоматичні явища не є випадковими; вони проявляються, загострюються і зникають як реакція на певний внутрішній стан або психологічний конфлікт. У той час як симптоми звичайних соматичних захворювань часто не залежать від психологічних процесів і можуть виникати незалежно від емоційного стану пацієнта. Ця закономірність є ключовою для діагностики психосоматичних розладів. Вона дозволяє відрізнити захворювання, де психологічні фактори мають значний вплив, від звичайних соматичних захворювань, які можуть бути виявлені незалежно від психічного стану. Таким чином, розуміння цих механізмів допомагає у формуванні ефективних терапевтичних підходів, які враховують як психологічні, так і фізіологічні аспекти здоров'я.

Зокрема, терапія психосоматичних розладів може включати не тільки медичні, але й психологічні втручання, які допомагають пацієнтам управляти

своїми емоціями, зменшувати стрес та вирішувати внутрішні конфлікти. Це підходить до лікування з урахуванням всього комплексу факторів, що впливають на здоров'я, що, в свою чергу, може покращити результативність лікування і загальний стан пацієнтів.

Основною відмінністю між невротичними розладами та психосоматичними є рівень чіткості зв'язку симптомів з їх першопричинами. Невротичні розлади характеризуються яким і безпосереднім зв'язком між емоційними стресами і симптомами. Наприклад, при неврозах пацієнти часто можуть вказати на конкретні стресові ситуації або емоційні конфлікти, що викликають їх симптоми. Відомий випадок – це стресові головні болі, де симптоми чітко корелюють з емоційними переживаннями і конкретними тригерами, такими як міжособистісні конфлікти або значні стреси.

На відміну від цього, психосоматичні розлади характеризуються менш очевидним зв'язком між психологічними факторами і соматичними симптомами. У таких випадках симптоми можуть бути менш очевидно пов'язані з конкретними психологічними стресорами. Пацієнти з психосоматичними розладами можуть не завжди усвідомлювати, що їх фізичні симптоми мають емоційну чи психологічну природу, що ускладнює діагностику та лікування.

Особливість психосоматичних розладів полягає в тому, що вони можуть мати складну природу, де емоційний і фізичний аспекти тісно переплетені. Пацієнти часто не усвідомлюють, що їх фізичні симптоми можуть бути пов'язані з емоційним станом або внутрішніми конфліктами. Це ускладнює діагностику та лікування, оскільки традиційні медичні підходи можуть не враховувати психологічні фактори.

Усвідомлення того, що психосоматичні розлади можуть мати глибинні психологічні корені, є важливим для ефективного лікування. Важливо забезпечити комплексний підхід до діагностики і лікування, що включає як медичну, так і психологічну допомогу. Це допомагає розпізнати та вирішити

приховані емоційні проблеми, які можуть бути причинами фізичних симптомів, тим самим поліпшуючи загальний стан здоров'я пацієнта.

Психосоматичні захворювання є проявом емоційних потреб і конфліктів, які можуть бути складно усвідомити і виразити. Вони служать як інструмент для вираження емоційної частини особистості, яка тісно пов'язана з фізичними потребами. Розуміння і врахування цього зв'язку між психічними та фізичними аспектами здоров'я є критично важливим для розробки ефективних методів лікування і підтримки загального благополуччя пацієнтів.

Поняття психосоматичних захворювань стало невід'ємною частиною нашого розуміння здоров'я. Психосоматичні захворювання визначаються як фізичні стани, у розвиток яких істотний внесок мають психологічні чинники, зокрема емоційні та соціальні. Це явище можна спостерігати з дитинства, коли, наприклад, страх перед важким випробуванням у школі може викликати біль у животі. Подібна стресова реакція є нормальною і зазвичай проходить разом із завершенням стресової ситуації. Проте часті та інтенсивні стреси можуть призвести до розвитку більш постійних функціональних або органічних розладів, які й отримують назву психосоматичних [3, 16, 41].

Коли стресові ситуації стають регулярними і тривалими, вони можуть спричинити появу психосоматичних розладів. Ці розлади характеризуються тим, що фізичні симптоми не лише супроводжують, але й є результатом психологічних проблем. Психосоматичні розлади можуть проявлятися у різних формах, від порушень функціонування органів до більш серйозних органічних захворювань. До типових прикладів таких розладів відносяться бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, а також цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, деякі захворювання шкіри, порушення харчування і певні форми ожиріння. Ці захворювання ілюструють, як психологічні чинники можуть суттєво впливати на фізичний стан. Для діагностики та лікування таких розладів необхідно враховувати не лише

фізичний аспект, але й емоційний і соціальний контексти. Психосоматичні розлади вимагають комплексного підходу, який включає як медичну, так і психологічну допомогу. Лікування таких станів часто передбачає інтеграцію терапевтичних методів, спрямованих на усунення не лише фізичних симптомів, але й на вирішення психологічних конфліктів, що спричиняють ці симптоми [16].

Таким чином, психосоматичні захворювання є результатом взаємодії між фізичним і психологічним здоров'ям. Важливо усвідомлювати, що ці розлади не є простим проявом фізичних симптомів, а значною мірою зумовлені психологічними процесами. Професійна допомога, що враховує ці аспекти, може суттєво покращити стан пацієнтів і сприяти їхньому загальному благополуччю.

Однією з основних причин, чому пов'язати психосоматичні розлади з нашим досвідом є складно, є те, що механізми захисту, які формуються в ранньому віці, зокрема в перші два роки життя, мають своє коріння в емоційних переживаннях, що виникають у цей період. Ці захисні реакції, які розвиваються в ранньому дитинстві, стають частиною нашого способу реагування на стрес та біль, і часто вони здаються нам природними, адже вони інтегровані в наше психічне життя з самого початку. Ще одним фактором, який ускладнює ідентифікацію цих розладів, є відсутність мовних навичок у дітей першого року життя. На цьому етапі вони не можуть виразити свої переживання словами, що робить їхні емоційні стани менш усвідомленими і важкими для самовираження [16, 18].

Як показує практика, без вербальних понять діти не можуть ідентифікувати і розрізняти свої емоційні стани, тому вони залишаються в області неназваних, що ускладнює процес їхнього усвідомлення і терапевтичного оброблення. У цьому контексті важливо зазначити, що емоційна пам'ять, яка домінує у ранньому віці, формується на основі почуттів і фізичних відчуттів. Це раннє емоційне програмування може залишатися прихованим або неусвідомленим протягом тривалого часу, що ускладнює виявлення і лікування психосоматичних

розладів у дорослому віці. Знання про те, як ранні переживання впливають на наше здоров'я, є ключовим для розуміння і подолання цих складних проблем.

Таким чином, важливо розуміти, що соматизація може виникати в умовах значного стресу, будь то зовнішні фактори чи внутрішні конфлікти. Люди часто відчують фізичні симптоми, такі як біль у животі або проблеми зі сном, коли їхні емоційні стреси перевищують їхню здатність справлятися з ними іншими способами. Ці симптоми виступають як механізм захисту, що допомагає нам захиститися від душевного болю і є одним з перших способів боротьби з напругою [19, 27].

Отже, розуміння і лікування психосоматичних розладів потребує комплексного підходу, який включає як традиційне медичне лікування, так і психотерапевтичні методи. Важливо враховувати, що тіло і психіка взаємодіють, і симптоми можуть бути проявом глибших психологічних проблем. Адекватне виявлення та обробка емоційних факторів можуть суттєво покращити стан пацієнта і допомогти йому впоратися з фізичними та психологічними труднощами.

1.2. Психологічні особливості статевої ідентифікації та причини виникнення психосоматичних розладів

Статева ідентифікація – це усвідомлення індивідом своєї належності до певної статі та прийняття відповідних соціальних ролей, очікуваних від чоловіка або жінки. Формування статевої ідентичності відбувається у процесі взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Вона є складовою частиною загальної самоідентифікації, що впливає на поведінкові моделі, сприйняття себе та взаємодію з іншими. Розпочинається цей процес на ранніх етапах життя, коли дитина починає усвідомлювати свою статеву приналежність.

Важливою складовою формування статевої ідентичності є вплив

культурних норм та очікувань, що визначають поведінкові стандарти для різних статей. У багатьох культурах існують чіткі визначення гендерних ролей, які втілюються в поведінці, одязі, емоційних реакціях та інших аспектах життя. Ці очікування відіграють значну роль у процесі самовизначення індивіда, сприяючи формуванню статевої ідентичності відповідно до соціальних норм.

Розвиток статевої ідентифікації також залежить від біологічних факторів, зокрема генетичної та гормональної складової. Наприклад, гормональні зміни під час вагітності можуть впливати на розвиток мозку дитини, що відображається у її подальшій статевій поведінці. Біологічна стать визначається генетичними факторами, однак статева ідентичність формується через взаємодію біологічних та соціальних компонентів [6, 45].

У психологічному плані статева ідентифікація є результатом складного процесу розвитку самосвідомості. У ранньому віці діти починають ототожнювати себе з певною статтю на основі зовнішніх ознак та соціальних стереотипів. Надалі цей процес поглиблюється через саморефлексію та соціальну взаємодію, коли індивід вибудовує своє уявлення про себе відповідно до очікувань і норм суспільства.

Статева ідентифікація є важливим елементом індивідуального розвитку, що впливає на формування особистісних характеристик, самоповагу та впевненість у собі. Індивіди, які відчують гармонію між своєю біологічною статтю та статевою ідентичністю, зазвичай демонструють кращу психологічну адаптацію. У той же час, конфлікти між біологічною та психологічною ідентичністю можуть призвести до виникнення психосоматичних або психічних розладів.

Соціокультурне середовище відіграє ключову роль у формуванні статевої ідентичності. З раннього дитинства дитина спостерігає за моделями поведінки дорослих, переймаючи від них певні гендерні стереотипи та норми. Культурні стандарти статевої поведінки визначають, що вважається прийнятним для

чоловіків і жінок у конкретному суспільстві, і ці норми можуть значно відрізнятись залежно від культурного контексту. Таким чином, соціальне середовище формує базові уявлення про гендерні ролі та впливає на процес самовизначення.

Сім'я є першим та найвпливовішим соціальним інститутом, який формує статево-їдентичність дитини. Батьки, як правило, передають дітям власні уявлення про гендерні ролі через взаємодію, навчання та виховання. Гендерні стереотипи, яких дотримуються батьки, впливають на те, як дитина сприймає свою статево-їдентичність та які моделі поведінки вважає нормальними для себе. Наприклад, у сім'ях із традиційним розподілом ролей діти можуть більш чітко засвоїти класичні гендерні ролі.

Важливим аспектом впливу сім'ї на формування статево-їдентичності є стиль виховання. Авторитарний стиль може спричинити розвиток у дитини стереотипних уявлень про статево-їдентичні ролі, тоді як демократичний стиль виховання сприяє більш гнучкому ставленню до гендерних норм і стимулює розвиток індивідуальності. Важливим є також те, як батьки підтримують своїх дітей у процесі самовизначення: підтримка або жорстке нав'язування ролей можуть мати кардинально різні наслідки.

Окрім сім'ї, вагомий вплив на формування статево-їдентичності мають інші соціальні інститути: школи, засоби масової інформації, релігійні організації тощо. Школа та інші навчальні заклади формують уявлення про гендерні ролі через навчальні програми, а також через моделі поведінки, які дитина спостерігає серед однолітків та вчителів. Соціальні мережі та медіа також транслюють образи маскуліності та фемінності, які впливають на розвиток самоусвідомлення.

У сучасному суспільстві питання гендерних ролей все частіше обговорюються з позиції рівності та свободи вибору. Це дає можливість для гнучкішого підходу до формування статево-їдентичності, особливо у сім'ях з прогресивними поглядами. Такі зміни сприяють розвитку у дітей почуття власної

унікальності та дозволяють їм вільніше вибирати моделі поведінки, які відповідають їхнім особистим уподобанням, а не культурним нормам.

Гормональні фактори відіграють важливу роль у формуванні статевої ідентичності ще на етапі внутрішньоутробного розвитку. Під час вагітності плід піддається впливу гормонів, таких як тестостерон та естроген, які впливають на формування статевих органів та структур мозку, відповідальних за статево поведінку. Ці гормональні процеси є базовою біологічною основою, яка визначає первинну статево ідентичність, хоча вони не є визначальними у подальшому соціальному та психологічному розвитку.

Психологічні фактори також мають велике значення у формуванні статевої ідентичності. Індивідуальні особливості характеру, емоційна чутливість та рівень самосвідомості впливають на те, як людина сприймає свою статево роль. Психологічна адаптація до статевої ролі може бути простішою у випадку, коли біологічна стать збігається із психологічною ідентичністю, тоді як у випадках гендерної дисфорії цей процес може стати джерелом серйозних психологічних конфліктів [61].

Когнітивні фактори також важливі у процесі статевої ідентифікації. У віці 2-3 років діти починають розуміти, що статева приналежність є постійною і не змінюється з часом. У цей період формується так звана когнітивна схема статевої приналежності – сукупність уявлень про те, що означає бути хлопчиком або дівчинкою. Ці когнітивні схеми визначають, як діти сприймають себе та інших у контексті статевої приналежності, та впливають на їхню поведінку і вибір ігор, одягу та моделей поведінки.

Дитячий досвід відіграє фундаментальну роль у процесі формування гендерної ідентифікації, починаючи з раннього дитинства. Діти, починаючи вже з 18-24 місяців, починають ідентифікувати себе з певною статтю, базуючи свої уявлення на зовнішніх ознаках і поведінкових моделях дорослих. Спостерігаючи за батьками, однолітками та іншими важливими дорослими, дитина переймає

моделі поведінки, характерні для її статі, що дозволяє їй поступово формувати власне усвідомлення гендерної ролі.

Батьківські моделі виховання мають безпосередній вплив на те, як діти сприймають свою статеву ідентичність. Наприклад, традиційний поділ обов'язків у родині, де мати займається домашніми справами, а батько працює, може закріплювати в дитини стереотипні уявлення про гендерні ролі. Окрім цього, батьки зазвичай підсвідомо чи свідомо схвалюють або обмежують певні моделі поведінки залежно від статі дитини, впливаючи на формування її гендерної самосвідомості.

Дитячі ігри також відіграють значну роль у формуванні гендерної ролі. Діти починають відтворювати ті поведінкові моделі, які вони спостерігають у своєму оточенні. Наприклад, хлопчики частіше обирають активні ігри, пов'язані з будівництвом чи бійками, тоді як дівчатка можуть обирати догляд за ляльками або соціальні рольові ігри. Такі ігри стають основним інструментом розвитку статевої ідентифікації та закріплення гендерних стереотипів.

Дитячий досвід формування гендерної ролі значною мірою залежить від взаємодії з однолітками. У колективі діти починають порівнювати себе з іншими, засвоюючи моделі поведінки, прийняті у групі. Тиск однолітків може сприяти конформізму і зміцненню традиційних уявлень про гендерні ролі. Відповідно, діти, які не відповідають очікуванням оточення щодо їх статевої приналежності, можуть стикатися з неприйняттям або ізоляцією.

Засоби масової інформації та інші медіа також роблять значний внесок у формування дитячого розуміння гендерних ролей. Телевізійні програми, мультфільми та реклама транслюють певні образи чоловіків і жінок, які діти сприймають і наслідують. Такі медіа-моделі нерідко підкріплюють стереотипні уявлення про статеві ролі, закріплюючи їх у свідомості дитини на підсвідомому рівні.

Психологічні кризи є невід'ємною частиною розвитку особистості, і процес

статевої ідентифікації нерідко супроводжується різними кризовими періодами. Вперше поняття психологічної кризи в розвитку особистості було описане Еріком Еріксоном, який розглядав кризи як важливі етапи самовизначення, що ведуть до формування зрілої ідентичності. Вони виникають у момент зіткнення дитини з новими вимогами, очікуваннями та змінами у соціальній сфері.

Психологічні кризи у процесі статевої ідентифікації найчастіше проявляються в підлітковому віці, коли відбувається активний перегляд уявлень про себе та свою статеву роль. На цьому етапі юнаки та дівчата стикаються з конфліктом між тим, ким вони себе вважають, і тим, які очікування висуває до них суспільство. Такий конфлікт може призводити до розгубленості, сумнівів у собі та емоційного напруження. Кризи ідентифікації можуть виникати також на більш ранніх етапах, особливо якщо дитина стикається з ситуаціями, які кидають виклик традиційним уявленням про гендерні ролі. Наприклад, діти з нестандартними інтересами або поведінкою можуть відчувати тиск з боку однолітків чи дорослих, що викликає внутрішній конфлікт і сприяє виникненню кризи ідентичності [24].

Психосоматика – це напрям психології та медицини, що досліджує взаємозв'язок між психологічними факторами та соматичними (фізичними) захворюваннями. Психосоматичні розлади розвиваються в результаті впливу психологічного стресу або конфлікту на фізичне здоров'я людини, що призводить до соматичних симптомів без явних органічних причин. Механізми розвитку психосоматичних розладів включають активацію нервової системи під впливом стресових факторів, гормональні зміни та порушення в роботі імунної системи.

В основі психосоматичних процесів лежить тісна взаємодія між психікою та тілом. Психологічні стани, такі як тривога, страх, емоційне напруження, можуть викликати реальні фізіологічні реакції – від підвищення артеріального тиску до появи болю або порушень у функціонуванні внутрішніх органів.

Наприклад, люди, що переживають хронічний стрес, можуть відчувати фізичні прояви у вигляді гастроентерологічних розладів або серцево-судинних захворювань.

Психологічний конфлікт – це ситуація, коли у людини виникає зіткнення протилежних бажань, потреб чи цінностей, що спричиняє емоційне напруження. Такий внутрішній конфлікт часто призводить до появи психосоматичних симптомів. Наприклад, нерозв'язаний конфлікт між бажанням відповідати соціальним очікуванням і власними інтересами може проявлятися через хронічні головні болі або м'язову напругу.

Соматичні прояви психологічного конфлікту можуть варіюватися залежно від індивідуальних особливостей організму. Одні люди можуть відчувати проблеми з диханням, тоді як інші – порушення сну, проблеми зі шлунково-кишковим трактом або серцево-судинні захворювання. Залежно від характеру конфлікту та інтенсивності емоційного напруження, соматичні прояви можуть посилюватися з часом.

Гендерна дисфорія – це стан, коли людина відчуває сильний психологічний дискомфорт через невідповідність між своєю психологічною ідентичністю та біологічною статтю. Цей конфлікт між відчуттям себе та тілесними ознаками часто викликає значний рівень стресу і є важливим фактором ризику для розвитку психосоматичних розладів. Люди з гендерною дисфорією можуть страждати від депресії, тривожних розладів, порушень сну та інших проблем, які мають фізичні прояви. Через постійний стрес і напруження, що супроводжують цей стан, особи з гендерною дисфорією часто стикаються з фізіологічними наслідками. Хронічний стрес може викликати зміни в роботі ендокринної та імунної систем, що, у свою чергу, збільшує ризик розвитку психосоматичних захворювань [12].

Психосоматичні розлади можуть виникати на тлі невизначеності або конфлікту у статевій ідентифікації. Коли людина не відчуває гармонії між своїм внутрішнім відчуттям статевої приналежності та соціальними очікуваннями, це

створює емоційний конфлікт, що може призводити до розвитку соматичних симптомів. Зокрема, такі прояви як тривожність, депресія, або хронічний стрес, часто є супутниками цього конфлікту, що відображається у фізичному стані. Крім того, соціальне середовище може поглиблювати цей конфлікт. Якщо людина відчуває тиск з боку оточення або несприйняття її гендерної ідентичності, це може призвести до серйозних психологічних та фізіологічних наслідків. Страх бути відторгнутим чи нерозуміння власної статевої ідентичності часто призводять до психосоматичних розладів, таких як порушення сну, головні болі або серцево-судинні проблеми.

Соціальна стигматизація відіграє важливу роль у розвитку психосоматичних розладів у людей з гендерною дисфорією. Стикаючись із дискримінацією та неприйняттям, люди можуть відчувати постійний стрес і соціальне відчуження, що сприяє виникненню соматичних симптомів. Негативне ставлення з боку суспільства часто загострює внутрішні конфлікти, збільшуючи ризик розвитку психосоматичних захворювань.

Неприйняття гендерної ролі з боку родини, друзів або суспільства в цілому може призвести до серйозних психологічних наслідків. Люди, які не знаходять підтримки, можуть страждати від низької самооцінки, тривожних розладів або навіть суїцидальних думок. Такі психоемоційні стани, у свою чергу, спричиняють різні соматичні прояви, які можуть виявлятися через хронічні захворювання або фізичну слабкість.

Внутрішній конфлікт, пов'язаний з гендерною ідентичністю, є одним з головних факторів, що сприяє розвитку психосоматичних розладів. Люди, які відчувають невідповідність між своїм внутрішнім відчуттям і соціальними очікуваннями щодо їхньої гендерної ролі, часто стикаються з постійним стресом. Цей стрес активує фізіологічні механізми, що призводять до соматичних порушень, таких як підвищений артеріальний тиск, серцеві захворювання та інші.

Стресові ситуації, з якими людина постійно стикається через неприйняття

своєї статевої ідентичності, призводять до хронічного підвищення рівня гормону кортизолу. Це може негативно впливати на роботу імунної системи та інших органів, що робить організм більш вразливим до захворювань [25, 32].

Таким чином, невідповідність між психологічною ідентичністю людини та її біологічною статтю є суттєвим чинником розвитку психосоматичних розладів. Люди, які відчують гендерну невідповідність, часто стикаються з сильним емоційним напруженням, що може проявлятися через фізичні симптоми. Це може включати постійні головні болі, проблеми зі сном, розлади харчової поведінки та інші соматичні розлади. Цей конфлікт поглиблюється, якщо оточення не приймає особистості в її бажанні змінити свою статево-їдентичність або самовираження. Відсутність підтримки, соціальна ізоляція та тиск можуть спричинити психосоматичні захворювання, які посилюються при тривалому ігноруванні або відсутності медичної допомоги.

1.3. Основні психосоматичні розлади в залежності від статевої ідентифікації та їх прояви

Психосоматичні розлади характеризуються взаємодією психічних і фізичних факторів, які впливають на стан здоров'я людини. Вони включають як фізичні симптоми, так і психічні стани, що провокують або погіршують ці симптоми. У контексті статевої ідентифікації, існують особливості, що впливають на психосоматичні прояви, оскільки біологічна стать та психологічні чинники гендерної ролі можуть визначати специфіку захворювань та їх інтенсивність.

Гендерна соціалізація – це процес, через який індивіди засвоюють суспільні ролі та очікування, пов'язані зі статтю. Вона формує поведінкові стереотипи, які можуть впливати на здоров'я. Наприклад, чоловіки часто очікують від себе стійкості та стриманості, що може призводити до накопичення емоційного

стресу, який проявляється у фізичних розладах, таких як підвищений артеріальний тиск або хвороби серцево-судинної системи [66].

Чоловіки частіше страждають від таких психосоматичних розладів, як гіпертонія, серцево-судинні захворювання, виразкова хвороба шлунка та розлади сну. Часто ці розлади виникають через високий рівень стресу, пов'язаного з соціальними очікуваннями щодо успіху та відповідальності. Окрім цього, чоловіки рідше звертаються за медичною та психологічною допомогою, що може призводити до погіршення стану.

Жінки частіше страждають від психосоматичних захворювань, які пов'язані зі змінами у гормональному балансі. Це можуть бути мігрені, синдром роздратованого кишечника, хронічна втома, а також порушення репродуктивної системи. Жінки, зазвичай, більш схильні до переживання стресу та тривожності, що часто стає пусковим механізмом для розвитку цих захворювань.

Гормони мають значний вплив на психосоматичний стан людини. Наприклад, тестостерон, який є домінуючим у чоловіків, може посилювати ризик агресії та стресових реакцій, що сприяє серцево-судинним захворюванням. У жінок рівень естрогену впливає на емоційну стабільність, а його коливання можуть викликати симптоми, пов'язані з передменструальним синдромом або постменопаузальними порушеннями.

Люди, які переживають конфлікти з гендерною ідентичністю (наприклад, трансгендерні особи), часто стикаються з підвищеним рівнем стресу через соціальні упередження, дискримінацію та внутрішні конфлікти. Це може призводити до депресії, тривожності та підвищеного ризику суїцидальних думок. Часто ці стани мають психосоматичні прояви у вигляді головного болю, м'язової напруги, хронічної втоми.

Соціальні чинники, такі як сімейний стан, професія, фінансовий стан та рівень соціальної підтримки, також впливають на розвиток психосоматичних розладів. У суспільствах з сильними гендерними стереотипами ризик виникнення

таких розладів вищий, оскільки очікування щодо поведінки та ролі чоловіків і жінок можуть спричиняти емоційне навантаження та конфлікти.

Лікування психосоматичних розладів вимагає комплексного підходу, що враховує не тільки фізичні симптоми, але й психологічний стан пацієнта. У чоловіків важливо акцентувати увагу на стрес-менеджменті та розвитку емоційної відкритості, тоді як у жінок — на регуляції гормонального фону та зниженні рівня тривожності. Для людей із розладами гендерної ідентичності необхідна психологічна підтримка, що зосереджена на прийнятті своєї ідентичності.

Психотерапія відіграє важливу роль у лікуванні психосоматичних розладів. Когнітивно-поведінкова терапія допомагає змінювати стереотипні патерни мислення, що сприяють розвитку захворювань. Також ефективною є тілесно-орієнтована терапія, яка дозволяє знизити фізичну напругу та полегшити прояви психосоматики. Для людей із конфліктами щодо статевої ідентичності важливим є також соціальна підтримка та прийняття [44].

Таким чином, психосоматичні розлади є складним феноменом, що включає в себе взаємодію між психічними та фізичними факторами. Статева ідентифікація, як один із ключових аспектів особистості, значною мірою впливає на тип та інтенсивність цих розладів. Успішне лікування вимагає врахування статевих особливостей, гендерної ролі, а також соціальних та психологічних чинників, що впливають на психосоматичне здоров'я.

1.4. Провідні напрямки терапії гендерних психосоматичних розладів

Терапія психосоматичних захворювань після постановки діагнозу проводиться в кілька етапів: надання невідкладної допомоги (можливо з госпіталізацією), короткочасне та тривале лікування. Тривале лікування включає психотерапію, медикаментозне лікування психічних та соматичних порушень,

реабілітацію. При призначенні медикаментозної терапії фахівці дотримуються принципів індивідуальності, комбінаторики та динамічної корекції стану хворого. Це означає, що кожного пацієнта підбирається певний набір ліків, їх дозування, проводиться корекція лікування залежно від зміни стану пацієнта. Але медикаментозна терапія є малоефективною без психотерапії.

Методи психотерапії підбираються індивідуально залежно причин виникнення психосоматичного захворювання. Це може бути супортивна психотерапія, групова та сімейна психотерапія, аутотренінги, клініко-психосоматичне лікування (стаціонарне) тощо. Практикуючі фахівці наголошують на різноманітності методів лікування, що підвищує їх ефективність.

Крім психотерапії важливо проводити терапію соматичних симптомів, наприклад, призначати хворим на ЛФК, масажі, фізіотерапевтичні процедури, дихальні вправи. За наявності справжніх соматичних захворювань важливо не посилити їх перебіг. Терапія може проводитись за участю невролога, терапевта, педіатра, якщо йдеться про лікування дитини. Але пріоритетним є лікування психіатра. Зміна лікарів має виключати наступність, щоб уникнути різкої зміни терапевтичних методів. Загальні засади традиційної терапії психосоматичних розладів. Терапія психосоматичних захворювань потребує індивідуального комплексного підходу. Зараз лікування цієї категорії хворих в основному зводиться до комбінації фармакотерапії та психотерапії, також доцільно проведення фізіотерапії, бальнеотерапії та курортотерапії як додаткові протирецидивні та профілактичні заходи.

Фармакотерапія психосоматичних розладів передбачає використання широкого спектра психотропних засобів, насамперед транквілізаторів, а також антидепресантів, ноотропів та нейролептиків, а також загальнозміцнювальної симптоматичної терапії. Різноманітні терапевтичні властивості таких засобів роблять їх особливо корисними для усунення низки симптомів та синдромів

психічного, неврологічного, нейровегетативного характеру, які часто виникають у ході різних захворювань. Зрозуміло, у випадках психотропні препарати не вирішують основних проблем терапії.

У ході комплексного лікування активно використовуються методи [67]:

Сугестивний (гіпноз, навіювання та аутотренінг). Цілеспрямоване навіювання стану, яке має бути досягнуто. Встановлюється лише у позитивній мовній конструкції.

Психосинтез. Динамічна корекція психічного життя людини з урахуванням певного підходу до будови та функціонування внутрішнього світу.

Терапія, фокусована на рішенні. Принципово не фокусується на пошуку причин дискомфорту пацієнта, а займається пошуком та реалізацією ресурсів для його подолання.

Позитивна інтерпретація симптомів дозволяє знайти добрий початок у хворобі та поступово змінює точку зору на свою хворобу.

Гештальт-терапія. Зняття блокування та стимулювання розвитку людини, реалізація її можливостей та устремлінь за рахунок створення внутрішнього джерела опори та оптимізації процесів саморегуляції.

Когнітивно-поведінкова. Психопатологічні та психосоматичні розлади є наслідком неточної оцінки подій. При зміні оцінки цих подій відбувається зміна стану, виникає можливість інакше реагувати на ситуації, що викликають напади паніки або агресії.

Символодрама (метод кататимного переживання образів).

Транзактний аналіз. Аналіз у структурі особистості его-станів, сукупності пов'язаних один з одним поведінок, думок і почуттів як способу прояву особистості зараз.

Ортодоксальний психоаналіз. Аналіз витіснених у несвідоме несприятливих емоцій (агресія, сексуальний потяг), що виявляються у вигляді символів.

Психодрама. Груповий процес, у якому використовується інструмент драматичної імпровізації вивчення внутрішнього світу пацієнта, формування нових відносин і моделей поведінки, реально наближених до життя.

Тілесно-орієнтована психотерапія. Робота з невідреагованими емоціями та травматичними спогадами пацієнта, які внаслідок механізмів психологічного захисту відображаються у тілі [18].

Висновки до 1 розділу

У першому розділі роботи було розглянуто теоретико-методологічні основи дослідження психосоматичних розладів з акцентом на гендерну специфіку. Поняття психосоматики в сучасній науці є комплексним і охоплює вивчення зв'язку між психічним станом та фізичними захворюваннями. Психосоматичні розлади проявляються через соматизацію емоційних або психологічних конфліктів, що зумовлює індивідуальні відмінності в симптомах залежно від особистісних особливостей людини, включно зі статевою ідентифікацією.

Особливу увагу було приділено процесу статевої ідентифікації, який впливає на формування психосоматичних розладів. Статеві та гендерні фактори відіграють важливу роль у формуванні особистісної ідентичності, що може викликати внутрішні конфлікти, які проявляються на фізичному рівні. Невідповідність між внутрішнім сприйняттям власної статі та зовнішніми соціальними очікуваннями часто стає причиною виникнення таких розладів.

Було визначено, що основні психосоматичні захворювання, пов'язані зі статевою ідентифікацією, включають захворювання серцево-судинної системи, шкірні захворювання та проблеми шлунково-кишкового тракту. Ці симптоми можуть відрізнитися залежно від гендерної ролі та суспільного тиску, що посилює психосоматичні процеси.

Терапія психосоматичних розладів, зокрема тих, що пов'язані з гендерною ідентифікацією, передбачає інтегрований підхід. Серед основних напрямків виділяються психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, психоаналітичні методи, тілесно-орієнтована терапія, а також медикаментозне лікування у випадку складних клінічних проявів. Комплексний підхід дозволяє не лише зменшити фізичні симптоми, але й усунути психологічні передумови розладів.

Загалом, перший розділ окреслив багатогранну природу психосоматичних розладів у контексті гендерної ідентифікації та виявив необхідність комплексної терапії для подолання їх негативного впливу на фізичне та психічне здоров'я людини.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ СТАТЕВОЮ ІДЕНТИФІКАЦІЄЮ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИМ СТАНОМ ЖІНОК

2.1. Організація та структура дослідження зв'язку між статевою ідентифікацією та психосоматичним станом жінок

Емпіричне дослідження взаємозв'язку між психосоматичним станом та статевою ідентифікацією здійснювалося в кілька послідовних етапів, кожен з яких мав свою унікальну роль і завдання для отримання повної та об'єктивної картини впливу гендерної ідентифікації на психосоматичний стан. Основною метою дослідження було з'ясування, як різні типи статевої ідентифікації (фемінна, маскулінна та андрогінна) впливають на психосоматичні характеристики особистості, особливо у жінок, з урахуванням важливих компонентів психологічного благополуччя, задоволеності тілом, а також соціальних ролей та очікувань. Дослідження враховувало сучасні наукові підходи до розуміння гендерної ідентичності та її взаємозв'язку з емоційними та фізичними станами особистості, зокрема з психосоматичними станами. Розглянемо більш детально кожен з етапів, щоб зрозуміти структуру й методологію цього дослідження.

На першому етапі був проведений глибокий психологічний аналіз наукової літератури, що підкреслює взаємозв'язок між психосоматичними станами та статевою ідентифікацією. Особлива увага було зосереджена на розгляді різних аспектів взаємозв'язку між психосоматичними характеристиками особистості та її статевою ідентифікацією. На даному етапі здійснювався огляд наукових праць, які показували вплив статевої ідентифікації на психосоматичні характеристики індивідів. Це дозволило виокремити теоретичні підходи, які раніше використовувалися в дослідженні психосоматичних аспектів гендерної ідентифікації. Також були детально розглянуті поняття «статева ідентифікація»

та «психосоматичний стан», що дозволило виявити важливі характеристики та специфічні риси цих категорій. Такий огляд забезпечив теоретичну базу для наступних етапів дослідження і надав глибше розуміння того, як статеві ідентифікація може впливати на психосоматичні реакції особистості.

Другий етап складався з ретельного вибору та адаптації відповідних психодіагностичних інструментів, які дозволяли збирати об'єктивні дані про досліджувані показники. На цьому етапі були обрані методики, які допоможуть найбільш ефективно вивчити взаємозв'язок між статевою ідентифікацією та психосоматичним станом, особливо за допомогою структурованих опитувальників і тестів. Було обрано кілька важливих психодіагностичних інструментів: Статеві-рольовий опитувальник Сандри Бем (BSRI) – для визначення типу статевої ідентифікації, Опитувальник кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри» - для виявлення кар'єрних орієнтацій, Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB) – для аналізу соматичних проявів, Симптоматичний опитувальник (SCL-90) – для виявлення психологічних симптомів, а також Тест САРТ – кольоровий тест незадоволеності тілом. Крім того, були визначені критерії для подальшої математичної та статистичної обробки, що забезпечило точність і надійність результатів [3, 18, 22].

Третій етап був передбачений для організації та практичної реалізації дослідження на вибірці жінок. На цьому етапі було потрібно детальне планування організаційних аспектів, зокрема інструктаж учасниць. Для зручності та забезпечення конфіденційності, всі анкети та опитувальники були надані в онлайн-форматі. Кожна учасниця отримала докладні пояснення щодо використовуваних методик, що забезпечило зручність відповідей та дозволило уникнути непорозумінь.

Після завершення збору даних розпочався четвертий етап, що складається з первинної обробки та систематизації зібраних даних. Спочатку проводилася обробка сирих даних за кожною методикою, що включало компонування

матеріалу, занесення даних у таблиці та перевірку їхньої точності. Потім була проведена математична та статистична обробка результатів, яка включала аналіз даних за допомогою математично-статистичних методів для визначення значущих відмінностей між групами.

Під час проведення емпіричної частини дослідження були використані обидва підходи – кількісний і якісний – для отримання найбільш повної картини впливу статевої ідентифікації на психосоматичний стан жінок. Використання цих методів дозволило провести глибокий аналіз того, як різні типи статевої ідентифікації, а саме фемінна, маскулінні та андрогінна, впливають на психосоматичний стан. Хоча кількісний підхід дозволив зібрати статистично значущі дані, які підтвердили наявність різниць між групами, якісні методи допомогли нам краще зрозуміти суб'єктивні переживання учасниць, їх особисте ставлення до соціальних та гендерних очікувань, а також їх тілесний образ.

Останній етап дослідження був передбачений для узагальнення та оформлення висновків емпіричного дослідження. На цьому етапі було здійснено опис основних результатів, отриманих під час аналізу та їхнє інтерпретування в контексті психосоматичного зв'язку зі статевою ідентифікацією. Було визначено, як різні типи статевої ідентифікації – фемінна, маскулінна та андрогінна – впливають на загальний психосоматичний стан жінок. Зокрема, було підтверджено, що жінки з різними типами ідентичності мають різний рівень схильності до психосоматичних розладів, що проявляються як у психологічній, так і у фізичній сфері.

Завдяки такій багаторівневій структурі дослідження можна зрозуміти важливу глибину аналізу взаємозв'язку між статевою ідентифікацією та психосоматичним станом, що є важливим для психологічної практики та подальших наукових досліджень у цій галузі.

Метою дослідження було дослідити взаємозв'язку між статевою ідентифікацією жінок та їх психосоматичним станом. У ньому взяли участь 50

жінок віком від 25 до 40 років, які погодилися добровільно. Вибірка учасниць була ретельно відібрана, щоб охопити жінок у зрілому віці, коли процес гендерної ідентифікації та самосвідомості вже дуже стабільний, а рівень обізнаності щодо свого психологічного і фізичного стану високий.

Окрім основного аналізу, в дослідженні також враховувалися соціальні фактори, зокрема стан особистих взаємин. Учасниці дослідження були розділені не тільки за типом статевої ідентифікації (фемінний, маскулінний та андрогінний), але і за станом особистих відносин – частина жінок перебувала у стабільних стосунках, тоді як інші були самотні або не мали постійного партнера на момент дослідження. Такий підхід дозволив дослідити, чи впливає статус стосунків на прояви психосоматичних станів у жінок з різним типом статевої ідентифікації, оскільки попередні дослідження вказують на можливу роль емоційної підтримки та партнерства у зниженні психосоматичного стресу. Усі учасниці добровільно погодилися надати інформацію про свої особисті переживання, пов'язані з прийняттям власного «Я-образу» та стосунками, а також заповнити опитувальники.

Як результат, дослідження 50 жінок з різними типами статевої ідентифікації та з різним станом особистих стосунків дозволило їм краще зрозуміти, як ці фактори впливають на їх психосоматичний стан, та виявити додаткові особливості, які можуть бути характерними для жінок, які перебувають у стосунках та не перебувають у них.

Загальна концепція дослідження базувалася на припущенні, що соціальні фактори гендерної ідентичності та особливості жіночої самосвідомості мають значний вплив на її психосоматичне благополуччя. Результати дослідження показують важливу роль соціальних і культурних факторів у формуванні гендерної ідентичності та їх вплив на психосоматичний стан. Дослідження підтвердило, що жінки, які демонструють більшу відповідність соціальним очікуванням щодо гендерних ролей, мають більшу схильність до емоційного

вигорання та стресових реакцій, що пов'язано з високими вимогами суспільства до жіночих якостей. Результати також показують важливість розвитку особистісної автономії та зменшення впливу стереотипних очікувань, що може сприяти покращенню психосоматичного благополуччя. Було виявлено, що сприйняття жінкою своєї гендерної ролі, особливостей свого тіла і системи цінностей впливає на її емоційний і фізіологічний стан. Виявлені дані дозволять нам краще розуміти механізми, за допомогою яких формування статевої ідентичності може сприяти, так і завдавати шкоди психосоматичному здоров'ю жінок. Особливо важливо враховувати такі аспекти, як тілесне задоволення, кар'єрні орієнтації та індивідуальне ставлення до соціальних очікувань.

Таким чином, дослідження робить важливий внесок у розуміння того, як особливості статевої ідентифікації та соціокультурні фактори формують психосоматичний стан жінки та можуть впливати на їх психологічну адаптацію та здоров'я. Очікується, що подальші дослідження розширять ці знання та сприятимуть створенню програм професійної підтримки, що враховують гендерні особливості та спрямовані на покращення психологічного та фізичного благополуччя.

2.2. Методи збору та аналізу даних у дослідженні зв'язку статевої ідентифікації та психосоматики

Для комплексного підходу до вивчення взаємозв'язку між статевою ідентифікацією і психосоматичними станами були обрані основні психодіагностичні інструменти. Кожен з них має свої особливості і призначений для аналізу певних аспектів психологічного і фізіологічного стану людини. Нижче ми пропонуємо наступні методи емпіричного дослідження:

- 1) Статеворольовий опитувальник Сандри Бем (BSRI);
- 2) Опитувальник кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри»;

- 3) Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB);
- 4) Симптоматичний опитувальник (SCL-90);
- 5) Тест САРТ – кольоровий тест незадоволеності тілом.

Давайте розглянемо їх більш детально.

Для дослідження взаємозв'язку між статевою ідентифікацією та психосоматичними станами використовувався відомий Статеврольовий опитувальник Сандри Бем (BSRI), який є одним із провідних інструментів у дослідженні гендерної ідентичності. Він використовується для виявлення індивідуальних особливостей, які характеризують гендерну роль людини. Розроблений році американською психологинею Сандрою Бем в 1974 році, цей опитувальник заснований на концепції гендерної схеми та передбачає оцінювання маскулінних, фемінних та андрогінних характеристик особистості, які можна описати через соціально-обумовлені очікування та цінності. Опитувальник складається з 60 прикметників, кожен з яких оцінюється респондентами на 7-бальній шкалі, залежно від того, наскільки прикметник відображає їх особистісні риси. З них двадцять прикметників формують шкалу мужності, ще двадцять — шкалу жіночності, і двадцять — нейтральні риси. Опитувальник показує, як домінування певних рис пов'язане з можливими психосоматичними реакціями, такими як емоційна нестабільність, тривожність або депресія [18].

BSRI не лише показує рівень маскулінності, фемінності або андрогінності особистості, але й дозволяє дослідити, як домінування певних рис може бути пов'язане з психосоматичними реакціями. Наприклад, високий рівень маскулінних рис часто асоціюється зі стресостійкістю та стабільністю, тоді як фемінні риси можуть вказувати на підвищену емоційну чутливість і схильність до тривожних станів. Андрогінний тип, що поєднує як маскулінні, так і фемінні риси, зазвичай вказує на більшу адаптивність до соціальних ситуацій та стійкість до психосоматичних станів.

Наступною методикою, що використовується для вивчення взаємозв'язку між статевою ідентифікацією та психосоматичними розладами, є Опитувальник кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри», розроблений Е. Шейном та адаптований В. Чікер і В. Винокуровим, є цінним інструментом для вивчення професійних цінностей та соціальних установок особистості, пов'язаних з кар'єрою. Кар'єрні орієнтації, за визначенням автора, є глибинними ціннісними установками, що формуються на ранніх етапах професійного становлення або навчання і, як правило, залишаються стабільними протягом тривалого часу. Вони визначають поведінку людини в трудовій діяльності, мотивацію до професійного розвитку та важливі для розуміння життєвих пріоритетів [22].

Опитувальник охоплює дев'ять основних кар'єрних орієнтацій, або «якорів»: професійна компетентність, менеджмент, автономія, стабільність місця роботи, стабільність місця проживання, служіння, виклик, інтеграція стилів життя та підприємництво. Кожна з цих орієнтацій відображає унікальний набір потреб, мотивацій і цінностей, які обирає особистість для кар'єрного розвитку.

Методика опитування розділена на дві частини. Перша частина складається з 21 питання, де респонденти оцінюють важливість тверджень для себе за шкалою від 1 до 10 (1 – абсолютно неважливо, 10 – дуже важливо). Друга частина містить твердження, які повинні висловлювати свою згоду або незгоду (також за шкалою від 1 до 10, де 1 – абсолютно не згоден, 10 – повністю згоден). Обробка результатів відбувається шляхом підсумування балів за кожною орієнтацією відповідно до спеціального ключа. Загальна кількість балів за кожною шкалою ділиться на кількість питань в ній, що дозволяє визначити середнє значення по кожній орієнтації. Якщо респондент набрав 5 балів або більше за певною орієнтацією, її вважають провідною. Високі бали вказують на те, що саме ця орієнтація є пріоритетною в професійному житті особи, що може впливати на її задоволеність кар'єрою, рівень мотивації та перспективи особистого розвитку. У випадку, коли жодна орієнтація не досягає 5 балів, це може свідчити про низьку

значущість кар'єрних цінностей або фокусування на інших сферах життя на поточному етапі.

Таким чином, дана методика допомагає виявити індивідуальну мотивацію людини і дозволяє краще зрозуміти, як професійні цінності впливають на кар'єрні рішення і загальні стратегії розвитку.

Наступний дослідницький інструмент є Гіссенський опитувальник соматичних скарг, розроблений Є. Брюхлером та Дж. Снером у 1967 році, є важливим інструментом для оцінки фізичних симптомів, які можуть свідчити про психосоматичні розлади. Стандартизація цієї методики проводилася як серед населення Німеччини, так і серед пацієнтів психосоматичного відділення Гіссенського університету, що дозволило створити більш надійну і точну основу для діагностики соматичних симптомів, не пов'язаних з чисто психічними розладами.

Опитувальник містить 57 пунктів, що охоплюють широкий спектр фізичних скарг. Всі симптоми поділяються на три основні сфери: загальне самопочуття, вегетативні розлади (які можуть включати прискорене серцебиття, головний біль, нудоту, запаморочення), а також порушення функціонування внутрішніх органів, такі як проблеми з травленням, диханням або функціонуванням серцево-судинної системи. При цьому з опитувальника були свідомо вилучені суто психічні симптоми (наприклад, тривога або депресія), оскільки існують інші спеціалізовані методики для їх оцінки. Симптоми оцінюються за 5-бальною шкалою, де 0 означає відсутність скарг, а 4 – її сильний прояв. Респонденти також можуть додати інші скарги та зазначити їх психічні чи фізичні причини, що додає індивідуалізації в оцінку.

Методика включає чотири основні шкали, кожна з яких охоплює різні аспекти самопочуття, і сумарну шкалу, яка інтегрує результати для загальної оцінки соматичного напруження. Решта питань не відносяться до основних шкал, проте вони вказують на можливі дисбаланси, які можуть бути основою для

розвитку соматичних захворювань [10].

Симптоматичний опитувальник (SCL-90) – стандартизований інструмент самостійного заповнення для оцінки психологічного стану, який дозволяє виявити широкий спектр симптомів, а також рівень дистресу. Методика охоплює дев'ять ключових симптоматичних вимірів, зокрема соматизація, нав'язливість, сензитивність, депресія, тривожність, ворожість, фобія, паранояльність та психотизм. Цей опитувальник дозволяє детально оцінити специфічні психологічні та психопатологічні прояви, фіксуючи інтенсивність кожного симптому [3].

Шкала «Соматизація» включає скарги на фізичні симптоми, які пов'язані з психоемоційним станом, що можуть проявлятися через біль, дискомфорт або ж інші тілесні відчуття. Шкала «Нав'язливість» виявляє ступінь нав'язливих думок і дій, які впливають на повсякденну активність. Шкала «Сензитивність» характеризує рівень чутливості до контактів, зокрема переживання критики чи несприйняття. Шкала «Депресія» оцінює глибину депресивного стану, що включає втрату інтересу до активностей, емоційне пригнічення та низьку самооцінку. Шкала «Тривожність» визначає рівень загальної нервозності, надмірного занепокоєння чи внутрішньої напруги, тоді як шкала «Ворожість» відображає тенденцію до агресивних реакцій та дратівливості. Шкала «Фобія» визначає специфічні страхи або фобії, а шкала «Паранояльність» свідчить про підозрілість та схильність до думок про переслідування. Шкала «Психотизм» оцінює рівень відчуження від реальності та дезорганізованість мислення.

Разом із симптоматичними вимірами, методика також пропонує розрахунок трьох загальних індексів дистресу. «Загальний індекс тяжкості симптомів» об'єднує дані про частоту і вираженість симптомів, показуючи загальний рівень психологічного напруження. «Індекс наявного симптоматичного дистресу» характеризує інтенсивність симптомів серед виявлених, а «Загальна кількість ствердних відповідей» вказує на кількість

наявних проблем, що свідчить про широту дистресу.

SCL-90 є важливим діагностичним інструментом у клінічній практиці, надаючи можливість не лише кількісно оцінити дистрес, але й виявити специфічні сфери психологічної напруги, що має значення для подальшого психотерапевтичного планування та оцінки ефективності втручань.

Наступною методикою в нашому дослідженні зв'язку між статевою ідентифікацією та психосоматичним станом є Тест CAPT (Color-A-Person Body Dissatisfaction Test) – кольоровий тест незадоволеності тілом. Цей тест був розроблений у 1991 році О. Вулей та С. Роллом. Він є психодіагностичним інструментом, що досліджує рівень задоволеності або незадоволеності людини власним тілом. Це проєктивна методика, яка дозволяє через кольорове позначення окремих частин тіла оцінити, як досліджуваний сприймає своє тіло загалом та його окремі зони, що є важливим для вивчення самооцінки та психосоціальних факторів у ставленні до зовнішності. Мета тесту CAPT – виявити зони тіла, які викликають дискомфорт, а також визначити ті, що є прийнятними, для формування загальної оцінки задоволеності тілом і деталізації ставлення до його частин. Стимульний матеріал тесту включає два зображення людського тіла - фронтальне та латеральне, адаптовані для чоловіків та жінок з урахуванням статевих особливостей. Досліджуваному пропонують п'ять кольорових олівців (блакитний, зелений, чорний, жовтий, червоний), яким він зафарбовує зони тіла відповідно до особистих відчуттів і ставлення. Кожен колір має певне значення, що відображає емоційне сприйняття конкретної частини тіла і визначається у балах: червоний колір символізує виражене незадоволення (5 балів), жовтий – часткове незадоволення (4 бали), чорний – нейтральне ставлення (3 бали), зелений – задоволення (2 бали), блакитний – сильне задоволення (1 бал).

При обробці результатів малюнок людської фігури було поділено на 16 частин (як фронтальний, так і латеральний малюнки), і тоді вже проводили подальшу обробку результатів тесту CAPT. Результати та їх обговорення: як вже

зазначалося, було оцінено 16 частин тіла за 5-бальною шкалою. Це частини тіла (однакові для чоловіків і для жінок): 1. живіт; 2. верхня третина стегон; 3. сідниці; 4. геніталії; 5. нижня частина стегон; 6. верхня частина живота; 7. лікоть; 8. плечі; 9. передпліччя; 10. кисті рук; 11. литки; 12, ступні; 13. Щиколотки; 14. волосся; 15. обличчя; 16. груди.

Обробка результатів проводилася по наступним шкалам: САРТ шкала загальна (середнє значення по всім 16 частинам тіла); САРТ шкала I (середнє арифметичне оцінок по наступних 4 частинах тіла: живіт; верхня третина стегон; сідниці; нижня частина стегон); САРТ шкала II (середнє арифметичне оцінок по наступних 11 частинах тіла: волосся; обличчя; ступні; щиколотки; литки; кисті; лікоть; передпліччя; плечі; верхня частина живота; груди); Дискримінаційна шкала, яка дозволяє встановити ступінь диференційованості образу тіла. Враховуються по-різному розмальовані області на фронтальному та латеральному малюнках. Середнє арифметичне цих двох оцінок - показник дискримінативності (частина тіла вважається дискримінованою у тому випадку, коли вона розмальована іншим кольором, ніж усі прилеглі до неї частини). Це дозволяє виявити, наскільки чітко людина виділяє певні частини тіла, надаючи їм особливе емоційне значення.

Автори тесту відзначають його високу валідність, що дозволяє надійно оцінювати незадоволеність тілом та відображати навіть приховані аспекти сприйняття, які можуть бути неусвідомленими для досліджуваних, тим самим доповнюючи традиційні методи вивчення образу тіла. Завдяки проєктивному підходу тест САРТ виявляє емоційно-символічне ставлення до різних частин тіла, що є важливим у клінічній практиці для оцінки самооцінки та психоемоційного стану досліджуваного.

Тест САРТ є ефективним інструментом для визначення рівня задоволеності своїм тілом та виявлення зон, що викликають у людини дискомфорт. Його можна використовувати як в наукових дослідженнях, так і в практичній психології,

особливо в психотерапії для роботи з клієнтами, які мають проблеми зі сприйняттям свого тіла або страждають комплексами по відношенню до зовнішності.

Таким чином, комплексне використання різних психодіагностичних методик, таких як Статеврольовий опитувальник Сандри Бем (BSRI), Опитувальник кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри», Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB), Симптоматичний опитувальник (SCL-90) і Тест САРТ, дозволяє комплексно діагностувати психосоматичний стан людини та оцінити взаємозв'язок між статевою ідентифікацією і психологічним благополуччям. Кожен з цих інструментів виконує свої функції, дозволяючи не тільки виявити індивідуальні особливості, але й краще зрозуміти вплив гендерних ролей, професійних цінностей, соматичних симптомів і рівня задоволеності тілом на загальний стан особистості. Такий підхід забезпечує надійну основу для прогнозування психосоматичних ризиків, надання рекомендацій щодо психокорекції та ефективного планування психотерапевтичних втручань у клінічній практиці.

Висновки до 2 розділу

У цьому розділі були розглянуті методологічні основи вивчення взаємозв'язку між статевою ідентифікацією і психосоматичним станом.

Було визначено, що статева ідентифікація є важливим і складним аспектом особистісної структури, який впливає на різні сфери життя індивіда, зокрема на його психологічне та емоційне благополуччя. Особливості статевої ідентифікації, особливо наявність фемінних, маскуліних або андрогінних рис, можуть корелювати з рівнем психосоматичного стресу, схильністю до певних типів емоційних реакцій і навіть до появи соматичних симптомів.

Структура дослідження була побудована з урахуванням необхідності

комплексного підходу до вивчення статевої ідентифікації та психосоматичних симптомів. Було використано ряд спеціалізованих психодіагностичних методик, які дозволили комплексно оцінити взаємозв'язок між гендерною ідентичністю та психосоматичним станом. Використовуючи такі методики, як Статевро-рольовий опитувальник Сандри Бем (BSRI), Опитувальник кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри», Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB), Симптоматичний опитувальник (SCL-90) та Тест САРТ, ми змогли отримати кількісну та якісну інформацію, яка дала повне уявлення про досліджувану проблему. Кожна методика виявилася корисною для глибокого аналізу окремих аспектів статевої ідентифікації, професійних орієнтацій та психосоматичних реакцій.

Використання різних психодіагностичних інструментів дозволило вивчити не лише статеву ідентифікацію, але й пов'язані з нею психосоціальні фактори, такі як професійні пріоритети, рівень задоволеності власним тілом і схильність до соматичних скарг. Зокрема, Опитувальник кар'єрних орієнтацій допоміг виявити, як професійні цінності впливають на загальне психологічне здоров'я, тоді як Тест САРТ дав змогу оцінити рівень задоволеності власним тілом, що може бути важливим аспектом загального психосоматичного благополуччя. Використання цих методик дозволило поглибити наше розуміння ролі статевої ідентифікації у формуванні психосоматичного стану та виявити фактори, що підвищують або знижують рівень стресу і тривожності.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СТАНІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТЕВОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ

3.1. Опис досліджуваних груп у контексті їхньої статевої ідентифікації

Дослідницько-експериментальна робота була виконана на базі закладів загальної середньої освіти Нерубайської сільської ради Одеського району Одеської області, з метою вивчення психосоматичних станів залежно від статевої ідентифікації. У листопаді 2023 року було проведено онлайн дослідження за допомогою платформи Google Forms, у якому взяли участь 50 жінок віком від 25 до 45 років. Серед досліджуваних 52% становили жінки віком до 36 років, а 48% – жінки старші за 36 років. Обрано такий віковий діапазон, оскільки він охоплює період середньої зрілості, що є важливим для дослідження, враховуючи психологічні та соціальні особливості цього етапу життя.

За результатами дослідження, учасниці рівномірно розподілилися за статусом у стосунках: 50% у стосунках, а інші 50% – не у стосунках.

Цілком ймовірно, що стосунки з партнером можуть впливати на статеву ідентифікацію жінок та їх тілесні історії. Ці дані дозволили зрівняти групи для подальшого аналізу.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою Статеворольового опитувальника Сандри Бем, показав достатню достовірність висновків. Це підтверджується тим, що первинний розподіл респондентів відповідає нормальному (гауссовому) розподілу. Зокрема, серед досліджуваних жінок спостерігається такий розподіл: 12 респонденток (24%) характеризуються високим рівнем маскулітності, 20 респонденток (40%) демонструють андрогінні риси, а 18 респонденток (36%) проявляють фемінність (Рис. 3.1).

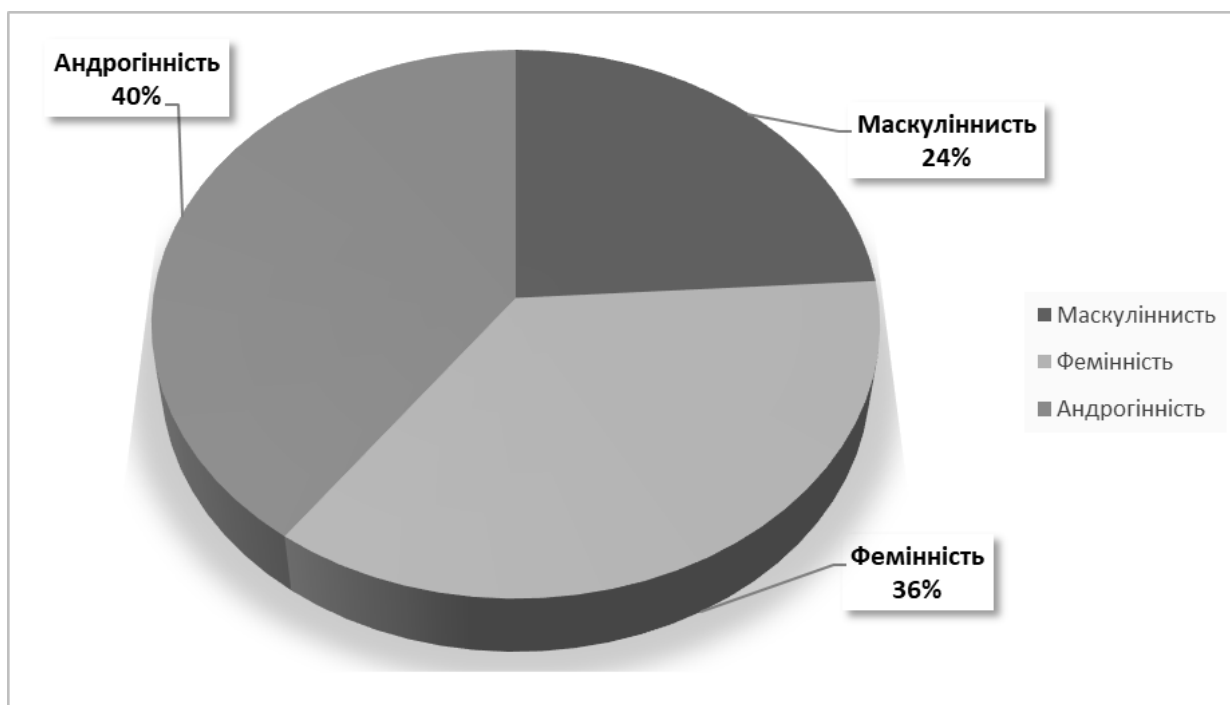


Рис. 3.1 Розподіл за гендерними ролями

Ці результати дозволяють робити висновки щодо достатньої репрезентативності даних та їх статистичної значущості, що є важливим для подальшого аналізу та інтерпретації результатів дослідження. Рівномірний розподіл ознак за шкалами маскулінності, фемінності та андрогінності свідчить про те, що вибірка є достатньо різноманітною, щоб зробити узагальнення на основі отриманих даних. Це забезпечує надійність висновків, що можуть бути зроблені на основі подальшого аналізу.

Як видно з рисунка 3.1, 36% досліджуваних мають виражену фемінноорієнтованість, що свідчить про емоційність, чутливість і здатність до співпереживання. Це може сприяти більшій вразливості до стресу та емоційних перевантажень, які часто проявляються у вигляді психосоматичних симптомів.

У 40% респондентів виявлено андрогінноорієнтованість, що свідчить про поєднання фемінних і маскулінних якостей. Для таких учасників характерні емоційність і раціональність, вміння переконувати та поступатися, а також здатність захищати свої погляди, залишаючись при цьому об'єктом уваги. Це

може свідчити про їхню соціальну адаптацію, а також про прагнення бути частиною групи, що може зменшувати ризик розвитку психосоматичних розладів.

Крім того, у 24% учасників спостерігається маскулінноорієнтованість, яка проявляється через наявність певних чоловічих характеристик, таких як наполегливість, сила, аналітичність, правдивість, самодостатність, мужність і агресивність. Ці риси можуть впливати на способи подолання стресових ситуацій, що також може бути пов'язано з виникненням психосоматичних розладів.

3.2. Аналіз впливу соціально-демографічних даних на показники дослідження

У ході дослідження було цікаво дослідити, як різні показники методик залежать від віку та статусу стосунків. Вік учасниць був поділений на дві групи: до 36 років та від 36 років, а статус стосунків – на дві категорії: у стосунках і не у стосунках. Було проведено порівняльний аналіз, який виявив наступні відмінності серед жінок залежно від цих факторів.

Дані табл. 3.1. демонструють, що різні показники методик суттєво варіюють залежно від віку та статусу стосунків.

Згідно з даними, видно, що жінки до 36 років демонструють вищий рівень за кар'єрною орієнтацією «Служіння» ($8,0 \pm 0,2$), ніж жінки старшого віку ($6,9 \pm 0,3$). Різниця є статистично значущою, що може вказувати на те, що молодші жінки частіше готові допомагати та брати на себе відповідальність у різних аспектах свого життя, можливо, через прагнення до самореалізації або активність на ранніх етапах кар'єри.

Порівняння за статусом стосунків показує, що жінки які перебувають у стосунках, мають вищий показник за кар'єрною орієнтацією «Виклик» ($5,8 \pm 0,3$)

порівняно з тими, хто не перебуває у стосунках ($4,5 \pm 0,4$). Це може вказувати на те, що жінки, які мають партнера, відчують більше навантажень або зобов'язань, пов'язаних із поєднанням особистого та професійного життя.

Таблиця 3.1

Порівняння впливу віку та статусу стосунків на різні показники

Показники		М	$\pm m$	t	Знач.
Якоря кар'єри					
Служіння	до 36 років	8,0	0,2	2,72	,008
	від 36 років	6,9	0,3		
Виклик	у стосунках	5,8	0,3	2,69	,008
	не у стосунках	4,5	0,4		
Задоволення власним тілом					
Живіт	до 36 років	3,4	0,2	3,25	,002
	від 36 років	2,4	0,2		
Волосся	до 36 років	3,3	0,1	-2,92	,004
	від 36 років	3,8	0,1		
Верхня частина живота	до 36 років	2,9	0,2	3,33	,001
	від 36 років	2,0	0,2		

Примітки: М – середнє; $\pm m$ – помилка середнього; t – коефіцієнт Стьюдента; Знач. – рівень значущості.

Також доведена значуща різниця за результатами тесту на вказівку кольором на незадоволення власним тілом, зокрема такими показниками як «Живіт», «Верхня частина живота» (до 36 років) та «Волосся» (від 36 років).

Показник «Живіт» є вищим у жінок віком до 36 років ($3,4 \pm 0,2$) у порівнянні зі старшою групою ($2,4 \pm 0,2$). Можливо, цей показник відображає рівень емоційного комфорту чи фізичний стан, який може змінюватися з віком через додаткові навантаження або фізіологічні зміни.

Також у жінок молодшої вікової групи показник «Верхня частина живота»

становить $2,9 \pm 0,2$, тоді як у старших жінок – $2,0 \pm 0,2$. Це може свідчити про зростаючу з віком задоволеність фізичними змінами, здоров'ям або самопочуттям.

Проте у молодших жінок (до 36 років) показник «Волосся» нижчий ($3,3 \pm 0,1$), ніж у старшої вікової групи ($3,8 \pm 0,1$). Це може вказувати на те, що з віком зростає незадоволеність зовнішнім виглядом, що, можливо, пов'язано зі збільшенням турботи про догляд за собою.

Варто відзначити, що жоден із досліджуваних показників не пов'язаний із генітальною або сексуальною історією жінок. Вони більше відображають емоційний комфорт, рівень фізичного стану і задоволеність зовнішнім виглядом, а також кар'єрні орієнтації та професійні виклики. Дані не торкаються тем інтимного чи сексуального досвіду, зосереджуючись на загальних психологічних та фізичних аспектах, які впливають на життя жінок, незалежно від сексуальної чи генітальної історії. Це підкреслює, що ці показники можна розглядати в контексті соціальних і професійних факторів, не залучаючи сексуальний аспект, що дозволяє отримати дані суто про їхній вплив на інші сфери життя.

3.3. Аналіз впливу кар'єрних орієнтацій на гендерну ідентифікацію жінок

Згідно із завданнями дослідження ми дослідили, як кар'єрні інтереси жінок впливають на риси, з якими вони себе асоціюють.

Діагностика за Опитувальником кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри» дозволило виявити розподіл кар'єрних орієнтацій «Професійна компетентність», «Менеджмент», «Автономія», «Стабільність місця роботи», «Стабільність місця проживання», «Служіння», «Виклик», «Інтеграція стилів життя» та «Підприємництво» за статевою ідентифікацією (маскулінність, фемінність та андрогінність). Це дозволило визначити тенденції в залежності від показників

статевої ідентифікації в контексті різних кар'єрних якорів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Психологічні особливості реалізації якорів кар'єри за показником статевої ідентифікації

Якоря кар'єри	Статева ідентифікація					
	М		F		А	
	М	±m	М	±m	М	±m
Професійна компетентність	6,0	1,0	5,2	0,5	7,0	0,4
Менеджмент	6,8	1,4	3,9	0,6	7,1	0,4
Автономія	7,2	1,0	6,2	0,7	7,5	0,3
Стабільність місця роботи	5,6	1,5	7,1	0,5	7,3	0,5
Стабільність місця проживання	6,8	1,0	5,9	0,8	6,3	0,5
Служіння	6,0	0,8	6,9	0,5	8,1	0,3
Виклик	4,2	0,7	3,8	0,6	6,3	0,4
Інтеграція стилів життя	7,4	1,1	8,1	0,3	7,4	0,3
Підприємництво	4,0	0,9	4,8	0,7	6,8	0,5

Примітки: М – середнє; ±m – помилка середнього;

Кар'єрні орієнтації та статева ідентифікація тісно пов'язані між собою, оскільки вони формують загальну стратегію особистісного розвитку та професійного зростання людини. Гендерна ідентифікація (мускулінність, фемінність або андрогінність) впливає на те, як людина сприймає власну кар'єру, які цінності надає перевагу, і які кар'єрні орієнтації вибирає. Ці орієнтації визначають, що для неї важливо у професійному житті: стабільність, автономія, лідерство, баланс між роботою та особистим життям або креативність та новаторство.

Як ми бачимо, що маскулінноорієнтовані жінки оцінюють свою компетентність за кар'єрною орієнтацією «Професійна компетентність» високо

(6,0 ± 1,0), що свідчить про впевненість у власних навичках та знаннях. Фемінноорієнтовані жінки мають нижчий показник (5,2 ± 0,5), що може свідчити про схильність до скромності або переоцінку власних знань. Андроґінноорієнтовані жінки демонструють найвищий рівень професійної компетентності (7,0 ± 0,4), що, ймовірно, пов'язано з поєднанням маскулінних і фемінних рис.

Значні зміни спостерігаються за кар'єрною орієнтацією «Менеджмент». Маскулінноорієнтовані жінки більше прагнуть до лідерства (6,8 ± 1,4), що пояснює їх високий показник. Андроґінноорієнтовані жінки також проявляють інтерес до управління (7,1 ± 0,4), демонструючи баланс між різними якостями. Фемінноорієнтовані жінки мають значно нижчий показник за кар'єрною орієнтацією «Менеджмент» (3,9 ± 0,6), що може свідчити про менші схильності до цієї сфери.

Кар'єрна орієнтація «Автономія» отримала високі оцінки у всіх групах. Андроґінноорієнтовані жінки показали найвищий результат (7,5 ± 0,3), що свідчить про їх прагнення до незалежності та самовизначення у професійному житті. Маскулінноорієнтовані жінки також мають високий показник (7,2 ± 1,0), що відповідає їх бажанню мати контроль і вплив на власні дії. Фемінноорієнтовані жінки мають дещо нижчий показник «Автономія» (6,2 ± 0,7), що може бути пов'язано з їх орієнтацією на командну роботу або підтримку від інших.

Фемінноорієнтовані жінки (7,1 ± 0,5) та андроґінноорієнтовані (7,3 ± 0,5) за орієнтацією «Стабільність місця роботи» показують більшу потребу у стабільності місця роботи, ніж маскулінноорієнтовані жінки (5,6 ± 1,5). Це може бути пов'язано з тим, що фемінноорієнтовані надають перевагу впевненості та безпеці в робочих умовах. Маскулінноорієнтовані мають нижчий показник, бо мають схильності до змін або ризиків.

Для маскулінноорієнтованих жінок орієнтація «Стабільність місця

проживання» є більш значущою ($6,8 \pm 1,0$) порівняно з фемінноорієнтованими ($5,9 \pm 0,8$) та андрогінноорієнтованими ($6,3 \pm 0,5$). Можливо, це пов'язано з їхнім бажанням забезпечити стабільність у всіх аспектах життя. Фемінноорієнтовані жінки, хоч і прагнуть стабільності, але можуть проявляти гнучкість у зміні місця проживання.

«Служіння» як кар'єрна орієнтація найбільш важлива для андрогінноорієнтованих жінок ($8,1 \pm 0,3$), які поєднують як риси емпатії, так і лідерства, що дозволяє їм знаходити баланс між допомогою іншим і власними цілями. Фемінноорієнтовані жінки також надають високого значення орієнтації «Служіння» ($6,9 \pm 0,5$), що відповідає їх соціально орієнтованим цінностям. Маскулінноорієнтовані жінки менш схильні до служіння ($6,0 \pm 0,8$), але все одно виявляють значний інтерес до цієї кар'єрної орієнтації.

Андрогінноорієнтовані жінки значно більше орієнтовані на прийняття викликів за кар'єрною орієнтацією «Виклик» ($6,3 \pm 0,4$), що вказує на їх готовність до ризику та здатність до адаптації. Маскулінноорієнтовані жінки оцінюють виклики нижче ($4,2 \pm 0,7$), можливо, через прагнення до більш контрольованих умов. Фемінноорієнтовані жінки менш схильні до викликів ($3,8 \pm 0,6$), можливо через орієнтацію на стабільність та гармонію.

За кар'єрною орієнтацією «Інтеграція стилів життя» фемінноорієнтовані жінки мають найвищий показник ($8,1 \pm 0,3$), що вказує на їх орієнтацію на баланс між роботою і особистим життям. Маскулінноорієнтовані ($7,4 \pm 1,1$) та андрогінноорієнтовані жінки ($7,4 \pm 0,3$) мають однакові показники, що свідчить про схожий підхід до балансування між кар'єрою та іншими життєвими пріоритетами.

«Підприємництво» є найбільш привабливою кар'єрною орієнтацією для андрогінноорієнтованих жінок ($6,8 \pm 0,5$), що може бути пов'язано з їх гнучкістю та здатністю поєднувати креативність з лідерськими якостями. Маскулінноорієнтовані жінки ($4,0 \pm 0,9$) та фемінноорієнтовані ($4,8 \pm 0,7$)

виявляють менший інтерес до підприємницької діяльності.

Таблиця 3.3

Різниця у кар'єрних орієнтаціях жінок залежно від статево-рольових типів

Якоря кар'єри	SI	M	$\pm m$	t	Знач.
Менеджмент	M	6,8	1,4	2,15	,043
	F	3,9	0,6		
Менеджмент	F	3,9	0,6	-4,42	,000
	A	7,1	0,4		
Служіння	M	6,0	0,8	-2,58	,015
	A	8,1	0,3		
Служіння	F	6,9	0,5	-2,13	,039
	A	8,1	0,3		
Виклик	M	4,2	0,7	-1,94	,050
	A	6,3	0,4		
Виклик	F	3,8	0,6	-3,39	,002
	A	6,3	0,4		
Підприємництво	M	4,0	0,9	-2,28	,030
	A	6,8	0,5		
Професійн_компетентність	F	5,2	0,5	-2,71	,010
	A	7,0	0,4		
Автономія	F	6,2	0,7	-1,93	,050
	A	7,5	0,3		

Примітки: SI - статеві ідентифікації; M – середнє; $\pm m$ – помилка середнього; t – коефіцієнт Ст'юдента; Знач. – рівень значущості.

У цьому дослідженні для переходу від якісного до кількісного аналізу було застосовано коефіцієнт Ст'юдента, що дозволило виявити статистично значущі відмінності у кар'єрних орієнтаціях різних груп жінок (табл. 3.3).

За результатами дослідження кар'єрних орієнтацій жінок, у напрямку

«Менеджмент» суттєві відмінності було виявлено між фемінними, маскулініними та андрогінними жінками. Фемінні жінки показали низький рівень орієнтації на менеджмент ($3,9 \pm 0,6$), що свідчить про відсутність зацікавленості у цій кар'єрній сфері. Маскулініні жінки, навпаки, значно відрізнялися, адже їхній середній показник кар'єрної орієнтації «Менеджмент» становив $6,8 \pm 1,4$, що вказує на помітний інтерес до управлінської діяльності. Також простежується різниця між фемінними та андрогінними жінками. Якщо фемінні демонструють майже повню відсутність інтересу до орієнтації «Менеджмент», то андрогінні жінки мають найвищий показник зацікавленості за цією орієнтацією ($7,1 \pm 0,4$). Це може свідчити про те, що андрогінність сприяє схильності до кар'єри в управлінні більше, ніж інші статеві орієнтації.

Кар'єрна орієнтація «Служіння» є найбільш вираженою у андрогінних жінок, які гармонійно поєднують як маскулініні, так і фемінні якості, що відображено високим показником ($8,1 \pm 0,3$). При порівнянні з маскулініним та фемінними жінками спостерігаються суттєві відмінності. Показник кар'єрної орієнтації «Служіння» у маскулініних жінок є найменшим ($6,0 \pm 0,8$), що вказує на низький рівень зацікавленості в цій сфері. Фемінні жінки займають проміжну позицію з середнім показником орієнтації «Служіння» ($6,9 \pm 0,5$), що свідчить про певну зацікавленість, хоча й менш виражену, ніж у андрогінних жінок.

У кар'єрній орієнтації «Виклик», подібно до кар'єрної орієнтації «Служіння», найбільш виражена у андрогінних жінок, які здатні гармонійно поєднувати маскулініні та фемінні риси, демонструючи високий рівень адаптивності. Для андрогінних жінок показник за цією орієнтацією становить $6,3 \pm 0,4$, що є найвищим серед груп. Маскулініні жінки займають проміжну позицію з показником $4,2 \pm 0,7$, що вказує на помірний інтерес до кар'єрної орієнтації «Виклик». Найнижчий рівень зацікавленості в цій сфері виявили фемінні жінки ($3,8 \pm 0,6$), що свідчить про мінімальну схильність до прийняття викликів.

Кар'єрна орієнтація «Підприємництво» також виявила відмінності між

групами, де андрогінні жінки демонструють найвищий показник зацікавленості ($6,8 \pm 0,5$). Це свідчить про їхню схильність до підприємницької діяльності, що значно перевищує показники інших груп. Для порівняння, показник для маскулінних жінок є значно нижчим ($4,0 \pm 0,9$), що вказує на менш виражену орієнтацію на підприємництво.

У кар'єрній орієнтації «Професійна компетентність» найвищі показники зафіксовано у андрогінних жінок ($7,0 \pm 0,4$), що свідчить про їхню сильну мотивацію до розвитку професійних навичок. У маскулінних жінок цей показник помітно нижчий ($5,2 \pm 0,5$), вказуючи на менш виражене прагнення до професійного вдосконалення.

Кар'єрна орієнтація «Автономія» найяскравіше виражена у андрогінних жінок, які мають найвищий показник ($7,5 \pm 0,3$), що свідчить про їхню сильну потребу в незалежності в роботі. У маскулінних жінок показник нижчий ($6,2 \pm 0,7$), що вказує на менш виражене, але все ж значне прагнення до самостійності.

Отримані результати за Опитувальником кар'єрних орієнтацій «Якоря кар'єри» підтверджують висновки Статеврольового опитувальника Сандри Бем (BSRI) та висловлювання соціологів і соціальних психологів, які вважають, що андрогінні жінки є найбільш адаптивним типом особистості. Це добре узгоджується з тим, що сучасна жінка не обмежується лише домашніми обов'язками, а активно залучена до професійної діяльності та управлінської сфери.

Варто зазначити, що навіть маскулінноорієнтовані жінки демонструють високу здатність до професійної реалізації, адже мають навички, які сприяють успішній адаптації у трудових колективах і досягненню кар'єрних цілей. Однак у таких жінок маскулінні риси можуть бути надмірно вираженими, що, в свою чергу, іноді спричиняє труднощі у взаємодії з іншими, конфліктність чи відсутність мотивації в окремих аспектах діяльності.

Фемінні жінки, на відміну від маскулінних і андрогінних, демонструють

меншу зацікавленість у кар'єрі, зокрема у сферах менеджменту та підприємництва, і частіше тяжіють до помірної залученості. Їхні орієнтації переважно проявляються у сферах служіння та професійної компетентності, де вони прагнуть до гармонійної реалізації власних якостей, проте часто уникають ролей, що вимагають високої конкурентності та незалежності.

3.4. Аналіз показників психосоматичного стану відповідно до статевої ідентифікації

3.4.1. Гіссенський опитувальник (GBV)

У дослідженні, проведеному з використанням Гіссенського опитувальника соматичних скарг (GBV), проаналізовано зв'язок між соматичними симптомами та статевою ідентифікацією. Опитувальник GBV оцінює соматичні скарги за кількома категоріями: «Виснаження», «Шлункові скарги», «Ревматичний фактор», «Серцеві скарги» та «Тиск скарг (загальний бал)». Розподіл даних за статевими групами, представлений у таблиці 3.4, показав характерні відмінності у частоті та інтенсивності соматичних проявів, що свідчить про можливий вплив гендерної ідентичності на сприйняття та вираженість тілесних скарг у різних групах.

Аналіз даних за Гіссенським опитувальником соматичних скарг (GBV) показав, що група з фемінною статевою ідентифікацією (F) має підвищені середні показники за всіма шкалами, що вказує на схильність цієї групи до посиленої чутливості та сприйнятливості до фізичних симптомів. Зокрема, високий середній показник за шкалою «Виснаження» ($0,88 \pm 0,13$) відображає суб'єктивне відчуття втрати життєвої енергії та потребу в зовнішній підтримці, що корелює з депресивними станами та алекситимією.

Таблиця 3.4

Особливості соматичних скарг (Гіссенський опитувальник (GBV) за показником статевої ідентифікації

GBV	Статева ідентифікація					
	М		F		А	
	М	±m	М	±m	М	±m
Виснаження	0,75	0,11	0,88	0,13	0,60	0,08
Шлункові скарги	0,60	0,24	0,80	0,16	0,63	0,09
Ревматичний фактор	0,49	0,27	0,96	0,22	0,68	0,11
Серцеві скарги	0,38	0,16	0,91	0,19	0,60	0,09
Тиск скарг (загальний бал)	0,74	0,29	1,03	0,20	0,61	0,09

Примітки: М – середнє; ±m – помилка середнього;

Підвищений рівень «Шлункові скарги» ($0,80 \pm 0,16$) свідчить про вираженість психосоматичних симптомів, пов'язаних зі шлунковими розладами, зокрема епігастральний синдром. Шкала «Ревматичний фактор» ($0,96 \pm 0,22$) вказує на суб'єктивні відчуття болю та спазмів, а високий бал за шкалою «Серцеві скарги» ($0,91 \pm 0,19$) свідчить про схильність до приписування собі симптомів серцевих розладів, часто з метою привернення уваги. «Тиск скарг (загальний бал)» ($1,03 \pm 0,20$) демонструє високу інтенсивність тілесних симптомів, що корелює з депресією, алекситимією та особистісною тривожністю. Отримані результати вказують на підвищену соматичну чутливість осіб з фемінною ідентифікацією, що може бути пов'язано з психологічними особливостями цієї групи та потребує подальшого дослідження для виявлення основних механізмів цих проявів.

Результати Гіссенського опитувальника соматичних скарг (GBV) демонструють знижені показники соматичних симптомів у групі з маскулінною статевою ідентифікацією (М) порівняно з іншими групами, особливо за шкалами «Серцеві скарги» ($0,38 \pm 0,16$) та «Ревматичний фактор» ($0,49 \pm 0,27$). Це може свідчити про меншу схильність до суб'єктивного відчуття фізичного дискомфорту або про менш виражену потребу в ідентифікації тілесних симптомів серед маскулінних осіб. Така особливість може бути зумовлена соціальними та культурними чинниками, що впливають на сприйняття болю і дискомфорту в цій групі. Зокрема, традиційна модель маскулінності в багатьох суспільствах передбачає мінімізацію власних скарг і прагнення до самостійності, що може сприяти меншій кількості заявлених симптомів. У свою чергу, «Тиск скарг (загальний бал)» у маскулінній групі також є нижчим ($0,74 \pm 0,29$), що свідчить про менш виражену інтенсивність соматичних скарг загалом. Це, ймовірно, пов'язано з психологічними особливостями сприйняття тілесних симптомів та специфічною соціальною роллю, яка формує стриманість у демонстрації фізичного дискомфорту серед осіб із маскулінною ідентифікацією.

Таблиця 3.5

Різниця у соматичних скаргах жінок залежно від статево-рольових типів

GBV	SI	M	±m	t	Знач.
Виснаження	F	0,9	0,1	1,974	,050
	A	0,6	0,1		
Тиск скарг (загальний бал)	F	1,0	0,2	2,172	,035
	A	0,6	0,1		

Примітки: **SI** - статева ідентифікація; **M** – середнє; $\pm m$ – помилка середнього; **t** – коефіцієнт Стьюдента; **Знач.** – рівень значущості.

Як бачимо у таблиці 3.5, аналіз результатів Гіссенського опитувальника соматичних скарг виявив вищий рівень за шкалами «Виснаження» та «Тиск скарг (загальний бал)» у респондентів із фемінною гендерною ідентифікацією (F)

порівняно з андрогінними (А). За шкалою «Виснаження» середнє значення у фемінної групи становить $0,9 \pm 0,1$, тоді як у андрогінної групи – $0,6 \pm 0,1$, що вказує на тенденцію до статистично значущої різниці. За шкалою «Тиск скарг (загальний бал)» середній бал фемінної групи становить $1,0 \pm 0,2$ проти $0,6 \pm 0,1$ в андрогінної, що є статистично значущим показником.

Ці результати можуть вказувати на підвищену схильність осіб із фемінною ідентифікацією до сприйняття та вираження соматичних симптомів, ймовірно, через більшу чутливість до психосоматичних проявів. У свою чергу, андрогінні особи, завдяки гнучкості в соціальних ролях, менш схильні до вираження соматичних симптомів, що може пояснювати нижчі показники за шкалами «Виснаження» та «Тиск скарг (загальний бал)».

3.4.2. Симптоматичний опитувальник SCL-90

Аналіз даних за допомогою Симптоматичного опитувальника SCL-90 показав психосоматичний і клінічний профіль соматичних проявів, на відміну від більш фізіологічного підходу Гіссенського опитувальника соматичних скарг (GBB). SCL-90 дозволив глибше дослідити психосоматичні симптоми, що зумовлені емоційними та психічними факторами.

Результати якісного аналізу свідчать про наявність різних тенденцій у вираженості симптомів залежно від статевої ідентифікації респондентів, що видно в таблиці 3.6. Ці дані забезпечують можливість більш детального кількісного аналізу, який включає подальшу статистичну перевірку для підтвердження значущості спостережуваних відмінностей.

Аналіз даних, отриманих за допомогою Симптоматичного опитувальника SCL-90, виявив відмінності в рівні психосоматичних та психопатологічних симптомів серед осіб з різними статево-рольовими ідентифікаціями.

Таблиця 3.6

Аналіз психосоматичних та психопатологічних симптомів (опитувальник SCL-90) за показником статевої ідентифікації

SCL-90	Статева ідентифікація					
	М		F		A	
	М	±m	М	±m	М	±m
Соматизація	0,75	0,11	0,88	0,13	0,60	0,08
Нав'язливість	0,60	0,24	0,80	0,16	0,63	0,09
Сензитивність	0,49	0,27	0,96	0,22	0,68	0,11
Депресія	0,38	0,16	0,91	0,19	0,60	0,09
Тривожність	0,74	0,29	1,03	0,20	0,61	0,09
Фобія	0,49	0,19	0,60	0,10	0,33	0,07
Паранояльність	0,40	0,25	0,73	0,21	0,56	0,12

Примітки: М – середнє; ±m – помилка середнього;

Андрогінний тип респондентів демонструє найнижчі показники за деякими ключовими шкалами, що вказує на меншу вираженість специфічних симптомів. Зокрема, за шкалою «Соматизація» андрогінні жінки мають найнижчий рівень прояву ($0,60 \pm 0,08$) порівняно з маскулініними ($0,75 \pm 0,11$) та фемінними жінками ($0,88 \pm 0,13$). Це означає, що андрогінні особистості рідше стикаються з соматичними проявами стресу, такими як головний біль, м'язовий дискомфорт або проблеми з серцево-судинною та дихальною системами. Низький рівень соматизації може бути пов'язаний з більш ефективними механізмами подолання стресу у андрогінних респондентів. Така ж тенденція спостерігається за шкалою «Фобія», де середній показник для андрогінних респондентів становить $0,33 \pm 0,07$ порівняно з $0,49 \pm 0,19$ для маскулініних і $0,60 \pm 0,10$ для фемінних респондентів. Це вказує на меншу схильність андрогінних особистостей до

іраціональних страхів і фобічної тривожності, що може бути відображенням їхньої більшої психологічної гнучкості та стабільності. Крім того, за шкалою «Індекс наявного симптоматичного дистресу», який відображає інтенсивність прояву симптомів, андрогінні жінки також мають найнижчий показник ($1,32 \pm 0,06$) у порівнянні з маскулініми ($1,62 \pm 0,37$) та фемінними ($1,55 \pm 0,13$) типами. Це свідчить про нижчий рівень інтенсивності симптомів андрогінних жінок, що може вказувати на їх адаптивнішу реакцію на стресові чинники та зменшення психосоматичних проявів.

Таким чином, низькі показники за шкалами «Соматизація», «Фобія» та «Індекс наявного симптоматичного дистресу» серед андрогінних респондентів вказують на їх вищу психологічну стійкість і здатність до адаптації порівняно з маскулініми та фемінними типами.

Результати аналізу Симптоматичного опитувальника SCL-90 демонструють у жінок із маскуліною статевою ідентифікацією низький рівень за шкалою «Сензитивність» ($0,49 \pm 0,27$) свідчить про знижену міжособистісну чутливість та менш виражене відчуття власної неадекватності й дискомфорту у соціальних взаємодіях. Це може свідчити про емоційну стійкість або прагнення уникати демонстрації вразливості. Низькі показники за шкалою «Депресія» ($0,38 \pm 0,16$) вказують на меншу схильність маскуліних жінок до депресивних симптомів, таких як відсутність життєвого інтересу або відчуття безнадії. Це може бути обумовлено як реальною зниженою інтенсивністю негативних емоцій, так і схильністю до емоційного самоконтролю. «Індекс прояву симптоматики» у маскуліних жінок найнижчий ($26,20 \pm 5,87$), що може свідчити про меншу кількість усвідомлюваних симптомів дистресу або тенденцію до ігнорування психосоматичних проявів.

Таким чином, показники маскуліних жінок характеризуються зниженою чутливістю до психосоматичних симптомів і обмеженою схильністю до усвідомлення та вираження емоційних проявів дистресу, що може бути

зумовлено соціокультурними факторами або особливостями саморегуляції.

Аналіз даних за шкалами Симптоматичного опитувальника SCL-90 показує, що жінки з фемінною статевою ідентифікацією демонструють вищі показники за багатьма шкалами, що вказує на більш виражену реакцію тіла на психологічні та емоційні стани. Зокрема, фемінні жінки мають підвищений рівень за шкалою «Нав'язливість» ($0,80 \pm 0,16$), що може бути зумовлений більшою схильністю до самоконтролю та самокритики. У соціальному контексті це може бути проявом підвищених очікувань до відповідальності за інших та бажання відповідати соціально прийнятним стандартам поведінки. Як наслідок, фемінні жінки можуть частіше мати румінації (нав'язливі думки), намагаючись аналізувати й передбачати свої дії та реакції оточення. Високий рівень за шкалою «Сензитивність» ($0,96 \pm 0,22$) у фемінних жінок свідчить про їхню підвищену міжособистісну чутливість та вразливість у соціальних ситуаціях. Це може бути пов'язано з соціальними очікуваннями щодо емпатії та емоційної відкритості у представників фемінної статевої ідентифікації. Часто такі особи відчувають сильнішу потребу зрозуміти і підтримати інших, що, у свою чергу, може робити їх більш чутливими до критики або відторгнення з боку оточуючих. Підвищені показники за шкалою «Депресія» ($0,91 \pm 0,19$) серед фемінних жінок можуть бути зумовлені як біологічною схильністю до емоційної вразливості, так і соціальними чинниками, що сприяють більшому акценту на емоційному самоаналізі. Наприклад, у багатьох культурах очікується, що жінки або фемінні особи мають частіше виражати емоції і бути емоційно відкритими, що може призводити до більш частих проявів пригніченого настрою, безнадійності або втрати інтересу. Це також може вказувати на внутрішній конфлікт через невідповідність соціальних очікувань і власних життєвих реалій. Високий рівень за шкалою «Тривожність» ($1,03 \pm 0,20$) у фемінних жінок свідчить про загальну схильність до переживання страху, занепокоєння та емоційного напруження. Така підвищена тривожність може бути результатом соціальних ролей, де від

фемінних осіб очікується більша чутливість до міжособистісних проблем і вразливість до стресу. Крім того, певні дослідження показують, що тривожність серед жінок може посилюватись у відповідь на стереотипи, які спонукають до їх самокритичності та відчуття невідповідності очікуванням оточення. Високі показники у фемінних жінок за шкалою «Паранояльність» ($0,73 \pm 0,21$) свідчать про схильність до підозрливості та обережності в соціальних взаємодіях. Це може бути пов'язано з культурними очікуваннями, які роблять фемінних осіб більш вразливими до критики та суспільного тиску. Підвищена настороженість може бути результатом соціалізації, яка передбачає уникнення конфліктів, що, у свою чергу, стимулює розвиток обережності та навіть певної підозрливості в міжособистісних стосунках. Підвищені показники за шкалою «Соматизація» ($0,88 \pm 0,13$) свідчать про схильність фемінних жінок виражати емоційні проблеми через фізичні симптоми, такі як біль, напруга або слабкість. Це може бути обумовлено тим, що соціальні стереотипи часто очікують від фемінних осіб більшої емоційної реактивності, і вони частіше, ніж маскулінні, схильні визнавати свої психосоматичні реакції. Така реактивність тіла на емоційні стани може розглядатися як природний механізм, що відображає високий рівень чутливості до внутрішніх переживань. Підвищені показники за шкалами «Загальний індекс тяжкості симптомів» ($0,81 \pm 0,16$) та «Індекс прояву симптоматики» ($41,22 \pm 5,30$) вказують на загальну вразливість фемінних жінок до усвідомлення та переживання різноманітних симптомів, включно з психічними та фізичними. Цей результат свідчить про схильність до самоаналізу, сприйняття себе через призму психосоматичних переживань та готовності визнати наявність різних симптомів. Це може бути пов'язано з роллю фемінної ідентифікації у формуванні самосвідомості, де фокус на емоціях та їхнє вираження займає важливе місце.

Отже, високі показники за наведеними шкалами вказують на загальну тенденцію до підвищеної психоемоційної реактивності серед жінок з фемінною

ідентифікацією, що може бути зумовлено як біологічною емоційною чутливістю, так і соціальними нормами, які стимулюють саморефлексію та емоційну відкритість.

Таблиця 3.7

**Різниця у показниках за симптоматичним опитувальником SCL-90
залежно від статево-рольових типів**

SCL-90	SI	M	±m	t	Знач.
Соматизація	F	0,9	0,1	2,82	,006
	A	0,6	0,1		
Тривожність	F	1,0	0,1	3,11	,003
	A	0,6	0,1		
Фобія	F	0,6	0,1	3,29	,001
	A	0,3	0,1		
Індекс наявного симптоматичного дистресу	F	1,6	0,1	2,63	,010
	A	1,3	0,0		

Примітки: **SI** - статеві ідентифікація; M – середнє; ±m – помилка середнього; t – коефіцієнт Стюдента; Знач. – рівень значущості.

Фемінні жінки більш схильні до проявів соматизації, тривожності, фобій та загального симптоматичного дистресу, ніж андрогінні. Це підтверджується отриманими даними, які показують, що фемінні жінки частіше відчують тілесні симптоми, тривожні стани та страхи, що загалом відображається на вищому індексі симптоматичного дистресу. Важливо зазначити, що різниця за показниками Симптоматичного опитувальника, SCL-90 спостерігається лише між фемінними та андрогінними жінками, тоді як між фемінними та маскулініними таких значущих відмінностей немає. Це може свідчити про те, що фемінні жінки частіше приймають традиційні жіночі ролі та менше прагнуть від них відмовитися, тоді як андрогінні та маскулініні жінки можуть проявляти

більшу стійкість до психологічного дистресу, обираючи менш традиційні для жінок ролі або поєднуючи риси обох гендерних стереотипів.

Дані таблиці 3.7, підтверджують ці висновки, показуючи, що за шкалою «Соматизація» фемінні жінки більш схильні до тілесних проявів дистресу ($0,9 \pm 0,1$), таких як фізичні симптоми без очевидних медичних причин, ніж андрогінні жінки ($0,6 \pm 0,1$). Це може свідчити про підвищену емоційну чутливість і схильність до тілесних реакцій на стрес у фемінних жінок. За шкалою «Тривожність» фемінні жінки демонструють більшу тривожність ($1,0 \pm 0,1$), тоді як у андрогінних ($0,6 \pm 0,1$), яка може бути зумовлена особливостями прийняття та вираження жіночих ролей, що включає вищу емоційну чутливість та схильність до хвилювання. Фемінні жінки ($0,6 \pm 0,1$) більш схильні до розвитку фобій, ніж андрогінні жінки ($0,3 \pm 0,1$), ймовірно, через більшу чутливість до соціальних і психологічних загроз, характерну для фемінних соціальних ролей. За показником «Індекс наявного симптоматичного дистресу» у фемінних жінок вищий рівень ($1,6 \pm 0,1$), ніж у андрогінних жінок ($1,3 \pm 0,0$). Це свідчить про те, що фемінні жінки в цілому більше відчують симптоматичний дистрес, що підтверджує їхню більшу емоційну залученість у різні аспекти соціальних взаємодій і особистих переживань.

Отримані результати підтверджують гіпотезу про те, що фемінні жінки більшою мірою відчують психологічний дистрес, що може бути пов'язано з їхньою схильністю приймати традиційні фемінні ролі, які включають вищий рівень емоційної чутливості. З іншого боку, андрогінні жінки, поєднуючи риси обох гендерних ідентифікацій, виявляють меншу схильність до психологічного дистресу та, ймовірно, більшу стійкість до стресових факторів. Це ще раз підкреслює різницю у психологічній реактивності та сприйнятті стресу між фемінними і андрогінними жінками.

3.4.4. Задоволеність власним тілом

Наступним етапом виконання роботи було визначення різниці у задоволеності власним тілом відповідно до гендерних. Відповідно до цього було застасовано лисперсійний аналіз достовірності різниці із застосуванням статистичного критерію Стьюденту.

Таблиця 3.7

Різниця у задоволеності власним тілом залежно від статево-рольових типів

Задоволеність тілом	SI	M	$\pm m$	t	Знач.
Волосся	M	4,2	0,2	2,348	,023
	F	3,5	0,1		
Волосся	M	4,2	0,2	3,275	,002
	A	3,4	0,1		
Обличчя	M	2,6	0,4	-2,103	,040
	A	3,5	0,2		
Кисті рук	M	1,8	0,2	-2,163	,034
	A	2,8	0,2		
Передпліччя	M	1,8	0,2	-2,163	,034
	A	2,8	0,2		
Плече	M	1,8	0,2	-2,662	,010
	A	3,1	0,2		
Плече	F	2,3	0,2	-2,518	,014
	A	3,1	0,2		
Плечовий пояс	M	1,8	0,2	-2,546	,013
	A	3,0	0,2		
Плечовий пояс	F	2,2	0,2	-2,837	,006
	A	3,0	0,2		
Гомілки	F	2,7	0,2	-1,985	,050
	A	3,3	0,2		
CAPT_Score_2	M	2,4	0,1	-2,339	,023
	A	3,0	0,1		
CAPT_Score_2	F	2,7	0,1	-2,711	,008
	A	3,0	0,1		
Загальний показник	F	2,8	0,1	-2,351	,021
	A	3,2	0,1		

Примітки: SI - статеві ідентифікація; M – середнє; $\pm m$ – помилка середнього; t – коефіцієнт Стьюдента; Знач. – рівень значущості.

Таблиця показує статистичні відмінності у сприйнятті різних частин тіла

між особами з маскулінним (М), фемінінним (F) та андрогінним (А) статеворольовими типами. З наведених результатів аналізу ми можемо позначити наступне:

1. Андрогінні жінки демонструють найвищу задоволеність власним тілом майже за всіма параметрами, а саме:

- *Плече та Плечовий пояс*

Андрогінні жінки мають вищу задоволеність плечем (3,1) порівняно з маскулінними (1,8) та фемінінними (2,3). Статистична значущість $p = 0,010$ та $p = 0,014$ відповідно

Андрогінні жінки мають вищу задоволеність плечовим поясом (3,0) порівняно з маскулінними (1,8) та фемінінними (2,2). Статистична значущість $p = 0,013$ та $p = 0,006$ відповідно

- *Обличчя та кінцівки:*

Андрогінні жінки мають вищу задоволеність обличчям (3,5) порівняно з маскулінними (2,6).

Вища задоволеність кистей рук та передпліч у андрогінних осіб (2,8) порівняно з маскулінними (1,8).

- *узагальнений показник CAPT Score 2*

Цей показник задоволеності тілом включає відношення до волосся, обличчя, ступнів, гомілок, кистей рук, передплічч, плеча та плечового поясу, грудної клітини та до верхньої частини живота (за винятком генітальної області).

Андрогінні жінки мають статистично вищі показники (3,0) порівняно з маскулінними (2,4) та фемінінними (2,7)

2. Маскулінні жінки демонструють найвищу задоволеність таким показником, як волосся:

Маскулінні жінки мають вищу задоволеність (4,2) порівняно з фемінінними (3,5) та андрогінними (3,4). Статистична значущість $p = 0,023$ та p

= 0,002 відповідно

3. За загальним показником гірший рівень задоволеності власним тілом у фемінних жінок у порівнянні із маскулініними: у фемінінних осіб - 2,8 та у у андрогінних осіб - 3,2. Статистична значущість $p = 0,021$

Підсумуючи результати, можна сказати, що андрогінні жінки демонструють найвищу задоволеність власним тілом майже за всіма параметрами; маскулініні жінки мають найвищу задоволеність лише стосовно волосся; фемінінні жінки здебільшого мають найнижчі показники задоволеності тілом.

Особливий інтерес викликають високі показники жінок андрогінного типу, які демонструє найвищу задоволеність тілом. Це можна пояснити їх психологічною гнучкістю, здатністю інтегрувати позитивні риси чоловічої та жіночої ідентичності, а також меншою залежністю від стереотипних уявлень про ідеальне тіло. Це свідчить про те, що здатність виходити за межі традиційних гендерних ролей і формувати більш гнучку ідентичність позитивно впливає на загальну задоволеність власним тілом.

Маскулініні та фемінінні типи характеризуються нижчими рівнями самоприйняття, що пов'язано з впливом соціокультурних стандартів краси, тиском медіа та внутрішніми психологічними установками. Жорсткі гендерні очікування, відмінності в соціальних нормах для чоловіків і жінок, а також особистий життєвий досвід визначають специфічне ставлення до свого тіла.

Результати дослідження відображають складну психологічну картину сприйняття власного тіла, яка формується під впливом комплексу взаємопов'язаних факторів, одним з яких є статева ідентифікація та гендерні ролі особистості. Саме ці аспекти ми розглянули ми розглянули на наступному етапі.

3.5. Зв'язок психосоматичного стану відповідно до статевої ідентифікації

Для встановлення взаємозв'язку психосоматичного стану відповідно до статевої ідентифікації ми застосували кореляційний аналіз (із застосування коефіцієнту Пірсона) показників (табл. 3.8)

Результати аналізу дозволяють побачити, достовірні зв'язки.

- Кар'єрна орієнтація «Стабільність місця проживання» негативно корелює майже з усіма психосоматичними проявами у андрогінних жінок:

Таблиця 3.8.

Зв'язок психосоматичного стану відповідно до статевої ідентифікації (андрогінна група)

Показники	1	2	3	4
Я_Інтеграція_стилів_життя		559**		523**
SCL-90_Соматизація	-443*		-413*	
SCL-90_Нав'язливість	-465*			
SCL-90_Сензитивність	438*			
SCL-90_Тривожність			-388*	
SCL-90_Ворожість	-415*			
SCL-90_Паранояльність	-447*			
SCL-90_Психотизм	-420*			
SCL-90_Загальний індекс тяжкості симптомів	-435*			
SCL-90_Індекс наявного симптоматичного дистресу	-690**			
SCL-90_Індекс прояву симптоматики	-394*			

Примітки: зв'язки позначено в цілих числах за відсотковим значенням; 1- стабільність місця проживання; 2 - CAPT_Score_1. Загальний показник1; 3 - CAPT_Score_2. Загальний показник 2; 4 - Загальний показник ; *Кореляція значима лише на рівні 0,05; **Кореляція значима лише на рівні 0,01

Результати аналізу дозволяють побачити, достовірні зв'язки.

- Показник задоволеності 1 (живіт, стегна, ягодиці) має позитивний зв'язок з інтеграцією стилів життя (559**).

Ці вказує, що незадоволеність тілом пов'язана з низькою інтеграцією життєвих стилів. Це може свідчити про внутрішній конфлікт між фізичним самосприйняттям та загальною життєвою стратегією, що ми спостерігаємо у фемінних жінок, яким в сучасних реаліях не достає інтегрованої життєвої орієнтації. Висока інтеграція життєвих стилів корелює з більш позитивним сприйняттям свого тіла, що ми й спостерігали у андрогінних жінок, яким більш вдається поєднувати професійні орієнтації та жіночі ролі.

- Задоволеність частиною тіла, пов'язаною з жіночею сексуальністю (живіт, стегна, ягодиці) має негативний зв'язок із соматизацією (-413**) та тривожністю (-388). Це може вказувати на посилену увагу до фізичних відчуттів та сильний зв'язок з емоційними станами. Можливо, незадоволеність тілом, зокрема тілесною сексуальністю посилює психосоматичні прояви та тривожність.

- Загальний показник задоволеності тілом має позитивний зв'язок з інтеграцією стилів життя (523**). Дифузність стилів життя пов'язана з незадоволеність власним тілом в цілому. Це може бути пов'язано з конфліктом між самосприйняттям тіла та життєвими стратегіями. Низька задоволеність тілом може бути індикатором внутрішньої дисгармонії.

- Кар'єрна орієнтація «Стабільність місця проживання» негативно корелює майже з усіма психосоматичними проявами жінок:

Негативний зв'язок з соматизацією (-443*)

Негативний зв'язок з нав'язливістю (-465*)

Негативний зв'язок з ворожістю (-415*)

Негативний зв'язок з паранояльністю (-447*)

Негативний зв'язок з психотизмом (-420*)

Негативний зв'язок з загальним індексом тяжкості симптомів (-435*)

Негативний зв'язок з індексом прояву симптоматики (-394*)

Сильний негативний зв'язок з індексом симптоматичного дистресу (-690**)

Вона також має позитивний зв'язок з сензитивністю (438*)

Це вказує, що стабільність середовища сприяє зменшенню психологічного напруження. Чим стабільніше місце проживання, тим менше психологічних симптомів.

Таким чином взаємозв'язок психосоматичного стану зі статевою ідентифікацією є значним. У андрогінних жінок спостерігається позитивна кореляція задоволеності тілом з інтеграцією життєвих стилів, що свідчить про здатність поєднувати професійні орієнтації та традиційні жіночі ролі. Натомість, фемінні жінки мають нижчий рівень інтеграції життєвих стилів і демонструють більшу незадоволеність своїм тілом, що може вказувати на внутрішній конфлікт між фізичним самосприйняттям та життєвою стратегією. Задоволеність частинами тіла, пов'язаними із сексуальністю, має негативний зв'язок із соматизацією та тривожністю, що підкреслює значення фізичних і емоційних факторів.

Також слід зазначити, що кар'єрні орієнтації жінок, такі як стабільність місця проживання теж пов'язана і з психосоматичними симптомами, включаючи соматизацію, нав'язливість та ворожість. Це підтверджує, що стабільне середовище зменшує психологічне напруження та сприяє емоційному добробуту.

3.6. Корекційна програми по зниженню психосоматичних симптомів

У рамках дослідження психосоматичних станів, пов'язаних із статевою ідентифікацією у жінок, була розроблена психокорекційна програма, яка має на меті зниження психосоматичних симптомів. Відомо, що статева ідентифікація може суттєво впливати на психічний та фізичний стан особистості, адже молодь часто стикається з тиском соціальних норм та очікувань, що можуть призводити

до виникнення психосоматичних станів. Тому важливо враховувати цей аспект під час проведення корекційної роботи.

Програма включає в себе п'ять основних напрямків, які охоплюють різні аспекти роботи з психосоматичними симптомами. Основними цілями є розширення знань учасників про стрес і його вплив на організм, зниження психологічної та фізіологічної напруги, а також формування навичок подолання емоційного стресу. Заняття проводяться у групах по 15 осіб, що сприяє створенню довірчої атмосфери та відкритому обговоренню проблем, з якими стикаються учасники [5].

Кожен напрямок програми складається з групи вправ, що дозволяє учасникам усвідомити свої психосоматичні розлади, а також виявити їхній взаємозв'язок із статевою ідентифікацією. Зокрема, на першому занятті учасники аналізують власні симптоми, використовуючи метафоричні техніки для глибшого розуміння своїх переживань. На наступних зустрічах акцентується увага на усвідомленні ролі психосоматичних станів у житті людей і розробці стратегій уникнення внутрішніх конфліктів.

Отже, психокорекційна програма спрямована на формування нового сприйняття власного тіла та психічного стану у людей. Вона дозволяє не лише знизити рівень психосоматичних симптомів, але й покращити якість життя учасників через підвищення загального рівня психологічного благополуччя. Врахування статевої ідентифікації у цьому контексті надає можливість більш точно налаштувати корекційний процес та підвищити його ефективність [9].

В рамках дослідження психосоматичних станів, що залежать від статевої ідентифікації у жінок, була розроблена психокорекційна програма, спрямована на зниження рівня психосоматичних симптомів. Основою програми стали сучасні напрямки психотерапії, зокрема гештальт-терапія, психодрама та позитивна терапія. В заняттях використовуються групові методи, такі як робота в колі, взаємодія в парах, обговорення, а також різноманітні методичні прийоми,

включаючи ігри-розминки, вправи, проектні методи та міні-лекції.

Структура тренінгових занять передбачає кілька етапів: привітання учасників, прийняття правил, обмін побажаннями та очікуваннями, а також підведення підсумків. Важливим елементом є обов'язкове обговорення вражень, відчуттів та нової інформації наприкінці кожного заняття. Завершення сеансу супроводжується ритуалом прощання, де учасники можуть висловити особисті побажання, що сприяє створенню підтримуючої атмосфери [20].

Серед напрямів, рекомендованих для зниження стресу та його управління, можна виділити [25]:

- методи і технології, спрямовані на покращення самооцінки учасників, розвиток впевненості в собі та своїх здібностях, готовності до подолання емоційних труднощів;

- управління реакціями на стрес-фактори, освоєння конструктивних моделей поведінки, навчання технікам психічної саморегуляції, а також методам релаксації.

Науковці наразі працюють над новими моделями профілактичних програм, які включають аудит стресу, навчання розпізнаванню стресу, управління ним, розвиток навичок спілкування та профілактику можливих порушень здоров'я.

Важливо враховувати не лише особистісні характеристики людей, але й їх ставлення до емоційних ситуацій. Ці аспекти є важливими при організації психологічної підготовки, зокрема через проведення семінарів та тренінгів. Здоров'я та емоційна стабільність людей можуть бути забезпечені завдяки врахуванню особливостей їхнього емоційного стану та типів стресу під час психокорекційної роботи.

Психосоматичні стани можуть проявлятися через емоційні переживання, фізичні відчуття та зміни в поведінці, що потребує системного підходу до їх корекції. Для забезпечення психологічного комфорту і емоційного здоров'я важливо розробити психокорекційні рекомендації, що базуються на виборі

способів подолання психосоматичних симптомів, враховуючи статеву ідентифікацію [29].

Кожен етап розвитку особистості має як негативні, так і позитивні аспекти, що впливають на загальне благополуччя. Людям можна рекомендувати, з метою особистісного саморозвитку та зниження психосоматичних проявів [34]:

- формування нових знань, умінь і навичок;
- чітке визначення нових особистісних цілей та життєвих орієнтирів;
- підвищення емоційної компетентності та психологічної культури;
- розвиток ініціативності, активності та лідерського потенціалу;
- дотримання здорового способу життя, раціонального режиму праці та відпочинку;
- розвиток саногенного мислення;
- постійну конструктивну переоцінку своїх досягнень та самих себе;
- освоєння методів саморегуляції та самоуправління.

Дотримання цих рекомендацій вимагає формування підтримуючого середовища, що сприяє розвитку. Сучасні стратегії запобігання психосоматичним станам включають комплекс заходів, які охоплюють психодіагностику, профілактичні заходи та психологічну підтримку.

Важливо також періодично проводити тренінги, спрямовані на розпізнавання симптомів психосоматичних станів, а також на їх подолання. Розробка програм психологічної підтримки має включати регулярні консультації, що допоможуть запобігти погіршенню емоційного стану. Практичні заняття з розвитку навичок міжособистісного спілкування та управління конфліктами є важливими для формування здорових відносин. Також варто забезпечити людей можливістю гнучкого графіка для відпочинку та активного розвитку, що сприятиме оптимізації їхньої емоційної стійкості та загального благополуччя.

Робота щодо профілактики та подолання психосоматичних симптомів у жінок повинна проводитися на двох рівнях – на рівні особистості та соціуму.

Усвідомлення важливості емоційного благополуччя вплине на їх загальний розвиток і взаємодію в групах. Основними детермінантами психосоматичних станів у жінок є особистісні характеристики, соціальні взаємодії, а також стресогенні ситуації, з якими вони стикаються у повсякденному житті.

У процесі психокорекційної програми важливо враховувати індивідуальні особливості статевої ідентифікації, оскільки це може впливати на сприйняття стресу та способи його подолання. Психокорекція повинна включати різноманітні методи, які сприяють розвитку емоційної стійкості, формуванню позитивної самооцінки та покращенню навичок управління стресом. Програма може включати тренінги з розвитку навичок міжособистісного спілкування, управління емоціями та технік релаксації, що допоможуть жінкам зменшити прояви психосоматичних симптомів і покращити якість їх життя.

Висновки до 3 розділу

1. Дослідження виявило, що кар'єрні орієнтації жінок тісно пов'язані зі статевою ідентифікацією (маскулінністю, фемінністю та андрогінністю). Андрогінні жінки демонструють найвищий рівень професійної компетентності, прагнення до автономії та лідерства, а також орієнтацію на служіння й підприємництво. Їхній баланс між маскулінними і фемінними рисами сприяє гнучкості, адаптивності та здатності успішно інтегрувати різні аспекти життя. Маскулінноорієнтовані жінки показують високу впевненість у власних професійних навичках та інтерес до управлінської діяльності, проте можуть віддавати перевагу ризикованим або незалежним стратегіям у кар'єрі. Фемінні жінки більше тяжіють до стабільності, служіння та гармонії, хоча їхній інтерес до менеджменту та підприємництва залишається низьким.

Отримані дані підтверджують, що андрогінний тип особистості є найбільш адаптивним у сучасному соціокультурному контексті, дозволяючи ефективно

поєднувати різноманітні ролі та цінності. Маскулінні жінки демонструють високий потенціал для професійної реалізації, але можуть стикатися з викликами у міжособистісній взаємодії через домінантність маскулінних рис. Фемінні жінки, хоч і прагнуть досягти гармонії у професійній діяльності, часто уникають сфер, що потребують високої конкуренції та автономності.

2. Аналіз за Гіссенським опитувальником (GBB) виявив значні відмінності у соматичних симптомах залежно від статевої ідентифікації. Жінки з фемінною ідентифікацією демонструють підвищену чутливість до фізичних симптомів, включаючи виснаження, шлункові скарги, ревматичні болі та серцеві прояви. Загальний бал за шкалою «Тиск скарг» свідчить про високий рівень психосоматичних проявів, що корелює з депресією, алекситимією та тривожністю. Це вказує на підвищену емоційну чутливість цієї групи, ймовірно, пов'язану із соціальними очікуваннями та потребою в зовнішній підтримці.

Маскулінні жінки показали найнижчі показники за шкалами соматичних скарг, що свідчить про меншу схильність до вираження фізичного дискомфорту. Їх стриманість може бути зумовлена соціальними нормами, які стимулюють мінімізацію скарг і підкреслюють самостійність. Знижений рівень «Тиску скарг» вказує на слабку інтенсивність соматичних симптомів, що, можливо, відображає особливості їхньої саморегуляції та здатність контролювати емоційні реакції.

Андрогінні жінки займають проміжну позицію, демонструючи кращу адаптацію та гнучкість у соціальних ролях. Вони показали нижчі показники за шкалами «Виснаження» та «Тиск скарг», порівняно з фемінними жінками, що може свідчити про ефективніші механізми подолання стресу. Отримані дані підкреслюють важливість врахування статевої ідентифікації при оцінці психосоматичних станів, адже саме андрогінність сприяє гармонійному сприйняттю та управлінню стресовими ситуаціями.

3. Аналіз за допомогою Симптоматичного опитувальника SCL-90 показав, що рівень психосоматичних симптомів значно відрізняється залежно від

статевої ідентифікації. Фемінні жінки демонструють підвищену схильність до соматизації, тривожності та фобій, що вказує на їхню високу емоційну чутливість і більшу залученість до переживань. Андрогінні жінки, навпаки, виявляють менший рівень психосоматичних проявів і вищу стійкість до стресу, що пов'язано з їхньою здатністю поєднувати маскулінні й фемінні риси. Маскулінні жінки займають проміжну позицію, показуючи низькі рівні сензитивності та депресії, що може свідчити про емоційну стриманість і знижений рівень самоаналізу.

4. Дослідження виявило складні взаємозв'язки між статево-рольовою ідентичністю, задоволеністю тілом та психосоматичним станом. Встановлено, що андрогінні жінки демонструють найвищу задоволеність власним тілом майже за всіма параметрами. Це пов'язано з їхньою психологічною гнучкістю, здатністю поєднувати позитивні риси чоловічої та жіночої ідентичності, а також меншою залежністю від стереотипних уявлень про ідеальну зовнішність. У той же час маскулінні та фемінні типи мають нижчий рівень самоприйняття, що обумовлено впливом соціокультурних стандартів краси, медійного тиску і внутрішніх психологічних переконань.

Дослідження також виявило значний вплив стабільності місця проживання та інтеграції життєвих стилів на психосоматичний стан і задоволеність тілом. Зокрема, чим стабільніше середовище проживання і вищий рівень інтеграції життєвих стратегій, тим менше психологічних симптомів і вищий рівень задоволеності тілом. Це особливо стосується андрогінних жінок, які здатні ефективно поєднувати професійні орієнтації з традиційними жіночими ролями.

Отримані дані підкреслюють складність формування психологічної картини сприйняття власного тіла. Вона залежить від взаємодії статевої ідентичності, гендерних ролей, соціокультурних очікувань і особистого життєвого досвіду, що в сукупності визначають задоволеність зовнішністю і психосоматичний стан.

5. Була запропонована психокорекційна програма по зниженню психосоматичних симптомів. Вона включала в себе п'ять основних напрямків, які охоплюють різні аспекти роботи з психосоматичними симптомами. Основними цілями є розширення знань учасників про стрес і його вплив на організм, зниження психологічної та фізіологічної напруги, а також формування навичок подолання емоційного стресу.

ВИСНОВКИ

Зв'язок психосоматичного стану зі статевою ідентифікацією є важливим напрямком дослідження, який сприяє поглибленому розумінню впливу гендерних аспектів на фізичне та психічне здоров'я. Дана тема залишається актуальною для сучасної психології та медицини, оскільки дозволяє розробляти індивідуальні підходи до психотерапії та лікування психосоматичних захворювань.

Виходячи з актуальності проблеми ми поставили за мету дослідження – теоретично вивчити та емпірично виявити взаємозв'язок психосоматичного стану та статевої ідентифікації жінок.

У відповідності до мети було визначено задачі дослідження, які були успішно виконані.

1. За першою задачею ми здійснили огляд науково-психологічної літератури з питань психосоматичних станів, статевої ідентифікації та чинників на них та прийшли до висновків, що:

- Поняття психосоматики в сучасній науці є комплексним і охоплює вивчення зв'язку між психічним станом та фізичними захворюваннями. Психосоматичні розлади проявляються через соматизацію емоційних або психологічних конфліктів, що зумовлює індивідуальні відмінності в симптомах залежно від особистісних особливостей людини, включно зі статевою ідентифікацією.

- Статеві та гендерні фактори відіграють важливу роль у формуванні особистісної ідентичності, що може викликати внутрішні конфлікти, які проявляються на фізичному рівні. Невідповідність між внутрішнім сприйняттям власної статі та зовнішніми соціальними очікуваннями часто стає причиною виникнення таких розладів.

- Терапія психосоматичних розладів, зокрема тих, що пов'язані з

гендерною ідентифікацією, передбачає інтегрований підхід. Серед основних напрямків виділяються психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, психоаналітичні методи, тілесно-орієнтована терапія, а також медикаментозне лікування у випадку складних клінічних проявів. Комплексний підхід дозволяє не лише зменшити фізичні симптоми, але й усунути психологічні передумови розладів.

2. Відповідно до другої задачі, ми підібрали методики адекватні емпіричному дослідженню психосоматичного стану та статевої ідентифікації жінок.

3. Згідно з третьою задачею ми провели аналіз та виявили взаємозв'язок психосоматичного стану досліджуваних осіб відповідно до статевої ідентифікації. Ми прийшли до наступних висновків:

- Існує зв'язок між статевою ідентифікацією жінок та їхніми кар'єрними орієнтирами. Андрогінні жінки відзначаються високою професійною компетентністю, прагненням до самостійності та лідерства. Їхня здатність поєднувати маскулінні й фемінні риси забезпечує гнучкість і адаптацію в професійному середовищі. Маскулінні жінки проявляють впевненість у своїх професійних навичках, тоді як фемінні орієнтуються на стабільність і гармонійність.

- Результати аналізу свідчать про значний вплив статевої ідентифікації на рівень фізичних і психологічних симптомів. Фемінні жінки виявляють більшу чутливість до емоційного та фізичного стану, що супроводжується підвищеним рівнем виснаження, соматичних скарг і тривоги. У свою чергу, маскулінні жінки демонструють стриманість у вираженні фізичного дискомфорту та меншу інтенсивність соматичних симптомів, що пояснюється соціальними нормами й особливостями саморегуляції.

Андрогінні жінки виявляють найбільшу психологічну стійкість і ефективність у подоланні стресу. Вони мають нижчий рівень психосоматичних

проявів, менший тиск і виснаження, що пояснюється гармонійним поєднанням маскулінних і фемінних характеристик. Це сприяє більшому успіху в управлінні стресовими ситуаціями й гармонійному сприйняттю життєвих викликів.

- Дослідження виявило складні взаємозв'язки між статево-рольовою ідентичністю, задоволеністю тілом та психосоматичним станом. Встановлено, що андрогінні жінки демонструють найвищу задоволеність власним тілом майже за всіма параметрами. Це пов'язано з їхньою психологічною гнучкістю, здатністю поєднувати позитивні риси чоловічої та жіночої ідентичності, а також меншою залежністю від стереотипних уявлень про ідеальну зовнішність. У той же час маскулінні та фемінінні типи мають нижчий рівень самоприйняття, що обумовлено впливом соціокультурних стандартів краси, медійного тиску і внутрішніх психологічних переконань.

4. За четвертою задачею ми запропонували корекційну програму по зниженню психосоматичних станів. Вона включала в себе п'ять основних напрямків, які охоплюють різні аспекти роботи з психосоматичними симптомами. Основними цілями є розширення знань учасників про стрес і його вплив на організм, зниження психологічної та фізіологічної напруги, а також формування навичок подолання емоційного стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амінієва Я.Р. Емоційна стійкість особистості як одна з детермінант ефективного подолання складних життєвих ситуацій. Вісник Дніпропетровського національного університету. Педагогіка і психологія. 2012. № 9/1. С. 10–15.
2. Афанасенко Л. Розвиток стресостійкості студента у контексті соціально - психологічного забезпечення професійного навчання. Психологія стресостійкості студентської молоді / за заг. ред. В. Шмаргуна. Київ : Видав. центр НУБіП України, 2018. С. 185 – 203. URL: http://dglib.nubip.edu.ua/bitstream/123456789/5810/1/Martinjuk_kolektivna_monograf%D1%96ja.pdf (дата звернення: 26.09.2024)
3. Баженов О.С. Медико-психологічна характеристика різних форм соматоформних розладів (психодіагностичні особливості, патопсихологічні механізми формування, принципи психотерапевтичної корекції) : [дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04]. Харків, 2006. 172 с.
4. Бамбурак Н.М., Гуцман М.С. Динаміка суб'єктивного проживання стресу особистістю. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна, 2017. Вип. 1. 143–151 с.
5. Білова М.Е. Психологічні особливості осіб із різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій) : автореф. дис. : 19.00.01 ; Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К.Д. Ушинського. Одеса, 2007. 20 с.
6. Боровцова М. С. Статеворольовий опитувальник С. Бем (BSRI): можливості використання в умовах сучасності. Актуальні проблеми практичної психології : матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару. Глухів : РВВ ГНПУ ім. О. Довженка, 2012. С. 5–7.
7. Бужинська С. М., Скляр С. С., Даніліч - Скакун А. А. Стресостійкість студентів як складник успішності навчання у ЗВО. Габітус. 2021. Вип. 23. С. 55–

59.

8. Вишневецький О.І. Шкільний стрес та його наслідки. Психологічна газета. 2005. №11. С. 2. 30 с.

9. Виштеюнас Г. В. Формування особистості сучасного підлітка. Практична психологія та соціальна робота. 2009. № 4. С. 21–22.

10. Водоп'янова Н. Е. Стрес-менеджмент. Стрес як предмет психодіагностики : навч. посіб. 2018. URL : <https://stud.com.ua/124943/psihologiya/stress-menedzhment> (дата звернення: 27.09.2024)

11. Вплив рівня тривожності та фрустрованості особистості на характеристику стресостійкості в підлітковому віці. Актуальні проблеми психології в закладах освіти. № 2. 171–175 с.

12. Галустян Ю. М., Новицька В. П. Деякі аспекти гендерної ідентифікації та соціалізації особистості. Український соціум. 2004. № 1 (3). С. 7–134.

13. Говорун Т.В., Кікінежді О.М., Кравець В.П. Психологія статі. Гендерний та психосексуальний розвиток людини. Тернопіль: ТДПУ, 2001. 48 с.

14. Городнова Н. М. Психокорекція статевої ідентифікації старшокласників. Наука і освіта. 2004. № 3. С. 36–39.

15. Грибук А. В. Психологічні аспекти виникнення і розвитку емоційного стресу. Актуальні проблеми психології стрес-менеджменту : мат - ли Міжнар. наук.- практ. конф. (26–27 квіт. 2019 р.). Черкаси : ЧНУ ім. Б. Хмельницького, 2019. С. 24–29.

16. Гриневич Є.Г. Психотерапія, психопрофілактика та корекція постраждалих із психічними розладами внаслідок надзвичайних ситуацій : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.16 ; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. Київ, 2008. 44 с.

17. Данильченко Т.В. Особливості гендерної ідентичності у студентської молоді. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету.

Чернігів, 2012. Вип. 103. С. 90-94.

18. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії. Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. 264 с.

19. Ергієва Л. Стрес: причини й ознаки. Психологічні техніки подолання стресового стану. Психолог. 2012. № 6. С. 48–50.

20. Заїкіна Г.Л. Особливості хронорефлексометрії та становлення нейродинамічних властивостей у школярів середнього та старшого шкільного віку. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 20: Біологія. 2011. Вип. 3. 152–155 с.

21. Збірка вправ для зняття психологічного напруження та подолання стресу. Хмельницький : Хмельницьке міське управління освіти, 2015. 44 с.

22. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

23. Іванова С. П. Психологічна стійкість особистості як фактор протидії негативним впливам. Освіта та суспільство. 2009. 62 – 68 с.

24. Іванова Т.В., Карч М.О. Гендерна ідентичність як мультіваріативний феномен. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. DOI: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2020.4/04> (дата звернення: 18.10.2024).

25. Кікінежді О.М., Кізь О.Б. Формування гендерної культури молоді: метод. матеріали до тренінг. прогр. Практична психологія та соціальна робота. 2007. № 9. С. 12–18

26. Ковальчук З.Я. Психологічний аналіз міжособистісної взаємодії вчителя із старшокласниками : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Харків, 2006. 20 с.

27. Корольчук В. М. Обґрунтування організаційної моделі дослідження стресостійкості особистості. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2010. Вип. 7. С. 210–218.

28. Корольчук В. М. Психологічні засади дослідження стресостійкості особистості. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2011. Вип. 26. С. 183–192.

29. Корольчук В.М. Психологія стресостійкості особистості : автореф. дис. : 19.00.01 ; Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Київ, 2009. 40 с.

30. Корольчук М.С., Крайнюк В.М., Косенко А.Ф., Кочергіна Т.І. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : навчальний посібник / заг. ред. М.С. Корольчука. Київ : ІНКОС, 2002. 272 с.

31. Кравцова О. К. Стресостійкість особистості як психологічний феномен: основні теоретичні підходи. Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки. 2019. №7. С. 98–117.

32. Кубриченко Т. В. Ідентичність особистості у гендерному виміри. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Вип. 2 (2). 2012. С. 323–330

33. Кудінова М. С. Структурно - компонентний аналіз феномена стресостійкості особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2014. № 1(34). С. 156–173.

34. Кулешова О., Міхеєва Л. Формування психологічної стійкості особистості як умова збереження психічного здоров'я студента. Теорія та практика формування особистості як суб'єкта самотворення і самозбереження : монографія. Хмельницький : ФОП Цюпак А. А., 2021. С. 64-80.

35. Маєвська А. Визначення стійкості студентської молоді до стресів. V Харківські студентські філософські читання / за ред.. І. В. Карпенко. Харків : ХНУ ім. В.Н. Каразіна Харків : Б. В., 2008. С. 205-211.

36. Максименко С.Д. Методологічні аспекти дослідження мотиваційних чинників учіння студентів в інтегрованих групах : Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К. 2009. Т.V, част.1. 156–168 с.

37. Малкович М.М. Ідентифікація як механізм формування гендерних

уявлень: вебсайт. URL: <https://eprints.oa.edu.ua/2541/1/Malkovych%20M.M..pdf>
(дата звернення: 18.10.2024).

38. Мирошнеченко А.В. Гендерна ідентифікація як соціально-психологічний феномен. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія «Психологічні науки». 2015. № 35. С. 24–31.

39. Москаленко В. В., Романова В. Г. Особливості структури гендерних образів в уявленнях підлітків. Психологія : збірник наукових праць НПУ ім. М. Драгоманова. Вип. 14. Київ : НПУ, 2001. С. 138–153.

40. Москаленко В. Д. Діалектика ідентифікації та ідентичності в процесі самоідентифікації особистості. Соціальна психологія. 2011. № 2. С. 3– 17.

41. Напреєнко О.К., Марчук Т.Є. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу. Архів психіатрії. 2002. № 1(28). С. 117–119.

42. Олійник О.О. Психологічний аналіз понять емоційної, психологічної та стресостійкості. Вісник Харківського університету. 2004. № 617. С. 96–100.

43. Орищин Л. С. Стрес професійної сфери та захисні стратегії сучасної молоді. Науковий вісник Львів. держ. унів-тету внутрішніх справ. серія психологічна. 2013. Вип. 1. С. 233–243.

44. Ришко Г. М. Психологічна технологія розвитку і підтримки стресостійкості особистості науково - педагогічних працівників вищих навчальних закладів. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ. : Фенікс, 2014. Т. XII. Психологія творчості. Вип. 19. С. 86–93.

45. Романова В. Г. Особливості статоворольових стереотипів старшокласників. Практична психологія та соціальна робота. 2000. № 8. С. 39–43.

46. Романова Н.Ф. Суспільство і гендерні стереотипи в сучасних умовах: нові орієнтири. Гендер: реалії та перспективи в українському суспільстві:

матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. К.: ПЦ «Фоліант», 2003. С.132-133.

47. Сененко С. Що таке стреси і як їх долати. «Дзеркало тижня». 2000. № 12. URL: https://zn.ua/ukr/SOCIUM/scho_take_stresi_i_yak_-_yih_dolati.html (дата звернення: 26.09.2024)

48. Смольська, Л.М. Стресостійкість та життєстійкість: креативна модель формування в сучасних умовах. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, 2022. (4). 113–117 с. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.22> (дата звернення: 26.09.2024)

49. Ставицька О. Г., Воробей І. І. Психологічні особливості впливу стресостійкості на учбову діяльність студентів. Психологія: реальність і перспективи : збірник наукових праць РДГУ. Випуск 11, 2018. С. 144-149.

50. Тептюк Ю. Психологічні умови розвитку стресостійкості у дорослому віці. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія : Військово-спеціальні науки. №1(38). 2018. С. 44-47.

51. Тептюк Ю.В. Психологічні умови розвитку стресостійкості особистості у дорослому віці. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки. 2018. Вип. 1. 44–47 с.

52. Чаркіна О.А. Гендерна ідентифікація юнаків та дівчат через призму стереотипів спілкування. Київський науково-педагогічний вісник, 2014. №1(01). С. 83-89.

53. Черпіта М. М. Стресостійкість особистості як психологічна проблема. Наукові записки Вінницького національного університету. Серія. : Соціально - гуманітарні науки. 2013. Вип.2. С. 202–208.

54. Ющенко І. М. Толерантність до невизначеності як чинник психологічного благополуччя випускників вищих навчальних закладів. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2017. № 4 (1). С. 123–128.

55. Яновська Т. А. Особливості становлення ідентичності у підлітковому віці. Молодий вчений. 2016. № 11 (38). С. 401–404.
56. Boudewyns P. A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment. *Progress in Behavior Modification*. 1996. № 30. P. 165-189.
57. Holmes T.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. № 2. p. 213-218.
58. Kobasa S. C. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *J. of Personality and Social Psychology*. 1979. № 37. P. 1-11.
59. Marcia J. E. Theory and measure: the identity status interview. In: Watzlawik M., Born A., editors. *Capturing Identity: Quantitative and Qualitative Methods*. Lanham: University Press of America, 2007. P. 1–14.
60. Hearn, G. & other (2010). Body Matters: A Phenomenology of Sickness, Disease, and Illness. *Human Studies*. 2010. Vol. 33. Iss. 2-3. P.325.
61. Holmes T.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. № 2. p. 213-218.
62. Jackson, L.A. Physical appearance and gender: sociobiological and sociocultural perspectives. Albany: SUNY Press, 1992.
63. Kobasa S. C. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *J. of Personality and Social Psychology*. 1979. № 37. P. 1-11.
64. Maccoby, E. E., Jacklin, C. N. *The Psychology of Sex Differences*. Stanford, California : Stanford University Press, 1974. 634 p. 48. SuperD. Vocational adjustment: Implementing a self-concept. *Occupations*. 1951, 30. P. 88—92.
65. MacKinnon C. A. OnlyFans Is Not a Safe Platform for ‘Sex Work.’ It’s a Pimp // *The New York Times*. 2021. 6 вересня. URL: <https://www.nytimes.com/2021/09/06/opinion/onlyfans-sex-work.html>.
66. Marcia J. E. Theory and measure: the identity status interview. In: Watzlawik M., Born A., editors. *Capturing Identity: Quantitative and Qualitative Methods*. Lanham: University Press of America, 2007. P. 1–14.

67. Masters W. H., Johnson V. E. The sexual response cycle of the human female. III. The clitoris: anatomic and clinical consideration // West Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology. 1962. Vol. 70. P. 248–257.

68. Pateman, Carole. (Ed.) (1991). *God Hath Ordained to Man a Helper /Hobbes, Patriarchy and Conjugal Right: Feminist Interpretations and Political Theory.* Cambridge: Polity Press.

69. Raewyn W. Connell. (2014). *Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics.* New York: Social Science.

70. Williams J., Best D. *Measuring Sex Stereotypes. A Multinational Study.* –
Nebury Park: Sage Publications, 1990.

ДОДАТКИ

Таблиця 1.

Показники задоволеності власним тілом в групах жінок
за гендерною статтю

Задоволеність тілом	Статева ідентифікація					
	М		F		А	
	М	±m	М	±m	М	±m
Живіт	3,40	0,68	2,83	0,38	2,85	0,33
Верхня третина стегна	3,40	0,60	2,94	0,34	3,52	0,32
Сідниці	3,40	0,60	2,94	0,34	3,52	0,32
Нижня частина стегна	3,40	0,60	2,94	0,34	3,52	0,32
САРТ_Score_1	3,40	0,47	2,92	0,25	3,35	0,25
Волосся	4,20	0,37	3,50	0,20	3,41	0,13
Обличчя	2,60	0,60	3,11	0,31	3,48	0,23
Ступні	3,00	0,63	2,67	0,34	3,30	0,29
Гомілки	3,00	0,63	2,67	0,34	3,30	0,29
Кисті рук	1,80	0,37	2,44	0,28	2,78	0,27
Передпліччя	1,80	0,37	2,39	0,28	2,78	0,27
Плече	1,80	0,37	2,33	0,31	3,11	0,29
Плеочвий пояс	1,80	0,37	2,17	0,32	3,04	0,29
Груди	3,00	0,84	2,50	0,34	2,70	0,31
Верхня частина живота	1,80	0,37	2,72	0,34	2,44	0,30
САРТ_Score_2	2,44	0,21	2,65	0,10	3,03	0,15
Загальний показник	2,92	0,31	2,79	0,14	3,19	0,18

