МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА»

Факультету управління персоналу, соціології та психології
Кафедри педагогіки та психології

Освітньо–професійна програма

галузь знань	05 Соціальні та поведінкові науки
спеціальність	053 Психологія
спеціалізація	Економічна та соціальна психологія

Форма навчання: денна

КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему:

ВПЛИВ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ НА ПРОЯВИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

Здобувача Сухарнікової Віри Євгеніївни _____
підпис

Науковий керівник: доц., к.п.н., доц. Музичко Л. В. _____
підпис

Робота допущена до захисту перед екзаменаційною комісією
з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)
Завідувач кафедри: д.п.н., професор Артюшина М. В.,

_____
підпис

Київ 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА»

Факультету управління персоналу, соціології та психології

Кафедри педагогіки та психології

Освітньо–професійна програма «Економічна та соціальна психологія»

галузь знань	05 Соціальні та поведінкові науки
спеціальність	053 Психологія
спеціалізація	Економічна та соціальна психологія

ПОГОДЖЕНО
Керівник проектної групи (гарант)
освітньо–професійної програми
Колесніченко Л.А.

2024р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Артюшина А. М.

«____» _____ 2025 р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

студенту Сухарніковій Вірі Євгеніївній

денної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної бакалаврської роботи

на тему: «Вплив гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості»

Тему затверджено наказом ректора Університету від «11» листопада 2024 р. №1913–ст.

Бакалаврська кваліфікаційна робота виконується на матеріалах праць закордонних та вітчизняних науковців, емпіричних даних, зібраних в он–лайн опитування вибірки, обсягом 60 осіб.

План бакалаврської кваліфікаційної роботи

Розділ 1	Теоретичне дослідження ролі гендерної ідентичності у проявах депресивних станів особистості
Розділ 2	Емпіричне дослідження впливу гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості

Об'єкт дослідження:	Гендерна ідентичність особистості
Предмет дослідження:	Вплив гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості
Мета бакалаврської дипломної роботи:	Теоретично дослідити сутність гендерної ідентичності та емпірично встановити її вплив на прояв депресивних станів

Конкретні завдання, які студент повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1.	Проаналізувати стан теоретичної розробки проблеми гендерної ідентичності та депресивних станів
	Визначити основні детермінанти депресивних станів у кожного типу гендерної ідентичності (цисгендерність/трансгендерність)
У розділі 2	Емпірично дослідити особливості зв'язку гендерної ідентичності та депресивних станів

Завдання підготував науковий керівник _____ **Л.В.Музичко**
(підпис)

«11» листопада 2025р.

Завдання одержав студент _____ **В.Є.Сухарнікова**
(підпис)

«11» листопада 2025р.

Реферат

Кваліфікаційна бакалаврська робота містить 51 сторінку, 4 таблиць, 6 рисунків, список використаних джерел з 42 найменувань, 4 додатки.

«Вплив гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості».

Об'єктом дослідження є гендерна ідентичність особистості.

Предметом дослідження є вплив гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості

Мета кваліфікаційної бакалаврської роботи теоретично дослідити сутність гендерної ідентичності та емпірично встановити її вплив на прояв депресивних станів.

Відповідно до поставленої мети були визначені такі *завдання*:

1. Аналіз змісту понять «гендерна ідентичність» та «депресивні стани».
2. Теоретично дослідити вплив соціокультурних факторів на гендерні відмінності у депресивних станах.
3. Провести емпіричне дослідження щодо встановлення впливу гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз, систематизація й узагальнення даних;

Емпіричні: «Шкала депресії» А. Бека; «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В. Зунга; «Модифікація статево–рольового опитувальника С. Бем» (М. Великодна);

Математико–статистичні методи: тест Краскала–Волліса, U–критерій Манна–Вітні, кореляційний аналіз Пірсона та кластерний аналіз.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що виявлені закономірності поглиблюють наукове розуміння психологічних механізмів взаємодії гендерної ідентичності та депресивних станів особистості, формуючи

теоретичне підґрунтя для подальших досліджень у галузях клінічної, соціальної й гендерної психології. Зіставлення цис– і трансгендерних вибірок відкриває перспективи розроблення диференційованих профілактичних програм, спрямованих на мінімізацію ризиків депресивних розладів у групах підвищеної вразливості. Отримані дані можуть бути впроваджені у практику психотерапевтичного та консультативного супроводу, підвищуючи ефективність інтервенцій завдяки урахуванню специфіки гендерної ідентичності клієнтів; у системи психологічної освіти й тренінгові модулі щодо гендерної чутливості; а також у програми корпоративного добробуту й соціальної політики навчальних закладів і організацій

Рік виконання кваліфікаційної бакалаврської роботи 2025.

Рік захисту роботи 2025.

Ключові слова: гендер, гендерна ідентичність, депресивні стани, фемінність, маскулінність, цисгендерність, трансгендерність.

В і д г у к

про кваліфікаційну бакалаврську роботу
здобувача факультету Управління персоналом, соціології та психології
освітньопрофесійної програми «Економічна та соціальна психологія»
Сухарнікової В.Є. на тему **«Вплив гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості».**

Представлена бакалаврська робота присвячена надзвичайно актуальній та соціально значущій темі — впливу гендерної ідентичності на прояв депресивних станів особистості. У сучасному світі, де питання гендеру та ментального здоров'я набувають все більшого значення, вивчення цього впливу є не лише своєчасним, а й вкрай необхідним для розуміння глибинних психологічних механізмів. Робота підкреслює важливість комплексного підходу до проблеми депресивних проявів, враховуючи не тільки біологічні та психологічні, а й соціокультурні та гендерні аспекти, що робить її цінним внеском у психологічну науку та практику.

Робота відрізняється достатньо глибоким зануренням у вивчення обраної проблематики. Теоретичний розділ демонструє ґрунтовне опрацювання наукових джерел, аналіз різних підходів до розуміння гендерної ідентичності, депресивних станів та їх взаємозв'язку. Авторка продемонструвала розуміння ключових концепцій та вміння систематизувати великий обсяг інформації.

Емпіричне дослідження виконано на високому методичному рівні. Воно включає в себе використання релевантних та валідних адаптованих до застосування в українськомовному середовищі психодіагностичних методик, що дозволило отримати достовірні дані. Особливо варто відзначити вдале використання статистичних методів, зокрема кластерного аналізу, для опрацювання отриманих результатів. Включення відповідної статистики значно посилило аргументацію та зробило висновки більш переконливими.

Важливою перевагою роботи є наявність самостійних розробок авторки. Це, перш за все, чітко розроблена методика емпіричного дослідження, яка

включає обґрунтований вибір діагностичного інструментарію та процедуру проведення дослідження. Авторка самостійно сформулював припущення, які були перевірені в ході емпіричної частини, що свідчить про розуміння наукового методу та вміння ставити дослідницькі завдання.

Робота була б більш змістовною, аби авторка врахувала більше зовнішніх факторів. Хоча робота фокусується на гендерній ідентичності, на депресивні прояви впливає безліч інших факторів (соціальна підтримка, життєві події, економічний статус, фізичне здоров'я, попередній досвід травм тощо). Ці та інші змінні не були враховані в дослідженні, що обмежило повноту картини. Сказане може вказувати напрямок подальших досліджень і не знижувати цінності проведеного.

Загалом, бакалаврська кваліфікаційна робота *Сухарнікової В.Є.* є якісним, повноцінним науковим дослідженням, що демонструє глибокі знання, аналітичні здібності та дослідницький потенціал автора. Вважаю, що робота не лише повністю відповідає вимогам, що висуваються до бакалаврських кваліфікаційних робіт, а й відповідає принципам академічної доброчесності, про що свідчать показники відповідної перевірки (КП1=1,70%, КП2=0,28%). Сказане говорить про те, що кваліфікаційна робота заслуговує на високу оцінку.

Науковий керівник: доцентка, к. п. н.
доцент кафедри педагогіки та психології _____ Л.В. Музичко

30 червня 2025 р.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. 12

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ У ПРОЯВАХ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ 12

1.1. Сутність поняття «гендерна ідентичність» 12
1.2 Підходи до розуміння депресивних станів та визначення їх ознак 18
1.3. Гендерна ідентичність як детермінант депресивних станів 25
Висновки до першого розділу. 34
РОЗДІЛ 2. 35

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ НА ПРОЯВИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ 35

2.1. Вибірка та методика емпіричного дослідження. 35
2.2 Аналіз результатів дослідження. 41
Висновки до другого розділу. 52
ВИСНОВКИ 54

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА 56

ДОДАТКИ 60

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема взаємозв'язку гендерної ідентичності та психічного здоров'я, зокрема депресивних станів, які на нього впливають, набуває все більшої актуальності в сучасному українському суспільстві. Зміни соціальних норм, гендерних ролей, стереотипів та загального бачення суспільством емоційної сфери жінок та чоловіків на сьогодні активно трансформуються та створюють нові виклики для особистостей, що формують свою ідентичність. Адже гендерна ідентичність часто асоціюється з соціальними стереотипами та очікуваннями, які можуть викликати психоемоційний дискомфорт і призводити до розвитку депресивних станів та розладів.

У країні, яка переживає серйозні соціальноекономічні зміни, військовий конфлікт та інші виклики, питання психічного здоров'я набувають особливої гостроти. Гендерна ідентичність значною мірою визначає соціальний досвід людини, включаючи те, як вона сприймає себе та свою роль у суспільстві. Дискримінація, стигматизація та інші форми соціальної несправедливості, пов'язані з гендерною ідентичністю, можуть стати додатковими факторами ризику розвитку депресивних станів.

Дослідження цього взаємозв'язку є важливим для розробки ефективних підходів до психотерапевтичної роботи та підтримки людей, що стикаються з подібними труднощами. Розуміння того, як вияв більш фемінних або маскулінних рис гендерну впливає на сприйняття стресу, вираження емоцій та схильність до депресії, є важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування психічних розладів. Крім того, дослідження цієї теми сприяє дестигматизації психічних проблем та створенню більш інклюзивного суспільства, де кожна людина має можливість отримати необхідну підтримку незалежно від своєї гендерної ідентичності. Розуміння цього взаємозв'язку може сприяти створенню безпечного середовища, де всі індивіди, незалежно від їхньої гендерної ідентичності, можуть почуватися

підтриманими та зрозумілими, що, в свою чергу, сприятиме зниженню рівня депресії у суспільстві.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Детально вивчали тему гендеру такі українські науковці Т. Говорун, П. Горностай, О. Кісь у питаннях формування гендерної ідентичності. Вплив гендерної сімейної соціалізації на формування гендерної ідентичності (І.Норкіна). Важливість агентів соціалізації для гендерної ідентифікації підкреслюють І. Кон та В. Кравець. Гендерні стереотипи суспільної свідомості аналізують Н. Грицяк, М. Гуз, О. Сапєлкіна, В. Середа. Соціокультурну концепцію зумовленості емоційності через гендерну приналежність досліджували Е. Маккобі, та К. Джеклін, Л. Гізо, в противагу медико–біологічну концепцію вивчав Г. Бреслав. Щодо зв'язку трансгендерності та проявів депресивних станів (поняття гендерна дисфорія) вивчали К. Магальяс, Е. Магальяс, М. Абрамс.

Тема важливості впливу гендерного компонента на депресивні прояви у людини є перспективною для подальших досліджень. На жаль, на сьогодні вона вивчена недостатньо. Проте, врахування гендерної ідентичності має велике значення для розуміння психологічного благополуччя. Статеві відмінності у сприйнятті та вираженні емоцій можуть впливати на схильність до депресії та її перебіг. Дослідження впливу гендерної ідентичності на депресію дозволить виявити фактори ризику, що допоможе у розробці більш ефективних методів лікування та профілактики.

Мета дослідження – теоретично дослідити сутність гендерної ідентичності та емпірично встановити її вплив на прояв депресивних станів.

Для досягнення мети були сформульовані такі **завдання**:

1. Аналіз змісту понять «гендерна ідентичність» та «депресивні стани».
2. Теоретично дослідити вплив соціокультурних факторів на гендерні відмінності у депресивних станах.
3. Провести емпіричне дослідження щодо встановлення впливу гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості.

Об’єктом дослідження є гендерна ідентичність особистості.

Предметом дослідження є вплив гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості

Методи дослідження: Для розв’язання визначених завдань було використано комплекс теоретичних, емпіричних і статистичних методів. Теоретичні: аналіз, систематизація й узагальнення даних представлених у науковій літературі щодо сучасного стану досліджуваної проблеми;

Емпіричні:

– психодіагностичні методики: «Шкала депресії» А. Бека, методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга, «Модифікація статево–рольового опитувальника С. Бем» М. Великодна .

– математико–статистичні методи: тест Краскала–Волліса, U–критерій Манна–Вітні, кореляційний аналіз Пірсона та кластерний аналіз.

Теоретична значущість одержаних результатів полягає у поглибленні наукового розуміння взаємозв’язку між типом гендерної ідентичності й депресивними станами.

Практична значущість одержаних результатів полягає у тому, що вони можуть бути використані у роботі психологів у сфері гендерної психології, а також бути використаними для розробки більш ефективних методик профілактики та лікування депресивних розладів.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, 2 розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 42 найменувань та 4 додатка. У дослідженні вміщено 4 таблиць та 6 рисунків. Основний зміст викладено на 51 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ У ПРОЯВАХ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Сутність поняття «гендерна ідентичність»

З моменту своєї появи в українських соціальних і гуманітарних науках на початку 1990–х років, поняття гендер та відповідна проблематика здобули величезну популярність та динамічний розвиток. Це було обумовлено тим, що гендер відноситься до одного з найфундаментальніших поділів людства – поділу на статі, і ставить питання, що означає бути жінкою чи чоловіком у сучасному світі?

Розмежування понять «гендер» і «стать» дозволило поставити під сумніви уявлення про «біологію як суд» і завдяки цьому істотно розширити горизонти соціальних і гуманітарних наук, вивчаючи тематичні області, які раніше не були предметом наукового інтересу. Тобто раніше вважалось що біологічні аспекти є як незаперечний вирок того, ким ти повинен був стати, однак, розмежування понять поставило під сумнів цю жорстку концепцію, дозволяючи дослідникам вивчати вплив соціальних, культурних та інших чинників на гендерні ролі та поведінку, а не лише біологію.

Сьогодні існує безліч теорій, які намагаються пояснити природу гендеру та гендерної ідентичності. Одні вчені вважають, що гендер – це суто соціальний конструкт, який формується під впливом виховання, культури та суспільних норм. Інші ж дослідники вказують на важливу роль біологічних та психологічних факторів у формуванні гендерної ідентичності. Цей розбіг у поглядах свідчить про складність та багатогранність даного феномену.

При цьому чимало культур історично визнавало більше, ніж дві гендерні категорії. У Південній Азії, наприклад, існує спільнота хіджр — людей, які поєднують чоловічі й жіночі риси й офіційно визнаються «третьою статтю»

[37]. Вони виконують ритуальні функції, пов’язані з плодючістю. Також серед корінних народів Північної Америки поняття «бердаши» позначає осіб, котрі беруть на себе обов’язки обох статей і часто виступають цілителями чи радниками племені [31]. А на Самоа виділяють фаафафіне — хлопців, соціалізованих у «жіночій» ролі; ця категорія сприймається суспільством як звична [38]. Такі приклади демонструють, що соціальний устрій може виходити за межі біологічної бінарності, підтверджуючи соціокультурну природу гендеру.

Питання авторства терміну гендер досить спірне. Одні дослідники вважають, що його першим у 1955–му році використав у «Британському журналі з медичної сексології» американський психолог Дж. Мані. Деякі все ж віддають перевагу Р. Столлеру, який детально розглянув це поняття у своїх роботах «Стать і гендер: про розвиток маскулінності та фемінності» 1968 року. Завдяки його дослідженням, нове слово «гендер» було пов'язано з соціальними та культурними ролями, що приписуються чоловікам і жінкам.

Гендерні студії наразі поширені у всьому світі та вивчаються в різних науках. Хоча гендер часто розглядається як суто соціокультурне явище, його основи досліджуються також у багатьох медичних науках. Адже неможливо обмежити визначення гендеру лише соціокультурним аспектом, оскільки існує значний зв'язок між біологічною статтю та гендером.

Більшість сучасних гендерних досліджень виконуються науковцями соціально–гуманітарних дисциплін, таких як психологія, соціологія, етнологія та культурологія. Однак, гендер як поняття спочатку зародився в медичних науках і в цих сферах досліджується й досі, зокрема в ембріології, генетиці, ендокринології та неврології. З часом поняття «гендер» перемістилося з медичних наук до гуманітарних та суспільних дисциплін. Термін «гендер» набув широкого вжитку на початку 1970–х років завдяки розвитку феміністичного руху та його теорії (конфліктної теорії, що вивчає гендер, пригнічення жінок та патріархат загалом).

Нижче огляньмо декілька варіацій розуміння терміну «гендер».

Українські науковці стверджують, що гендер – це соціальний конструкт, детермінований культурою суспільства певного історичного періоду. Гендерні відмінності не є вродженими, а є результатом процесу гендерної соціалізації (сприйняття жіночих і чоловічих ролей), який починається в перші дні життя і триває в підлітковому віці, а іноді й далі. Навчання вдома, у школі та спілкування з іншими дітьми також відіграють важливу роль. Приблизно у 2 роки діти починають розуміти відмінності між хлопчиками та дівчатками. [3]

Науковці, такі як Н. Оніщенко та О. Львова, вважають, що гендер слід розглядати окремо від статі. Стать визначається анатомо–фізіологічними властивостями, які розрізняють чоловіків і жінок, тоді як гендер – це соціальна стать, яка визначає сфери діяльності жінок і чоловіків, а також їх соціальний статус. Він формується під впливом соціального середовища та визначається культурою, релігією і правом суспільства [12].

Англійський соціолог Е. Ґідденс вважав, що гендер — це не фізіологічні відмінності між жінкою та чоловіком, а радше соціально сконструйовані характеристики, такі як мужність і жіночність. Гендер, за його словами, належить до суспільних очікувань щодо поведінки, яка вважається прийнятною для чоловіків і жінок [26].

У Великій Українській Енциклопедії даний термін описується як: «Соціальні характеристики, що приписуються жінкам і чоловікам; соціальні ролі, пов’язані з жіночністю та маскулінністю, очікувані від жінок і чоловіків у конкретному суспільстві». Стать зазвичай асоціюється з будовою статевих органів, репродуктивною системою і хромосомним набором, тобто з біологічними особливостями. Гендер – це не біологічна категорія, а соціокультурна категорія, індивіди не набувають статі автоматично при народженні, а засвоюють її в процесі інтеграції в соціальне життя. [9].

Американська психологиня К. До вважає, що термін «стать» слід використовувати для опису демографічних категорій чоловіків і жінок, тоді як "гендер" стосується природи маскулінності і фемінності [23].

Схожих висновків дійшли українські психологині С. Котова–Олійник, Б. Стельмах, О. Ярош, наголошуючи, що гендер стосується соціально сформованих рис, притаманних «жіночності» та «маскулінності», а не лише фізіологічних відмінностей між чоловіками і жінками [7].

Як бачимо, хоч кожен мав своє трактування терміну, всі вони мали схожі погляди, які ми сформували в один висновок Отже, гендер – це соціальна конструкція, яка формується під впливом культурних, релігійних та правових чинників суспільства. Він не визначається біологічними відмінностями, а є соціальною категорією, яка включає очікування та ролі, притаманні чоловікам і жінкам у конкретному суспільстві. Гендерні ролі та очікування можуть змінюватися залежно від культурного та історичного контексту, що підтверджує їх соціальну природу.

Визначившись з основним поняттям, ми б хотіли звернути вашу увагу на деякі деталі які є також важливими для розуміння теми, вони не раз згадувались вище в багатьох теорій щодо суті гендеру, а саме – «маскулінність» та «фемінність». Також ми не можемо не описати, і пізніше доданий тип, адже популярна американська психологиня С. Бем стверджувала, що ці якості не є взаємовиключними. Андрогінність, за її визначенням, – це поєднання в одній особі як жіночих, так і чоловічих рис, що не означає, що андрогінна людина є сумішшю двох гендерів, а скоріше вказує на ширший спектр можливих гендерних виразів [22].

Почнемо з такого поняття, як маскулінність. Це різноманітна сукупність характерних рис, ознак, поведінкових особливостей людини, що заведено вважати притаманними чоловічій статі. Спільно з фемінністю має соціальне коріння, оскільки це також є відображенням стереотипів про особистісну характеристику людини, її зовнішність, поведінку, цінності, стиль одягу, захоплення, інтереси, професійну сферу діяльності індивіда та будь–які стосунки або відносини людини в соціумі.

Фемінність – це характеристики, пов’язані з жінками, або характерна поведінка, яка очікується від жінок у певному суспільстві.

Третя категорія проявів гендерної ідентичності людини є андрогінність. Це різноманітний набір психічних, соціальних і поведінкових характеристик, які є спільними для чоловіків і жінок. Те, що чоловічі та жіночі риси особистості незалежні одна від одної і не мають зв'язку з порушеннями статевого розвитку чи нетрадиційною орієнтацією, дає можливість поєднувати ці риси в одній людині.

Також, деякі вчені дійшли до висновку, що фемінність і маскулінність є усталеними рольовими приписами, тоді як поведінкові характеристики андрогінії тільки починають формуватися. Припускається, що маскулінність і фемінність відображають соціально усталені поведінкові моделі, тоді як андрогінність є більш індивідуально–психологічною характеристикою.

Розглянута нами проблема гендеру відкриває шлях до обговорення ще однієї важливої теми — гендерної ідентичності, що стосується не тільки суспільних уявлень та ролей, але й особистого усвідомлення та відчуття власної статевої приналежності, що є ключовим аспектом індивідуальної ідентичності кожної людини.

Термін «гендерна ідентичність» був введений Дж. Мані у 1955 році для позначення внутрішнього самосприйняття людини як чоловіка або жінки.

Гендерна ідентичність – це уявлення людини про свою відповідність гендерним ролям. Відповідати сукупності соціальних норм і стереотипам поведінки, характерним для людей певної статі. Вона розвивається протягом життя людини і може змінюватися з часом під впливом багатьох факторів, включаючи соціальні, культурні, психологічні та біологічні [25].

Американський сексолог М. Даймонд розглядає гендерну ідентичність як «внутрішнє, глибоко укорінене відчуття належності до певної статі (чоловічої, жіночої або проміжної), яке поєднує біологічні передумови та соціальний досвід». Учений підкреслює, що це почуття формується з раннього дитинства під впливом пренатальних гормональних факторів і подальшої взаємодії з культурними нормами; надалі воно зазвичай лишається стабільним, хоча способи його вираження можуть змінюватися в різні періоди життя [24].

Оскільки кожна людина індивідуальна та має свої певні особливості, то прояви гендерної ідентичності людини мають дуже широкий різноманітний спектр: задоволення/незадоволення своїм тілом при відмінності його від внутрішнього сприймання людиною своєї статі; зовнішній вигляд людини (поведінка, манера говоріння, міміка, стиль одягу, зачіска, жести тощо); відчуття людиною комфорту в ролі яка збігається з її гендерною ідентичністю та не пов'язана з стереотипною соціальною роллю, що має зв’язок з біологічною статтю; сприйняття людиною себе, як жінки, чоловіка; взаємини людини базуються на її гендерній ідентичності (стосунки з партнером, відносини між колегами, родиною, друзями, родичами, знайомими).

Гендерна ідентичність людини може проявлятись в її поведінці та інтересах. Наприклад, людина чоловічої статі, яка сприймає себе жінкою буде перевдягатися в жіночі речі, говорити про себе в жіночому роді наносити собі макіяж, займатися шопінгом та поводиться в різних ситуаціях відносно ролі, яку вона при цьому втілює.

Отже, особистісна характеристика людини, що зумовлена відображенням внутрішнього відчуття індивіда своєї статі та його уособленням гендерної ролі, називається гендерною ідентичністю особистості. Це прийняття людиною соціальних та культурних норм, ролей, стереотипів та цінностей, які притаманні певній статі. Тобто народжуючись з певною біологічною статтю, людина може відчувати, а може і не відчувати її відмінність з внутрішнім сприйманням своєї статі.

В різних психологічних дослідженнях вивчається два типи гендерної ідентичності:

Цисгендерність означає відповідність між гендерною характеристикою людини(фемінність/маскулінність) та статтю, яку їй визначили при народженні. У такому випадку також збігаються суспільні очікування щодо її гендерної ролі. [17]

Трансгендерність – це загальний термін для позначення явища, коли гендерна характеристика або гендерне вираження людини не збігається з її

біологічною статтю. Або ж різниця між соціальною статтю людини та біологічною.

Нижче ми детально розглянемо як кожен з двох видів гендерної ідентичності впливає на прояви депресивних станів.

Підсумовуючи, скажемо, що в нашому досліджені ми будемо спиратись на такі поняття, гендер – це багатогранне та складне поняття, яке формується під впливом численних соціальних, культурних, психологічних і біологічних чинників. Він відображає не лише біологічні відмінності між статями, але й соціальні та культурні ролі, очікування та норми, притаманні конкретному суспільству. Гендерна ідентичність є важливою частиною індивідуальної ідентичності кожної людини та може змінюватися протягом життя. Цисгендерність і трансгендерність – це два основні типи гендерної ідентичності, які показують, як індивідуальне сприйняття своєї статі може або відповідати, або не відповідати біологічній статі.

1.2 Підходи до розуміння депресивних станів та визначення їх ознак

Поняття «депресивний стан» посідає важливе місце у сучасній психології та психіатрії. Ще здавна глибокий смуток описували як меланхолію. Антична гіппократівська теорія «чорної жовчі» (melaina chole), популяризована Галеном, тлумачила меланхолію як надлишок однієї з чотирьох тілесних рідин: надмір холодної та сухої «чорної жовчі» спричиняє похмурість, страх і безсоння [30]. З переходом до доби Відродження акценти зміщуються: гуманісти й митці сприймають меланхолію як «родючий ґрунт» творчості. У трактаті М. Фічіно стверджував, що меланхолік може отримати небачений інтелектуальний дар. Таким чином, шлях від галенівського «тілесного дисбалансу» до ренесансного культу «меланхолії художника» ілюструє поступове переосмислення цього стану: від патології— до джерела творчого натхнення.

У новітній науці для позначення споріднених явищ вживають термін «депресія», що дослівно означає «придушення». Поряд із ним у психологічній літературі поширився ширший термін «депресивні стани», який охоплює

спектр негативних емоційно–психічних переживань — пригніченість, смуток, втрату інтересу до життя. Попри поширеність депресивних станів, їх часто недооцінюють або плутають із тимчасовою втомою чи песимізмом, що ускладнює своєчасну діагностику та ефективну психологічну допомогу.

При аналізі літератури добре видно тенденцію, що деякі дослідники не проводять чітку риску між депресією та депресивним станом, та часто замінюють одне поняття іншим та навпаки. Саме тому нижче ми хотіли би більш докладно розказати про ці два поняття та різницю між ними.

Щодо визначення депресії, то думку більшості науковців можна звести до визначення що депресія – це не просто тимчасове емоційне пригнічення чи понурий настрій, а складний і багатогранний психічний розлад, що охоплює емоційну, когнітивну, мотиваційну та фізіологічну сфери особистості. Аналізуючи різні наукові підходи, можна зробити висновок, що депресія проявляється у стійкому зниженні настрою, втраті інтересу до життя, негативному ставленні до себе, світу й майбутнього, а також у фізичних симптомах, таких як порушення сну, апетиту, втома [13;10;6].

Окремо виділимо визначення депресії за Міжнародною класифікацією хвороб 11–го перегляду (МКХ–11) депресивний епізод діагностується, коли протягом щонайменше двох тижнів більшість часу, майже щодня, наявні не менше ніж п’ять із десяти характерних симптомів, причому обов’язково присутній хоча б один із двох ключових — пригнічений настрій або виражена втрата інтересу й задоволення. До переліку симптомів належать: значне зниження енергії або підвищена втомлюваність, психомоторна загальмованість чи збудження, почуття нікчемності або надмірної провини, безнадійність, погіршення концентрації чи нерішучість, повторювані думки про смерть або суїцидальні наміри, істотні зміни сну, а також помітні коливання апетиту або маси тіла. Ці прояви мають спричиняти виразне особисте, соціальне чи професійне порушення щоденного функціонування людини.

Діагноз виключається за наявності в минулому маніакальних, гіпоманіакальних або змішаних епізодів, оскільки це свідчить про біполярний

розлад, а також за випадків, коли симптоми зумовлені психоактивними речовинами, медичними станами чи є нормальною реакцією на тяжку втрату. [42]

Зазначимо, що вищезазначений список симптомів включає один симптом (безнадія), який відсутній у критеріях DSM–5 для великої депресії, але який, як було виявлено, проявляється сильніше, ніж приблизно половина симптомів DSM, у диференціації депресивних та недепресивних осіб [36].

Різниця між депресією та депресивними станами полягає насамперед у інтенсивності, тривалості та клінічній значущості симптомів. Хоча поняття «депресія» часто вживається і в науковому, і в побутовому мовленні, важливо розрізняти депресивні стани різної тяжкості. У психології під депресивним станом можуть розуміти широкий спектр проявів – від відносно легкого пригніченого настрою (наприклад, реакція на стресову подію) до важкого депресивного розладу. Ключовими критеріями тут є тривалість та інтенсивність симптомів. Клінічна депресія (великий депресивний розлад) діагностується, коли симптоми (пригнічений настрій, ангедонія, порушення сну та апетиту, почуття провини, суїцидальні думки тощо) тривають не менше двох тижнів і суттєво порушують повсякденне функціонування людини. Натомість депресивний стан може включати і більш короткочасні або ситуаційно обумовлені епізоди депресивних реакцій, які ще не сягають клінічного рівня розладу.

Отже, в межах цієї дипломної роботи ми надалі будемо використовувати саме поняття депресивних станів. Водночас важливо зазначити, що деякі наукові джерела, особливо ранні або не клінічного спрямування, можуть не проводити чіткого розмежування між поняттями. У таких випадках під термінами «легка депресія», «початкова стадія депресії» або «депресивний настрій» можуть матися на увазі саме депресивні стани, що не досягають рівня клінічно діагностованого розладу.

Згідно з визначенням українських дослідниць О. Куліш і М. Валюшко, депресивний стан – тривалий емоційний стан, який негативно впливає на

особистість. Характеризується стійким відчуттям пригніченості, апатією до будь–яких занять, різким зниженням рівня активності, уповільненням психічних процесів, емоційним дисбалансом та неадекватно заниженою самооцінкою [4]. Іншими словами, людина, що має депресивний стан весь час почувається пригніченою, втомленою, нездатною радіти, її думки сповнені негативу щодо себе і навколишнього світу.

Перейдемо до того, як різні психологічні школи пояснюють депресію: одним із перших ґрунтовних наукових описів цього стану,тоді ще під назвою меланхолія, належить засновнику психоаналізу З. Фройду. У праці «Горе і меланхолія» (1917) він зазначив, що при нормальному переживанні горя світ здається спустошеним, тоді як при меланхолії (депресії) спустошеним і нікчемним відчувається власне "Я". Депресивна людина переживає глибоке падіння самооцінки, втрачає відчуття смислу життя; її погляд на минуле і майбутнє забарвлений у безнадійні тони – здається, що «ніколи ж не було добре і ніколи вже не буде». Науковець вважав, що прихована причина такої самонеприязні – це несвідомий внутрішній конфлікт, обумовлений втратою важливого об'єкта любові. У депресивному стані людина несвідомо ототожнює себе з втраченим "об'єктом" і спрямовує на себе усю агресію та гнів, що виникли через цю втрату. Як писав З. Фройд, скарги меланхоліка на власну нікчемність фактично є докорами на адресу іншої людини, перенесеними на себе. Таким чином, психоаналітична традиція розглядає депресію як «гнів, обернений всередину», що виникає внаслідок пережитої втрати або розчарування [18].

Послідовник З. Фройда – К. Абрахам доповнив цю теорію, пов'язавши виникнення депресивних станів з особливостями раннього розвитку особистості. Зокрема, він висунув гіпотезу, що фіксація лібідо (психічної енергії) на ранніх стадіях розвитку – особливо на оральній стадії – підвищує схильність людини до меланхолійних реакцій у дорослому віці. Іншими словами, якщо дитина зазнала ранньої емоційної втрати або недостатнього задоволення базових потреб, у її психіці формується вразливість, яка надалі

може проявитися депресивними станами. Їхні праці стали концептуальною базою для подальшого дослідження депресивних станів у зв'язку з психофізіологічними реакціями на стресові ситуації [19].

З часом у психології склалося більш широке трактування депресії, що виходить за межі клінічної психоаналітичної моделі. Нині депресивний стан визначають як тривалий емоційний стан з негативним забарвленням, який істотно впливає на психологічне функціонування особистості.

У цьому контексті важливими є також погляди представників когнітивного напрямку (Д. Хелл, П. Левінсон, Д. Маєрс та А. Бек). Вони наголошують, що ключовими детермінантами депресії є когнітивні спотворення, автоматичні негативні думки та глибинні переконання людини, які призводять до негативного самосприйняття та песимістичного ставлення до світу. Теорія когнітивної вразливості акцентує на тому, що депресивні стани часто формуються в дитинстві через складні життєві обставини або втрати, а згодом активізуються під впливом значних стресових ситуацій у дорослому житті.

Далі розглянемо чинники, що обумовлюють виникнення депресивних станів. Умовно їх поділяють на внутрішні — біологічні й психологічні — та зовнішні — соціально–економічні й культурні, причому всі ці детермінанти тісно переплітаються й посилюють одна одну.

Проблематика виникнення депресивних станів у сучасній психології розглядається через призму комплексного підходу, де ключову роль відіграють різноманітні чинники – біологічні, психологічні та соціальні. Важливим є біопсихосоціальний підхід, згідно з яким депресивний стан виникає внаслідок взаємодії декількох факторів, що підсилюють одне одного. Зокрема, на думку Р. Кесслера (2001), визначальними можуть бути біологічні умови, такі як дисбаланс нейромедіаторів, а також психосоціальні обставини – травматичний життєвий досвід, особливості мислення людини та наявність або відсутність соціальної підтримки [32].

Закордонні дослідники (Г. Екіскал, Дж. Мак–Каллоу, О. Лоуен, Б. Скіннер, П. Уайброу) підкреслюють, що формування депресії охоплює дві взаємопов'язані сфери: внутрішню, що стосується біологічних і психологічних процесів, та зовнішню – соціальне середовище, яке постійно ставить перед людиною нові завдання. Невирішеність цих завдань або неспроможність ефективно до них адаптуватися може суттєво поглиблювати депресивні переживання.

Психіатр Д. Озерецький звертає увагу на комплекс із п'яти взаємопов'язаних детермінант депресивних станів. По–перше, особистісні риси — висока нейротичність, ригідність, схильність до самокритики — створюють «когнітивний ґрунт» для негативних схем мислення. По–друге, вік: у підлітків гормональні коливання й рольовий стрес, а у літніх людей накопичення хронічних хвороб та самотність посилюють уразливість. По–третє, психотравми – ранні втрати, насильство, воєнний досвід тощо. Усі вони порушують базове відчуття безпеки, змушують нервову систему працювати в режимі постійної «бойової готовності» й формують схильність до депресивних станів. Четвертим чинником є страх самотності та фактична соціальна ізоляція, що позбавляє підтримки й підсилює негативне соціальне порівняння. Та п'ятим є судинні зміни (гіпертонія, атеросклероз, мікроінсульти білої речовини тощо) спричиняють апатичний або психомоторно загальмований «соматичний» фенотип депресивних станів. У взаємодії ці п'ять компонентів утворюють біопсихосоціальний ланцюг, де кожна ланка може запускати або підсилювати інші, пояснюючи індивідуальну різноманітність клінічних проявів депресивних станів [16].

О. Лоуен запропонував умовно поділити людей на два типи залежно від схильності до депресивних проявів: одні орієнтовані переважно на зовнішній світ і його цінності, інші — зосереджені на своєму внутрішньому світі. Варто зазначити, що цей поділ є умовним і використовується для зручності опису різних моделей поведінки та сприйняття дійсності. Більшість людей займає проміжне положення між цими двома полюсами. Проте О. Лоуен зауважує, що

ті, хто надмірно залежить від зовнішніх обставин і оцінок, є більш вразливими до розвитку депресивних станів. Натомість люди, орієнтовані на внутрішній світ, зазвичай мають глибше відчуття власного «Я», емоційну рівновагу й стійкість до змін у навколишньому середовищі, що сприяє їхній психологічній стабільності та впевненості в собі [8].

Проявляється же депресія комплексом симптомів на різних рівнях функціонування особистості: емоційному, когнітивному, поведінковому та фізіологічному. Кожен з цих рівнів відображає певні аспекти депресивного синдрому, і разом вони утворюють цілісну клінічну картину депресивного стану:

Перша — емоційна система, де основними ознаками є пригнічений настрій, відчуття нікчемності, втрата здатності радіти, підвищена тривожність, а також схильність до агресивних або, навпаки, пасивних реакцій.

Друга — мотиваційна, в якій депресивний стан проявляється у вигляді апатії, втрати ініціативності та зниження інтересу до діяльності.

Третя — поведінкова сфера: для неї характерна соціальна ізоляція, загальна млявість, уникання активних дій.

Четверта — когнітивна, яка містить в собі знижену самооцінку, почуття безпорадності, знецінення власного досвіду та здібностей, а також песимістичне мислення.

І нарешті, п’ята — фізіологічна сфера, де прояви депресії виявляються у вигляді проблем із травленням, порушеннями сну, хронічною втомою, загальмованістю та слабкістю.

Депресивний стан більшою чи меншою мірою діє на всю людину, перебудовує її. Хоча ці зміни можуть відбуватися поступово, депресивна людина відрізняється від тієї, якою вона була до початку депресії. Депресивний стан має всебічний вплив на людину, змінюючи її фізіологічне, психічне та соціальне функціонування. Негативні емоції, думки та внутрішні переживання створюють у мозку гальмівну психічну енергію, що перешкоджає нормальній життєдіяльності організму, викликаючи втрату життєвих сил, апатію та

зниження реакції на зовнішні події. Як зазначає Д. Хелл, депресивна поведінка спочатку може виглядати як крик про допомогу, викликаючи співчуття оточення, але з часом – роздратування, що веде до емоційного відчуження. Цей стан поступово трансформує особистість, віддаляючи її від звичного способу мислення та взаємодії [29].

Отже, депресивні стани — це емоційний стан, що виявляється у зміні емоційного, когнітивного, мотиваційного, поведінкового та фізіологічного рівнів функціонування особистості. Їхнє виникнення зумовлене комплексом факторів — від біологічних (нейрохімічних порушень, спадкової схильності) до соціально–психологічних (стресові події, міжособистісні конфлікти, травматичний досвід). Окрему увагу варто приділити й гендерній ідентичності як потенційному чиннику розвитку депресивних станів, за умов соціальної стигматизації та конфлікту між особистою ідентичністю й соціальними очікуваннями.

1.3. Гендерна ідентичність як детермінант депресивних станів

Гендерна ідентичність людини може впливати на її психічний стан, самооцінку та те, як вона ставиться до інших. Вона може відчувати себе комфортно або некомфортно через свою гендерну ідентичність, що може вплинути на її психічне здоров’я та загальну стійкість. Як цисгендерні люди, так і трансгендерні люди стикаються з унікальними психологічними та соціокультурними факторами, що можуть підвищувати ризик розвитку депресії. Нижче розглянемо найрозповсюдженіші причини депресивних станів на прикладі двох типів гендерної ідентичності.

Першим типом є цисгендерна ідентичність. У сучасному світі, де питання ідентичності набувають все більшої значущості, термін цисгендерність стає важливим елементом гендерної дискусії. Цисгендерні люди — це ті, чия ідентичність відповідає біологічній статті, визначеній при народженні.

Цисгендерні особи, на перший погляд, знаходяться в більш привілейованому становищі, адже їхня ідентичність відповідає очікуванням

суспільства. Проте навіть у межах цієї групи існують підгрупи, що знаходяться в зоні ризику. На це можуть повпливати соціальні очікування та гендерні ролі, які можуть не відповідати їхнім особистим бажанням та відчуттям. Соціалізація та засвоєння традиційних гендерних норм можуть створювати тиск, очікування та стрес, що призводить до емоційного дискомфорту та депресивних станів. Важливими факторами є також соціальні стереотипи та дисбаланс в очікуваннях щодо поведінки чоловіків і жінок, що може спричинити внутрішній конфлікт та емоційне напруження.

У 1970–х роках М. Вайсман вперше підкреслила гендерну різницю в депресії, зазначивши, що приблизно вдвічі більше жінок відчуває депресію, ніж чоловіків серед дорослих у клінічних і громадських зразках [41].

Експериментальні дослідження гендерних відмінностей в емоційній сфері дають досить суперечливі результати. З одного боку, у психології домінує думка, що соціокультурні чинники значною мірою впливають на переживання та форми прояву емоцій у чоловіків і жінок, де відмінності у вираженні емоцій розглядаються як наслідок соціалізації та засвоєння гендерних норм. З іншого боку, вивчення емоцій з медико–біологічній точки зору здебільшого зосереджується на фізіологічних відмінностях між чоловіками та жінками.

Розглянемо ж ці дві теорії більш детально.

Соціокультурна концепція. Експериментально–психологічні дослідження свідчать, що рольові норми та соціокультурні вимоги значно впливають на емоційну сферу жінок і чоловіків. Зокрема, експериментально доведено, що немає відмінностей в емоційних проявах у немовлят різної статі, але такі відмінності з'являються у дітей старшого віку [33]. Інші дослідження також показують, що у країнах із високим рівнем гендерної рівності психоемоційні відмінності між чоловіками та жінками значно зменшуються [27].

Соціологічні теорії підкреслюють, що жінки частіше перебувають у вразливішій соціально–економічній позиції, більше потерпають від бідності, насильства та гендерної нерівності – ці стресори негативно позначаються на психічному здоров’ї [35]. Водночас чоловіки відчувають тиск традиційної

маскулінної ролі, яка диктує їм бути «сильними» і стримувати емоції. Така стереотипізація гендерних ролей призводить до того, що чоловіки рідше звертаються по допомогу при емоційних проблемах і можуть «маскувати» депресію іншими поведінковими проявами (агресією, зловживанням алкоголем тощо). Жінки ж, навпаки, соціалізовані на відкритіший вираз переживань, але водночас стикаються з подвійним навантаженням очікувань – реалізуватися і в кар'єрі, і в сім'ї. Неспроможність відповідати цим суперечливим суспільним очікуванням або тиск гендерних норм можуть зумовлювати хронічний стрес, емоційне вигорання та депресивні реакції.

Окрему роль у формуванні гендерної ідентичності відіграє гендерна сімейна соціалізація. Саме сім'я вчить дитину, яка у неї соціальна роль. Як свідчать спостереження, батьки по–різному виховують синів і дочок: дівчаток навчають відкрито висловлювати свої почуття та будувати гармонійні взаємини з оточенням, тоді як хлопчиків привчають більше контролювати свої емоції [11]. Таким чином, гендерні відмінності в емоційній сфері більше пов'язані із соціальним навчанням, ніж з біологічними факторами.

Таку ж думку висловлює К. Тавріс, вона вважає, що відмінності в емпатії між чоловіками та жінками визначаються гендерними ролями. Її дослідження ґрунтується на випадках, коли овдовілі чоловіки брали на себе традиційні «жіночі» ролі в домі, наприклад догляд за дітьми. В результаті вони демонстрували риси, які традиційно вважаються жіночими, такі як співчуття та співпереживання [40].

Гендерні стереотипи мають великий вплив на те, як ми ототожнюємося з власним досвідом. Гендерно–емоційні стереотипи, поширені в багатьох культурах, включають переконання, що жінки більш емоційні, ніж чоловіки, що вони виражають і переживають ширший спектр емоцій, і це те, що суспільство очікує від жіночої поведінки [2]. Це означає, що гендерні стереотипи створюють своєрідну «гендерну лінзу», через яку жінки та чоловіки оцінюють власну поведінку. Дослідження показують, що коли дівчата описують свою психологічну особу, вони часто характеризують її як емоційну, чуйну,

спокійну, веселу та бадьору. У хлопців на перший план виходять такі якості, як відповідальність, самовладання, рішучість і наполегливість [14]. Гендерні стереотипи глибоко спотворюють як вираження, так і оцінку власних емоцій.

У той час як у психологічних дослідженнях гендерних особливостей емоційної сфери більшість науковців сходяться на важливості опосередкованого впливу соціокультурних факторів на переживання та форми вираження емоцій у чоловіків і жінок, вивчення емоцій з точки зору медико–біологічних концепцій демонструє зовсім іншу картину.

Медико–біологічна концепція. Деякі вчені, які вивчали емоційний стан людей, виявили, що жінки краще розуміють і оцінюють емоції, оскільки вони здатні краще фільтрувати інформацію з невербальних сигналів і виразів обличчя. Дослідники вважають, що це може бути тому, що частина мозку, відповідальна за інтерпретацію емоційної інформації, більша у жінок, ніж у чоловіків. Дослідники пояснюють, що відмінності в морфології мозку означають, що дівчата частіше, ніж хлопчики, відчувають депресію, смуток, сором, страх і тривогу, починаючи з періоду статевого дозрівання.

Так як ми розглядаємо тему гендерної ідентичності зі сторони психології, то зосереджуватись на медико–біологічній теорії не будемо. Лише зазначимо що наразі більшість дослідників відкидають її, та зосереджуються саме на соціокультурній концепції. Щодо спростування цієї теорії, аналіз проявів тривоги та депресії показав, що переживання тривожних і депресивних станів більше пов'язане з рисами фемінності, такими як надмірна чутливість, емоційність і схильність до переживань, аніж зі статтю.

Загалом експериментальні дані про статеві відмінності в емоційній сфері дуже суперечливі. Дослідження показують, що чоловіки та жінки виражають емоції з різною інтенсивністю. Однак зараз відбувається фундаментальний перегляд рушійних сил і причин гендерних відмінностей у вираженні емоцій. Зокрема, біологічні фактори, пов’язані зі структурою та функціями мозку, більше не вважаються фундаментальними у формуванні емоцій чоловіків і жінок.

Вивчення впливу гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості показує, що соціалізація, засвоєння традиційних гендерних норм та соціальні стереотипи можуть створювати значний тиск і стрес, який призводить до емоційного дискомфорту та депресії серед цисгендерних людей. Гендерні стереотипи формують специфічні очікування щодо поведінки чоловіків і жінок, викликаючи внутрішній конфлікт та емоційне напруження.

Другим типом є трансгендерна ідентичність. Тема трансгендерної ідентичності залишається однією з найгарячіших тем сучасної психології, позаяк за останні три десятиліття погляди на неї різко трансформувалися й досі викликають палкі суперечки. Навіть серед психологів дискусії з цього приводу викликають масу суперечок. Одні люди відстоюють традиційні погляди та цінності, інші мають більш ліберальне сприйняття.

Щодо самого терміну «трансгендерність», еволюція класифікацій добре простежується у посібниках DSM.

У DSM–III (1980) це термін «розлад гендерної ідентичності» з підкатегоріями «у дитинстві», «транссексуальність» і «трансвестичний фетишизм», що входив до розділу «Психосексуальні розлади».

У переглянутій версії DSM–III–R (1987) той самий розлад було перенесено до розділу дитячих розладів.

Далі DSM–IV (1994) об’єднав «транссексуалізм» і «розлад гендерної ідентичності в дитинстві» під спільним діагнозом «розлад гендерної ідентичності» у розділі «Сексуальні розлади та розлади гендерної ідентичності».

У DSM–5 (2013) поняття отримало нову назву «гендерна дисфорія» та для нього створили окрему главу, підкреслюючи, що клінічним критерієм є саме дистрес. Коли людина відчуває або демонструє гендерні відхилення або гендерну невідповідність, це саме по собі не вважається розладом, скоріше нормальною зміною гендерної ідентичності та самовираження особи. Однак, якщо розбіжність між статтю народження та внутрішнім відчуттям гендерної ідентичності викликає у людини значний дистрес або погіршення

функціонування, клінічний діагноз гендерної дисфорії може бути доцільним. Водночас не всі гендерно неконформні люди страждають на гендерну дисфорію. Діагноз гендерної дисфорії ставиться, коли певні симптоми присутні та досягають клінічно значущого рівня. Діагноз визначається скоріше наявністю страждань особи, а не наявністю гендерних невідповідностей.

Нарешті, у МКХ–11 (2022) термін знову переглянуто: діагноз звучить як «гендерна невідповідність», вилучений із переліку психічних розладів і віднесений до розділу «Стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям» [42].

Таким чином, за сорок років класифікаційний фокус змістився від трактування явища як психопатології до більш ліберального визнання стійкої невідповідності між гендерною ідентичністю та біологічною статтю без стигматизуючого ярлика психічного розладу.

Незважаючи на класифікаційні зміни, соціальна реальність трансгендерних людей лишається напруженою. Постійний соціальний тиск та ворожість оточення призводять до хронічного стресу, спричиненого становищем соціальної меншини. Згідно з дослідженнями, пережиті трансгендерними людьми стигма та насильство прямо пов'язані з вищим рівнем депресивних симптомів [28]. Від тривожних розладів до хронічної депресії, цей стан називається гендерною дисфорією. Це розлад гендерної ідентичності, внаслідок чого людина не може прийняти свою стать і страждає.

Дистрес, пов'язаний із гендерною дисфорією, зазвичай описують як поєднання тривоги, депресії, дратівливості та загального відчуття дискомфорту в усьому тілі. Зазвичай вони відчувають сильне бажання змінити своє тіло медичним або хірургічним шляхом, щоб краще відповідати їхній гендерній ідентичності. Раніше замість даного терміну використовувалось поняття «розлад гендерної ідентичності». Цей суперечливий діагноз широко критикували за надмірну патологізацію життєвого досвіду людей, які страждають від трансгендерно невідповідних станів. Гендерна дисфорія відрізняється від розладу гендерної ідентичності тим, що вона зосереджена

насамперед на стражданні, а не на ідентичності, і не передбачає патології в природних варіаціях статті.[34]

Стан гендерної дисфорії та пов'язані з ним переживання мають негативні наслідки, пов'язані насамперед із низкою проблем психічного здоров'я. Типові проблеми, з якими стикаються люди з цим розладом, включають депресію, тривогу, зловживання психоактивними речовинами та суїцидальні нахили. Також одним із можливих проявів гендерної дисфорії є дискомфорт, що виникає, коли внутрішнє відчуття себе не збігається з приписаною при народженні статтю. У разі такої невідповідності людина може прагнути зменшити страждання — наприклад, змінити зовнішність, ім'я чи документи, а за потреби й скористатися гормональною або хірургічною допомогою, щоб привести тіло й соціальний образ у відповідність зі своїм гендерним самовідчуттям.

Гендерна дисфорія може посилюватися під час статевого дозрівання, оскільки вторинні статеві ознаки можуть підкреслювати розбіжності між гендерною ідентичністю та статтю, визначеною при народженні.[20]

. Інші експерти кажуть, що діагноз гендерна дисфорія – це загальний медичний стан із психіатричними симптомами, схожими на розлади статевого розвитку, а не первинний психологічний розлад. Як наслідок, гендерна невідповідність і гендерна дисфорія більше не входять до переліку психічних розладів у Міжнародній класифікації хвороб (11–те видання), а натомість висвітлюються в новому розділі, присвяченому сексуальному здоров'ю [42].

За останні десятиліття ставлення до розладу гендерної ідентичності змінилося: від сприйняття як психічного розладу до ліберальної «гендерної невідповідності» – явної та стійкої невідповідності між гендерною ідентичністю та біологічною статтю. Колись транссексуалізм вважався психічним розладом, а тепер класифікується як окрема категорія «стану сексуального здоров'я» під назвою «гендерна невідповідність».

Незалежно від погляду на клінічну природу гендерної невідповідності та дисфорії, є вагомі докази, що транссексуали як група населення страждають від

підвищеного тягаря медичних, психічних та сексуальних захворювань, часто пов'язаних із утрудненим доступом до медичної допомоги.

Одним з ключових чинників, що посилюють депресивні стани у трансгендерних осіб, є обмежений доступ до медичної та психологічної допомоги. Багато хто з них зіштовхується з бар'єрами у отриманні медичних послуг – через фінансові труднощі, трансфобні упередження в системі охорони здоров'я або юридичні перепони. Навіть у розвинених країнах трансгендерні пацієнти часто повідомляють про труднощі з отриманням необхідної допомоги та покриттям страховкою специфічних послуг. Відсутність професійної підтримки (як гормональної терапії, так і психотерапії) може поглиблювати гендерну дисфорію і пов'язані з нею депресивні переживання.

Важливо врахувати і сімейний контекст, відсутність прийняття в родині, відторгнення або осуд з боку близьких осіб значно погіршують психологічний стан трансгендерної молоді. За даними різних опитувань, саме відчуження в сім'ї та булінг у школі є одними з найсильніших чинників депресії та суїцидальної поведінки серед трансгендерної молоді [21]. Натомість підтримка і розуміння з боку батьків та однолітків асоціюються з більш високою самооцінкою і кращим психічним здоров'ям таких підлітків.

У сучасних наукових дослідженнях особлива увага приділяється аналізу формування депресивних станів, які можна поділити на внутрішні, і зовнішні чинники. До внутрішніх чинників відносять конфлікт між особистим відчуттям гендерної ідентичності та соціальними нормами, що часто супроводжується зниженням самооцінки, нестабільністю емоційного стану та переживанням глибокого внутрішнього напруження. Крім того, потреба приховувати власну ідентичність і жити в умовах постійного стресу через невідповідність очікуванням оточення може викликати почуття сорому, провини та емоційного виснаження. Серед зовнішніх факторів, які також суттєво впливають на психоемоційний стан трансгендерних людей, слід відзначити соціальну стигматизацію, упереджене ставлення, обмежені можливості для працевлаштування та труднощі в отриманні якісної медичної допомоги. Усі ці

аспекти у сукупності можуть створювати стійке відчуття соціального відторгнення, ізоляції та безнадії, що, в свою чергу, значно підвищує ризик виникнення депресивних станів.

Наслідком дії наведених факторів є те, що рівень депресивної симптоматики в трансгендерної спільноти відчутно перевищує показники у цисгендерних людей. Наприклад, в Україні масштабне дослідження, проведене Центром громадського здоров'я у 2020 році, виявило ознаки депресивного стану у 40% трансгендерних жінок та 60% трансгендерних чоловіків [15]. Це надзвичайно високий показник, якщо порівняти його із загальною популяцією – для загалу поширеність депресії оцінюється приблизно у 4–5%[39]. Закордонні дослідження підтверджують подібну тенденцію: зокрема, в німецькому опитуванні серед дорослих трансгендерів третина респондентів (33,3%) мала клінічно виражені депресивні симптоми [15]. Статистика чітко відображає: трансгендерні люди є групою, особливо вразливою до депресивних розладів.

Хоч традиційним є лише соціальні види гендерної ідентичності, ми вирішили розширити бачення. Нами було вирішено дослідити як впливає гендерна ідентичність у тому випадку коли вона збігається і не збігається з біологічною статтю. Тому далі ми будемо акцентувати свою увагу, щоб зрозуміти, як транс– та цисгендерні люди відрізняються у рівні депресивних проявів.

Узагальнюючи, гендерна ідентичність – незалежно від того, йдеться про цис– чи трансгендерний її варіант – істотно впливає на формування депресивних станів через низку соціокультурних і психологічних механізмів. Для цисгендерних людей критичне значення мають усталені гендерні ролі та очікування суспільства: невідповідність цим нормам або надмірний тиск можуть породжувати внутрішній конфлікт і емоційне виснаження, що створює підґрунтя для депресії. У випадку трансгендерних осіб на перший план виходять чинники стигми, дискримінації та гендерної дисфорії – усе це формує хронічний стрес, який зумовлює підвищену частоту депресивних розладів.

Висновки до першого розділу.

Провівши теоретичне дослідження спрямоване на аналіз змісту понять гендерна ідентичність та депресивні стани, ми змогли чітко окреслити, що гендерна ідентичність є внутрішнім відчуттям людиною власної належності до певного гендеру, сформованим під впливом сім'ї, культури та індивідуального досвіду. Концепції фемінності й маскулінності відображають усталені соціальні стереотипи про «жіночість» і «чоловічість». Окремо нами було визначено, що на показники депресивних станів часто впливають не просто показники фемінності та маскулінності, а саме тип гендерної ідентичності (цисгендери /трансгендери). У цьому контексті цисгендерність характеризується відповідністю гендерної ідентичності біологічній статі, тоді як трансгендерність позначає розбіжність між внутрішнім самовідчуттям і тією статтю, яка була приписана при народженні.

Результати аналізу також засвідчили, що депресивні стани, на відміну від клінічної депресії з її чіткими діагностичними критеріями тривалості й інтенсивності, охоплюють ширший спектр — від короткочасної пригніченості до проявів, близьких до великого депресивного розладу, і формуються через взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ НА ПРОЯВИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Вибірка та методика емпіричного дослідження.

Для проведення емпіричного дослідження було створено вибірку, до якої випадковим чином долучались учасники, які відгукнулись на запрошення взяти участь у ньому. У такий спосіб було залучено 60 осіб, з яких 16 чоловіків (26,7%) та 44 жінок (73,3%). Статевий розподіл вибірки представлено на рис. 2.1.1.

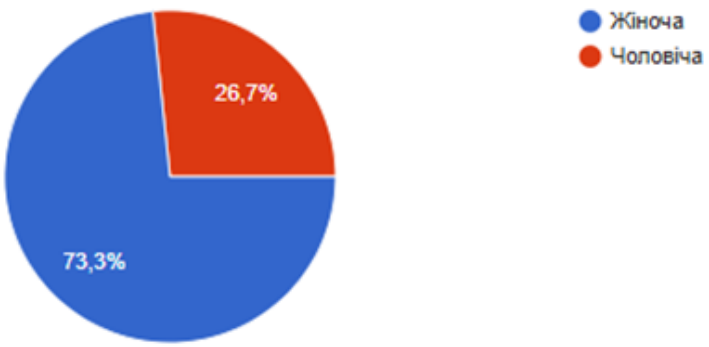


Рисунок 2.1.1 – Статевий розподіл вибірки, n=60.

Учасники дослідження відрізнялись за віком: до 20 років – 15 осіб (25%), серед яких 10 жінок та 5 чоловіків; 20–30 років – 34 особи (56,7%), з них 26 жінок та 8 чоловіків; 30–40 років – 3 особи (5%), з яких 2 жінки та 1 чоловік; старші за 40 років – 8 осіб (13,3%), серед них 6 жінок та 2 чоловіки. Віковий розподіл вибірки подано на рис. 2.1.2.

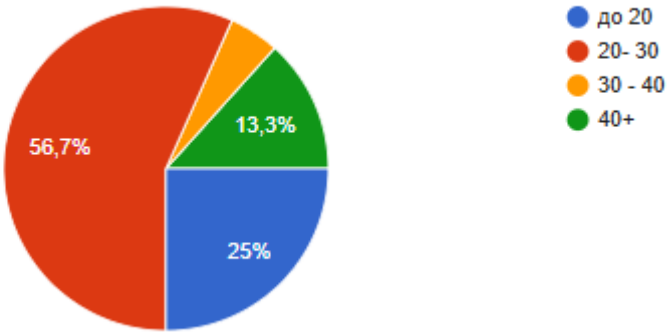


Рисунок 2.1.2 – Віковий розподіл вибірки, n=60.

Як бачимо, у нашій вибірці переважають молоді жінки віком 20–30 років (26 респонденток, тобто 43,3% усієї сукупності). Другу за чисельністю групу становлять жінки до 20 років (10 осіб; 16,7%), тоді як частка чоловіків у цих вікових категоріях суттєво нижча: 8 осіб (13,3%) віком 20–30 років та 5 осіб (8,3%) молодших за двадцять. Учасники віком 30–40 років представлені найменше — лише трьома особами (5,0%), а група 40+ налічує 8 учасників (13,3 %), переважно жінок.

Для збору емпіричних даних серед відомих діагностичних інструментів було обрано адаптовані до застосування в українськомовній вибірці методики:

1. «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В. Зунга [1];

2. «Шкала депресії» А. Бека [1];

3. «Модифікація Статево–рольового опитувальника С. Бем» (М. Великодна) [5].

Першою є методика «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В. Зунга. Опитувальник містить 20 питань, спрямованих на виявлення повного спектра депресивних станів – від легких форм зниженого настрою до більш виражених депресивних розладів.

В аналіз першої методики входить збір та обробка сирих балів. Отримані сирі бали респондента, підраховуються за поданим ключем з двома типами питань:

1. Прямого типу (пункти 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19) відповіді кодуються у зростальному порядку: вибір варіанта 1 дає 1 бал, варіанта 2 = 2 бали тощо.

2. Зворотного типу (пункти 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) шкала інвертована: варіант відповіді 1 оцінюється у 4 бали, варіант 2 = 3 бали тощо.

Та обчислюються за формулою:

$$O' = \frac{\Sigma пр + \Sigma зв}{80} \text{ x } 100.$$

, де

Σпр. – загальний бал за твердженнями прямого типу;

Σзв. – загальний бал за твердженнями зворотного типу;

У процесі інтерпретації результатів використовуються чотири рівні, що відповідають конкретним інтервалам отриманих балів:

- перший рівень (до 50 балів) характеризує осіб, у яких відсутні ознаки пригніченого настрою;
- другий рівень (від 51 до 59 балів) відповідає легкому, але досить вираженому зниженню настрою;
- третій рівень (від 60 до 69 балів) свідчить про суттєве погіршення емоційного стану та виражене зниження настрою;
- четвертий рівень (70 балів і вище) вказує на глибокий депресивний стан із значним зниженням настрою.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга була вибрана мною оскільки дозволяє виявити наявність та ступінь вираженості депресивних станів у респондентів. Вона є простою у використанні, стандартизованою та дозволяє отримати кількісні дані, що важливо для порівняльного аналізу між різними групами.

Друга методика – «Шкала депресії» А. Бека – спрямована на визначення наявності депресивних проявів та оцінку ступеня їх тяжкості представлена у формі опитувальника, що включає 21 питання та спеціальний бланк для відповідей.

Учасник дослідження має обрати один із чотирьох запропонованих варіантів відповідей, які найбільш відповідають його поточному стану, кожен з яких оцінюється за балами: «а» – 0 балів, «б» – 1 бал, «в» – 3 бали, «г» – 4 бали.

Отримані бали підсумовуються, після чого результати інтерпретуються відповідно до наступних діапазонів:

від 0 до 9 балів – депресивні симптоми відсутні;

10–15 балів – стан легкої депресії (субдепресивний стан);

16–19 балів – помірний ступінь депресії;

20–29 балів – депресія середньої тяжкості (виражена депресія);

30–63 бали – важка депресія.

«Шкала депресії» А. Бека є одною із найпоширеніших інструментів для оцінки депресивних станів. Її використання в дослідженні дозволить отримати більш глибоке розуміння проявів депресії, а також порівняти результати з іншими методиками для підвищення надійності висновків.

Використання двох методик (шкали В. Зунга та шкали депресії А. Бека) дозволяє отримати більш комплексну оцінку стану респондентів, оскільки кожна з методик фокусується на різних аспектах депресії. Шкала В. Зунга переважно вимірює емоційні та фізіологічні симптоми, тоді як шкала А. Бека охоплює ширший спектр проявів, включаючи когнітивні та поведінкові компоненти.

Третьою методикою є «Модифікація статево–рольового опитувальника С. Бем» М. Великодної, яка призначена для діагностики психологічної статі та оцінювання вираженості маскулінних і фемінінних рис особистості.

Для забезпечення цієї частини дослідження було створено Гугл–форму, робота в якій здійснюється шляхом самостійного заповнення учасником двох бланків із переліком характеристик (див. додаток А).

Перший бланк (інструкція 1): учасник позначає знаком «+» або «–», наскільки кожна риса властива саме йому.

Другий бланк (інструкція 2): ті самі характеристики оцінюються з огляду на те, наскільки, на думку респондента, вони притаманні більшості жінок чи чоловіків.

Порівняння отриманих індивідуальних шкал із «Я–концептом», сформованим за допомогою «Статево–рольового опитувальника С. Бем», дає змогу визначити рівень відповідності усвідомленої чоловічості й жіночості. Коефіцієнт відповідності розраховується як частка збігів між уявленнями про власне «Я» та соціальними концептами «чоловічого» й «жіночого» відносно загальної кількості рис у кожній концепції. Таким чином формується показник когнітивного компонента гендерної ідентичності.

Для кількісного визначення узгодженості «Я–концепту» респондента з культурними уявленнями про маскулінність і фемінінність пропонується розрахувати два коефіцієнти відповідності:

а. Коефіцієнт відповідності власному/ій чоловічості:

kч=nяЧ/nч, nяЧ – кількість якостей, що збігаються у Я–концепті із концептом «чоловіче»;nч – загальна кількість якостей у концепті «чоловіче»;

б. Коефіцієнт відповідності власному/ій жіночності:

kж=nяЖ/nж, nяЖ – кількість якостей, що збігаються у Я–концепті із концептом «жіноче»;nж – загальна кількість якостей у концепті «жіноче»;

З поданих коефіцієнтів відмічався домінуючий (той, що мав більший бал). Та відповідно до нього визначається у опитуваного більше фемінних чи маскулінних рис.

Також ми брали до уваги надану опитуваними інформацію про їхню стать, що було важливо для порівняння її з психологічними характеристиками (фемінність/маскулінність) для виведення інформації про їх гендерну ідентичність (збіг статі та психологічної характеристики – цисгендерність, розбіжність – трансгендерність).

Ми порівнюємо коефіцієнти фемінності й маскулінності з біологічною статтю респондентів, щоб чітко визначити ключову змінну нашого дослідження — тип гендерної ідентичності. Самі показники kч та kж лише

фіксують, наскільки людина інтегрує у власний «Я–концепт» культурні уявлення про «чоловіче» чи «жіноче», проте не показують, чи збігається ця психологічна самоідентифікація з біологічною статтю. Один і той же профіль, скажімо домінування фемінних рис, матиме різне значення для особи чоловічої та жіночої статі: для першої це може свідчити про гендерну невідповідність, а для другої — про конгруентність.

Зіставлення психологічних рис із задекларованою статтю дає змогу емпірично відрізнити цис– та трансгендерних учасників, не покладаючись лише на самозвіт. Це, по–перше, підвищує об'єктивність вибірки, а по–друге, дозволяє перейти від формальних чисел до аналізу життєвого досвіду, який, згідно зі світовими даними, істотно різниться у транс– та цисгендерних людей і впливає на їхню вразливість до депресивних розладів. У такий спосіб ми безпосередньо перевіряємо головну гіпотезу дослідження: чи є саме невідповідність між психологічними характеристиками та біологічною статтю критичним чинником підвищеного ризику депресії. Інтеграція біологічної статі в інтерпретацію результатів «Статево–рольового опитувальника С. Бем» дає можливість не обмежуватися абстрактними показниками фемінності/маскулінності, а дослідити, як відповідність чи невідповідність гендерної ідентичності реально модифікує рівень депресивних проявів, що відповідає нашому прагненню розширити бачення й порівняти психічне благополуччя транс– та цисгендерних респондентів.

Для статистичної обробки отриманих результатів обрані для застосування релевантні задачі статистичні процедури, що дозволили об'єктивно оцінити зв'язки між показниками. Нами були вибрані різні методи математичної обробки, зокрема тест Краскала–Волліса для аналізу відмінностей між кількома незалежними групами, U–критерію Манна–Вітні для попарних порівнянь, кореляційний аналіз з метою виявлення взаємозв'язків між рівнем депресивності та характеристиками гендерної ідентичності, а також кластерний аналіз для виділення однорідних підгруп респондентів за схожими профілями депресивності та гендерного самовизначення.

2.2 Аналіз результатів дослідження.

В результаті збору первинних даних ми отримали матеріал для подальшого аналізу. За допомогою методики В. Зунга було отримано дані, які подані на рис. 2.2.1.

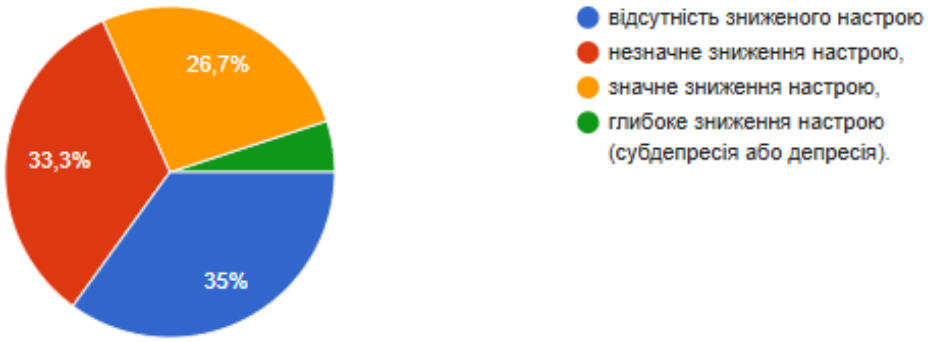


Рисунок 2.2.1 – Результати методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга, n=60.

Оцінюючи результати тестування проявів депресивних станів, що були представлені вище, можна дійти таких спостережень:

1. Як бачимо, в нашій вибірці 21 особа (35,0%) не має проявів зниженого настрою, що свідчить про їхній стабільний емоційний стан.

2. Незначне зниження настрою спостерігається у 20 респондентів (33,3%). Ймовірно, ці легкі коливання емоційного тону мають ситуативний характер і можуть бути зумовлені підвищеним навчальним навантаженням або побутовими труднощами.

3. Значне зниження настрою виявлено у 16 осіб (26,7%). Тут уже фіксуються стійкі емоційні порушення клінічного рівня, які негативно впливають на повсякденне функціонування: знижується мотивація, з’являються труднощі з концентрацією уваги.

4. Глибоке зниження настрою зафіксовано у 3 респондентів (5,0%). Хоч ця група найменша, проте вона є найбільш уразливою, оскільки виявлені симптоми відповідають субдепресивному або клінічному рівню. Цим учасникам необхідна термінова комплексна підтримка — психотерапевтичне

втручання та, за потреби, психіатрична оцінка з можливим медикаментозним лікуванням.

За допомогою «Шкали депресії» А. Бека ми отримали дані, які подані на рис. 2.2.2.

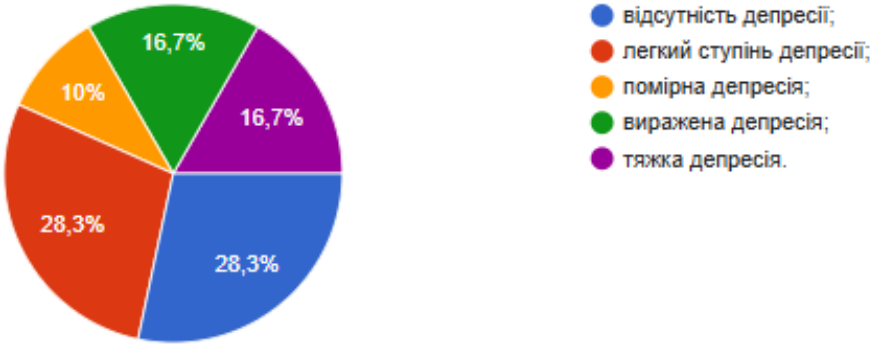


Рисунок 2.2.2 – Результати методики «Шкали депресії» А. Бека, n=60.

Оцінюючи результати тестування проявів депресії, що були представлені вище, можна зробити наступні висновки:

1. Відсутність депресивних проявів – 17 осіб (28,3%). Отримані показники свідчать про задовільний емоційний стан цієї групи й достатній рівень психологічних ресурсів, що може пояснюватись як стійкими особистісними ресурсами (ефективні стратегії подолання стресу, підтримка оточення), так і періом емоційного підйому деяких учасників. Однак не слід виключати можливий вплив соціально бажаних відповідей, коли респонденти занижують прояви негативних переживань, щоб виглядати більш нормотипічно.

2. Легкий ступінь депресивних проявів – 17 осіб (28,3%). Легкі депресивні симптоми можуть свідчити про ситуативні труднощі (перевтома, короткочасний стрес), які поки не набули клінічної форми.

3. Помірний ступінь депресивних станів – 6 осіб (10%). Показники помірної тяжкості відображають наявність клінічно значущих емоційних

труднощів, що часто виникають унаслідок хронічного стресу чи невирішених особистісних конфліктів.

4. Виражений ступінь депресивних проявів – 10 осіб (16,7%). Це вже клінічно значущий рівень, він характеризується стійкими емоційними та поведінковими порушеннями (порушення сну, зниження працездатності, втрата інтересів).

5. Тяжкий ступінь депресивних станів – 10 осіб (16,7%). Високі бали потенційно свідчить про глибоке емоційне виснаження й навіть суїцидальний ризик, однак не відкидаємо, що деякі учасники могли відповідати «для жарту» або навмання, перебільшуючи симптоми.

За допомогою методики «Модифікація статево–рольового опитувальника С. Бем» М. Великодної було отримано результати, які подаємо на рис. 2.2.3.

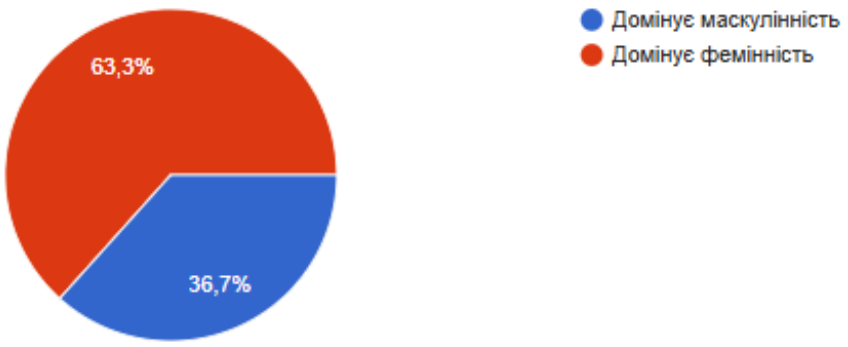


Рисунок 2.2.3 – Результати методики «Модифікований статево–рольового опитувальника С. Бем» М. Великодна, n=60.

За результатами модифікації «Статево–рольового опитувальника С. Бем» більшість респондентів продемонстрували переважання фемінних рис: 63,3% вибірки (38 осіб) набрали вищий коефіцієнт відповідності «жіночому» концепту, 36,7% (22 особи) – вищий коефіцієнт маскулінності.

Такий розподіл узгоджується з демографічною структурою вибірки, де жінки становлять понад 70,0%; отже, очікувано, що саме фемінність переважає в глобальній картині. Водночас майже кожен третій учасник (переважно чоловіки, але не лише вони) виявив домінування маскулінних характеристик,

що свідчить про суттєву різноманітність психологічних профілів навіть у вибірці з явним гендерним дисбалансом. Це підтверджує, що фемінність і маскулінність розподіляються не за принципом «чоловік = маскулінність, жінка = фемінність», а радше формують широкий спектр особистісних рис.

Для подальшого аналізу важливо з'ясувати, чи збігаються ці психологічні профілі з біологічною статтю респондентів. Саме співвідношення «фемінність/маскулінність» та «жіноча / чоловіча» стать дозволить класифікувати учасників як цис– та трансгендерних і перевірити, чи корелює така відповідність (або її відсутність) з рівнем депресивних проявів, які ми виміряли іншими методиками.

Далі ми співставили стать участника та отриманий ним результат у третій методиці, задля визначення учасника як цисгендерного (коли його стать та домінуюча гендерна характеристика (фемінність / маскулінність) співпадають та трансгендерність, коли не співпадають) та вивели такі дані (див. рисунок 2.2.3):

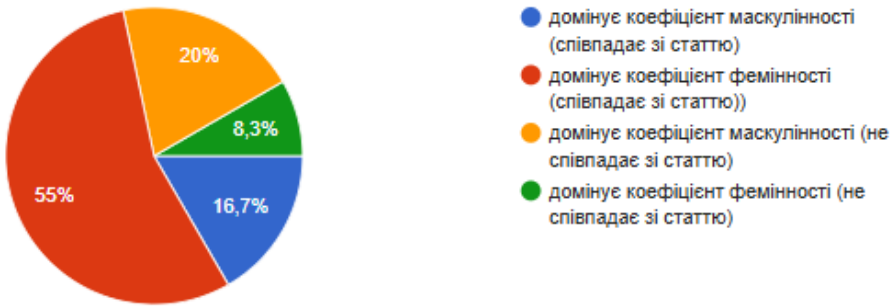


Рисунок 2.2.3 – Результати співставлення статті та гендерних характеристик, n=60.

Порівняння біологічної статі з психологічними коефіцієнтами маскулінності / фемінності показало, що:

а. Домінує коефіцієнт фемінності та збігається зі статтю – тобто ми маємо 33 цисгендерних жінок (55,0%) – переважна більшість респонденток (або респондентів жіночої статі) мають виражені «традиційно жіночі» риси поведінки.

б. Домінує коефіцієнт маскулінності та збігається зі статтю — 10 цисгендерних чоловіків (16,7%) – це респонденти, у яких переважають «традиційно чоловічі» якості і котрі окреслюють себе у межах класичних маскулінних ролей.

в. Домінує коефіцієнт маскулінності, але не збігається зі статтю — 12 трансгендерних жінок (20,0%) – учасниці, що демонструють виразно маскулінні риси поведінки попри жіночу біологічну стать;

г. Домінує коефіцієнт фемінності, але не збігається зі статтю — 5 трансгендерних чоловіків (8,3%) – невелика група респондентів чоловічої статі з високою емпатією, турботливістю та схильністю до кооперації, тобто з «традиційно жіночими» рисами, що підкреслює різноманіття сучасних гендерних самопрезентацій.

Отже, у 43 із 60 респондентів (71,7%) статева належність збігається з домінуючими гендерними рисами, тобто більшість вибірки можна віднести до цисгендерної групи. Та приблизно третина вибірки 17 учасників (28,3%) виявили невідповідність між домінуючими психологічними рисами та біологічною статтю, що ми трактуємо як трансгендерність, що є важливою підставою для подальшого аналізу: згідно з попередніми дослідженнями, саме невідповідність статі та гендерних характеристик може бути чинником підвищеного ризику депресивних проявів. Таким чином, наведені цифри дають емпіричну базу для перевірки гіпотези про те, що трансгендерні респонденти будуть більш уразливі до депресивних станів порівняно з цисгендерними.

Для вирішення завдання і досягнення мети нашого дослідження, що полягає у встановленні впливу між гендерною ідентичність та депресивними станами нами були обрані релевантні методи математичної статистики:

Перший використаний нами метод був кореляційний аналіз за Пірсоном, який повинен був дати інформацію про наявність зв’язку між проявами гендерної ідентичності та депресивних станів. Значущі зв’язки представлені в табл. 2.2.1. (див. також Додаток Б)

Таблиця 2.2.1 – **Значущі кореляційні зв’язки між гендерною ідентичністю та депресивними станами (за Пірсоном)**

Показники депресивних станів	**Гендерна ідентичність**	
	фемінність	*маскулінність*
за методикою А. Бека	–,435**	–
за методикою В. Зунга	–,318*	,284*

Примітка: *p≤0.05, ** p≤0.01

В результаті проведеного аналізу було встановлено низку значущих коефіцієнтів, зокрема, r = –,435 (p < 0,01) між рівнем розвитку депресії та фемінністю – це обернений зв'язок середнього рівня: чим вищий рівень фемінності, тим нижчий рівень депресії, визначений за методикою А. Бека; r = –,318 (p < 0,05) між рівнем депресивного стану та фемінністю – це також обернений зв'язок слабкого рівня: чим вищий рівень фемінності, тим нижчий рівень депресії, визначений за методикою В. Зунга; r = ,284 (p < 0,05) – це прямий слабкий зв'язок: чим вищий рівень маскулінності, тим вищий рівень депресії за В. Зунгом.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі зв’язки між характеристиками гендерної ідентичності та рівнями депресивних проявів. Негативний кореляційний зв’язок між фемінністю та рівнем депресивних проявів може вказувати на потенційний захисний ефект фемінних рис у контексті когнітивно–афективної депресії. Водночас, позитивна кореляція між маскулінністю та депресивними проявами свідчить про можливє поєднання маскулінних рис з внутрішнім накопиченням негативних переживань та проявами соматичних симптомів.

Вочевидь, ми стикнулись з тим, що особи з вищим рівнем фемінності, яким притаманна емоційна чутливість, вираження почуттів, співпереживання, соціальна відкритість, мають менший ризик виникнення глибокої, клінічно значущої депресії. Можливо, це тому, що фемінна поведінка сприяє емоційному самовираженню та пошуку підтримки, що може діяти як психологічна профілактика.

Особи з вищим рівнем прояву маскулінних рис, для яких характерна більша самостійність, стриманість, домінування, емоційна закритість, можуть пригнічувати прояви емоцій або не звертатися по допомогу, що сприяє накопиченню соматичних проявів депресії. Можливо, це тому, що маскулінність може бути пов'язана з внутрішньою напругою, самостійним «пережовуванням» проблем, яке проявляється появою фізичних симптомів як–от порушення сну, втома, апетит тощо.

Надалі в нашому аналізі ми зробимо акцент на вияві впливу гендерної ідентичності на прояви депресивних станів в контексті відповідності / не відповідності психологічної та біологічної статі особистості. Тому звернемо більшу увагу не на власне маскулінні чи фемінні прояви особистості, а на те, як факт узгодженості соціальної та біологічної статі впливає на прояви депресивних станів.

Для встановлення цього факту було обрано статистичну процедуру – Тест Краскала–Волліса, – результати якого дадуть можливість констатувати таке: при наявності відмінностей у прояву депресивних станів у групах цисгендерів та трансгендерів можна говорити про наявність впливу гендерної ідентичності та депресивні стани.

За допомогою тесту Краскала–Волліса ми проводили аналіз відмінностей між кількома незалежними групами, в нашому дослідженні це – цисгендерні та трансгендерні чоловіки та аналогічні у жінок, що видно з табл.2.2.1. (див. також Додаток В)

Таблиця 2.2.2 – **Встановлення відмінностей депресивних проявів у чоловіків та жінок за ознакою типу гендерної ідентичності.**

Порівнювані групи		**Показники тесту Краскала–Волліса**	
		$H_{емп}$	p
чоловіки: трансгендерні–цисгендерні	тривожність за А. Беком	0,462	> 0,05
	тривожність за В. Зунга	0,538	> 0,05
жінкики: трансгендерні–цисгендерні	тривожність за А. Беком	0,133	> 0,05
	тривожність за В. Зунга	0,108	> 0,05

Результати непараметричного аналізу за тестом Краскала–Волліса не виявили статистично значущих відмінностей у рівнях депресивності між цисгендерними та трансгендерними учасників, як серед чоловіків, так і серед жінок, як за шкалою А. Бека, так і за шкалою депресії В. Зунга. В усіх випадках статистично значуща різниця не виявлена ($p > 0.05$).

В обох випадках було прийнято нульову гіпотезу про те, що розподіли рівнів депресивного стану не відрізняються між досліджуваними групами, що може вказувати на: наявність психологічної адаптації трансгендерних осіб у вибірці, підтримку соціального оточення та відсутність гострих соціальних тригерів, які могли б посилити депресивні стани в окремих підгрупах.

Крім того, важливо зазначити, що результати були узгодженими за двома незалежними психодіагностичними методиками, які вимірюють депресію на основі різних концептуальних підходів: когнітивно–афективного (А. Бек) та соматично–афективного (В. Зунг). Це підвищує надійність отриманого результату.

Однак, обмеження дослідження, зокрема нерівномірний обсяг вибірки, особливо у групі трансгендерних чоловіків (n=5), можуть обмежувати статистичну потужність аналізу. Тобто, навіть якщо реальна відмінність існує, вона могла лишитись невиявленою у межах цієї вибірки.

На наступному етапі, для порівняння двох незалежних вибірок, було використано непараметричний U–критерій Манна – Вітні. Результати представелні на табл 2.2.3. (див. також Додаток Г)

Таблиця 2.2.3 – **Результати порівняння депресивних проявів у різних дослідницьких групах за критерієм Манні – Вітні**.

Порівнювані групи	**$U_{емп}$**
жінки (за А. Беком)	,135
жінки (за В. Зунком)	.109
чоловіки (за А. Беком)	,513
чоловіки (за В. Зунком)	,594
трансгендерні чоловіки	,974
трансгендерні жінки	,497
цисгендерні особи (за А. Беком)	,071
цисгендерні особи (за В. Зунком)	,216

Усі проведені парні порівняння за допомогою тесту Манна–Вітні між групами з різними типами гендерної ідентичності (цисгендерні та трансгендерні чоловіки; цисгендерні та трансгендерні жінки; трансгендерні чоловіки і жінки; цисгендерні чоловіки і жінки) не виявили статистично значущих відмінностей у вияву рівнів депресивних станів — як за шкалою А. Бека, так і за шкалою В. Зунга.

Це підтверджує результати загального аналізу за критерієм Краскала–Волліса, вказуючи на відсутність виражених відмінностей у депресивних станах між цисгендерними та трансгендерними особами. Можливим поясненням цього факту є адаптація учасників дослідження до власної ідентичності, соціальна підтримка (живуть у середовищі, де їх приймають, їхній психоемоційний стан може бути стабільним) або інші медіатори, не включені до цього дослідження. Варто також враховувати, що обмежений обсяг вибірки міг знизити статистичну потужність тестів, тож подальші дослідження на більших масивах даних залишаються актуальними.

Отже, на основі проведеного аналізу депресивний стан не є прямою функцією гендерної ідентичності. Відсутність значущих відмінностей свідчить про те, що депресивні прояви не залежать безпосередньо від того, чи є особа трансгендерною чи цисгендерною, а швидше — від інших психологічних або соціальних чинників, як–от досвід прийняття або стигматизації, рівень соціальної підтримки, життєві кризи або навпаки — успішна інтеграція.

Для виявлення прихованих структур у вибірці та групування учасників за сукупністю показників (рівень депресії, маскулінність / фемінність) було застосовано кластерний аналіз.

Таблиця 2.2.3 **– Результати кластерного аналізу (кінцеві центри кластерів).**

Складники	**Кластери**			
	1	2	3	4
гендерна ідентичність	4,00	2,64	2,65	3,00
депресія (за А. Беком)	48,00	13,28	27,12	6,50
депресивні стани (за В. Зунгом)	82,50	54,20	63,09	39,69

Зауважимо, що виходячи лише з кінцевих центрів кластерів, ми можемо зробити припущення лише про те, які гендерні ідентичності є більш представленими в кожному кластері, але це не є точним визначенням, оскільки позначення типу гендерну в КА є лише міткою, середні значення центрів кластерів для цієї змінної вказують на те, до якої категорії «в середньому» тяжіє кластер.

Кластер 1

Середнє значення «гендер» для Кластера 1 є 1.00, що ідеально відповідає позначці цисгендерних чоловіків. Це вагомо свідчить про те, що більшість осіб у цьому кластері є цисгендерними чоловіками.

Даний кластер продемонстрував найвищі показники за обома шкалами: 48,00 бала за опитувальником А. Бека та 82,50 бала за шкалою В. Зунга.

Це найбільш уразлива група, до якої входять цисгендерні чоловіки з дуже високим рівнем депресивності. Можливо, цьому сприяють соціальна ізоляція або емоційне замикання, низька готовність звертатися по психологічну допомогу, стримування афекту як частина традиційної маскулінності.

Доведеним фактором є культурний припис самодостатності: чоловіки частіше вважають відкритий прояв страждання проявом «слабкості». На фоні воєнного та економічного стресу ця внутрішня заборона посилюється — і депресія набуває форми «прихованих» соматичних скарг (головний біль, безсоння, підвищений артеріальний тиск), що рідко асоціюються самими респондентами із психічним благополуччям. Варто зазначити, що сучасні інтервенції, орієнтовані на чоловіків, акцентують саме «мову сили» — наприклад, когнітивно–поведінкові групи, де акцент роблять на тренуванні «ментальної витривалості», а не «емоційної вразливості».

Кластер 2

Середнє значення «гендер» у цьому кластері становить 0,75, тобто група тяжіє до позначки трансгендерних чоловіків, хоча цілком імовірна наявність кількох інших гендерних ідентичностей.

За шкалою А. Бека було отримано 13,28 бала, а за шкалою В. Зунга — 54,20 бала, що відповідає низькому–середньому рівню депресивних проявів.

Цей порівняно благополучний кластер може пояснюватися успішною соціальною адаптацією: трансгендерні чоловіки вибірки, вочевидь, отримують підтримку близьких та більш успішно адаптовані соціально, завдяки чому напруженість і внутрішній конфлікт істотно зменшилися.

Кластер 3

Середнє значення «гендер» для Кластера 3 є 0.69, що є найближчим до позначки для цисгендерних жінок (3), хоча й менше за 1. Це натякає на те, що цей кластер, ймовірно, включає значну кількість цисгендерних жінок.

Показники депресії — 27,12 бала за А. Беком і 63,09 бала за В. Зунгом — уписуються в середній діапазон.

Для цисгендерних жінок подібна помірна депресивність типова: часте емоційне й рольове перевантаження (поєднання професійних, сімейних та соціальних обов'язків) може підіймати рівень дистресу, але водночас більша відкритість до пошуку допомоги і вираження почуттів частково утримує показники від переходу в клінічно тяжку зону.

Кластер 4

Середнє значення «гендер» для Кластера 4 становить 0.87. Це значення також не є чітким відображенням жодної з міток, але знаходиться між цисгендерними чоловіками та трансгендерними жінками. Воно ближче до 1, але враховуючи контекст інших змінних (дуже низькі показники А. Бека та В. Зунга), це може вказувати на те, що цей кластер може містити значну кількість трансгендерних жінок, але їхні відповіді на інші шкали можуть відрізнятися.

Саме ці опитувані показали найнижчі депресивні бали: 6,50 бала за опитувальником А. Бека та 39,69 бала за шкалою В. Зунга.

Цей кластер — найбільш емоційно стабільний. Можливо, трансгендерні жінки у цій вибірці отримали прийняття, підтримку, активно працюють із психологом / у спільнотах, мають високий рівень особистісної інтеграції.

Відчуття автентичності та соціального прийняття, імовірно, слугує потужним захисним фактором, що мінімізує депресивні прояви у цій групі.

Однак, виходячи з наявних даних, ми можемо припустити:

Кластер 1: переважно цисгендерні чоловіки.

Кластер 3: ймовірно, значна частина – цисгендерні жінки.

Кластери 2 та 4: Можуть бути більш змішаними за гендерним складом, або середні значення «гендеру» вказують на певні особливості відповідей осіб у цих кластерах на інші запитання, що корелює з їхньою гендерною ідентичністю.

Отже, кластерний аналіз виявив чотири профілі психоемоційного стану, в яких рівень депресивних проявів варіюється не лише за гендерною ідентичністю, а й, можливо, за глибиною адаптації, внутрішньою інтеграцією й соціальною підтримкою. Найбільш депресивною виявилася група цисгендерних чоловіків, що може свідчити про емоційне пригнічення, уникнення допомоги або вплив традиційної маскулінності. Натомість трансгендерні жінки виявилися найменш депресивними, що суперечить усталеним стереотипам і вказує на потенційно успішні адаптаційні механізми в цій групі.

Висновки до другого розділу.

У рамках виконаної роботи ми дослідили рівні депресивних проявів серед респондентів за трьома методиками. Результати власної шкали показали, що більшість учасників (35,0%) не мають ознак зниженого настрою, тоді як 5,0% опинилися в групі з глибокими депресивними симптомами, що потребує термінового втручання. За методикаою «Шкала депресії» А. Бека аналогічно 28,3% респондентів не виявили депресивних ознак, натомість 16,7% — тяжку депресію із високим ризиком суїциду.

Статистичні непараметричні тести (Краскала–Волліса і Манна–Вітні) не показали значущих відмінностей у рівнях депресії між цис– і трансгендерними учасниками обох статей ($p > 0,05$). Це свідчить, що гендерна ідентичність у нашій вибірці не визначає рівень депресивних станів, ймовірно завдяки наявності соціальної підтримки й ефективних адаптивних механізмів.

Кореляційний аналіз виявив помірно зворотний зв’язок між рівнем фемінності та депресією за методикою А. Беком ($r = –0,435$, $p < 0,01$) і слабку пряму кореляцію між маскулінністю й депресією за методикою В. Зунгом ($r = 0,284$, $p < 0,05$). Отже, емоційна відкритість і здатність до спілкування можуть захищати від когнітивно–афективної депресії, тоді як стриманість і емоційна інгібація сприяють накопиченню соматичних симптомів.

Кластерний аналіз виділив чотири групи з різним рівнем депресії: найвразливішими виявилися цисгендерні чоловіки з найвищими балами за обома шкалами, натомість трансгендерні жінки демонстрували найнижчі показники, що вказує на їхню високу психологічну стійкість. Таким чином, депресивні прояви в досліджуваній вибірці більше залежать від індивідуально–психологічних особливостей і соціальних ресурсів, ніж від самої гендерної ідентичності.

ВИСНОВКИ

Здійснене кваліфікаційне дослідження «Вплив гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості» дало можливість реалізувати поставлені завдання. У теоретичному дослідженні сучасних робіт українських і закордонних науковців дало змогу встановити, що гендерна ідентичність це уявлення людини про свою відповідність гендерним ролям. Відповідати сукупності соціальних норм і стереотипам поведінки, характерним для людей певної статі. (у запровадженні Дж. Мані, цит. за: А. Эрхардт, 2007). Вона формується під впливом соціальних, культурних та індивідуальних факторів, а її розбіжність із біологічною статтю може стати джерелом стресу та прояву депресивних станів.

Депресивні стани це тривалиий емоційний стан, який негативно впливає на особистість. Характеризується стійким відчуттям пригніченості, апатією до будь–яких занять, різким зниженням рівня активності, уповільненням психічних процесів, емоційним дисбалансом та неадекватно заниженою самооцінкою. (О. Куліш і М. Валюшко (2018))

Трансгендерні особи стикаються з додатковими ризиками депресивних проявів через стигматизацію, тоді як цисгендерні особи можуть відчувати тиск через суспільні очікування щодо гендерних ролей.

В ході емпіричного дослідження було встановлено кореляційні зв’язки між гендерною ідентичністю та проявами депресивніих станів, зокрема, встановлено, що фемінність негативно корелює з виявом депресивних станів, що може свідчити про захисний ефект фемінних рис — емоційної відкритості, уміння шукати й приймати соціальну підтримку, а маскулінність позитивно пов’язана з проявами депресивних станів, що вказує на додатковий ризик, зумовлений емоційним стримуванням, установкою на самодостатність і небажанням звертатися по допомогу.

Не було встановлено відмінностей у проявах депресивних станів між цис– і трансгендерними учасниками дослідження, що підкреслює провідну роль

соціальної підтримки й особистісних ресурсів, а не біологічної статі у їхньому формуванні.

Кластеризація дозволила виокремити чотири психоемоційні профілі: найбільш уразливими є цисгендерні чоловіки з максимальними показниками депресивних станів; найстійкіші – трансгендерні жінки з мінімальними проявами депресивних станів.

Таким чином, отримані результати підтверджують, що гендерна ідентичність не є ключовою детермінантою депресивних проявів, окрім неї вагому родь спричиняють стиль емоційного самовираження, доступність підтримки та внутрішнє прийняття. Високий рівень фемінності, пов’язаний з емпатійністю й умінням звертатися по допомогу, знижує ризик глибокої депресії, тоді як традиційно маскулінна установка на самостійність і стриманість може спричиняти соматизацію негативних переживань.

Отже, всі поставлені завдання виконано, мета дослідження досягнута і намічені плани подальших досліджень – застосувати неімовірнісні методи формування вибірки для забезпечення достатньої кількості учасників обох статей з неузгодженістю соціальної та біологічної статі із метою розширення бази даних для застосування відповідних статистичних процедур.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Агаєв Н., Кокун О. «Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник». Київ, 2016.
2. Бабич О. «Дослідження гендерних проблем та стереотипів професійного середовища очима студентів». Вісник НАДУ. Серія «Державне управління». 2018. № 3 (90). С. 119–130.
3. Богачевська–Хом'як М., Гундорова І., Орлов Ф., Агеєва П., Кобелянська Л., Скорик М. «Основи теорії ґендеру: Навчальний посібник» Київ: "К.І.С.", 2004. 11 с.
4. Валюшко М., Куліш О. «Депресивні стани підлітка та їх причини. Актуальні проблеми природничих та гуманітарних наук у дослідженнях молодих учених» «Родзинка–2018» XX Всеукраїнська наукова конференція молодих учених. 2018. С. 308–310.
5. Великодна М. «Дослідження ґендерної ідентичності особистості: модифікація опитувальника BSRI. Ґендерна парадигма освітнього простору» 2015. № 1. С. 8–13.
6. Горностай П. «Основи соціальної психології: підручник для закладів вищої освіти», ред. Слюсаревський М. Київ: Талком, 2018. 580 с.
7. Котова–Олійник С., Стельмах Б., Ярош О. «Ґендерна абетка для українських медіа». Луцьк: ВМА "Терен", 2013.
8. Лоуен А. «Депресія і тіло» Київ: ЕКСМО–Пресс, 2002. 384 с.
9. Марценюк Т. «Поняття гендер». Велика українська енциклопедія.
10. Наугольник Л. «Психологія стресу: підручник». Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
11. Норкіна І. «Статеворольова соціалізація як засвоєння ґендерної ролі. Сучасні стратегії ґендерної освіти в умовах євроінтеграції» матеріали міжнар. наук.–практ. конф., м. Тернопіль, 2020. С. 165–167.

12. Оніщенко Н., Львова О. «Гендерна рівність: крок до розвитку чи моральна криза сучасного суспільства?» 2013. Вип. 62. С. 3–11.
13. Пфайєр С. «Депресія. Хвороба сучасності». Львів: Свічадо, 2017. 87 с.
14. Сизоненко А. «Психологічні особливості гендерних стереотипів особистості. Проблеми сучасної психології.» 2016. № 31. С. 418–427.
15. Трофименко О., Сазонова Я., Касянчук М. «Біоповедінкове дослідження серед трансґендерних людей в Україні: Аналітичний звіт». Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2021.
16. Туранська А. «Депресивні стани студентів–психологів: особливості діагностики та психологічна допомога». Львів, 2022.
17. Уварова О. «Права жінок та гендерна рівність». Київ, 2018. 185 с.
18. Фройд З. «Скорбота і меланхолія». Вісник психоаналізу. 2002. № 1. С. 13 – 30.
19. Abraham K. «Notes on the Psycho–Analytical Investigation and Treatment of Manic–Depressive Insanity and Allied Conditions. Essential Papers on Depression» NY: International Universities Press, 1985. P. 31–48.
20. Abrams M. «Transgender and Nonbinary Adolescents: The Role of Voice and Communication Therapy». Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. 2019.
21. Badge S., Adelson J., Howard K. «Anxiety and depression in transgender individuals: The role of transition status, loss, social support, and coping». Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2013. Vol. 81, No. 3. P. 545–557.
22. Bem S. «The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality». Yale University Press, 1993.
23. Deaux K., Martin D. «Social Identity: Sociological and Social Psychological Perspectives». Social Psychology Quarterly. 2003. Vol. 66, No. 2. P. 101–117.
24. Diamond M. «Sex and gender are different: Sexual identity and gender identity are different». Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2002. Vol. 7, No. 3. P. 320–334.

25. Ehrhardt A. «John Money, PhD». The Journal of Sex Research. 2007. Vol. 44, No. 3. P. 223–224.
26. Giddens A., Birdsall K. «Sociology: Fourth Edition». 2001. 750 p.
27. Guiso L. «Culture, gender, and math». Science. 2008. Vol. 320, No. 5880. P. 1164–1165.
28. Hajek A., König H., Buczak–Stec E. «Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms among transgender people: results of a survey». Healthcare. 2023. Vol. 11, No. 5. P. 705.
29. Hell. D. «Landshaft depressyy». Aleteja, 1999. 280 p.
30. Hippocrates. «De natura hominis». Vol. IV. Loeb Classical Library 147. Cambridge (MA): Harvard University Press, 1923.
31. Jacobs S., Thomas W., Lang S. «Two–Spirit People: Native American Gender Identity, Sexuality, and Spirituality». University of Illinois Press, 1997.
32. Kessler R., Avenevoli S., Merikangas K. «Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective». Biological Psychiatry. 2001. Vol. 49, No. 12. P. 1002–1014.
33. Maccoby E., Jacklin C. «The Psychology of Sex Differences». Stanford University Press, 1974. 634 p.
34. Magalhaes C., Magalhaes E. «Gender Dysphoria». Encyclopedia of Psychology and Gender. 2017. P. 651–654.
35. McGlinchey J., Zimmerman M., Young D. et al. «Diagnosis of major depressive disorder VIII: Are some symptoms better than others?» The Journal of Nervous and Mental Disease. 2006. Vol. 194. P. 785–790.
36. Mencacci C., Landi P. «Depression and gender: towards tailored medicine». Evidence–Based Psychiatric Care. 2020. Vol. 6, No. 2. P. 126–131.
37. Nanda S. «Gender Diversity: Crosscultural Variations». 2nd ed. Waveland Press, 2014.
38. Schmidt J. «Redefining Fa'afafine: Western Discourses and the Construction of Transgenderism in Samoa». Intersections: Gender, History and Culture in the Asian Context. 2001. No. 6.

39. Suarez N. «Disparities in Health and Suicide Risk Among Transgender and Cisgender High School Students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023». MMWR. 2023. Vol. 73, Suppl–4. P. 68–72.
40. Tavris C. «The Mismeasure of Woman: Why Women Are Not the Better Sex, the Inferior Sex or the Opposite Sex». Simon and Schuster, 1992. 400 p.
41. Weissman M., Klerman G. «Sex differences and the epidemiology of depression». Archives of General Psychiatry. 1977. Vol. 34. P. 98–111.
42. World Health Organization. «Eleventh revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD–11)».

ДОДАТКИ

Додаток А

«Модифікація статево–рольового опитувальника» С. Бем

Інструкція: Перший бланк (інструкція №1) — “Оцініть кожен пункт позначкою “+” або “–” залежно від того, чи притаманна Вам описана якість”;

Інструкція: Другий бланк (інструкція №2) — “Оцініть кожен пункт позначкою “+” або “–” залежно від того, чи притаманний він більшості жінок (чоловіків).

Стать: _____ Вік: _____

Ґендерно чутливі тексти опитувальника (дорослий варіант)

Варіант для чоловіків (про чоловіків)	**Варіант для жінок (про жінок)**
Впевнений у собі	Впевнена в собі
Поступливий	Поступлива
Здатний допомогти	Здатна допомогти
Відстоює власні переконання	Відстоює власні переконання
Життєрадісний	Життєрадісна
Похмурий	Похмура
Незалежний	Незалежна
Сором’язливий	Сором’язлива
Сумлінний	Сумлінна
Спортивний	Спортивна
Ніжний	Ніжна
Награний	Награна
Наполегливий	Наполеглива
Улесливий	Улеслива
Щасливий	Щаслива
Сильний як особистість	Сильна як особистість
Відданий	Віддана
Непередбачуваний	Непередбачувана
Дієвий	Дієва
Жіночний	Жіночна

Надійний	Надійна
Схильний до аналізу	Схильна до аналізу
Співчутливий	Співчутлива
Ревнивий	Ревнива
Здібний до лідерства	Здібна до лідерства
Уважний до потреб інших людей	Уважна до потреб інших людей
Правдивий	Правдива
Готовий ризикнути	Готова ризикнути
Чуйний	Чуйна
Потайний	Потайна
Легко приймає рішення	Легко приймає рішення
Жалісливий	Жаліслива
Щирий	Щира
Самостійний	Самостійна
Прагне втішити	Прагне втішити
Зарозумілий	Зарозуміла
Владний	Владна
Солодкомовний	Солодкомовна
Привабливий	Приваблива
Чоловічний	Чоловічна
Теплий, сердечний	Тепла, сердечна
Серйозний	Серйозна
Має власну позицію	Має власну позицію
Турботливий	Турботлива
Приязний	Приязна
Агресивний	Агресивна
Довірливий	Довірлива
Невмілий	Невміла
Виступає лідером	Виступає лідером
Безпосередній	Безпосередня
Легко пристосовується	Легко пристосовується
Індивідуаліст	Індивідуалістка
Не використовує лайливих слів	Не використовує лайливих слів
Безсистемний	Безсистемна

Любить позмагатись	Любить позмагатись
Любить дітей	Любить дітей
Тактовний	Тактовна
Амбітний	Амбітна
Спокійний	Спокійна
Поміркований	Поміркована

Додаток Б

Результати кореляційного аналізу

(вивід з SPSS)

Корреляции

		Бек	Маскулінність	Зунг	Фемінність
Бек	Корреляция Пирсона	1	,169	,813**	-,435**
	Знач. (двухсторонняя)		,197	,000	,001
	N	60	60	60	60
Маскулінність	Корреляция Пирсона	,169	1	,284*	-,311*
	Знач. (двухсторонняя)	,197		,028	,015
	N	60	60	60	60
Зунг	Корреляция Пирсона	,813**	,284*	1	-,318*
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,028		,013
	N	60	60	60	60
Фемінність	Корреляция Пирсона	-,435**	-,311*	-,318*	1
	Знач. (двухсторонняя)	,001	,015	,013	
	N	60	60	60	60

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Додаток В

Результати тесту Краскала–Волліса

Итоги по проверке гипотезы

	Нулевая гипотеза	Критерий	Знач.	Решение
1	Распределение Бек_Ч является одинаковым для категорий Ч.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,462	Нулевая гипотеза принимается.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Итоги по проверке гипотезы

	Нулевая гипотеза	Критерий	Знач.	Решение
1	Распределение Зкнг_ч является одинаковым для категорий Ч.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,538	Нулевая гипотеза принимается.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Итоги по проверке гипотезы

	Нулевая гипотеза	Критерий	Знач.	Решение
1	Распределение Бек_ж является одинаковым для категорий Ж.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,133	Нулевая гипотеза принимается.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Итоги по проверке гипотезы

	Нулевая гипотеза	Критерий	Знач.	Решение
1	Распределение Зунг_Ж является одинаковым для категорий Ж.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,108	Нулевая гипотеза принимается.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Додаток Г

Результати тесту Манна–Вітні

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of Ж_Бек is the same across categories of Ж.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,135[c]	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ж_Зунг is the same across categories of Ж.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,109[c]	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

c. Exact significance is displayed for this test.

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of Ч_Бек is the same across categories of Ч.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,513[c]	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ч_Зунг is the same across categories of Ч.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,594[c]	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

c. Exact significance is displayed for this test.

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of Т_Ж is the same across categories of Т.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,974[c]	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Т_Ч is the same across categories of Т.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,497[c]	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

c. Exact significance is displayed for this test.

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.[a,b]	Decision
1	The distribution of Ц_Бек is the same across categories of Ц_ЧЖ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,071[c]	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ц_Зунг is the same across categories of Ц_ЧЖ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,216[c]	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

c. Exact significance is displayed for this test.

StrikePlagiarism.com

Дата звіту 6/3/2025
Дата редагування ---

Звіт не був оцінений

Звіт подібності

метадані

Назва організації
Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman KNEU
Заголовок
Вплив гендерної ідентичності на прояви депресивних станів особистості
Автор Науковий керівник / Експерт
Сухарнікова В. Є.доц. Музичко Л. В.
підрозділ
кафедра педагогіки та психології

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.

1.70% 1.70% КП 1

0.28% 0.28% КП 2

2.96% 2.96% КЦ

25
Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2

10423
Кількість слів

81224
Кількість символів

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		15
Інтервали		0
Мікропробіли		107
Білі знаки		1
Парафрази (SmartMarks)		9