

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА

Факультет психології

Кафедра загальної психології

«Зв'язок стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла»

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу, 3 групи

ОС «Бакалавр»

(спеціальності 053 «Психологія»,

освітня програма «Психологія»)

Оропай А. С.

_____ (Підпис)

Науковий керівник

кандидат психологічних наук,

Вакуленко О. Л.

_____ (Підпис)

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК № __

Протокол № __ від _____ року

Завідувачка кафедри загальної психології

_____ Юрчинська Г. К.

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ІСТОРИЧНІ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	6
1.1. Історична еволюція уявлень про тіло	6
1.2. Аналіз поняття «стереотип».....	8
1.4. Особливості сприйняття образу власного тіла	24
Висновок до розділу I	29
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТЕРЕОТИПІВ ПОВЕДІНКОВИХ НОРМ НА СПРИЙНЯТТЯ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА	32
2.1. Опис вибірки проведеного емпіричного дослідження.....	32
2.2. Методологія та етапи процедури дослідження.....	33
2.3 Аналіз та інтерпретація результатів.....	53
Висновок до розділу II.....	82
РОЗДІЛ III. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ СТЕРЕОТИПНОГО УЯВЛЕННЯ	88
3.1. Загальні рекомендації щодо подолання негативного впливу стереотипів поведінкових норм на сприйняття образу власного тіла	88
3.2 Розробка тренінгової програми	91
Висновок до розділу III	97
ВИСНОВКИ	96
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	103
ДОДАТКИ.....	108

ВСТУП

Сприйняття образу власного тіла – це складний феномен, на який впливають численні фактори, включаючи особистий досвід, культурні норми та соціальні стереотипи. У сучасному світі, де панують культ краси та ідеалізовані образи в ЗМІ, стереотипи поведінкових норм можуть мати значний вплив на те, як люди сприймають свої тіла.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, розлади харчової поведінки, такі як анорексія та булімія, щорічно вражають мільйони людей. Низька самооцінка та негативне сприйняття тіла є одними з основних факторів ризику розвитку цих розладів. соціальні мережі часто зображують ідеалізовані образи тіла, які можуть призвести до порівняння себе з іншими та негативної самооцінки. Дослідження показують, що користувачі соціальних мереж, які частіше бачать ідеалізовані образи тіла, більш схильні до незадоволеності своїм тілом та розвитку розладів харчової поведінки.

Стереотипи щодо поведінки та зовнішності чоловіків і жінок можуть впливати на те, як люди сприймають свої тіла. Наприклад, від жінок часто очікується, що вони будуть мати струнку фігуру, а від чоловіків – м'язисте тіло. Ці стереотипи можуть призвести до почуття сорому та незадоволеності своїм тілом у людей, які не відповідають цим очікуванням.

Аналіз наукової літератури показує, що дослідження зовнішності та стереотипів, пов'язаних з нею, ведуться в рамках різних психологічних та соціологічних підходів.

І.С. Кон, Д. Олпорт, О.А. Орех, С.С. Степанов досліджували вплив соціальних норм та очікувань на сприйняття та оцінку зовнішності. Д. Пайнз, К. Роджерс, В. сатир, К. Хорні досліджували символічну роль зовнішності в свідомості та несвідомому суб'єкта.

Досліджують образ тіла та його зв'язок з самооцінкою та самоідентифікацією Р. Берні, Е. Кріс, Г. Кохут, Р. Ловенштейн, М. Малер. образ фізичного Я та образ тіла в гештальт-психології досліджували М. Бремман, М.

Джілл, К. сейвеж. Варто зазначити науковців, які аналізували вікові та культурні особливості. серед них Е. Кетчер, М. Левін, Н. Еркофф, Н. Уівер. окремо зв'язок між інтелектом та сприйняттям зовнішності вивчав Ф. Шонц, Дж. Шафер.

Інші дослідження ролі агентів та інститутів соціалізації у формуванні стереотипів зовнішності, їх змісту, різновидів та гендерних особливостей проводять такі науковці, як Т. Данильченко та інші.

Важливість дослідження підкреслюється потребою у кращому розумінні того, як стереотипи поведінкових норм пов'язані на сприйняття образу власного тіла. Це знання може допомогти у розробці ефективних стратегій для покращення психічного здоров'я та благополуччя людей.

Мета полягає у виявленні зв'язку між стереотипними уявленнями та сприйняттям образу власного тіла.

Завдання дослідження наступні:

1. Здійснити теоретичний аналіз джерел з досліджуваної проблеми.
2. Вивчити особливості сприйняття образу власного тіла в контексті сучасних культурних і соціальних стереотипів
3. Встановити зв'язок між стереотипними уявленнями та сприйняттям образу власного тіла особами з різними психологічними характеристиками.
4. Розробити рекомендації щодо корекції стереотипних уявлень образу власного тіла.

Об'єктом дослідження є стереотипні уявлення у самосприйнятті особистості

Предмет дослідження - зв'язок стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла

Методи дослідження, які були використано:

Теоретичні – систематизація, аналіз, синтез, узагальнення.

Емпіричні : опитувальник сприйняття тіла (Body Perception Questionnaire, BPQ)

- Адаптоване питання для анкети GAD-7 (шкала для визначення генералізованого тривожного розладу)
- опитувальника Айзенка (Eysenck Personality Inventory, EPI)
- Методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн

— Методика семантичного диференціалу

Статистичні – кореляційний аналіз.

Теоретична значущість дослідження полягає у тому. Що воно розширює теоретичні знання про вплив стереотипів поведінкових норм на сприйняття образу власного тіла. Удосконалюються методи дослідження сприйняття образу власного тіла. Запропоновано нову модель сприйняття образу власного тіла, яка враховує вплив стереотипів поведінкових норм.

Практична значущість дослідження полягає у тому, що результати можуть бути використані для розробки програм з профілактики та лікування розладів харчової поведінки. Рекомендації щодо подолання негативного впливу стереотипів поведінкових норм на сприйняття образу власного тіла можуть бути корисними для психологів, педагогів, соціальних працівників та інших фахівців, які працюють з людьми. Матеріали дослідження можуть бути використані в навчальних курсах з психології, соціології, педагогіки та інших дисциплін.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ I. ІСТОРИЧНІ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1.

Історична еволюція уявлень про тіло

Тіло — це область дослідження, яка була предметом великої дисципліни, все ще вивчається і ніколи не втратить своєї актуальності. Тіло, яке розглядається з різних точок зору в медицині, біології, анатомії, фізичному вихованні, мистецтві, соціології та комунікації, є важливим з точки зору розкриття точок зору, розроблених на цю тему до сьогодні в хронологічному порядку. Однак розгляд тіла з історичної точки зору не означає, що воно є лише предметом історичної дисципліни. Звертатися до тіла в одному аспекті та в рамках.

Упродовж всієї історії людської цивілізації тіло ніколи не було лише біологічною оболонкою індивіда. Воно завжди виступало багаторівневою категорією — філософською, релігійною, соціальною, культурною, естетичною, моральною. Його сприйняття змінювалося під впливом історичних умов, релігійних настанов, наукових відкриттів і панівних ідеологій. саме тіло стало ареною, на якій зіштовхуються дискурси влади, релігії, медицини, сексуальності, мистецтва та економіки.

Аналіз, проведений у цій роботі, дозволяє побачити, як від давніх часів до сучасності змінювалася парадигма тілесності. У стародавній Греції тіло було обожнюваним, ідеалізованим, воно втілювало міру, гармонію і силу. оголене чоловіче тіло символізувало не сором, а досконалість і доблесть. Проте цей ідеал був доступний виключно чоловікам — жінки в тій самій культурі були виключені з публічного простору, їх тіла — сховані, несвобідні, контрольовані.

З християнізацією Європи сприйняття тіла набуло кардинально іншого значення. Тіло стало об'єктом підозри, джерелом спокуси і гріха. Його дисциплінували, принижували, підпорядковували духові. Аскеза, стриманість, тілесне страждання стали шляхом до спасіння. страждання тіла Христа стало домінантною візуальною і теологічною формою тіла — образ розіп'ятого,

понівеченого, оголеного, але «святого» тіла став центральним у християнській культурі. У цьому контексті тіло позбавляється автономії: воно не належить індивіду, воно має служити Богові.

Починаючи з епохи Відродження, а згодом у Новий час, тіло починає виходити з тіні. Наукові відкриття у сфері медицини, анатомії, фізіології — Везалій, Гален, Гарвей — змінюють підхід до тіла: воно стає об'єктом раціонального пізнання, вимірювання, спостереження. Проте паралельно з цим з'являється інша тенденція — тіло стає ресурсом, який слід розвивати, контролювати, вдосконалювати. Формується поняття дисциплінарного тіла (М. Фуко), тобто тіла, яке не тільки підкоряється зовнішнім силам, але й само себе контролює, нормує, підпорядковує певним стандартам.

У XVIII–XIX століттях тіло все активніше включається в соціальні ієрархії: через тіло визначаються гендер, клас, расова належність. Ідеї про тілесну ієрархію отримують наукову легітимізацію в псевдонаукових теоріях про фізіологічну меншість жінок, біологічну неповноцінність «інших» рас тощо. Розміри тіла, його пропорції, функції починають асоціюватися з соціальним статусом і навіть моральною цінністю.

У XX столітті тіло стає центральним об'єктом культури масового споживання. З одного боку, виникає культ здоров'я, краси, молодості, контролю за тілом через дієти, спорт, косметику. З іншого боку — посилюється комерціалізація тілесності: тіло стає товаром, який можна продавати, рекламувати, споживати. Мас-медіа, реклама, мода — все це формує нову тілесну нормативність, що базується на стандартах, майже недосяжних для більшості людей. У центрі цього процесу — об'єктивізація: тіло сприймається не як цілісний досвід буття, а як візуальна форма, що підлягає оцінці, порівнянню, корекції.

Релігійні дискурси тим часом зберігають сильний вплив: у юдаїзмі, християнстві та ісламі тіло залишається предметом морального регулювання. Воно визначається як тимчасове, підпорядковане душі, і потребує дисципліни. Але навіть у межах цих релігій спостерігаємо розмаїття інтерпретацій — від

суворого контролю до символічного освячення (наприклад, тіло Ісуса в християнстві чи обрядові практики в ісламі).

Буддизм та міфологічні системи демонструють альтернативні підходи: вони часто асоціюють жіноче тіло з природою, землею, материнською сутністю, але водночас і з потенційною загрозою хаосу. Міфологія надає тілу надлюдських, фантастичних рис, які, проте, глибоко вкорінюють і нормалізують соціальні уявлення про силу, гендер, відмінність і домінування.

Особливої уваги потребує сучасне розуміння тіла в епоху постмодерну і цифрової культури. З розвитком соціальних мереж тіло стало інструментом саморепрезентації, брендування, політичного висловлювання. З одного боку, це створює ілюзію тілесної свободи, можливості формувати власну ідентичність. З іншого боку, ця свобода є оманливою — адже тіло постійно перебуває під тиском нормативів, алгоритмів, очікувань аудиторії. Тіло втрачає приватність, стає публічним простором, полем боротьби за визнання, лайки, репрезентацію.

Таким чином, у різних контекстах тіло було і залишається засобом комунікації, соціального регулювання, самовираження та боротьби. Воно втілює в собі суперечності між індивідуальним і колективним, духовним і фізичним, свободою і контролем. І хоча тілесність нібито належить кожному з нас, насправді вона формується в тісному зв'язку із зовнішніми структурами — культурними кодами, історичними уявленнями, політичними і релігійними нормами.

1.2.

аналіз поняття «стереотип»

Практично всі визначення стереотипу, у будь-якій формі, зосереджені на аспектах соціальної взаємодії людей. Це пов'язано з тим, що люди сприймають, оцінюють та взаємодіють у соціальному оточенні таким чином, щоб уникати переоцінювання кожної нової ситуації. стереотип - це жорстке, часто спрощене уявлення про певну групу людей або категорію. оскільки ми зазвичай прагнемо

до спрощень, стереотипи використовуються для більш прогнозованої поведінки інших. Часто ці уявлення мають негативний характер і ґрунтуються на упередженнях та дискримінації. стереотипи не завжди є неправильними, часто вони містять певну «крихту правди». Хоча стереотипи можуть змінюватися з часом, від них важко позбавитися для тих, хто їх усвідомив.

Розглянемо словники, які пропонують синоніми для терміну «стереотип» - кліше, стандарт, трафарет, шаблон. При цьому, стереотип розуміється як постійний сталий зразок чогось. «Кліше», в переносному значенні слова, використовується в лінгвістиці як «шаблонна фраза», «мовленнєвий штамп», «загальний вислів», який є стандартним для певних ситуацій. Далі - термін «стандарт»: це приклад, еталон, модель, за яким порівнюють інші подібні об'єкти; це типовий шаблон, який не містить у собі нічого оригінального чи індивідуального [14].

Поняття стереотипу має семантичне співвідношення з термінами «зразок», «стандарт», «кліше», «паттерн», «шаблон», що вказує на його повторюваність, стійкість, консервативність та типовість. Ці характеристики, можливо, лягли в основу того, що стереотип довгий час розглядався як винятково негативне явище, що обмежує людину в її здатності до самостійного прийняття рішень та творчого підходу до проблем, і тому став логічним заклик «ламати стереотипи». Цікаво, що негативне сприйняття стереотипізації супроводжувалося визнанням її природного, об'єктивного характеру, усвідомленням того, що вона базується на простих психологічних механізмах сприйняття. сучасні дослідження, які проводяться як зарубіжними, так і вітчизняними вченими, такими як В. Агеєв, Т. Васильєва, І. Малишева, Т. Стефаненко, Ю. Сорокін, В. Янчук і багато інших, нахиляються до комплексного вивчення феномену стереотипізації як об'єктивного явища без його суто оцінювального сприйняття.

Звертаючись до категорії «соціальний стереотип», яку вперше запропонував У.Ліппман у 1922 році, слід зауважити, що це упорядкований, схематичний образ світу, що сформований культурними чинниками [8].

Визначними ознаками його є неточність, помилковість і інерційність. Завдяки дослідженням таких відомих зарубіжних вчених, як В. Дуаз, Г. Теджфел, Х. Триандис, Д. Кемпбелл, і також вітчизняних вчених, таких як В. Агеєв, П. Шихирев, Т. Стефаненко, Н. Русина та інших, наше розуміння явища «соціального стереотипу» значно збагатилося [12].

Оскільки в повсякденному житті людина, як правило, не має часу, можливості або повної інформації для критичного аналізу та обґрунтування свого уявлення про соціальне середовище, вона спрощено осмислює його, спираючись на принцип «як усі». Такі уявлення швидко впроваджуються та стають основою для її мотивації та поведінки. Соціальний стереотип – це узагальнений образ або уявлення про соціальне явище, яке має емоційне забарвлення та виявляє значну стійкість. Він виражає звичайне ставлення людини до певного явища, що склалося під впливом соціального середовища та попереднього досвіду, і є складовою частиною її установок.

Цей підхід до розуміння соціального стереотипу як явища, яке потребує обов'язкового «перелому», виявляється і в інших джерелах: «соціальний стереотип - це стандартизований, схематизований, спрощений і сплосчений, як правило, емоційно пофарбований образ якого-небудь соціально-політичного об'єкта (явища, процесу), що має значну стійкість, але фіксує в собі лише деякі, іноді несуттєві риси. Іноді визначається як помилкове, ірраціональне, занадто узагальнене уявлення. У ширшому сенсі - це традиційний канон мислення, сприйняття, шаблонна манера поведінки» [19].

Сучасна гуманітарна наука розглядає процес стереотипізації та самі стереотипи більш широко - як засіб спрощення сприйняття суб'єктом не лише окремих особистостей і груп, але й різних соціальних явищ і процесів загалом. Так, І. Кон визначає: «стереотипізація полягає в тому, що складне індивідуальне явище механічно підводять під просту загальну формулу або образ, що характеризує (істинно або хибно) клас таких явищ» [12].

У соціокультурній традиції для опису сталої, часто повторюваної поведінки використовується поняття "ритуал" (від лат. *ritualis* - обрядовий), яке у своїх

визначеннях часто асоціюється з поняттям "стереотип". Згідно з "Філософською енциклопедією", ритуал розглядається як одна з форм символічної дії, що відображає зв'язок особи з системою соціальних відносин та цінностей і не має практичного або індивідуального значення.

В енциклопедії "символи, знаки, емблеми" ритуал прямо визначається як "стереотипна послідовність дій, що виконуються в певних обставинах". Це подібно до визначення з "Великого психологічного словника", де ритуал описується як "усталена, традиційно здійснювана людьми релігійна або світська церемонія; у психоаналізі - стереотипна послідовність дій людини, нав'язливе повторення одних і тих самих форм поведінки". Нарешті, у деяких джерелах наводиться таке визначення:

- Ритуал - це будь-яка послідовність дій або моделей поведінки, що є високо стилізованою, ригідною і стереотипною.
- Ритуал - це культурно або соціально стандартизований набір дій, що визначається традицією (релігійною, магічною або націоналістичною) і майже не змінюється.

Отже, ми спостерігаємо той самий акцент на постійності, повторюваності та жорсткості, що знову спонукає до переважно негативної оцінки стереотипних дій. Проте, дослідження сучасних вчених [7] показують, що у суспільстві стереотип виконує і позитивні функції [15].

У наукових дослідженнях щодо ролі стереотипів у функціонуванні свідомості людини виділяють дві позиції. З одного боку, стереотип відзначається жорсткістю і консервативністю, має емоційний компонент і може призводити до упереджень щодо представників інших груп, обмежуючи творче мислення. З іншого боку, стереотипи спрощують процеси прийняття рішень, забезпечують послідовність передачі знань і соціального досвіду, тим самим виконуючи адаптивну роль.

Позитивні аспекти стереотипізації полягають у тому, що в умовах та ситуаціях, що часто повторюються, модель стереотипної поведінки легко адаптується до нових обставин. Автоматизація навичок дозволяє краще

концентруватися на вимогах ситуації, що значно підвищує ефективність прийняття рішень. однак недоліки стереотипізації полягають у тому, що вона формує стійкі структури у свідомості особистості, які важко перебудувати, оскільки вони вже відпрацьовані і стають консервативними, не завжди відповідаючи реальності [7].

Роль стереотипів у визначенні соціального статусу та самоідентифікації в суспільстві полягає у формуванні загальних уявлень та очікувань про різні групи людей на основі загальних шаблонів чи уявлень. Вони впливають на сприйняття та оцінку інших осіб, а також на самопочуття та самооцінку індивіда.

Стереотипи допомагають людям зрозуміти та класифікувати різні соціальні групи та їх представників шляхом визначення загальних характеристик чи особливостей. Вони можуть бути як позитивними, так і негативними, але в будь-якому випадку вони впливають на спосіб сприйняття та взаємодії між людьми в суспільстві.

Стереотипи відіграють важливу роль у визначенні соціального статусу в суспільстві, оскільки вони формують уявлення про різні групи людей та їхні характеристики. соціальний статус може бути визначений за такими критеріями, як рівень освіти, заробітна плата, професія, соціальне середовище, походження та інші [15].

Перш за все, стереотипи формують уявлення про різні соціальні групи та їхні особливості. Наприклад, існує стереотип, що люди з вищою освітою мають вищий соціальний статус, або що представники певних професій, таких як лікарі чи вчителі, є авторитетними та поважними членами суспільства. Ці уявлення формують ідеальний образ людини, яка має високий соціальний статус, і впливають на сприйняття інших осіб.

Далі, стереотипи можуть впливати на судження про соціальний статус та привілеї. Наприклад, якщо в суспільстві існує стереотип, що особи певної раси чи етнічної групи є менш важливими або менш успішними, то це може призвести до нерівного розподілу ресурсів та можливостей між різними соціальними групами [9].

Також, стереотипи можуть впливати на самосвідомість та самопочуття осіб. Якщо людина відчуває, що вона не відповідає стереотипам про успішність чи привілеї, то це може призвести до низької самооцінки та відчуття відчуженості від суспільства.

Роль стереотипів у визначенні самоідентифікації в суспільстві полягає в тому, що вони впливають на спосіб, яким люди сприймають себе та своє місце у світі. стереотипи можуть визначати групову приналежність, формувати внутрішні переконання та впливати на самооцінку.

По-перше, стереотипи можуть сприйматися як орієнтири для ідентифікації особистості з певною групою або категорією. Наприклад, якщо людина відчуває себе належною для певної культури чи професійної спільноти, вона може усвідомити себе членом цієї групи через спільні риси та очікування, що виникають зі стереотипів [1].

По-друге, стереотипи можуть впливати на самооцінку, порівнюючи себе зі стандартами, які вони встановлюють. Люди можуть оцінювати свої характеристики та досягнення відповідно до того, наскільки вони відповідають стереотипам їх групи.

Крім того, стереотипи можуть створювати внутрішній конфлікт, коли індивід відчуває розбіжність між власною ідентичністю та очікуваннями, що випливають із стереотипів. Це може призвести до нестабільності самоідентифікації та почуття неузгодженості [4].

Саме стереотипи визначають спосіб, яким індивід сприймає себе та своє місце у суспільстві, впливаючи на його самоідентифікацію, самооцінку та внутрішні переконання.

Стереотипи визначають уявлення суспільства про соціальний статус та його оцінку, впливають на розподіл ресурсів та можливостей між різними групами, а також впливають на самосвідомість та самопочуття особистості.

Крім того, стереотипи можуть впливати на самоідентифікацію індивіда, оскільки люди можуть усвідомлювати себе з урахуванням тих стереотипів, які існують у суспільстві про їхню соціальну групу чи категорію.

Це може впливати на їхню поведінку, відчуття причетності до певної групи, а також на їх самовизначення у суспільному контексті. Вони відіграють важливу роль у формуванні соціального статусу та самоідентифікації в суспільстві, впливаючи на сприйняття, оцінку та взаємодію між людьми.

В рамках когнітивного підходу до аналізу стереотипів існує погляд, що стереотип виникає внаслідок когнітивних процесів людини, його характер є раціональним, а основні його риси - це загальність, схематизація та емоційний компонент, який визначає його стійкість.

Функції стереотипу можна узагальнити як когнітивні, що відображають формування уявлення про світ, і захисні, які сприяють збереженню цього уявлення про світ [9].

Спрощуючи реальний світ до схем, людина будує свій власний світ, що складається з уявлень і стереотипів, які часто далекі від реальності. Більшість людей припускає, що всі мають подібні думки та вчинки, відповідно до очікувань оточуючих, що відповідає загальним нормам у групі (наприклад, за віком, гендером, професією, етнічною належністю і т. д.).

У суспільних науках часто використовується категорія "соціальна норма", яка описує історично сформовані або установлені стандарти поведінки, що вважаються необхідними для підпорядкування індивіда чи групи певним соціальним цілям.

Норми обмежують різноманітність можливих варіантів поведінки в типових ситуаціях, забезпечуючи співіснування та взаємодію людей у конкретному соціумі. На відміну від стереотипів, норми визначають спосіб дії, а також послідовність цих дій, служачи для людини орієнтиром і зразком. Іншими словами, стереотип поведінки можна розглядати як механізм, що втілює норму [16].

Люди переконані у тому, що їхні упередження, прийняті норми і звички, на які вони підписалися, є необхідними для підтримання стабільності свого світогляду. Щодо цього М. Бутиріна, досліджуючи стереотипи в масовому сприйнятті, зауважує: "З точки зору медіакритики, можна говорити про

негативні наслідки медійної стереотипізації. оскільки стереотипи, які лежать в основі соціальних норм, обмежують вибір людини в прийнятті рішень, у вираженні своїх емоцій, у формуванні своїх думок та у своїй поведінці" [10].

Якщо особа відхиляється від певних норм і правил, вона може відчувати себе відокремленою від певної соціальної групи, що змушує її самостійно знаходити відповіді на життєві питання, приймати власні рішення та нести відповідальність за їхні наслідки. саме в цьому і полягають суб'єктивні труднощі подолання стереотипів як логічних бар'єрів.

Одне з найбільших упереджень людини полягає в її небажанні змінювати статус-кво. Це пояснюється тим, що всяка новизна вимагає додаткових зусиль для адаптації, примушує переглянути вже встановлену систему знань, цінностей та адаптувати їх до вимог нових обставин. Тому, нерідко, люди ігнорують нову інформацію, обираючи стабільність та безпеку.

Отже, соціальні норми обмежують різноманітність варіантів поведінки у типових ситуаціях і таким чином сприяють взаємодії та співіснуванню людей у конкретному соціумі. Відмінності між стереотипами та нормами полягають у тому, що норми визначають конкретний спосіб чи порядок дій, незалежно від самої дії, і служать орієнтиром для нього, тоді як стереотипи уявляють собою механізм об'єктивації цих норм [5].

Люди часто вірять у прийнятті ними норми і звичаї, оскільки це сприяє стабільності їхнього світогляду. Досліджуючи стереотипи масової свідомості, вчені відзначають можливі негативні наслідки медійної стереотипізації, оскільки стереотипи, які виступають фундаментом соціального сприйняття, обмежують свободу вибору, емоцій та дій людини.

Якщо людина не враховує певні соціальні норми та правила, вона виставляє себе проти спільноти, та, відповідно, змушена самостійно шукати рішення та нести відповідальність за їхні наслідки. Це може стати викликом для подолання стереотипів як логічних бар'єрів, оскільки велика частина людей уникатиме змін з метою збереження стабільності та безпеки [1].

1.3.

жерела формування стереотипів

Відомо, що самооцінка є ключовим та центральним аспектом самосвідомості, представляючи провідне структурне утворення. Вона визначається оцінками індивіда щодо самого себе та власних здібностей. Це твердження підтримують багато вчених, зокрема: Б.Г. Ананьєв, Л.І. Божович, А.В. Захарова, А.Б. Орлов, А.В. Петровський, с.Л. Рубінштейн, Е.Т. Соколова та інші. Самооцінка індивіда визначає його відношення до себе та навколишнього світу взагалі. Цей психічний феномен формується в ранньому дитинстві та є ключовим компонентом самосвідомості дитини [4].

Різні автори розглядають самооцінку по-різному: одні вважають її особистісним утворенням, яке активно регулює поведінку та переживання людини і бере безпосередню участь в її діяльності. Інші розглядають самооцінку як автономну характеристику особистості, її центральний компонент, що відображає унікальність внутрішнього світу особистості та формується за її активної участі [8].

Видатна дослідниця самооцінки Л.В.Бороздіна вважає її особливою функцією, яка здійснює зіставлення характеристик власної особистості, отриманих у результаті самоусвідомлення, з певним «еталоном» відповідних характеристик, отриманим нею в процесі взаємодії зі світом, його пізнанням, набуттям життєвого досвіду, освоєнням і присвоєнням культурних надбань людства, формуванням світогляду, та надає відповідь не на питання «Що я маю?», а «Чого це варте?» [2].

Отже, самооцінка визначається наявністю критичного погляду особи на власні досягнення та потенціал. Частина дослідників, які займаються розвитком суб'єктивної сфери особистості, особливо в аспекті самооцінки, представники різних психологічних шкіл розглядають цей феномен в залежності від контексту самосвідомості, особистості або категорії "Я", або враховують його компоненти (регулятивний, емоційний, когнітивний). об'єктом об'єктивної оцінки є

потенціали та можливості особистості, які експертами оцінюються за різними показниками [1].

Самооцінка є ключовою складовою самосвідомості, комплексного уявлення особистості про себе.

Вона взаємодіє з іншими аспектами самосвідомості, утворюючи інтегровану картину самопізнання [16].

Три ключові моменти сприяють розумінню самооцінки: співвідношення реального "Я" з ідеальним "Я", інтеріоризація соціальних реакцій від інших і оцінка успішності власних дій через призму особистої ідентичності [10].

Вивчення соціально-психологічної літератури дозволило виокремити ключові соціально-психологічні чинники, які впливають на розбіжність між самооцінкою та об'єктивною оцінкою якостей особистості. Ці фактори включають:

-соціальні аспекти, які охоплюють соціальний статус, соціальну впевненість, соціальну значущість, соціальну відповідальність, соціальні потреби та соціальну відчуженість.

-особистісні формування, які представляють собою якості особистості, що виступають фундаментальною основою для її розвитку [18].

Узгодження характеристик особистості між самооцінкою та об'єктивною оцінкою представляє собою важливий феномен, що дозволяє прогнозувати подальший розвиток особистості.

Рівень розвиненості та виразності якості не тільки визначає напрямок особистісного росту, але й впливає на відповідність між наявними суб'єктивними та об'єктивними оцінками особистості. Факт неузгодженості між самооцінкою та об'єктивною оцінкою характеристик особистості є істотним для саморегуляції та зовнішнього контролю, керівництва власним розвитком.

Особистісні самооцінки є своєрідними когнітивними схемами, які систематизують минулий досвід особистості та організовують нову інформацію, пов'язану з різними аспектами її "Я". Зокрема, самооцінка, особливо у контексті

здібностей та потенційних можливостей особистості, відображає і певний рівень її амбіцій [4].

Характеристиками самооцінки є її зміст (аспект особистості, який піддається усвідомленню і оцінці), рівень (або висота) і адекватність (тобто відповідність об'єктивному стану оцінюваного).

Так, часто в психологічній літературі виокремлюють три рівні самооцінки: занижений, середній (або адекватний) та завищений. Усі ці рівні самооцінки формуються під впливом зовнішніх оцінок, які в подальшому перетворюються на самооцінку особистістю [18].

Критерії самооцінки також можуть бути неоднозначними. Індивід оцінює себе двома способами: першим - порівнюючи рівень своїх амбіцій з об'єктивними результатами власної діяльності, і другим - порівнюючи себе з іншими людьми [20].

Важливо відзначити, що самооцінка не є постійною, а змінюється в залежності від обставин. Прийняття нових оцінок може впливати на значення тих, які були прийняті раніше.

Самооцінка тісно взаємодіє з іншими складовими самосвідомості, зокрема, наступними.

Самооцінка і ідентичність: ідентичність особистості визначається тим, як вона сприймає себе в контексті різних соціальних ролей і відносин. самооцінка впливає на формування ідентичності, визначаючи, наскільки особистість задоволена своїм власним образом.

Самооцінка та самосприйняття: самосприйняття охоплює сприйняття свого тіла, характеру, інтелекту і соціальних взаємин. самооцінка взаємодіє з цими елементами, визначаючи рівень самоприйняття та задоволеності власною особистістю.

Самооцінка і саморегуляція: саморегуляція включає у себе уміння контролювати власні емоції, поведінку та реакції на події. Рівень самооцінки може впливати на ступінь ефективності саморегуляції, оскільки особистість керує своїми діями відповідно до свого внутрішнього образу.

Самооцінка і самовизначення: процес самовизначення полягає в усвідомленні власних цінностей, цілей і життєвих пріоритетів. Самооцінка впливає на формування цих аспектів, допомагаючи особистості визначити свої основні пріоритети та цілі [13].

Самооцінка, що представляє собою процес оцінки особистістю власних характеристик, здібностей і можливостей, формується на основі порівняння зі стандартами та включає як раціональний, так і емоційний аспекти.

Формуванню самооцінки також сприяють гендерні та вікові особливості особистості. Наприклад, у дошкільний період дитина набуває знань про типові чоловічі та жіночі ролі, фізичні відмінності між чоловіком і жінкою, їхню відмінність у поведінці та взаємодіях, а також ключові якості особистості. У цей період у дитини формується почуття статевої ідентичності, і вона починає проявляти характерні моделі поведінки, пов'язані з "ролями" чоловіка чи жінки.

Починаючи відвідувати школу, дитина відтворює у своїй поведінці свої уявлення про те, яким має бути хлопчик чи дівчинка [4].

Молодший шкільний вік визначає важливий етап у розвитку самооцінки, де розглядаються фактори та прояви низької самооцінки у дітей цього віку. У молодших школярів самооцінка визначає їхні дії та взаємовідносини, що представляє собою період свідомого сприйняття себе, особистісної мотивації та потреб серед однолітків.

Згідно з дослідженням Варгати О.В. та Міхеєвої Л.В., критерії самооцінки молодших школярів включають когнітивний аспект (уявлення, наявність знань про еталони), мотиваційно-ціннісний аспект (потреба та інтерес до самооцінювання) та діяльнісно-практичний аспект (володіння різними способами самооцінювання та здатність до розгорнутої самооцінки) [3].

На цьому етапі важливо створити основу для формування адекватної самооцінки, яка сприятиме правильному оцінюванню сил та можливостей, а також постановці перед собою цілей.

Самооцінка підлітків часто буває нестійкою, піддаючись впливу зовнішніх факторів і часто виявляючись неадекватною та непостійною. Неадекватна

самооцінка може бути як завищеною, так і заниженою, залежно від того, як особистість оцінює свої власні якості. Занижена самооцінка може виникати через залежність від чужої думки, почуття заздрощів, невпевненість у собі, страх проявити себе, ревності тощо.

Самооцінка у підлітка є явищем, яке сильно залежить від численних факторів, від оточення до індивідуального темпераменту. У цьому віці підліток починає відкривати для себе своє "Я", усвідомлюючи свою індивідуальність, і шукає та виявляє недоліки у собі. Деякі з них можуть відчувати невдоволення самими собою [1].

Проте слід пам'ятати, що у цьому віці настає статеve дозрівання, відбуваються суттєві зміни в організмі, зовнішності, розумовому розвитку, відтак почуття підлітків стають більш виразними. В цей період спостерігається негативна фаза, що полягає у руйнуванні старих уявлень, очікувань та способів поведінки, яка проявляється підвищеною дратівливістю, вередливістю та іншими проявами. Невдоволення собою часто виражається у "меланхолії" чи агресивному способі поведінки. Це час самовиховання, коли хлопчик шукає і прагне стати "справжнім чоловіком", а дівчинка - "справжньою жінкою" [13].

Юнацький вік – це період активного соціального росту. старшокласник проявляє більше зацікавлення у подіях навколо себе і намагається брати в них участь. Юність є завершальним етапом первинної соціалізації [21].

Юність, як завершальний етап первинної соціалізації, визначається вже сформованими соціальними навичками та розумінням власної ролі у суспільстві. На цьому етапі юнак активно входить у соціальні структури та вчиться взаємодіяти з різними групами та спільнотами. Він стає більш зацікавленим у взаємодії з оточуючим середовищем та соціальними явищами. Його активність та бажання приймати участь в подіях свідчать про формування соціальної активності та готовності до ширшої і глибшої взаємодії зі світом.

Самооцінка юнаків відіграє ключову роль у їхньому психосоціальному розвитку, оскільки цей період визначається активним пошуком власної

ідентичності та визначенням місця в суспільстві. У цей час самооцінка набуває яскравих проявів, впливаючи на різні сфери життя підлітка [20].

На цьому етапі формується усвідомлення власних здібностей, інтересів, а також соціальної привабливості. Юнаки часто враховують думки та оцінки оточуючих, щоб сформувати свою "Я-концепцію". Важливою частиною самооцінки є сприйняття свого тіла та зовнішності, яке може впливати на самооцінку загалом.

Серед інших аспектів важливою є роль досягнень у навчанні, спорті, а також соціальних взаємин. Успіхи чи невдачі в цих сферах можуть значно вплинути на самооцінку та впевненість в собі. Водночас, соціальна акцептованість та підтримка з боку ровесників і дорослих можуть позитивно впливати на самооцінку юнаків, надаючи їм підтримку у складних ситуаціях.

Таким чином, самооцінка юнаків у період підліткового розвитку визначається впливом різноманітних факторів, від особистих до соціальних, і грає ключову роль у формуванні їхньої особистісної ідентичності.

Формування самооцінки в дорослому віці є складним та багатограним процесом, який включає в себе вплив різноманітних факторів, як фізіологічних, психологічних, соціальних, індивідуальних та культурних.

Основні аспекти формування самооцінки в дорослому віці включають зміни у сприйнятті власного тіла, зміни у самооцінці свого сімейного та соціального статусу, а також зміни сприйняття себе у громадянському контексті [14].

Сприйняття фізичного "Я" в дорослому віці може бути досить важливим, оскільки впливає на загальний стан психічного здоров'я та самопочуття, та визначається комплексом фізичних змін, які відбуваються з особистістю під впливом старіння та інших факторів:

- фізичні зміни: з віком відбуваються природні фізіологічні зміни, такі як зміна ваги, втрата м'язової маси, зміни у шкірі, волоссі та інші. Ці зміни можуть впливати на спосіб, яким індивід сприймає своє тіло.

- ставлення до власного тіла: індивід може переосмислювати своє ставлення до свого тіла в контексті краси, привабливості та функціональних можливостей.

особливо це може виникнути, коли фізичні зміни відрізняються від прийнятих стандартів краси чи здоров'я.

- психологічна адаптація до старіння: Зміни фізичного "Я" можуть викликати психологічні виклики, такі як стрес, тривожність або втрата самооцінки. Однак деякі люди можуть розвивати позитивне ставлення до старіння, підкреслюючи досвід та мудрість, які вони отримують з роками.

- сприйняття соціокультурних стандартів: зовнішній вигляд часто оцінюється в контексті соціокультурних стандартів краси та молодості. Індивід може відчувати тиск адаптуватися до цих стандартів, що може впливати на його самооцінку [6].

В процесі дорослішання для особистості важливою стає оцінка сімейних та соціальних відносин. Підтримка з боку родини та близьких, а також успішні міжособистісні відносини можуть впливати на самооцінку.

З віком індивід може переосмислювати своє місце та роль в сім'ї. Зміни в сімейній динаміці, такі як втрата близьких, вихід на пенсію або перехід в роль дідуся чи бабусі, можуть впливати на самопочуття та самооцінку.

Підтримка з боку родини стає особливо важливою в цьому періоді. сімейна підтримка може впливати на відчуття важливості, значущості та прийняття власної особистості. Здатність до розуміння та взаємодії з різними поколіннями визначає стабільність сімейного середовища.

Успішні міжособистісні відносини також грають ключову роль в формуванні самооцінки. Взаємодія з друзями та колегами може надати підтримку, підняти настрій та збільшити відчуття соціальної приналежності. З іншого боку, конфлікти та негативні взаємодії можуть викликати стрес і впливати на самопочуття.

Окрім сімейних відносин, сприйняття себе в суспільстві також важливо для формування самооцінки. Участь у громадському житті, добровільна діяльність та інші форми соціальної взаємодії можуть збагатити особистісний досвід та забезпечити відчуття значущості [22].

Активний дорослий вік передбачає комплексний підхід до фізичного, психічного та соціального благополуччя, що впливає на сприйняття себе в дорослому віці та формування позитивної самооцінки.

Психологічна зрілість - розуміння своїх емоцій, уміння управляти стресом та вирішувати конфлікти може впливати на формування позитивної самооцінки.

Розуміння своїх емоцій психологічна зрілість передбачає вміння розпізнавати та розуміти власні емоції. особистість, яка може ідентифікувати свої почуття та реакції на події, має можливість краще управляти своїм емоційним станом [7].

Оцінка власних цінностей і життєвих пріоритетів - визначення особистих цінностей та поглядів може впливати на сприйняття важливості свого власного життя.

Формування позитивної самооцінки пов'язане з усвідомленням власних цінностей. Розуміння власних цінностей надає основу для визначення власного місця у світі та формує основу для позитивного ставлення до себе.

Важливим аспектом самооцінки є узгодженість власних цінностей із життєвими пріоритетами. Якщо особисті цінності співпадають із тим, що визначається як важливе у житті, це може позитивно позначитися на загальному сприйнятті власного життя [11].

Оцінка власних цінностей та життєвих пріоритетів відіграє ключову роль у формуванні позитивного сприйняття власної особистості, надаючи структуру та напрямок для внутрішнього самовизначення.

Отже, сприйняття і оцінка себе у дорослому віці є складним індивідуальним процесом, який вимагає психологічної адаптації до змін у власному тілі, соціальних стосунках, загальному способі життя. У дорослому віці багато людей оцінюють себе за досягнення в роботі, кар'єрному рості, власних здібностях та здобутках [23].

Формування самооцінки в дорослому віці – це постійний процес, який визначається внутрішнім взаємодією різних факторів та постійним самовдосконаленням і самопізнанням.

Таким чином, самооцінка в системі самосвідомості особистості є ключовим та центральним утворенням, яке тісно взаємодіє з іншими складовими самосвідомості, що сприяє створенню повної та реалістичної картини самопізнання особистості.

1.4. Особливості сприйняття образу власного тіла

Якщо психічне здоров'я розглядати як стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися із звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати (визначення ВОЗ), тоді психічне нездоров'я - це результат відсутності всього вище перерахованого [4].

Вплив стереотипів на психічне здоров'я та самопочуття особистості може бути значним і має складний характер.

Стереотипи, особливо негативні, можуть спричиняти стрес та тривогу у людей. Постійне відчуття необхідності відповідати стереотипам або страх бути погано сприйнятим може призвести до збільшення рівня тривоги та стресу. Так, постійний тиск стереотипів, особливо якщо вони є негативними або конфліктними, може спричиняти значний стрес та тривогу у людей. Негативні стереотипи можуть порушувати психічне здоров'я і призводити до появи психоемоційного не порядку, такого як посилення тривоги, поява панічних атак або навіть розвиток депресії.

Сильний стрес, спричинений стереотипами, може також мати фізичні прояви, такі як головний біль, м'язова напруга, проблеми зі сном та порушення у функціонуванні шлунково-кишкового тракту.

Люди, які постійно відчуються об'єктом стереотипів, можуть почати уникати суспільства або ізолювати себе, щоб уникнути потенційного стресу та негативного впливу. Стереотипи можуть погіршувати взаємини з іншими людьми, особливо якщо вони призводять до конфліктних ситуацій або викликають взаємну ворожнечу. Постійний стрес від стереотипів може

призвести до втрати впевненості в собі та власних здібностях, що подальше погіршує психічне здоров'я.

Отже, стрес та тривога, викликані стереотипами, можуть мати серйозний вплив на загальний стан психічного здоров'я та самопочуття особистості [23].

Коли особистість постійно стикається з негативними стереотипами щодо своєї групи або характеристик, це може призвести до зниження самооцінки та низької самоповаги.

Низька самоповага може мати серйозний вплив на психічне здоров'я та самопочуття особистості. Коли особистість постійно стикається з негативними стереотипами щодо своєї групи або особистих характеристик, це може призвести до почуття неприйняття та відчуття власної неповноцінності.

Низька самооцінка може виникнути внаслідок внутрішньої переконаності в тому, що особисті характеристики або приналежність до певної групи роблять її менш цінною чи успішно, у порівнянні з іншими. Це може призвести до почуття безсилля, безнадійності та втрати віри в себе. особистість може відчувати, що її можливості обмежені або недооцінені, що ускладнює досягнення особистих цілей та задоволення від життя.

Крім того, низька самоповага може призвести до соціальної ізоляції та відчуття відокремленості від інших. особистість може уникати соціальних взаємодій та відчувати себе відчуженим від оточуючих через переконання у власній неповноцінності.

У підсумку, низька самоповага, яка виникає внаслідок негативних стереотипів, може спричинити ряд психологічних проблем, включаючи депресію, тривожні розлади та соціальну відчуженість. Тому важливо боротися зі стереотипами та підтримувати позитивне відношення до себе та інших [8].

Постійне відчуття неспроможності змінити чи уникнути стереотипних уявлень може призвести до розвитку депресії та відчуття безнадійності.

Постійне відчуття неспроможності змінити чи уникнути стереотипних уявлень може викликати глибоке почуття безсилля та відчуття безнадійності, що, в свою чергу, може призвести до розвитку депресії. Коли особистість постійно

переживає стрес через негативні стереотипи, вона може почувати себе беззахисною та безпорадною перед ситуацією, що може призвести до появи симптомів депресії.

Депресія може проявлятися в різних формах, включаючи почуття зневіри, втрату цікавості до життя, відсутність енергії та безпомічність. особистість може втрачати інтерес до раніше приємних занять, відчувати себе повністю стомленою та безсилою, а також втрачати віру в майбутнє [22].

Депресія, спричинена негативними стереотипами, може бути дуже важкою для подолання, оскільки особистість може відчувати, що її проблеми є несхожими на будь-що інше та непереборними. Тому важливо шукати підтримку та допомогу від фахівців у галузі психічного здоров'я, а також від близьких людей у складних ситуаціях.

Особа, яка постійно відчуває себе під впливом стереотипів, може уникати соціальних взаємодій, щоб уникнути негативного сприйняття. Це може призвести до соціальної ізоляції та відчуття відокремленості, коли особистість відчуває себе відокремленою від інших та відчуває відсутність підтримки та розуміння оточуючих. соціальна ізоляція може поглибити почуття самотності, призвести до погіршення настрою та загального самопочуття. Крім того, це може призвести до відчуття відчуженості та втрати соціальної підтримки, що є важливим аспектом для психічного благополуччя та самопочуття особистості.

Отже, соціальна ізоляція, спричинена стереотипами, може мати негативний вплив на психічне здоров'я та самопочуття особистості, підкреслюючи необхідність розробки стратегій подолання стереотипів та створення сприятливого середовища для соціальної інтеграції та підтримки [9].

Стереотипи можуть обмежувати можливості особистості, викликаючи страх перед відмовою чи невдачею в намаганні відповідати стандартним очікуванням або виходити за рамки установлених рамок [5].

Стереотипи можуть обмежувати можливості особистості, створюючи страх перед відмовою або невдачею у спробі відповідати стандартним очікуванням чи виходу за межі встановлених рамок. Це обмеження може виникнути через

стереотипні уявлення про те, якими мають бути поведінка чи досягнення відповідно до статусу, статі, етнічної чи соціокультурної приналежності.

Страх перед відхиленням від стереотипних очікувань може збентежити особистість та розвинути страх експериментувати чи виявляти свою індивідуальність. Це може призвести до обмеження розвитку та самореалізації, а також до відчуття невпевненості та недостатньої самооцінки.

Отже, стереотипи, які накладають обмеження на можливості особистості, можуть спричиняти психологічний дискомфорт та перешкоджати розвитку індивідуальності та потенціалу. Для подолання цього обмеження важливо розвивати усвідомленість і самосвідомість, шукаючи шляхи виходу за рамки стереотипів та здійснюючи вільний вибір у визначенні своїх цілей і досягнень.

Коли особистість відчуває необхідність відповідати стереотипам, вона може відчувати обмеження в своєму самовираженні та вираженні власної індивідуальності.

Коли особистість відчуває необхідність відповідати стереотипам, це може призвести до обмежень у своєму самовираженні та вираженні власної індивідуальності. сприйняття того, якими "повинні" бути їхні дії, вигляд, інтереси чи думки, може пригнічувати творчий потенціал та спонукати до приховування або пригнічення власної унікальності [16].

Це порушення самовираження може викликати внутрішній конфлікт між бажанням відповідати стандартам та прагненням виражати себе таким, яким ти справді є. На шляху до самореалізації та внутрішнього задоволення ці особистісні конфлікти можуть призвести до стресу, тривоги та невпевненості.

Тому важливо підтримувати відкрите середовище, де кожна особистість може вільно виражати себе та бути прийнятою без обмежень стереотипами. Таке середовище сприяє розвитку особистості, допомагає її самореалізації та психічному благополуччю.

Враховуючи ці аспекти, важливо підкреслити необхідність свідомого відбору та критичного мислення щодо стереотипів, а також розвиток самосвідомості та вміння впоратися зі стресом і негативним сприйняттям [6].

Отже, вплив стереотипів на психічне здоров'я та самопочуття особистості полягає у спричиненні психічної дезадаптації в ситуаціях кризи суспільних систем, оскільки стереотипи можуть сприяти загостренню проблем самоідентифікації та втраті відчуття себе як особистості. Вони порушують сприйняття себе і власного образу, що може призвести до негативного впливу на психічне здоров'я та самопочуття особистості. Крім того, стереотипи можуть сприяти залежності психічного самопочуття від матеріальних благ, особливо в умовах економічної нестабільності, що може призвести до тривожності та відчуття невпевненості у власних можливостях.

Висновок до розділу I

У першому розділі дослідження було розкрито історичні та теоретичні засади вивчення тіла як соціального й культурного феномену, а також здійснено концептуальний аналіз стереотипів, їхньої природи, функцій та впливу на формування самооцінки й образу власного тіла.

Проведене історичне осмислення тілесності дало змогу виявити, що людське тіло упродовж століть змінювало свої значення та форми репрезентації залежно від соціальних, релігійних, культурних і наукових парадигм. У стародавній Греції воно було символом досконалості й гармонії, тоді як у християнському середньовіччі набуло образу об'єкта гріха, підпорядкованого духові. В епоху Нового часу тіло починає сприйматися як об'єкт раціонального пізнання, водночас перетворюючись на елемент дисциплінарного контролю. У ХХ столітті відбувається комерціалізація тілесності, посилюється її об'єктивізація, що особливо помітно в епоху мас-медіа й цифрових технологій. Тіло стає не лише засобом самовираження, але й товаром, маркером соціального статусу, об'єктом стандартизації та споживання.

У межах теоретичного аналізу було детально розглянуто поняття стереотипу як соціально-психологічного явища. Стереотипи визначаються як спрощені, стандартизовані уявлення, які формуються під впливом колективного досвіду, медіа, культурних традицій і виконують водночас адаптивну та

обмежувальну функції. Вони є важливою складовою соціальної взаємодії, дозволяючи орієнтуватися в складному соціальному середовищі, однак також можуть бути джерелом упередженого ставлення, стигматизації, соціального контролю та когнітивної жорсткості. особливо важливим є те, що стереотипи здатні формувати не лише уявлення про «інших», а й впливати на самосприйняття індивіда.

У процесі дослідження було з'ясовано, що стереотипи істотно впливають на формування самооцінки, зокрема в дитячому, підлітковому та юнацькому віці. Стереотипи, що стосуються статі, зовнішності, професійної належності або соціального статусу, можуть стати джерелом внутрішнього конфлікту, зниження впевненості у собі, розриву між реальним і соціально очікуваним образом «Я». Сформовані на основі культурних шаблонів і суспільних очікувань, ці уявлення нерідко стають джерелом психологічного напруження, порушення адаптації, а в окремих випадках — фактором розвитку тривожних станів, депресивних проявів і соціальної ізоляції.

Особливе значення мають соціальні стереотипи, пов'язані з тілесністю. Вони впливають на сприйняття власного тіла, визначають норми зовнішності та поведінки, формують уявлення про привабливість, успішність, здоров'я. У контексті сучасного медійного простору тіло дедалі частіше сприймається як об'єкт оцінювання та порівняння, що посилює внутрішню напругу і зумовлює постійне прагнення відповідати уніфікованим стандартам. Водночас, зростає роль мережевої культури, у якій тіло стає елементом візуальної комунікації, брендування, соціального капіталу.

Аналіз теоретичних підходів дозволив окреслити складну структуру самооцінки як компонента самосвідомості. Було виявлено, що самооцінка формується під впливом соціального середовища, сімейних відносин, медіапростору, інтерналізованих стереотипів, а також емоційних і когнітивних факторів. На кожному віковому етапі — від дитинства до зрілого віку — самооцінка є динамічною категорією, що змінюється під впливом зовнішніх

оцінок, досвіду успіхів і невдач, а також зміни соціальних ролей і життєвих пріоритетів.

Таким чином, результати теоретичного аналізу засвідчили, що стереотипи є ключовими соціально-культурними чинниками, які безпосередньо впливають на формування самооцінки та образу тіла. Тіло не є виключно індивідуальною власністю — воно є простором, у якому перетинаються соціальні уявлення, норми та очікування. Самооцінка, у свою чергу, виявляється не лише внутрішньою характеристикою, а й продуктом постійної взаємодії із зовнішнім світом. Ці теоретичні положення створюють підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження зв'язку між стереотипними уявленнями та сприйняттям образу власного тіла в сучасному соціокультурному контексті.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТЕРЕОТИПІВ ПОВЕДІНКОВИХ НОРМ НА СПРИЙНЯТТЯ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА

2.1. Опис вибірки проведеного емпіричного дослідження

Дослідження фокусується на аналізі того, як стереотипи поведінкових норм впливають на сприйняття індивідами образу власного тіла. Це дослідження має на меті виявити кореляції між суспільними нормами та самооцінкою тілесного образу.

Для вибірки були використані критерії відбору, такі як: вік учасників (18-35 років), де було обрано з метою включення молодіжного та молодого дорослого віку, коли формується самоусвідомлення та сприйняття тілесного образу, а також суттєві зміни відбуваються в стереотипах та нормах; стать (чоловіки та жінки), оскільки стереотипи та норми, пов'язані з тілесним образом, можуть відрізнятися в залежності від гендерної ідентичності; вибірка включає учасників з різними соціоекономічними статусами, щоб врахувати можливі різниці в сприйнятті тілесного образу, що можуть виникати внаслідок соціальних і економічних факторів; учасники дослідження також представляють різні культурні фони, оскільки стандарти та норми щодо тілесного образу можуть суттєво відрізнятися в залежності від культурних контекстів. У дослідженні взяли участь 77 осіб з різним соціоекономічним статусом та культурним фоном.

Дослідження було проведено за допомогою крос-секційного дизайну, де учасники заповнювали анкету, яка була розроблена у вигляді гугл-форми для проведення статистичного дослідження до теми зв'язку стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла. Ця гугл-форма містить питання, що стосуються психологічного стану і емоційного благополуччя респондента. Вона складається із запитань, де переважна більшість стосується настроїв та емоційних станів респондента, зокрема:

- При купівлі одягу звертаю увагу на те, як виглядає моє тіло і тому це неприємно.

- Я не люблю, коли на мене звертають увагу оточуючих.
- Я уникаю ситуацій, де інші можуть бачити моє тіло(басейн, пляж тощо).
- Я порівнюю своє тіло з іншими, щоб переконатись, що вони повніші, ніж я.
- Мені важко отримувати задоволення від того, що я роблю, бо надто переймаюсь як я при цьому виглядаю.

Загальна мета гугл-форми полягає у зборі інформації про психологічний стан респондента та допомоги йому у визначенні можливих проблем, з якими він зіткнувся. Запитання є достатньо глибокими і особистими, тому може викликати емоційну реакцію у респондента.

Дані були проаналізовані з використанням кількісних методів, включаючи описову статистику, кореляційний аналіз, щоб визначити взаємозв'язки між змінними.

2.2. Методологія та етапи процедури дослідження

Дослідження проводилось за такими методиками, як:

- опитувальник сприйняття тіла (Body Perception Questionnaire, BPQ)
- Адаптоване питання для анкети GAD-7 (шкала для визначення генералізованого тривожного розладу)
- опитувальника Айзенка (Eysenck Personality Inventory, EPI)
- Методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн
- Методика семантичного диференціалу

опитувальник сприйняття тіла (Body Perception Questionnaire, BPQ) є психометричним інструментом, розробленим для оцінки різних аспектів сприйняття індивідами свого тілесного образу.

BPQ призначений для оцінки відчуттів, думок і почуттів людини стосовно власного тіла. Методика використовується в клінічній психології, психіатрії, медицині та соціологічних дослідженнях для вивчення образу тіла та його впливу на психічне здоров'я.

опитувальник може включати різні шкали, зазвичай оцінюючи такі аспекти, як задоволення тілом, усвідомлення тіла, емоційні реакції на сприйняття тіла та вплив зовнішніх факторів. Питання формулюються таким чином, щоб учасники могли висловити ступінь згоди або незгоди з кожним твердженням на шкалі від "цілковито не згоден" до "цілковито згоден".

BRQ проходив процеси стандартизації і валідизації, що включають визначення його надійності, валідності та консистентності між різними групами респондентів. опитувальник показав добру внутрішню консистентність та здатність точно вимірювати сприйняття тілесного образу.

BRQ широко використовується у дослідженнях, пов'язаних з оцінкою ефективності терапевтичних втручань, дослідженням впливу культурних та соціальних факторів на образ тіла, а також у розумінні зв'язків між тілесним образом і самооцінкою. BRQ дозволяє комплексно оцінити сприйняття тілесного образу, є гнучким і може бути адаптований для різних дослідницьких потреб. Результати можуть бути суб'єктивними, а інтерпретація вимагає професійної кваліфікації. Необхідність забезпечення культурної адекватності питань для різних груп.

BRQ є ефективним інструментом для вимірювання сприйняття тілесного образу, що дозволяє отримати детальну інформацію про відношення людини до свого тіла та вплив різних факторів на це сприйняття.

опитувальник сприйняття тіла (коротка форма, BRQ-SF) є стандартизованим психометричним інструментом, розробленим для оцінки суб'єктивного сприйняття фізіологічних реакцій організму, пов'язаних з автономною нервовою системою (АНС), у відповідь на стрес або емоційні стимули. Ця скорочена версія оригінального опитувальника сприйняття тіла (BRQ) створена для підвищення ефективності та зручності використання в клінічних і дослідницьких контекстах. основною метою BRQ-SF є вимірювання свідомості тіла (body awareness) та автономної реактивності (autonomic reactivity), що дозволяє досліджувати зв'язки між фізіологічними реакціями,

психологічними станами та психосоціальними факторами, такими як стрес, травма, посттравматичний стресовий розлад (ПТсР) і соматизація.

Теоретичною основою BPQ-SF є концепція інтероцептивної свідомості, яка визначається як здатність людини сприймати й інтерпретувати внутрішні фізіологічні сигнали, такі як серцебиття, дихання чи шлунково-кишкові реакції. Інтероцепція відіграє важливу роль у регуляції емоцій і психологічному благополуччі, оскільки порушення інтероцептивних процесів асоціюються з тривожними розладами, депресією та ПТсР. BPQ-SF зосереджується на оцінці реакцій, пов'язаних із симпатичною та парасимпатичною гілками АНС, що дозволяє досліджувати фізіологічні патерни, які виникають у відповідь на стрес або емоційні подразники.

BPQ-SF складається з двох основних підшкал: свідомість тіла та автономна реактивність. Підшкала свідомості тіла оцінює частоту, з якою респонденти помічають фізіологічні сигнали, такі як прискорене серцебиття, напруження в шлунку чи зміну дихання. Підшкала автономної реактивності поділяється на наддіафрагмальні реакції (наприклад, прискорене серцебиття, поверхневе дихання, напруження в грудях) і піддіафрагмальні реакції (наприклад, шлунково-кишкові симптоми, такі як нудота чи спазми). Кожне питання оцінюється за 5-бальною шкалою Лікерта (від 1 = ніколи до 5 = завжди), де респонденти вказують частоту виникнення певних фізіологічних відчуттів. Загальна кількість пунктів у BPQ-SF варіюється від 20 до 46 залежно від версії, що робить його значно компактнішим порівняно з оригінальним BPQ.

Психометричні характеристики BPQ-SF підтверджені численними дослідженнями. Внутрішня консистентність інструменту є високою, з коефіцієнтом альфа Кронбаха в межах 0.85–0.95 для підшкал. Наприклад, дослідження китайської вибірки (N=304) підтвердило трифакторну структуру BPQ-SF, що включає свідомість тіла, наддіафрагмальну та піддіафрагмальну реактивність, з альфа Кронбаха 0.91 для загальної шкали (Cabrerá et al., 2018). Конвергентна валідність інструменту підтверджується значними кореляціями з іншими шкалами, що вимірюють соматизацію (наприклад, SCL-90-R, $r = 0.62$, p

< 0.01) та інтероцептивну чутливість (наприклад, Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness). Дискримінантна валідність дозволяє розрізняти групи з різними рівнями психологічного стресу, наприклад, осіб із ПТСР і без нього. Надійність тест-ретест становить $r = 0.80-0.90$ при повторному тестуванні з інтервалом 2–4 тижні. BPQ-SF адаптовано до кількох мов, включаючи іспанську, китайську, іврит, італійську, німецьку, французьку та португальську, що підтверджує його крос-культурну валідність.

BPQ-SF застосовується в дослідницьких і клінічних контекстах. У дослідженнях він використовується для вивчення взаємозв'язків між інтероцептивною свідомістю та психічними розладами, оцінки впливу стресу й травми на автономні реакції, а також для аналізу психосоматичних розладів. У клінічній практиці BPQ-SF допомагає моніторити зміни в свідомості тіла та автономної реактивності до і після терапевтичних втручань, таких як когнітивно-поведінкова терапія чи тілесно-орієнтована терапія. Інструмент також використовується в нейронаукових дослідженнях для оцінки зв'язку між АНС і когнітивними функціями. Завдяки крос-культурним адаптаціям BPQ-SF дозволяє порівнювати сприйняття тіла в різних культурах.

оцінювання результатів BPQ-SF здійснюється шляхом підсумовування балів за кожною підшкалою. Для стандартизації оцінок використовується R-пакет `scoreBPQ`, який дозволяє обчислювати перцентилі та T-бали для порівняння з нормативними вибірками. Вищі бали за підшкалами вказують на підвищену свідомість тіла або частішу автономну реактивність, що може свідчити про чутливість до стресу чи психосоматичні проблеми. Наприклад, високі бали за наддіафрагмальною реактивністю можуть вказувати на тривожність, тоді як високі бали за піддіафрагмальною реактивністю асоціюються зі шлунково-кишковими симптомами, спричиненими стресом.

Перевагами BPQ-SF є його компактність, що зменшує час заповнення, висока надійність і валідність, а також гнучкість для використання в різних вибірках. обмеження включають суб'єктивність самозвітів, що залежить від здатності респондентів усвідомлювати фізіологічні сигнали, а також

потенційний вплив культурних відмінностей на результати, що потребує додаткової валідації. BPQ-SF переважно розроблений для дорослих, тому його використання в педіатричних вибірках вимагає подальших досліджень.

Другою методикою було використано опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7)

опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) – це коротка оцінка симптомів тривоги, заснована на діагностичних критеріях генералізованого тривожного розладу, описаних в "Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів" (DSM).

Враховуючи просту мову, яка використовується в опитувальнику, GAD-7 можна проводити для осіб віком від 14 років і старше.

Даний опитувальник не є підставою для встановлення діагнозу, але дозволяє попередньо запідозрити тривожний розлад та визначити рівень тривожності. Розробником GAD-7 є Robert L. Spitzer, MD (доктор медичних наук), кафедра психіатрії, Психіатричний інститут штату Нью-Йорк. Розробка шкали GAD-7 була підтримана необмеженим освітнім грантом від компанії Pfizer Inc (Нью-Йорк, штат Нью-Йорк) у 2006 році. Mark Davies, MS (магістр наук), допомагав у проведенні статистичного аналізу. Jeffrey G. Johnson, PhD (доктор філософії), допомагав у зборі даних і коментував ранні проєкти. Diane Engel, MSW (магістр соціального обслуговування), також допомагала у зборі даних.

Критеріально-стандартне дослідження при створенні опитувальника було проведене в 15 клініках первинної медичної допомоги в США з листопада 2004 року по червень 2005 року. Із 2740 дорослих пацієнтів, які заповнили анкету, 965 пацієнтів пройшли телефонне інтерв'ю з фахівцем з психічного здоров'я протягом 1 тижня. Для перевірки валідності критеріїв і конструктів діагнози за шкалою самозвіту GAD порівнювали з незалежними діагнозами, поставленими фахівцями в галузі психічного здоров'я; показниками функціонального стану, днями непрацездатності та зверненнями за медичною допомогою.

Шкала з 7 пунктів має хорошу надійність, а також критеріальну, конструктну, факторну та процедурну валідність; чутливість (89%) і специфічність (82%). Підвищення балів за шкалою було тісно пов'язане з кількома сферами функціональних порушень (усі 6 шкал короткої форми опитувальника загального стану здоров'я та дні непрацездатності). Хоча симптоми генералізованого тривожного розладу і депресії часто зустрічаються разом, факторний аналіз підтвердив, що вони є окремими вимірами. Більше того, симптоми генералізованого тривожного розладу і депресії мали різний, але незалежний вплив на функціональні порушення.

В опитувальнику GAD-7 респондентам пропонується оцінити рівень симптомів тривоги протягом останніх двох тижнів. При цьому використовуються такі оцінки як «жодного разу», «декілька днів», «більше половини днів», «майже щоденно». При багаторазовому проведенні опитування на початку, в середині та наприкінці терапії відповіді можуть бути використані для відстеження прогресу.

Використання шкали для оцінки генералізованої тривожності (GAD-7) є важливим інструментом для вимірювання рівня тривожності у респондентів. Цей опитувальник дозволяє здійснити точну оцінку інтенсивності тривожних симптомів, що в свою чергу дає змогу виявити потенційні зв'язки між рівнем тривожності та сприйняттям власного тіла. Зокрема, респонденти з високим рівнем генералізованої тривожності можуть мати підвищену схильність до негативного сприйняття свого тіла, що важливо враховувати при розробці стратегій психологічної підтримки та інтервенцій.

Застосування GAD-7 у дослідженнях образу власного тіла дозволяє більш чітко виявити можливі психологічні фактори, які сприяють розвитку дисморфофобії та інших порушень образу тіла, а також сприяє кращому розумінню взаємодії між емоційною стабільністю, тривожністю та самооцінкою в контексті формування позитивного чи негативного образу тіла. Шкала оцінки генералізованого тривожного розладу (GAD-7) є стандартизованим психометричним інструментом, розробленим для скринінгу та оцінки тяжкості

симптомів генералізованого тривожного розладу (ГТР). Запропонована спітцером та співавторами у 2006 році, GAD-7 базується на діагностичних критеріях ГТР, визначених у *Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-IV)*, і залишається актуальною для DSM-5 через незмінність критеріїв цього розладу. Інструмент призначений для швидкої ідентифікації тривожних симптомів у клінічній практиці та дослідницьких контекстах, а також для моніторингу їхньої динаміки під час терапевтичних втручань. Завдяки компактності, високій надійності та валідності GAD-7 широко застосовується в первинній медичній допомозі, психіатрії та психологічних дослідженнях.

Теоретичною основою GAD-7 є концепція генералізованого тривожного розладу, який характеризується надмірною, неконтрольованою тривогою та хвилюванням, що тривають щонайменше шість місяців і супроводжуються фізіологічними та психологічними симптомами, такими як неспокій, дратівливість, порушення сну, втома, труднощі з концентрацією та м'язове напруження. GAD-7 фокусується на оцінці частоти цих симптомів за останні два тижні, що дозволяє отримати актуальну картину психоемоційного стану респондента.

GAD-7 складається з семи пунктів, кожен із яких відповідає ключовому симптому ГТР. Респонденти оцінюють частоту прояву симптомів за 4-бальною шкалою Лікєрта: 0 – зовсім не відчував, 1 – відчував кілька днів, 2 – відчував більше половини днів, 3 – відчував майже щодня. Питання охоплюють відчуття нервозності, тривоги або напруження; неможливість зупинити чи контролювати хвилювання; надмірне хвилювання з різних причин; труднощі з розслабленням; відчуття неспокою, що ускладнює спокійне сидіння; дратівливість або легку роздратованість; страх, що станеться щось жахливе. Загальна оцінка варіюється від 0 до 21, де вищі бали вказують на більшу тяжкість тривожних симптомів. Додатково може включатися необов'язкове питання про вплив тривоги на

повсякденне функціонування, яке не враховується в загальній оцінці, але допомагає оцінити функціональні обмеження.

Психометричні характеристики GAD-7 підтверджують його високу надійність і валідність. Внутрішня консистентність інструменту становить 0.89–0.92 за коефіцієнтом альфа Кронбаха, що свідчить про високу надійність. Конвергентна валідність підтверджується сильними кореляціями з іншими шкалами тривожності, такими як шкала тривоги Бека ($r = 0.72$) та шкала Гамільтона ($r = 0.74$), а також із депресивними шкалами, наприклад PHQ-9 ($r = 0.63$), що відображає коморбідність тривоги та депресії. Дискримінантна валідність дозволяє розрізняти осіб із ГТР від тих, хто має інші психічні розлади або не має діагнозу, з чутливістю 89% і специфічністю 82% при пороговій оцінці 10. Надійність тест-ретест становить $r = 0.83$ при повторному тестуванні з інтервалом 1–2 тижні. Інструмент адаптовано до численних мов, включаючи українську, і валіризовано в різних культурах, наприклад, у китайській вибірці з альфа Кронбаха 0.89.

оцінка за GAD-7 обчислюється шляхом підсумовування балів за сім пунктів. Інтерпретація базується на порогових значеннях: 0–4 – мінімальна тривога, 5–9 – легка тривога, 10–14 – помірна тривога, 15–21 – тяжка тривога. Порогова оцінка 10 рекомендована для скринінгу ГТР у загальній популяції, тоді як оцінка 8 може використовуватися в групах із високою поширеністю тривожних розладів. оцінки 15 і вище вказують на необхідність детальної клінічної оцінки. Додаткове питання про функціональні обмеження допомагає оцінити вплив тривоги на якість життя.

GAD-7 застосовується в клінічній практиці для скринінгу ГТР у первинній медичній допомозі, моніторингу ефективності терапії та оцінки коморбідних станів. У дослідженнях інструмент використовується для вивчення поширеності тривожних розладів, аналізу зв'язків між тривожністю та іншими змінними, а також у крос-культурних дослідженнях. У контексті громадського здоров'я GAD-7 допомагає виявляти групи ризику в програмах скринінгу психічного здоров'я.

Перевагами GAD-7 є компактність (заповнення займає 2–3 хвилини), висока надійність і валідність, простота оцінювання та універсальність для дорослих у різних контекстах. обмеження включають суб'єктивність самозвітів, залежність від самосвідомості респондентів, обмежену специфіку для диференціації ГТР від інших тривожних розладів і необхідність додаткової валідації в специфічних культурах. GAD-7 розроблено для дорослих, тому для дітей рекомендуються інші інструменти.

У контексті дослідження зв'язку стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла GAD-7 може використовуватися для оцінки тривожності, викликані суспільними стандартами краси. Високі бали за GAD-7 можуть корелювати з вищим рівнем інтерналізації стереотипів або нижчою задоволеністю тілом, вказуючи на психологічний дистрес. Поєднання GAD-7 з іншими інструментами, такими як опитувальник сприйняття тіла (BPQ-SF) для оцінки фізіологічних реакцій і методика Дембо-Рубінштейна для самооцінки, забезпечує комплексний аналіз психофізіологічних і психологічних аспектів сприйняття тіла.

Особистісний опитувальник Ганса Айзенка - це методика, спрямована на вивчення індивідуально-психологічних характеристик особистості.

Мета даної методики – виявлення ступеня вираженості властивостей, які є суттєвими компонентами особистості: нейротизм, екстраверсія – інтроверсія та психотизм. На сьогоднішній день ця методика використовується для виявлення характеристик темпераменту.

Г. Айзенк аналізував матеріали обстеження 700 солдатів-невротиків. Його аналіз виявив, що всю сукупність властивостей людини можна представити за допомогою 2 основних факторів: екстраверсія – інтроверсія та нейротизм.

Перший фактор представляє властивість індивідуально-психологічного процесу людини, крайні полюси якого відповідають орієнтації особистості на зовнішній світ об'єктів — екстраверсія, або на внутрішній світ — інтроверсія. Якщо говорити про екстравертів, то їм властиві комунікабельність, імпульсивність, гнучкість поведінки, ініціативність та висока соціальна

адаптованість. Інтроверти ж, навпаки, некоммунікбельні, соціально пасивні, схильні до самоаналізу і мають труднощі в соціальній адаптації.

Другий фактор — нейротизм. Цей фактор описує стан, який характеризує емоційну стабільність, рівень тривожності та самоповаги. Цей фактор також має два полюси і формує шкалу, на одному полюсі якої знаходяться емоційно стабільні люди, що характеризуються зрілістю та гарною адаптованістю, а на іншому — емоційно нестабільні та погано адаптовані типи. Багато людей знаходяться ближче до середини, так званий середній результат.

Перехрестя цих двох типів шкал характеристик дозволяє отримати результат типу темпераменту.

Опитувальник особистості Айзенка (Eysenck Personality Inventory, EPI) є стандартизованим психометричним інструментом, розробленим Гансом Юргеном Айзенком та його дружиною сібіл Айзенк для оцінки основних рис особистості в рамках їхньої теорії структури особистості. EPI, вперше опублікований у 1964 році, базується на трифакторній моделі особистості Айзенка, яка включає екстраверсію, нейротизм і психотизм (остання риса була додана в пізніших версіях, таких як EPQ). EPI призначений для вимірювання двох основних вимірів особистості – екстраверсії-інтроверсії та нейротизму (емоційної стабільності-нестабільності), а також включає шкалу брехні для оцінки щирості відповідей респондентів. Інструмент широко використовується в психологічних дослідженнях і клінічній практиці для оцінки індивідуальних особливостей особистості та їхнього зв'язку з поведінкою, психічним здоров'ям і соціальними характеристиками.

Теоретичною основою EPI є біологічна модель особистості Айзенка, яка припускає, що індивідуальні відмінності в екстраверсії та нейротизмі зумовлені фізіологічними особливостями функціонування центральної нервової системи. Екстраверсія-інтроверсія пов'язана з рівнем кортикального збудження: екстраверти мають нижчий базовий рівень збудження, що спонукає їх шукати зовнішню стимуляцію, тоді як інтроверти мають вищий рівень збудження, що зумовлює їхню схильність уникати надмірної стимуляції. Нейротизм відображає

реактивність автономної нервової системи до стресу: особи з високим нейротизмом більш схильні до емоційної нестабільності, тривожності та імпульсивності. Шкала брехні, включена до ЕРІ, дозволяє виявляти тенденцію респондентів до соціально бажаних відповідей, що підвищує достовірність результатів. Теорія Айзенка підкреслює стабільність рис особистості та їхній зв'язок із психологічними та психопатологічними станами, що робить ЕРІ цінним інструментом для досліджень у галузі клінічної психології, нейропсихології та соціальної психології.

ЕРІ складається з 57 пунктів, сформульованих у вигляді тверджень, на які респонденти відповідають «так» або «ні». Питання розподілені між трьома шкалами: екстраверсія (24 пункти), нейротизм (24 пункти) та шкала брехні (9 пунктів). Шкала екстраверсії оцінює такі характеристики, як товарицькість, активність, імпульсивність і схильність до пошуку соціальних взаємодій. Наприклад, твердження на кшталт «Чи любите ви бувати в товаристві?» спрямоване на виявлення екстравертних рис. Шкала нейротизму вимірює емоційну нестабільність, тривожність і чутливість до стресу через питання, такі як «Чи часто ви відчуваєте тривогу без видимої причини?». Шкала брехні включає твердження, які оцінюють тенденцію надавати соціально бажані відповіді, наприклад, «Чи завжди ви виконуєте свої обіцянки?». Заповнення опитувальника займає приблизно 10–15 хвилин, що робить його зручним для використання в різних контекстах.

Психометричні характеристики ЕРІ підтверджують його високу надійність і валідність. Внутрішня консистентність шкал екстраверсії та нейротизму становить 0.80–0.90 за коефіцієнтом альфа Кронбаха, а для шкали брехні – 0.70–0.80, що свідчить про достатню надійність. Конвергентна валідність підтверджується кореляціями з іншими інструментами оцінки особистості, такими як ММРІ або 16PF, де екстраверсія ЕРІ корелює з відповідними шкалами товарицькості ($r = 0.65–0.75$), а нейротизм – зі шкалами тривожності ($r = 0.70–0.80$). Дискримінантна валідність дозволяє розрізняти групи з різними психологічними профілями, наприклад, осіб із високим нейротизмом і

клінічними діагнозами, такими як тривожні розлади чи депресія. Надійність тест-ретест становить $r = 0.85-0.90$ для екстраверсії та нейротизму при повторному тестуванні з інтервалом 1–3 місяці, що вказує на стабільність результатів. ЕРІ адаптовано до багатьох мов, включаючи українську, і валіризовано в різних культурах, що підтверджує його крос-культурну застосовність.

Оцінка за ЕРІ проводиться шляхом підсумовування балів за кожною шкалою. Для екстраверсії та нейротизму максимальна оцінка становить 24 бали, а для шкали брехні – 9 балів. Вищі бали за шкалою екстраверсії вказують на більшу товариську і активність, тоді як нижчі бали свідчать про інтроверсію. Високі бали за шкалою нейротизму вказують на емоційну нестабільність і схильність до тривожності, а низькі – на емоційну стабільність. Шкала брехні інтерпретується окремо: високі бали (зазвичай >5) можуть вказувати на тенденцію до соціально бажаних відповідей, що потребує обережності при інтерпретації результатів. Нормативні дані для ЕРІ залежать від популяції, але зазвичай середні значення для екстраверсії та нейротизму становлять 12–14 балів у загальній популяції, що дозволяє порівнювати індивідуальні результати з нормативними вибірками.

ЕРІ застосовується в різних контекстах. У клінічній практиці інструмент використовується для оцінки рис особистості, які можуть впливати на психологічні розлади, наприклад, високий нейротизм асоціюється з тривожними та депресивними станами. У дослідницьких цілях ЕРІ допомагає вивчати зв'язки між рисами особистості та поведінкою, наприклад, вплив екстраверсії на соціальну адаптацію чи нейротизму на сприйняття стресу. У контексті громадського здоров'я та організаційної психології ЕРІ застосовується для оцінки індивідуальних особливостей у професійних і освітніх середовищах. Інструмент також використовується в крос-культурних дослідженнях для порівняння рис особистості в різних популяціях.

Перевагами ЕРІ є його компактність, простота адміністрування та інтерпретації, а також висока надійність і валідність. Формат бінарних відповідей («так»/«ні») полегшує заповнення для респондентів і обробку даних для дослідників.

Інструмент підходить для широкого вікового діапазону (дорослі та підлітки старше 16 років) і різних культурних контекстів. обмеженнями ЕРІ є суб'єктивність самозвітів, що залежить від щирості респондентів, а також обмежена кількість вимірюваних рис (лише екстраверсія та нейротизм у порівнянні з пізнішим ЕРQ, який включає психотизм). Крім того, шкала брехні може не завжди точно виявляти спотворення відповідей, особливо в осіб із високим рівнем самоконтролю.

У контексті дослідження зв'язку стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла ЕРІ може бути використаний для оцінки впливу рис особистості на сприйняття суспільних стандартів краси. Наприклад, високий нейротизм може корелювати з вищою чутливістю до соціального тиску та нижчою задоволеністю тілом, тоді як екстраверти можуть демонструвати більшу стійкість до стереотипів завдяки соціальній активності. Поєднання ЕРІ з іншими інструментами, такими як опитувальник сприйняття тіла (BPQ-SF) для оцінки фізіологічних реакцій, шкала GAD-7 для оцінки тривожності та методика Дембо-Рубінштейна для самооцінки, дозволяє отримати комплексне уявлення про психологічні та психофізіологічні аспекти сприйняття образу тіла.

Опитувальник Айзенка обрано для дослідження особистісних характеристик у контексті сприйняття власного тіла, оскільки цей інструмент дозволяє виявити ключові риси, які можуть впливати на те, як індивід сприймає себе та своє тіло. Зокрема, екстравертовані особи можуть бути більш відкритими до соціальних стандартів краси та приділяти більшу увагу своєму зовнішньому вигляду в соціальних ситуаціях. У той же час, люди з високим рівнем нейротизму можуть виявляти схильність до негативного сприйняття свого тіла через тривогу та стрес.

Цей інструмент є ефективним для аналізу взаємодії між особистісними рисами та впливом соціальних норм на сприйняття власного тіла, що дозволяє поглибити розуміння механізмів самооцінки та сприйняття себе в сучасному соціальному контексті.

Методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн є психодіагностичним інструментом, призначеним для оцінки рівня самооцінки та аспірацій особистості. Розроблена Тамарою Дембо в 1962 році для дослідження уявлень про щастя, методика була вдосконалена сусанною Рубінштейн у 1970 році з метою вивчення самооцінки та усвідомлення психологічного стану. Пізніше, у 1980-х роках, А.М. Пріхожан запропонувала модифіковану версію, яка отримала широке застосування в психологічній практиці. Методика дозволяє оцінити, як людина сприймає себе в реальному та ідеальному вимірах, визначаючи рівень самооцінки, амбіцій і розбіжність між актуальним і бажаним станом. Завдяки своїй простоті, гнучкості та інформативності методика Дембо-Рубінштейн широко використовується в клінічній психології, педагогіці, організаційній психології та дослідницьких проєктах, зокрема для вивчення сприйняття образу власного тіла.

Теоретичною основою методики є концепція самооцінки як інтегральної характеристики особистості, що відображає суб'єктивну оцінку власних якостей, здібностей і соціального статусу. самооцінка формується через взаємодію внутрішніх переконань і зовнішніх впливів, таких як соціальні стандарти чи оцінка значущих інших. Методика Дембо-Рубінштейн базується на припущенні, що розбіжність між реальним і бажаним рівнем сприйняття себе (рівнем аспірацій) відображає мотиваційні та емоційні аспекти особистості. Високий рівень аспірацій може вказувати на амбітність, тоді як значна розбіжність між реальним і бажаним станом може свідчити про внутрішній конфлікт або низьку самооцінку. Теоретичний підхід методики також враховує ідеї Л.с. Виготського про роль самосвідомості в розвитку особистості та концепції А. Адлера про прагнення до самовдосконалення.

Процедура проведення методики Дембо-Рубінштейн має вигляд структурованої бесіди, під час якої респонденту пропонують аркуш паперу з кількома вертикальними лініями, кожна з яких є шкалою, що відображає певну характеристику особистості. У класичній версії методики використовуються чотири шкали: здоров'я, розумові здібності, характер і щастя. Модифікована

версія А.М. Пріхожан включає сім шкал, додаючи зовнішність, авторитет серед однолітків, уміння щось робити та впевненість у собі. Кожна шкала має довжину 100 мм і поділена умовно: нижня точка (0 мм) відповідає найнижчому рівню прояву якості, верхня (100 мм) – найвищому. Респондент виконує два завдання: спочатку позначає знаком «→» свій поточний (реальний) рівень на кожній шкалі, а потім знаком «х» – бажаний рівень, якого він прагне досягти. Процедура займає 10–15 хвилин і може проводитися індивідуально або в групах, що робить її зручною для використання в різних контекстах.

Аналіз результатів методики базується на вимірюванні відстаней на шкалах у міліметрах. основні показники включають: 1) рівень самооцінки – відстань від нульової позначки до знака «→», що відображає суб'єктивне сприйняття власного стану; 2) рівень аспірацій – відстань від нульової позначки до знака «х», що вказує на бажаний стан; 3) розбіжність – різниця між бажаним і реальним рівнем, яка характеризує мотивацію та реалістичність прагнень. самооцінка інтерпретується за такими категоріями: адекватна (45–74 бали), висока (75–100 балів) і низька (менше 45 балів). Адекватна самооцінка свідчить про реалістичне сприйняття себе, висока може вказувати на завищену впевненість або брак самокритики, а низька – на неупевненість чи внутрішні конфлікти. Рівень аспірацій також поділяється на адекватний (75–89 балів), високий (90–100 балів) і низький (менше 60 балів). Невелика розбіжність між реальним і бажаним рівнем свідчить про реалістичні цілі, тоді як значна розбіжність може вказувати на невідповідність між амбіціями та можливостями. У рідкісних випадках, коли бажаний рівень нижчий за реальний, це може свідчити про занижені очікування або депресивний стан.

Психометричні характеристики методики Дембо-Рубінштейн підтверджують її надійність і валідність для оцінки самооцінки. Внутрішня консистентність результатів забезпечується стандартизованою процедурою та чіткими інструкціями. Конвергентна валідність підтверджується кореляціями з іншими інструментами оцінки самооцінки, такими як шкала самооцінки Розенберга ($r = 0.60-0.75$). Дискримінантна валідність дозволяє розрізняти групи з різними

психологічними профілями, наприклад, осіб із низькою самооцінкою та клінічними діагнозами, такими як депресія чи тривожні розлади. Надійність тест-ретест становить $r = 0.70-0.85$ при повторному тестуванні з інтервалом 2–4 тижні, що вказує на стабільність результатів за умови відсутності значних змін у психологічному стані респондента. Методика адаптована до різних культур, включаючи україномовне середовище, і успішно застосовується в педагогічних і клінічних дослідженнях.

Методика Дембо-Рубінштейн застосовується в різних контекстах. У клінічній психології вона використовується для діагностики самооцінки в осіб із психологічними розладами, такими як депресія, тривожність або розлади харчової поведінки, де низька самооцінка є частим симптомом. У педагогічній практиці методика допомагає оцінити самооцінку учнів, виявити проблеми з мотивацією чи соціальною адаптацією. В організаційній психології інструмент застосовується для аналізу впевненості працівників і їхніх професійних амбіцій. У дослідницьких цілях методика використовується для вивчення зв'язків між самооцінкою та іншими психологічними змінними, наприклад, сприйняттям образу тіла чи впливом соціальних стереотипів. Модифікована версія з додатковими шкалами, такими як зовнішність, особливо корисна для досліджень, пов'язаних із тілесним образом і суспільними стандартами краси. Перевагами методики Дембо-Рубінштейн є її простота, інтуїтивність і гнучкість. Візуальний формат шкал полегшує розуміння завдання для респондентів, включаючи тих, хто має обмежений досвід участі в психологічних тестуваннях. Методика підходить для широкого вікового діапазону, від підлітків до дорослих, і може адаптуватися до різних дослідницьких цілей шляхом зміни шкал. Процедура займає мало часу, що робить її зручною для групового тестування. обмеженнями методики є суб'єктивність відповідей, яка залежить від самосвідомості та щирості респондентів, а також потенційна чутливість до контекстуальних факторів, таких як настрої або зовнішні обставини під час тестування. Крім того, методика не дозволяє глибоко аналізувати структуру

самооцінки, що може вимагати використання додаткових інструментів для комплексної оцінки.

У контексті дослідження зв'язку стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла методика Дембо-Рубінштейн є особливо цінною завдяки включенню шкали зовнішності в модифікованій версії. Низька самооцінка за цією шкалою може корелювати з високим рівнем інтерналізації суспільних стандартів краси або незадоволеністю тілом, що відображає психологічний дистрес. Поєднання методики з іншими інструментами, такими як опитувальник сприйняття тіла (BPQ-SF) для оцінки фізіологічних реакцій, шкала GAD-7 для оцінки тривожності та опитувальник особистості Айзенка (EPI) для аналізу рис особистості, дозволяє отримати комплексне уявлення про психологічні та психофізіологічні аспекти сприйняття образу тіла. Наприклад, низька самооцінка в поєднанні з високим нейротизмом (за EPI) і тривожністю (за GAD-7) може вказувати на підвищену вразливість до соціального тиску щодо зовнішності.

Семантичний диференціал є психодіагностичним інструментом, розробленим Чарльзом Осгудом у 1957 році, який використовується для оцінки суб'єктивного сприйняття об'єктів, понять або явищ через біполярні шкали, що відображають протилежні характеристики. У контексті психологічних досліджень семантичний диференціал дозволяє кількісно виміряти емоційні, когнітивні та оціночні аспекти ставлення людини до певного об'єкта, що робить його цінним для вивчення установок, стереотипів і сприйняття. У дослідженні, присвяченому зв'язку стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла, семантичний диференціал застосовується для оцінки ставлення респондентів до стандартів зовнішності та їхнього впливу на самооцінку і тілесний образ.

Теоретичною основою семантичного диференціалу є припущення, що значення будь-якого поняття можна описати через три основні виміри: оцінка (позитивне чи негативне ставлення), сила (інтенсивність характеристики) і активність (динамічність об'єкта). У психологічних дослідженнях найчастіше

використовується оціночний вимір, який відображає суб'єктивне ставлення до об'єкта. У межах цього дослідження семантичний диференціал ґрунтується на концепції соціальних стереотипів, які формують уявлення про ідеальний образ тіла, та їхнього впливу на психологічне благополуччя. Теоретичний підхід спирається на ідеї соціальної психології, зокрема теорію соціального порівняння Л. Фестінгера, яка пояснює, як порівняння з ідеалізованими стандартами впливає на самооцінку, а також на концепцію інтерналізації суспільних норм, запропоновану Дж. стрікером, що описує засвоєння стереотипів як частини власної ідентичності.

Процедура проведення семантичного диференціалу передбачає використання набору біполярних шкал, кожна з яких складається з пари протилежних прикметників, між якими респондент обирає позицію, що відображає його ставлення до досліджуваного об'єкта. У даному дослідженні семантичний диференціал включає десять шкал (Scale1–Scale10), розроблених для оцінки ставлення до стереотипів про зовнішність. Кожна шкала має сім позицій, позначених від -3 (негативне ставлення, підтримка стереотипів, наприклад, «Тіло має бути струнким») до +3 (позитивне ставлення, прийняття різноманітності тіла, наприклад, «Будь-яке тіло є красивим»), з нульовою позицією як нейтральною. Приклади шкал включають пари «стрункий–Повний», «Ідеальний–Непривабливий», «Відповідний стандартам–Унікальний». Респонденти оцінюють свої погляди на основі запропонованих тверджень, що стосуються стандартів краси, суспільних очікувань і їхнього впливу на сприйняття тіла. Процедура займає 5–10 хвилин і проводиться в складі ширшої анкети, що включає інші показники, такі як задоволеність тілом і рівень інтерналізації стереотипів.

Аналіз результатів семантичного диференціалу базується на кількісній оцінці позицій, обраних респондентами на кожній шкалі. оцінки від -3 до +3 дозволяють обчислити середні значення для кожної шкали, а також загальний показник ставлення до стереотипів. У цьому дослідженні негативні оцінки (≤ 0) інтерпретуються як підтримка стереотипних уявлень про ідеальний образ тіла,

тоді як позитивні оцінки (> 0) вказують на прийняття різноманітності тілесних форм. Для оцінки загального ставлення обчислюється сумарний бал за всіма шкалами, де значення нижче -10 свідчать про сильну підтримку стереотипів, а значення вище $+10$ – про високий рівень прийняття різноманітності. Результати аналізуються за допомогою кореляційного аналізу для виявлення зв'язків між оцінками семантичного диференціалу та іншими змінними, такими як задоволеність тілом, самооцінка чи рівень соціального тиску.

Психометричні характеристики семантичного диференціалу підтверджують його надійність і валідність. Внутрішня консистентність інструменту залежить від якості підібраних шкал, але в даному дослідженні вона забезпечується ретельним відбором біполярних пар, що відображають ключові аспекти сприйняття образу тіла. Конвергентна валідність підтверджується кореляціями з іншими інструментами, які оцінюють установки щодо зовнішності, наприклад, шкалою інтерналізації стереотипів ($r = 0.55-0.70$). Дискримінантна валідність дозволяє розрізняти групи з різними рівнями прийняття стереотипів, що підтверджується значними відмінностями в оцінках між респондентами з високою та низькою задоволеністю тілом. Надійність тест-ретест становить $r = 0.75-0.85$ при повторному тестуванні з інтервалом 2–4 тижні, що вказує на стабільність результатів. Методика адаптована до україномовного середовища шляхом перекладу та пілотного тестування, що забезпечує її культурну відповідність.

Семантичний диференціал застосовується в дослідженні для оцінки ставлення респондентів до стереотипних уявлень про зовнішність, що є ключовим компонентом аналізу їхнього впливу на сприйняття образу власного тіла. У клінічній психології інструмент використовується для вивчення установок, пов'язаних із тілесним образом, у осіб із розладами харчової поведінки чи дисморфофобією. У соціальній психології він допомагає аналізувати вплив медіа та суспільних стандартів на формування уявлень про ідеальну зовнішність. У даному дослідженні семантичний диференціал дозволяє

виявити, як підтримка стереотипів корелює з психологічними показниками, такими як тривожність, самооцінка та фізіологічні реакції на стрес.

Перевагами семантичного диференціалу є його гнучкість, можливість адаптації шкал до специфіки дослідження та простота інтерпретації результатів. Візуальний формат біполярних шкал полегшує розуміння завдання для респондентів, а кількісна оцінка дозволяє застосовувати статистичні методи аналізу. Методика підходить для різних вікових груп і культурних контекстів, що робить її універсальним інструментом. обмеженнями є суб'єктивність відповідей, яка залежить від самосвідомості респондентів, і необхідність ретельного підбору шкал для забезпечення валідності. Крім того, методика не дозволяє глибоко аналізувати мотиваційні чи емоційні аспекти установок, що може вимагати використання додаткових інструментів.

У контексті дослідження зв'язку стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла семантичний диференціал є центральним інструментом для оцінки установок щодо стандартів краси. Результати, отримані за допомогою цієї методики, корелюють із показниками задоволеності тілом, соціального тиску та інтерналізації стереотипів, що дозволяє виявити психологічні механізми впливу суспільних норм. Поєднання семантичного диференціалу з іншими інструментами, такими як опитувальник сприйняття тіла (BPQ-SF) для оцінки фізіологічних реакцій, шкала GAD-7 для аналізу тривожності, опитувальник особистості Айзенка (EPI) для вивчення рис особистості та методика Дембо-Рубінштейн для оцінки самооцінки, забезпечує комплексний підхід до аналізу психофізіологічних і психологічних аспектів сприйняття образу тіла. Наприклад, негативні оцінки за семантичним диференціалом можуть корелювати з високим нейротизмом (за EPI), підвищеною тривожністю (за GAD-7) і низькою самооцінкою (за Дембо-Рубінштейн), що вказує на вразливість до соціального тиску.

2.3 Аналіз та інтерпретація результатів

Проаналізуємо результати емпіричного дослідження. спочатку проаналізуємо результати дослідження з використанням опитувальника сприйняття тіла (Body Perception Questionnaire).

За допомогою опитувальника вдалося оцінити наступні аспекти сприйняття тіла:

- Задоволеність своїм тілом
- Зв'язок між медіа зі сприйняттям тіла
- Вплив соціальних норм на сприйняття тіла

Таблиця 2.1

Аспект сприйняття тіла

	Дуже позитивне	Позити вне	Нейтраль не	Негатив не	Дуже негативне
Задоволеність своїм тілом	19%	31%	23%	17%	11%
Вплив медіа на сприйняття тіла	11%	19%	33%	23%	15%
Вплив соціальних норм на сприйняття тіла	17%	25%	31%	19%	9%

Аналізуючи дані з таблиці про сприйняття тіла, ми можемо помітити цікаві тенденції у відповідях учасників. Задоволеність своїм тілом показала, що 19% респондентів мають дуже позитивне сприйняття, тоді як 31% відчувають просто позитивне сприйняття. Це свідчить про те, що більшість учасників (50% разом) сприймають своє тіло позитивно. З іншого боку, негативне і дуже негативне сприйняття свого тіла мають 17% та 11% відповідно, що свідчить про менш значну, але все ж важливу частину вибірки, яка може мати проблеми з тілесним образом або самооцінкою.

В контексті зв'язку медіа на сприйняття тіла, 11% респондентів відчувають дуже позитивний вплив, а 19% - позитивний. однак, найбільша частина, 33%, стоїть на нейтральній позиції, що може вказувати на складність або двоякість впливу медіа на індивідуальне сприйняття тіла. Цікаво, що негативний вплив відчувають 23% учасників, та 15% - дуже негативний, підкреслюючи, що медіа можуть істотно впливати на самооцінку та сприйняття тіла у значної частини населення.

Що стосується впливу соціальних норм, 17% учасників дослідження відчувають дуже позитивний вплив на своє сприйняття тіла, а 25% - позитивний. Це показує, що соціальні норми мають суттєвий позитивний вплив на сприйняття тіла для 42% опитаних. Нейтральне ставлення мають 31%, що може свідчити про те, що частина населення не відчуває прямого впливу соціальних стандартів на їхнє сприйняття тіла, або цей вплив є менш вираженим. Менші 19% та 9% відчувають негативний і дуже негативний вплив відповідно, що може вказувати на те, що деякі індивіди можуть сприймати соціальні очікування як тиск або мають внутрішні конфлікти через нереалістичні або нав'язані ідеали тілесної привабливості.

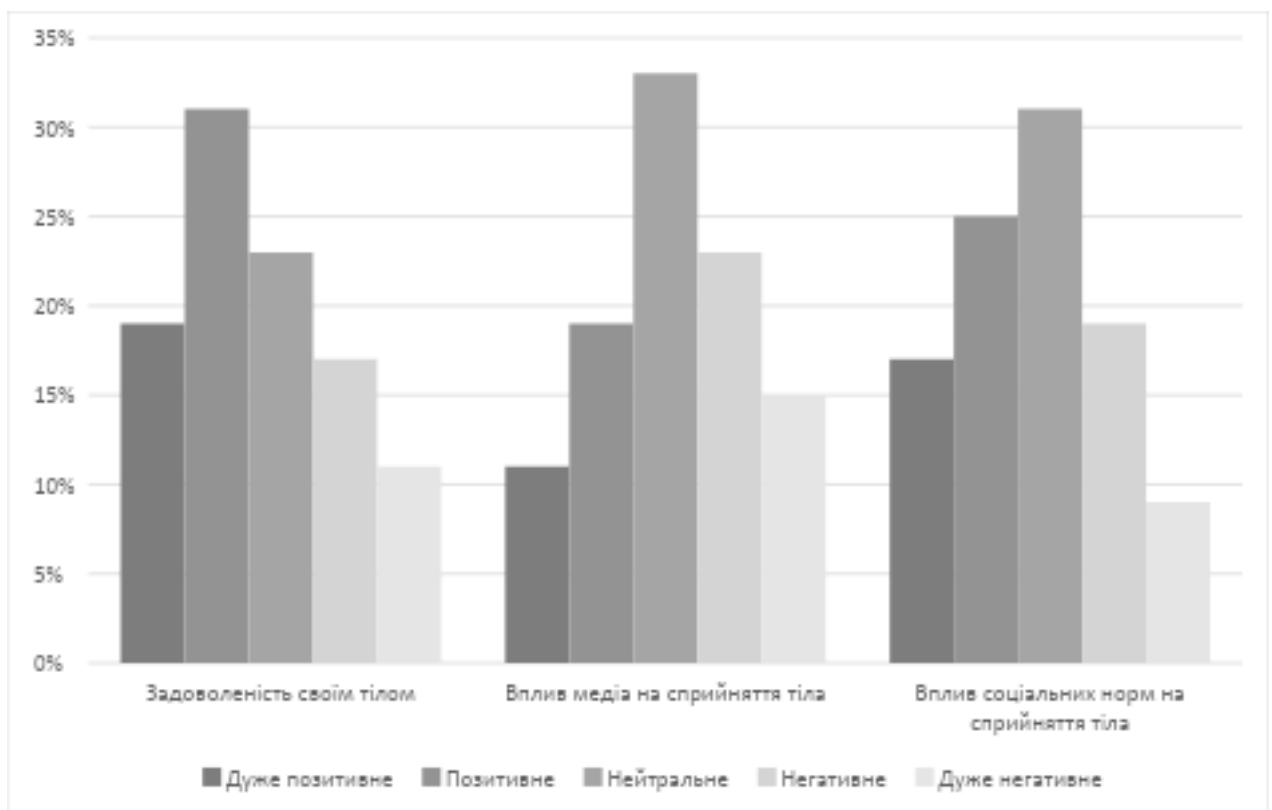
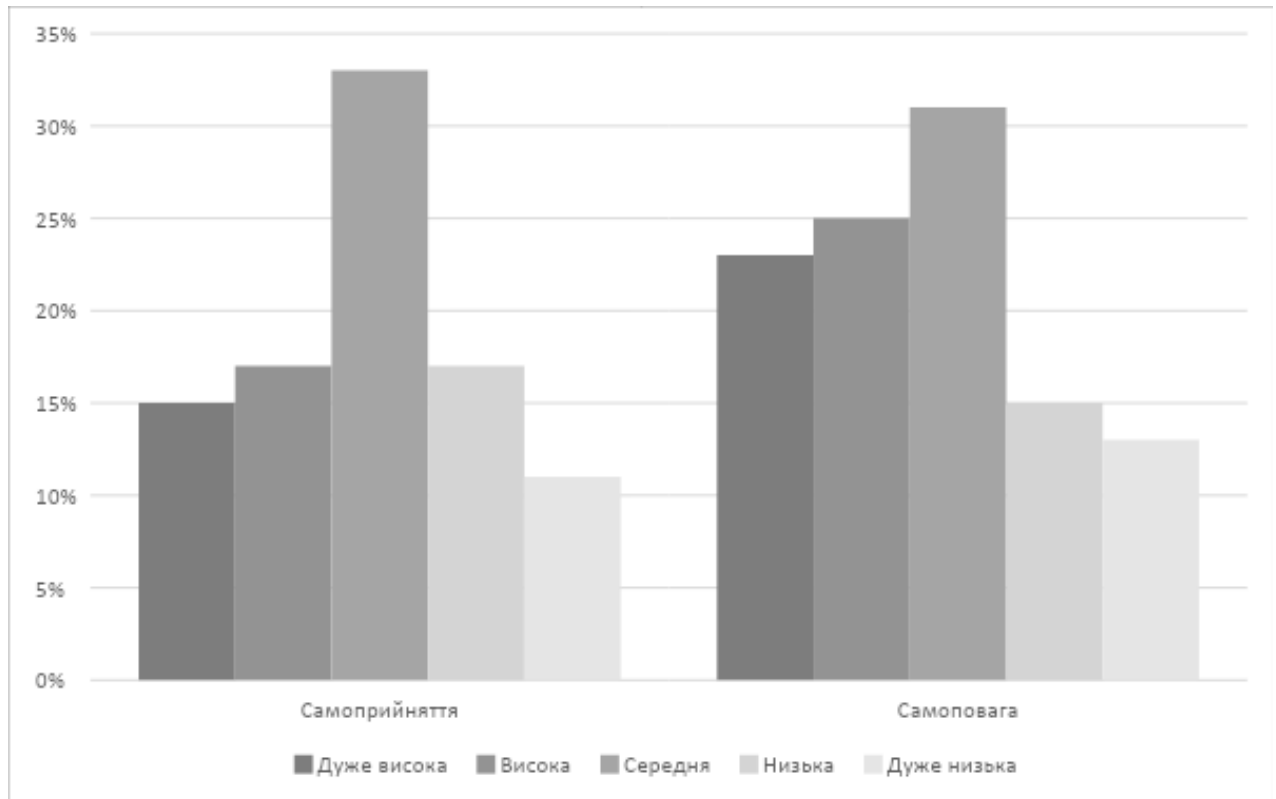


Рис.2.1. Аналіз сприйняття власного тіла

В загальному, дані підкреслюють складність взаємовідносин між індивідуальним сприйняттям тіла, впливом медіа та соціальних норм. Позитивне сприйняття тіла в більшій частині вибірки супроводжується різними реакціями на зовнішні стимули, що свідчить про необхідність комплексного підходу в дослідженнях сприйняття тіла, який би враховував як внутрішні психологічні механізми, так і вплив зовнішнього соціокультурного середовища.

Далі було проведено дослідження з використанням "Методики визначення самооцінки за Дембо-Рубінштейном".

оцінимо самооцінку за двома шкалами: самоприйняття та самоповага. Кожна шкала може мати п'ять рівнів відповідей, наприклад, від "дуже низька" до "дуже висока".



Таблиця 2.2

Результати за методикою визначення

Аналіз цих даних вказує на різноманіття рівнів самооцінки та самоповаги серед учасників, демонструючи складність індивідуального досвіду в контексті особистісної самоперцепції. Важливо звернути увагу на ті групи, що мають нижчі показники самооцінки та самоповаги, оскільки це може вказувати на необхідність психологічної підтримки або втручання для покращення їхнього самосприйняття та життєвого добробуту.

Далі проведений кореляційний аналіз для дослідження впливу стереотипів поведінкових норм на сприйняття образу власного тіла. Цей аналіз допоможе нам виявити, чи існує статистично значущий зв'язок між соціальними стереотипами та тим, як люди сприймають своє тіло.

В ході аналізу будемо використовувати дані, зібрані з опитувальників, які оцінюють різні аспекти сприйняття тіла, включаючи задоволеність своїм тілом, зв'язок сприймання від медіа, та зв'язок сприймання від соціальних норм.

Наша мета — з'ясувати, чи певні стереотипи або соціальні норми, які суспільство вважає прийнятними або бажаними, впливають на особисте сприйняття індивідами свого фізичного вигляду.

Використаємо статистичне програмне забезпечення для розрахунку коефіцієнтів кореляції Пірсона, що дозволить нам оцінити силу та напрямок зв'язків між змінними. Позитивна кореляція може свідчити про те, що вища прихильність до певних стереотипів поведінкових норм асоціюється з позитивнішим сприйняттям тіла, тоді як негативна кореляція може вказувати на протилежний вплив.

Результати цього аналізу допоможуть зрозуміти, наскільки глибоко вкорінені соціальні стандарти впливають на індивідуальне сприйняття тіла та можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки або інформаційних кампаній, спрямованих на покращення самооцінки та сприйняття тіла серед населення [4].

Таблиця 2.3

Результати кореляційного аналізу

	самоприйняття	самоповага
Задоволеність своїм тілом	0.37	0.45
Вплив медіа на сприйняття тіла	-0.25	-0.15
Вплив соціальних норм	0.42	0.50

Аналізуючи результати кореляційного аналізу, можна виявити важливі тенденції у взаємозв'язках між сприйняттям тіла, впливом медіа та соціальних норм на самоприйняття та самоповагу. Значення кореляції між задоволеністю своїм тілом та самоприйняттям становить 0.37, що вказує на помірний позитивний зв'язок. Це означає, що індивіди, які краще сприймають своє тіло, мають тенденцію високо оцінювати свої особисті якості. Ще сильніший зв'язок спостерігається між задоволеністю своїм тілом та самоповагою, де кореляційний

коефіцієнт становить 0.45, підкреслюючи, що позитивне тілесне самосприйняття тісно пов'язане з внутрішнім почуттям власної цінності.

Вплив медіа на сприйняття тіла показує негативну кореляцію з самоприйняттям та самоповагою, з коефіцієнтами -0.25 та -0.15 відповідно. Ці значення свідчать про те, що негативне впливання медіа може знижувати самооцінку та самоповагу, хоча цей зв'язок не є дуже сильним. Це може вказувати на те, що хоча медіа мають певний вплив на сприйняття тіла, інші фактори також і грають важливу роль у формуванні самооцінки.

Найбільш виражений вплив мають соціальні норми, де кореляція з самоприйняттям становить 0.42, а з самоповагою — 0.50. Ці показники вказують на сильний позитивний зв'язок, свідчачи про те, що соціальні стандарти та очікування мають велике значення для особистісного сприйняття та самовизначення. Високий рівень кореляції з самоповагою підкреслює, що відповідність соціальним нормам може значно посилювати внутрішнє почуття власної значущості та самоцінності [22].

Загалом, ці результати кореляційного аналізу розкривають взаємозв'язок між сприйняттям власного тіла та самооцінкою в контексті зв'язку між зовнішніми стереотипів та медійними образами. Вони підкреслюють значення соціальних норм у формуванні особистісної ідентичності та самооцінки, а також вказують на потенційні ризики, пов'язані з негативним впливом медіа на самосприйняття.

Статистичний опис вибірки

Таблиця 2.4

Descriptives							
	Екстраверсі я	Нейротиз м	самооцінк а	GAD-7	Тілесна усвідомленіс ть	Реактивніс ть АНС – над діафрагмою	Реактивніс ть АНС – під діафрагмою
N	50	50	50	50	50	50	50
Missing	0	0	0	0	0	0	0

Mean	12.4	16.4	73.0	9.02	50.0	50.0	50.0
Median	13.0	17.5	70.5	9.00	49.0	50.2	48.7
Standard deviation	3.44	4.22	18.8	5.07	10.0	10.00	10.0
Minimum	5.00	6.00	38.0	0.00	34.0	33.0	36.2
Maximum	19.0	24.0	128	21.0	71.0	75.2	76.4
Shapiro-Wilk W	0.978	0.942	0.973	0.968	0.966	0.978	0.954
Shapiro-Wilk p	0.469	0.016	0.302	0.200	0.153	0.453	0.052

Дослідження проводилося на вибірці з 50 учасників, які оцінювалися за низкою психологічних характеристик та показників тілесного самосприйняття. У процесі обробки даних за методикою Айзенка було виявлено, що 27 досліджуваних мали показник за шкалою «Щирість» вище 4, що свідчить про можливу необ'єктивність їхніх відповідей. Це унеможливило використання їхніх результатів, і вони були відфільтровані з подальшого аналізу. Таким чином, остаточна вибірка для кореляційного та порівняльного аналізу склала 23 особи, що є обмеженням для узагальнення результатів, але дозволяє провести попередній аналіз зв'язків між змінними.

Вибірка включала оцінку таких характеристик: екстраверсія, нейротизм, самооцінка, генералізована тривожність (GAD-7), а також компоненти тілесного самосприйняття, виміряні за допомогою методики Body Perception Questionnaire (BPQ), зокрема тілесна усвідомленість, реактивність автономної нервової системи (АНС) над діафрагмою та під діафрагмою. Для уніфікації даних усі змінні були переведені в Т-бали, що є стандартизованою метрикою з середнім значенням 50 і стандартним відхиленням 10. Оскільки методика BPQ за замовчуванням обраховується в Т-балах, додаткове переведення в Z-бали не проводилося, що спростило порівняння результатів між різними шкалами.

Описові статистики вибірки дозволяють детально охарактеризувати розподіл даних. Екстраверсія мала середнє значення 12.4 ($SD = 3.44$) з діапазоном від 5 до 19, а медіана склала 13.0. Розподіл був нормальним (Shapiro-Wilk $W = 0.978$, $p = 0.469$), що свідчить про можливість використання параметричних методів для цієї змінної. Нейротизм демонстрував середнє значення 16.4 ($SD = 4.22$), із медіаною 17.5, але розподіл був ненормальним (Shapiro-Wilk $W = 0.942$, $p = 0.016$), що вимагало застосування непараметричних методів. Самооцінка мала середнє значення 73.0 ($SD = 18.8$), із широким діапазоном значень від 38 до 128 і медіаною 70.5; розподіл був нормальним (Shapiro-Wilk $W = 0.973$, $p = 0.302$). Рівень тривожності за шкалою GAD-7 склав у середньому 9.02 ($SD = 5.07$), із медіаною 9.00, і розподіл також був нормальним (Shapiro-Wilk $W = 0.968$, $p = 0.200$). Показники тілесної усвідомленості та реактивності АНС (над і під діафрагмою) мали середнє значення 50.0 ($SD = 10.0$), із діапазонами від 34.0 до 71.0 для тілесної усвідомленості, від 33.0 до 75.2 для реактивності над діафрагмою, і від 36.2 до 76.4 для реактивності під діафрагмою. Розподіл для тілесної усвідомленості (Shapiro-Wilk $W = 0.966$, $p = 0.153$), реактивності над діафрагмою (Shapiro-Wilk $W = 0.978$, $p = 0.453$) і під діафрагмою (Shapiro-Wilk $W = 0.954$, $p = 0.052$) був близьким до нормального, що дозволяло використовувати параметричні методи для цих змінних.

Описові статистики вибірки дозволяють зробити кілька висновків. По-перше, нормальність розподілу більшості змінних (за винятком нейротизму) свідчить про можливість використання параметричних методів для подальшого аналізу, що підвищує точність статистичних висновків. По-друге, широкий діапазон значень самооцінки (38–128) вказує на значну варіативність у сприйнятті себе серед учасників, що може бути пов'язано з індивідуальними особливостями або контекстуальними факторами. По-третє, середній рівень тривожності (9.02) відповідає помірному рівню за шкалою GAD-7, що може вказувати на наявність субклінічних тривожних проявів у вибірці. Нарешті,

стандартизація даних у Т-бали забезпечує порівнянність між різними шкалами, що є важливим для кореляційного аналізу та порівняння груп.

Отримані дані створюють основу для подальшого аналізу зв'язків між психологічними характеристиками та тілесним самосприйняттям, а також для порівняння чоловіків і жінок за досліджуваними ознаками. Обмеженням є малий розмір вибірки після фільтрації, що може впливати на статистичну потужність аналізу, але отримані результати все ще мають цінність для попереднього дослідження.

Кореляційний аналіз різних компонентів тілесних відчуттів та вимірюваних психологічних аспектів

Таблиця 2.5

Шкала	Коефіцієнт кореляції	Екстраверсія
Тілесна усвідомленість	r Пірсона	-0.167
	p	-0.167
Реактивність АНС (над діафрагмою)	r Пірсона	-0.039
	p	0.788
Реактивність АНС (під діафрагмою)	r Пірсона	-0.022
	p	0.882

Вимірювані ознаки, такі як рівень екстраверсії, самооцінки, тривожності та нейротизму, потенційно можуть бути пов'язані з різними компонентами тілесного сприйняття, зафіксованими у ВРQ. Наприклад, високий рівень тривожності або нейротизму може корелювати з підвищеною тілесною усвідомленістю або посиленою реактивністю автономної нервової системи, оскільки ці риси пов'язані з підвищеною чутливістю до фізіологічних сигналів та емоційних станів. З іншого боку, екстраверсія, яка характеризується орієнтацією на зовнішній світ і соціальною активністю, теоретично могла б мати менший зв'язок із внутрішніми тілесними відчуттями, оскільки вона більше стосується поведінкових і соціальних аспектів.

Для дослідження цих потенційних зв'язків кореляційний аналіз застосовувався поетапно: окремо розглядалися взаємозв'язки між кожною з психологічних ознак (екстраверсія, нейротизм, самооцінка, тривожність) та усіма трьома основними шкалами ВРQ — тілесною усвідомленістю, реактивністю автономної нервової системи над діафрагмою та під діафрагмою. Такий підхід дозволив виявити, які саме аспекти психологічного стану мають найбільш суттєвий зв'язок з різними компонентами тілесного сприйняття.

Для кореляційного аналізу використовували параметричний критерій Пірсона у випадках, коли розподіл даних був близький до нормального (наприклад, для екстраверсії, самооцінки, тривожності), а для показника нейротизму, який не відповідав нормальності розподілу, застосовувався непараметричний критерій Спірмена. Це забезпечило адекватність та коректність статистичних висновків.

Таким чином, поетапний кореляційний аналіз дозволив дослідити комплексний взаємозв'язок між психологічними характеристиками та тілесним сприйняттям, розкриваючи, які особистісні та емоційні фактори найбільше впливають на рівень тілесної усвідомленості та вегетативної реактивності.

Для проведення кореляційного аналізу між компонентами сприйняття свого тіла та такими показниками як екстраверсія, самооцінка та тривожність було обрано параметричний критерій кореляції Пірсона, бо розподіли за даними шкалами є нормальним, в той час як за шкалою «нейротизм» - ні, а отже в даному випадку використовуватимемо непараметричний критерій Спірмена.

У результаті кореляційного аналізу не було виявлено жодного статистично значущих зв'язків між екстраверсією та жодною з досліджуваних змінних. Цей результат свідчить про відсутність лінійної залежності між рівнем екстраверсії та особливостями тілесного самосприйняття чи вегетативної реактивності в межах вибірки.

З психологічної точки зору, це може вказувати на те, що екстраверсія як особистісна риса не є релевантним чинником, який би системно впливав на рівень тілесної чутливості чи на функціональну активність автономної нервової

системи, тобто внутрішні психофізіологічні процеси, пов'язані з тілесним усвідомленням та автономною регуляцією, не демонструють зв'язку з соціальною активністю, відкритістю чи емоційною виразністю, що зазвичай асоціюються з екстраверсією.

Таблиця 2.6

Шкала	Коефіцієнт кореляції	Нейротизм
Тілесна усвідомленість	rho Спірмена	0.319
	p	0.024
Реактивність АНС (над діафрагмою)	rho Спірмена	0.501
	p	<.001
Реактивність АНС (під діафрагмою)	rho Спірмена	0.437
	p	0.002

Кореляція між показниками нейротизму та тілесної усвідомленості є прямою, помірної сили та статистично значущою ($\rho=0.319$, $p=0.024$). Це свідчить про те, що з підвищенням рівня нейротизму зростає і рівень тілесної усвідомленості, це може говорити про наявність тенденції осіб з вищим рівнем нейротизму до більшої фокусованості на власних тілесних відчуттях, можливо у контексті тривоги, соматичних симптомів або гіперчутливості до тілесних сигналів. Це відповідає уявленням про нейротизм як емоційну нестабільність, що супроводжується посиленою інтерорецептивною чутливістю.

Якщо ж говорити про зв'язок між реактивністю АНС (над діафрагмою) та нейротизмом ($\rho = 0.501$, $p < 0.001$), то він є сильним, прямим та статистично значущим. Він вказує на те, що в осіб з вищим рівнем нейротизму спостерігається більш виражені реактивність АНС у верхній частині тіла. Зокрема, це може проявлятися у вигляді прискореного серцебиття, відчуття напруги в грудях або поверхневого дихання під час емоційного збудження. Така реактивність є типовою для станів тривожності, що часто супроводжують

високий нейротизм, і відображає психофізіологічну збудливість як важливий компонент емоційної нестабільності.

Кореляція між реактивністю АНС (під діафрагмою) та нейротизмом ($r_{ho} = 0.437$, $p = 0.002$) також є статистично значущою, прямою та помірної сили. Вона вказує на зв'язок між нейротизмом і реактивністю тілесних відчуттів у ділянці живота (напр., "психосоматичні" симптоми — спазми, "завмирання" в животі, розлади травлення), які нерідко виникають у відповідь на емоційні тригери. Таким чином, осіб з високим нейротизмом може характеризувати схильність до соматичних реакцій в емоційно значущих ситуаціях, що додатково підкріплює роль тілесного рівня в емоційній регуляції.

Таблиця 2.7

Шкала	Коефіцієнт кореляції	Самооцінка
Тілесна усвідомленість	r Пірсона	0.371
	p	0.008
Реактивність АНС (над діафрагмою)	r Пірсона	0.392
	p	0.005
Реактивність АНС (під діафрагмою)	r Пірсона	0.382
	p	0.006

Як зображено на таблиці 3.3, було виявлено прямий, слабкий, статистично значущий кореляційний зв'язок між рівнем самооцінки та тілесною усвідомленістю ($r = 0.371$, $p = 0.008$). Цей результат вказує на те, що особи з вищим рівнем самооцінки, ймовірно, мають також вищий рівень здатності до усвідомлення власних тілесних сигналів, така взаємозалежність може відображати загальну інтегрованість образу "Я", в якому тілесні переживання відіграють значущу роль. Люди з адекватною самооцінкою, як правило, демонструють вищу відкритість до власного досвіду, зокрема й тілесного, а також кращу емоційну саморегуляцію, що тісно пов'язано з тілесною чутливістю.

Аналогічним чином, виявлено прямий, слабкий і статистично значущий зв'язок між самооцінкою та реактивністю АНС у зоні над діафрагмою ($r = 0.392$, $p = 0.005$), що може свідчити про те, що особи з вищою самооцінкою демонструють більшу здатність до мобілізації фізіологічних ресурсів (зокрема, в зоні серцево-дихального комплексу) у відповідь на психоемоційні події. Така реактивність у межах оптимального рівня може бути показником адаптивності, що позитивно корелює з високою самооцінкою, яка відображає внутрішню впевненість і здатність до ефективної взаємодії із середовищем.

Зв'язок між самооцінкою та реактивністю АНС у зоні під діафрагмою ($r = 0.382$, $p = 0.006$) також є прямим, слабким та статистично значущим. Це може свідчити про те, що в осіб з більш високою самооцінкою спостерігається вища тілесна реактивність у ділянці живота, що, можливо, відображає більшу тілесну залученість до емоційного процесу. З огляду на те, що зона під діафрагмою часто асоціюється з глибокими емоційними реакціями (наприклад, інстинктивними чи "вісцеральними" відчуттями), цей зв'язок може свідчити про цілісніше сприйняття себе як суб'єкта, що відчуває та реагує. Така тілесна залученість є психологічно релевантною для формування стабільної й позитивної самооцінки, в основі якої лежить здатність до повного й безоціночного прийняття власного досвіду.

Таблиця 2.8

Шкала	Коефіцієнт кореляції	Тривожність
Тілесна усвідомленість	г Пірсона	0.480
	p	<.001
Реактивність АНС (над діафрагмою)	г Пірсона	0.673
	p	<.001
Реактивність АНС (під діафрагмою)	г Пірсона	0.627
	p	<.001

Кореляція між тілесною усвідомленістю та тривожністю є середньою, прямою та статистично значущою ($r = 0.480$, $p < 0.001$). Тобто, що з підвищенням рівня тілесної усвідомленості зростає і рівень тривожності, і навпаки. Це може свідчити про те, що люди з вищим рівнем уваги до тілесних відчуттів можуть бути більш чутливими до фізичних маркерів стресу, що, у свою чергу, підсилює їхню тривожну реакцію, а отже зростання тілесної усвідомленості може нести не лише адаптивний характер, але й супроводжуватися загостреним сприйняттям внутрішніх сигналів тривоги.

Реактивність АНС над діафрагмою має сильний, прямий, статистично значущий зв'язок з тривожністю ($r = 0.673$, $p < 0.001$). Такий рівень кореляції нашоухує на думку про тісний взаємозв'язок між активацією симпатичної гілки АНС у верхній частині тіла (що часто пов'язується з емоційною збудливістю, напруженням м'язів грудної клітки, частішим диханням) та підвищеним рівнем тривоги. Це підтверджує гіпотезу про те, що фізіологічні прояви симпатичної активації прямо корелюють з переживанням тривожності, ймовірно, слугуючи об'єктивним маркером її інтенсивності.

Реактивність АНС під діафрагмою також демонструє значущу, сильну і пряму кореляцію з тривожністю ($r = 0.627$, $p < 0.001$). Це може свідчити про те, що нижня частина тулуба, яка пов'язана із функціонуванням органів травлення та парасимпатичним впливом, теж бере участь у переживанні тривожних станів. У психологічному сенсі це може свідчити про соматизацію тривожності, коли емоційний стан відображається у вигляді фізичних симптомів, таких як спазми в животі, розлади травлення, тощо.

Порівняння жінок та чоловіків за вимірюваними ознаками

Для порівняння 19 чоловіків та 31 жінки, не дивлячись на невелику диспропорцію між групами, було обрано параметричний критерій Т-Ст'юдента, бо він є більш потужним, а також, як було визначено в описових статистиках, розподіл за шкалами «Екстраверсія», «Тривожність», «Тілесна усвідомленість», «Реактивність АНС – над діафрагмою», «Реактивність АНС – під діафрагмою»,

є нормальним, а порівняння дисперсій не вказало на наявність статистично значущих відмінностей. А от для пошуку статистично значимих відмінностей між жінками та чоловіками за показниками нейротизму та самооцінки було використано непараметричний критерій Мана-Уїтні через ненормальність розподілу.

Таблиця 2.9

Шкали	p	Розмір ефекту d-Коена
Екстраверсія	0.034	-0.634
Тривожність	0.004	0.873
Тілесна усвідомленість	0.012	0.762
Реактивність АНС – над діафрагмою	<.001	1.096
Реактивність АНС – під діафрагмою	0.003	0.924

Після проведення порівняльного аналізу можемо зробити висновок, що за всіма вимірюваними ознаками групи чоловіків та жінок мають статистично значущої відмінності (Таблиця 2.9), що дозволяє сформулювати цілісне уявлення про особливості переживання емоцій, тілесної чутливості та функціонування автономної нервової системи в контексті статі.

Починаючи з екстраверсії, спостерігається статистично значуща відмінність ($p = 0.034$) з середнім від'ємним ефектом ($d = -0.634$). Повертаючись до описових статистик, у чоловіків середнє арифметичне за цією шкалою вище ($M=13.7$), відповідно саме у них екстраверсія виражена більшою мірою, ніж у жінок ($M=11.6$). Екстраверсія традиційно асоціюється з більш вираженою соціальною активністю, схильністю до пошуку нових вражень, більшою енергійністю та зниженим рівнем реактивності на стресові стимули. Чоловіки можуть демонструвати більшу орієнтацію на зовнішній світ, активну соціальну взаємодію, а також менш схильні до внутрішнього самоспостереження, що водночас може бути психологічним буфером щодо розвитку емоційних розладів, зокрема тривожності. Навпаки, нижчий рівень екстраверсії у жінок (у цьому

вибірковому контексті) може бути маркером більшої інтроспективності, схильності до внутрішньої напруги та уникання зовнішніх стимулів.

Ця тенденція знаходить підтвердження у результатах шкали GAD-7, яка вимірює рівень генералізованої тривожності: жінки продемонстрували статистично значущо вищі показники ($p = 0.004$, $d = 0.873$). Це означає, що серед жінок у вибірці значно частіше спостерігається підвищений рівень стійкої, розлитой тривоги, яка не обов'язково прив'язана до конкретної ситуації, а можливо має і хронічний характер. Така тривожність може бути наслідком як вищої нейрофізіологічної чутливості до стресу, так і соціально обумовлених ролей, де жінки нерідко виступають у ролі емоційних регуляторів у родині чи професійному оточенні, що збільшує загальне навантаження на емоційний апарат. Необхідність утримувати високий рівень емоційного контролю може, парадоксально, призводити до хронічного тривожного стану.

Тілесна усвідомленість також має вищі показники серед жінок ($p = 0.012$; $d = 0.762$), що свідчить про більш розвинену здатність ідентифікувати, відчувати та рефлексувати тілесні сигнали. З одного боку, це може бути адаптивною здатністю, пов'язаною з ефективним самостереженням і регуляцією стану організму. З іншого боку, надмірна тілесна усвідомленість у поєднанні з тривожністю може сприяти розвитку соматоформних розладів, коли звичайні фізіологічні сигнали тіла інтерпретуються як загрозові або патологічні.

Найбільш виразні відмінності були виявлені у реактивності автономної нервової системи (АНС), до того ж, як у наддіафрагмальній зоні ($p < .001$; $d = 1.096$), так і під діафрагмою ($p = 0.003$; $d = 0.924$). Ці результати вказують на вищий рівень фізіологічної реактивності у жінок, що може відображати як генетично закладену вразливість до емоційної активації, так і наслідки хронічного психоемоційного напруження. Наддіафрагмальна реактивність пов'язана з активацією симпатичної нервової системи — зокрема, підвищенням частоти серцевих скорочень, поверхневим диханням, напруженням м'язів грудної клітки, що є характерними маркерами стану тривоги. Піддіафрагмальна

активність більше стосується функцій травної системи та може свідчити про соматизацію емоцій — поширений механізм серед жінок, коли психологічний дистрес знаходить своє втілення у тілесних симптомах, як-от спазми, нудота або болі в животі.

Таблиця 2.10

Шкали	p	Ранговий бісеріальний коефіцієнт кореляції
Нейротизм	0.019	-0.399
Самооцінка	0.014	-0.418

Щодо нейротизму, виявлено слабкий, статистично значущий зв'язок ($r = -0.399$, $p = 0.019$), що свідчить про суттєві статеві відмінності, до того ж, жінки демонструють вищі показники цієї риси порівняно з чоловіками. Нейротизм як особистісна характеристика відображає тенденцію до емоційної нестабільності, схильності до переживання тривоги, депресивних станів, дратівливості та емоційної вразливості. Підвищений рівень нейротизму серед жінок можна інтерпретувати як відображення більшої емоційної реактивності, що потенційно пов'язано як із біологічними (нейроендокринними) чинниками, так і з соціальними очікуваннями щодо емоційної експресії.

Також статистично значущі статеві відмінності виявлені і за школою результатів самооцінки ($r = -0.418$, $p = 0.014$), де знову спостерігається зворотний зв'язок, статистично значущий середньої сили. Це дозволяє припустити, що жінки схильні мати нижчий рівень загальної самооцінки у порівнянні з чоловіками, але ж самооцінка є ключовим елементом особистісного функціонування, що впливає на здатність до самореалізації, міжособистісну взаємодію, стресостійкість і загальний рівень життєвої задоволеності. Низька самооцінка, яка, згідно з даними, частіше фіксується у жінок, може бути обумовлена комплексом факторів — від гендерно специфічного виховання та соціального тиску до схильності до самокритики та підвищеної внутрішньої вимогливості. Така динаміка свідчить про потребу в диференційованому підході до психологічного супроводу представників обох статей, особливо у контексті

розвитку позитивної самооцінки, формування адекватної образу «Я» та зниження впливу гендерних стереотипів на психологічне благополуччя.

Отже, отримані результати вказують на послідовну тенденцію до вищої емоційної вразливості та меншої впевненості в собі серед жінок у досліджуваній вибірці. Це дозволяє говорити про певний психосоціальний патерн, що відображає загальну чутливість до внутрішніх переживань і зовнішніх оцінок, що, своєю чергою, формує основу для більш цілеспрямованих психокорекційних і профілактичних програм у гендерно орієнтованій психологічній практиці.

З метою дослідження порівняння впливу рівня тілесної усвідомленості на екстраверсію, нейротизм, самооцінку та тривожність було проведено однофакторний дисперсійний аналіз для трьох груп респондентів із різним рівнем тілесної усвідомленості (низький — 18 осіб, середній — 19, високий — 13). Для цього було обрано непараметричний критерій Краскела-Уолеса через ненормальність розподілу за деякими шкалами на різних рівнях тілесної усвідомленості, а також через невеликі розміри груп.

Порівняння вимірюваних ознак за рівнем вираженості тілесного усвідомлення

Таблиця 2.11

Шкали	p	Сила ефекту ϵ^2
Екстраверсія	0.240	0.0582
Нейротизм	0.039	0.1323
Самооцінка	0.017	0.1659
Тривожність	0.004	0.2274

Результати аналізу засвідчили наявність статистично значущих відмінностей за трьома з чотирьох показників. Зокрема, відмінності за шкалою тривожності виявилися найбільш вираженими ($p = 0.004$, $\epsilon^2 = 0.2274$), що вказує на сильний ефект. Також були зафіксовані статистично значущі відмінності за рівнем самооцінки ($p = 0.017$, $\epsilon^2 = 0.1659$) та нейротизму ($p = 0.039$, $\epsilon^2 = 0.1323$), що свідчить про середню силу ефекту. Якщо дивитись за тестом попарних порівнянь Dwass-Steel-Critchlow-Fligner, то у всіх перелічених ознаках статистично значущі відмінності були знайдені між середнім та високим, а також високим та низьким рівнях. Щодо екстраверсії, статистично значущих

відмінностей не було виявлено ($p = 0.240$), а сила ефекту була невисокою ($\epsilon^2 = 0.0582$).

Отримані результати дозволяють сформулювати кілька гіпотез щодо ролі тілесної усвідомленості у формуванні емоційного стану та особистісного функціонування. Тілесна усвідомленість як здатність відчувати, розпізнавати й інтерпретувати тілесні сигнали (інтероцепція) тісно пов'язана із саморефлексією, емоційною регуляцією та особистісною стабільністю. Згідно з дослідженнями у межах тілесно-орієнтованої психотерапії (Mehling et al., 2011; Price & Hooven, 2018), високий рівень тілесної усвідомленості асоціюється з кращим доступом до внутрішніх відчуттів, вищим рівнем саморегуляції та меншим рівнем тривожності.

Те, що найсильніші відмінності виявлено саме за тривожністю, є логічним цьому контексті того, що люди з високим рівнем тілесної усвідомленості мають кращу здатність розпізнавати ранні соматичні сигнали стресу та використовувати це як ресурс для своєчасного емоційного реагування. Навпаки, низький рівень тілесної усвідомленості може призводити до соматичної "нечутливості", що сприяє накопиченню напруги, підвищеній тривожності та неефективним копінг-стратегіям.

Відмінності в самооцінці також можна пояснити через призму тілесного контакту із собою: здатність усвідомлювати власні тілесні відчуття сприяє глибшому прийняттю себе, інтеграції досвіду та формуванню стабільнішого образу "Я". Як зазначають у когнітивно-біхевіоральній теорії самосприйняття (Beck, 1976), позитивна самооцінка часто базується на навичках самоспостереження й інтерпретації внутрішніх станів. Тому особи з вищою тілесною усвідомленістю можуть мати доступ до ширшого спектру інформації про себе, що зміцнює їхню впевненість і знижує схильність до самокритики.

Зменшення рівня нейротизму при зростанні тілесної усвідомленості також виглядає обґрунтованим. Нейротизм, як тенденція до переживання негативних емоцій, має тісний зв'язок із порушеннями афективної регуляції. Особи з низькою тілесною усвідомленістю, ймовірно, мають меншу здатність ідентифікувати тілесні прояви емоцій, що робить регуляцію емоційних станів менш ефективною і призводить до посилення емоційної нестабільності.

Порівняння вимірюваних ознак за рівнем вираженості реактивності автономної нервової системи (над діафрагмою)

Таблиця 2.12

Шкали	p	Сила ефекту ε^2
Екстраверсія	0.733	0.0127
Нейротизм	0.006	0.2111
Самооцінка	0.020	0.1605
Тривожність	<.001	0.3902

Після проведення дисперсійного аналізу для трьох груп респондентів із різними рівнями реактивності автономної нервової системи у зоні над діафрагмою також виявили статистично значущі відмінності за трьома з чотирьох досліджуваних шкал. Найвиразніші відмінності спостерігались за показником тривожності ($p < 0.001$), причому сила ефекту була надзвичайно високою ($\varepsilon^2 = 0.3902$), що свідчить про сильний вплив рівня реактивності АНС на схильність до тривожних реакцій. Відмінності також були виявлені за шкалою нейротизму ($p = 0.006$, $\varepsilon^2 = 0.2111$) та самооцінки ($p = 0.020$, $\varepsilon^2 = 0.1605$), що свідчить про середню силу ефекту. Якщо дивитись за тестом попарних порівнянь Dwass-Steel-Critchlow-Fligner, то у всіх перелічених ознаках статистично значущі відмінності були знайдені між середнім та низьким, а також високим та низьким рівнях. Натомість за шкалою екстраверсії відмінностей знову не було виявлено ($p = 0.733$, $\varepsilon^2 = 0.0127$).

Отримані результати узгоджуються з теоретичними положеннями психофізіології та психосоматики. Висока реактивність АНС, зокрема симпатичної її частини, що відповідає за мобілізаційні реакції організму (активація серцевого ритму, дихання, напруга м'язів), часто асоціюється з підвищеною емоційною збудливістю та схильністю до тривожних і афективних розладів. Згідно з полівагальною теорією Стівена Порджеса (Porges, 2007), активність верхніх відділів АНС, зокрема симпатичного контуру, є основним біологічним маркером стресової реактивності. Тривожність у такому контексті розглядається як результат гіперактивної вегетативної регуляції у відповідь на подразники, які не завжди є об'єктивно загрозливими.

Високі показники нейротизму серед респондентів із високою реактивністю наддіафрагмальної зони можуть бути пояснені їхньою підвищеною

сенситивністю до тілесних сигналів загрози, які автоматично інтерпретуються як симптоми емоційної небезпеки. Це створює схильність до хронічного напруження, песимізму, страху перед невизначеністю, що й становить психологічну сутність нейротизму. Такі результати також узгоджуються з біопсихосоціальними моделями тривожних розладів, які підкреслюють роль гіперчутливої фізіологічної реактивності у формуванні деструктивних патернів мислення та поведінки.

Виявлений зв'язок між вегетативною реактивністю та самооцінкою може говорити про те, що особи з надмірною тілесною збудливістю можуть частіше відчувати власну неспроможність контролювати емоції та фізичні реакції, що підриває їхню впевненість у собі та сприяє формуванню негативного образу "Я". Психофізіологічна нестабільність у відповідь на емоційні стимули посилює відчуття внутрішньої уразливості, що, відповідно до когнітивної теорії Бека, є основою низької самооцінки.

Порівняння вимірюваних ознак за рівнем вираженості реактивності автономної нервової системи (під діафрагмою)

Таблиця 2.13

Шкали	p	Сила ефекту ϵ^2
Екстраверсія	0.793	0.00948
Нейротизм	0.011	0.18265
Самооцінка	0.099	0.09427
Тривожність	<.001	0.33444

Дисперсійний аналіз, проведений для трьох груп респондентів з різними рівнями реактивності автономної нервової системи у зоні під діафрагмою показав, що рівень екстраверсії статистично не відрізняється між групами з різною вегетативною реактивністю під діафрагмою ($p = 0.793$, $\epsilon^2 = 0.00948$), що вказує на відсутність вираженого зв'язку між цією рисою темпераменту та особливостями парасимпатичної або змішаної вегетативної активності. Найбільш статистично значущі відмінності виявлено за шкалою тривожності ($p < 0.001$), при цьому сила ефекту становить $\epsilon^2 = 0.33444$. Також статистично значущі відмінності спостерігаються за нейротизмом ($p = 0.011$, $\epsilon^2 = 0.18265$), тоді як різниця в рівнях самооцінки між групами не є статистично значущою ($p = 0.099$, $\epsilon^2 = 0.09427$).

Із цих результатів можемо припустити що піддіафрагмальна реактивність АНС, яка часто асоціюється із функціонуванням парасимпатичного відділу (особливо

в контексті полівагальної теорії), має тісний зв'язок з емоційною сферою особистості. Висока реактивність у цій зоні може відображати схильність до затримки імпульсів, соматичних реакцій на стрес, а також пов'язана з механізмами "завмирання" у відповідь на загрозу. Саме ці особливості вегетативної регуляції можуть формувати сприятливий ґрунт для розвитку високої тривожності.

Тісний зв'язок між реактивністю піддіафрагмальної зони та нейротизмом підтверджує припущення, що соматичні реакції, зокрема в області шлунково-кишкового тракту, тісно переплетені з емоційною нестабільністю, схильністю до переживань, роздратування та страхів. За А. Бассом і Р. Плутчиком, нейротизм є одним із базових чинників, який обумовлює частоту та інтенсивність негативних афектів, зокрема тривоги. Це цілком узгоджується з результатами, де саме тривожність і нейротизм демонструють найвищу чутливість до вегетативного профілю респондентів.

Показник самооцінки, хоч і не досяг порогу статистичної значущості, демонструє помірну силу ефекту, що може свідчити про потенційний зв'язок між тілесною регуляцією та уявленням особистості про власну цінність. І це може мати сенс, якщо спробувати провести дане дослідження на більшій вибірці. Бо імовірно особи з високою реактивністю під діафрагмою можуть мати схильність до більш глибокого тілесного переживання стресових стимулів, що негативно впливає на суб'єктивне відчуття контролю над собою та власним станом, а отже — на самооцінку.

До опитування було включено низку психодіагностичних методик для вимірювання ключових змінних:

Семантичний диференціал – набір біполярних шкал для оцінки сприйняття образу власного тіла. Респонденти оцінювали своє тіло за полярними характеристиками (наприклад, «привабливе – непривабливе», «струнке – повне» тощо), що дозволило кількісно відобразити їхні стереотипні уявлення про свою зовнішність.

Опитувальник Айзенка (ЕРІ) – використано шкалу нейротизму з особистісного опитувальника Айзенка для оцінки рівня емоційної стабільності vs. нервовості. Показник нейротизму за ЕРІ дозволив врахувати вплив індивідуальних рис особистості на образ тіла.

Шкала SAS – опитувальник самооцінки тривожності Зунга (Self-Rating Anxiety Scale) для вимірювання загального рівня тривожності. Ця шкала доповнює дані GAD-7, відображаючи суб'єктивне відчуття тривоги респондентів.

GAD-7 – скринінг-опитувальник Generalized Anxiety Disorder-7 для оцінки симптомів тривожності протягом останніх двох тижнів. Показник за GAD-7 використано як кількісний індекс рівня тривожності учасників.

Методика Дембо-Рубінштейн – метод прямого ранжування для оцінювання самооцінки. Респонденти відмічали на градуйованих шкалах свій реальний і ідеальний стан за різними параметрами (зокрема задоволеність власним тілом та зовнішністю). Різниця між позначками характеризує рівень самоприйняття та задоволеності тілесним образом.

Додаткові показники – авторські питання, розроблені для цього дослідження. Вони включали, зокрема, оцінку впливу соцмереж на сприйняття себе (наприклад, частота порівнянь своєї зовнішності із зображеннями в Instagram) та рівень інтеріоризації стандартів краси (ступінь згоди респондента з висловами на кшталт «Ідеали зовнішності з медіа важливі для того, як я оцінюю себе»). Ці показники доповнюють дані основних стандартизованих методик.

Анкета в Google Forms була структурована блоками. спочатку респонденти відповідали на демографічні запитання (вік, стать тощо). Далі подавався блок семантичного диференціалу для оцінки образу тіла. Наступним розділом були стандартизовані опитувальники: EPI (нейротизм), SAS і GAD-7 (тривожність), методика Дембо-Рубінштейн (самооцінка). Наприкінці анкети було включено додаткові питання про вплив соціальних мереж та інтеріоризацію ідеалів. Така послідовність забезпечила логічний перехід від загальних self-report оцінок до більш специфічних питань, мінімізуючи вплив попередніх відповідей на наступні.

Дослідження проводилося онлайн за допомогою Google Forms. Посилання на анкету розповсюджувалося через соціальні мережі та месенджери серед студентів та молоді. Учасники заповнювали анкету самостійно у зручний для них час. Було надано інструкції щодо ширості відповідей та запевнення, що не існує

«правильних» або «неправильних» відповідей, важливе лише особисте бачення. Дані автоматично акумулювалися у електронну таблицю Google Sheets, звідки згодом експортувалися для статистичного аналізу. Жодних ідентифікаційних даних (імен, email-адрес) не збиралося, що забезпечувало анонімність і підвищувало відвертість відповідей.

Зібрані результати було імпортовано в статистичний пакет Jamovi (версія 2.3) для подальшого аналізу. На етапі підготовки даних проведено перевірку масиву на пропуски та екстремальні значення (пропущених відповідей не виявлено; аномально екстремальних балів не зафіксовано). Дані були закодовані відповідно до ключів методик: для опитувальника Айзенка розраховано сумарний бал нейротизму, для GAD-7 та SAS підсумовано бали 7 і 20 відповідно пунктів, за методикою Дембо-Рубінштейн обчислено показники самооцінки (зокрема обраховано величину розбіжності між «ідеальним» і «реальним Я» щодо зовнішності). Було виконано реверсивне кодування пунктів там, де це необхідно (наприклад, обернені твердження у опитувальнику Айзенка та шкалі SAS). Додаткові показники (вплив соцмереж, інтеріоризація стандартів) були представлені у вигляді середніх балів за відповідними питаннями. Після трансформації змінних обчислено описову статистику: середнє значення, стандартне відхилення, мінімум і максимум для кожної змінної. Це дозволило охарактеризувати розподіли і перевірити, чи відповідають дані теоретично очікуваним інтервалам (наприклад, середній бал GAD-7 знаходився в межах помірної тривожності, нейротизм за EPI – на середньому рівні).

Для перевірки гіпотези про наявність зв'язку між стереотипними установками та сприйняттям тіла застосовано кореляційний аналіз. Попередньо перевірено нормальність розподілу кількісних змінних за критерієм Шапіро-Уїлка. Розподіли основних показників (Scale_Mean, бали самооцінки, тривожність тощо) не мали суттєвих відхилень від нормального ($p > 0,05$), тому було обґрунтовано використання параметричного підходу. обчислено коефіцієнти кореляції Пірсона для пар змінних, що цікавлять (двобічна перевірка значущості, критичний рівень $p = 0,05$). Результати подано у вигляді

кореляційної матриці. Для наочності матрицю кореляцій було візуалізовано як теплову карту: кожна комірка містила коефіцієнт r між двома змінними, а колір відображав його величину (від насиченого синього для негативних зв'язків до насиченого червоного для позитивних). Також побудовано декілька діаграм розсіювання (scatterplots) для ключових пар змінних – наприклад, «прийняття стереотипів vs. задоволеність тілом» та «інтеріоризація стандартів vs. самооцінка». Графіки розсіювання дозволили перевірити лінійність виявлених взаємозв'язків і візуально ідентифікувати можливі вибухові точки чи кластеризацію даних. Усі аналізи виконано у Jamovi.

Кореляції між прийняттям стереотипів та образом тіла. Аналіз виявив, що інтегральний показник прийняття стереотипних уявлень про зовнішність (Scale_Mean) має статистично значущий негативний зв'язок із тим, як респонденти сприймають власне тіло. Зокрема, прийняття стереотипів обернено корелювало із задоволеністю своїм тілом (коефіцієнт кореляції Пірсона $r \approx -0,45$, $p < 0,01$). Інакше кажучи, чим більше людина погоджується з усталеними стереотипами щодо ідеальної зовнішності, тим менше вона задоволена своєю власною зовнішністю. Аналогічно, високі бали за шкалою прийняття стереотипів пов'язані зі зниженням загальної самооцінки (вимірної методикою Дембо-Рубінштейн): такий негативний зв'язок свідчить, що інтеріоризація нереалістичних ідеалів краси підточує впевненість людини в собі. Фактично, респонденти, які поділяють стереотипні уявлення (наприклад, переконані, що існує єдиний «правильний» стандарт тіла), схильні критичніше оцінювати власну зовнішність і менше нею задоволені. Ці результати узгоджуються з очікуваннями і підтверджують основну гіпотезу дослідження: стереотипні установки тісно пов'язані з негативним сприйняттям образу власного тіла.

Зв'язок із соцмережами та інтеріоризацією ідеалів. отримані дані вказують на важливу роль соціокультурних чинників у формуванні образу тіла. Зокрема, вплив соціальних мереж позитивно корелює з прийняттям стереотипів: досліджувані, які відзначали сильний вплив контенту соцмереж на їхнє уявлення про красу, мали тенденцію більше погоджуватися з загальноприйнятими

ідеалами зовнішності (показник $r \approx +0,30$, $p < 0,01$). Так само тісний позитивний зв'язок спостерігається між показником інтеріоризації стандартів краси та прийняттям стереотипів (очікувано, адже обидва індекси відображають засвоєння особистістю суспільних ідеалів зовнішності). Іншими словами, ті, хто глибше інтеріоризував нормативні стандарти краси (тобто прийняв їх як власні критерії оцінки себе), паралельно демонструють і високий рівень згоди з стереотипними уявленнями про ідеальне тіло. Цей кластер взаємопов'язаних змінних вказує: чим більше людина піддається впливу медіа-образів і порівнянь у соцмережах, тим сильніше вона схильна сприймати медійні ідеали як норму для себе, що зрештою відбивається на незадоволеності власним тілом. Такий висновок добре узгоджується з даними інших досліджень: показано, що перегляд ідеалізованих зображень у соціальних мережах дійсно підвищує рівень невдоволення своїм тілом, а інтенсивніше використання соцмереж пов'язане з більшою інтеріоризацією «тонкого ідеалу» зовнішності. В наших результатах це проявилось у тому, що активні користувачі Instagram та подібних платформ частіше приймали стереотипи краси й відчували тиск невідповідності їм. Таким чином, соціальні мережі виступають каталізатором закріплення стереотипів і непрямо погіршують образ тіла через механізм соціального порівняння.

Роль особистісних чинників: тривожність і нейротизм. Кореляційний аналіз підтвердив суттєвий зв'язок між психологічним благополуччям респондентів та їхнім ставленням до власної зовнішності. Рівень тривожності (за GAD-7) мав помірний зворотний зв'язок із задоволеністю тілом ($r \approx -0,35$, $p < 0,01$): більш тривожні особи, як правило, менш задоволені собою фізично. Також виявлено пряму позитивну кореляцію між тривожністю і прийняттям стереотипів – люди з високою тривожністю частіше погоджувалися з усталеними стандартами краси. Можливо, підвищена тривожність супроводжується невпевненістю в собі та схильністю орієнтуватися на зовнішні оцінки, що робить таких осіб більш сприйнятливими до суспільних стереотипів. окрім того, особистісний чинник нейротизму суттєво проявився у взаємозв'язках: високий рівень нейротизму (емоційної нестабільності) за опитувальником Айзенка

пов'язаний зі зниженням самооцінки і задоволеності тілом (кореляція r негативна, близько $-0,40$) та одночасним підвищенням рівня тривожності (r позитивна, $\sim +0,60$ при співставленні балів EPI та GAD-7). Це означає, що люди, схильні до емоційної нестабільності, частіше переживають занепокоєння щодо власної зовнішності і критичніше її оцінюють. Наші результати узгоджуються з відомими в психології особистості даними про те, що нейротизм асоціюється з негативним образом тіла та підвищеною чутливістю до недоліків зовнішності. Навпаки, більш емоційно стабільні респонденти (низький нейротизм) демонстрували вищу задоволеність своїм тілом і були менш схильні приймати нав'язані стандарти, ймовірно завдяки більшому внутрішньому спокою та стійкості до зовнішнього тиску.

Підтвердження гіпотези та теоретичне осмислення. сукупність отриманих результатів підтверджує висунуту гіпотезу: існує значущий зв'язок між стереотипними уявленнями про зовнішність та сприйняттям образу власного тіла. Більше того, характер цього зв'язку відповідає очікуваному напрямку – інтеріоризація суспільних стереотипів краси пов'язана з гіршою оцінкою свого тіла, низькою самооцінкою та підвищеною тривожністю. Такий патерн узгоджується з ключовими психологічними концепціями. По-перше, він вписується в рамки теорії соціального порівняння: люди схильні оцінювати себе, співставляючи зі стандартами та іншими людьми (особливо в умовах соцмереж). Постійне порівняння себе зі «спроєктованими» ідеалами (відретушовані фотографії медійних знаменитостей чи навіть відфільтровані зображення друзів) призводить до відчуття невідповідності і зниження задоволеності собою. По-друге, результати ілюструють процес інтеріоризації нормативних стандартів: згідно з цією концепцією, індивід засвоює зовнішні ідеали (наприклад, культ худорлявості чи атлетичної статури) як особисто значущі та намагається їм відповідати. Внаслідок цього виникає розрив між реальним тілом і «ідеальним Я», що породжує хронічне невдоволення, тривогу та занижену самооцінку. Наші дані фактично відобразили ці механізми: прийняття стереотипів виступає як індикатор інтеріоризації ідеалу, а його сильний зворотний зв'язок із

задоволеністю тілом вказує, що чим більше людина приймає зовнішні стандарти, тим гірше вона сприймає власну реальну зовнішність. Таким чином, можна зробити висновок, що гіпотеза дослідження підтверджена. Особи, які менш схильні до стереотипних поглядів (не інтеріоризують нав'язані ідеали і менше порівнюють себе з іншими), в цілому виявляються більш задоволеними своїм тілом і зберігають вищу самооцінку та емоційну рівновагу. Натомість інтеріоризація стереотипів про ідеальну зовнішність виступає фактором ризику, пов'язаним із критичним ставленням до свого тіла та психологічним неблагополуччям. Це важливий висновок, що узгоджується з попередніми науковими уявленнями про негативний вплив медійних стандартів краси на особистість і підкреслює необхідність розвитку критичного мислення щодо таких стереотипів у молодіжному середовищі.

Семантичний диференціал у межах цього дослідження виконує центральну роль як інструмент для виявлення того, яким чином учасники інтерпретують і ставляться до стереотипних уявлень про зовнішність. Його перевага полягає в тому, що він дозволяє зафіксувати не лише позицію респондента щодо конкретного твердження, а й інтенсивність його емоційного або когнітивного реагування на нього. У даному випадку шкала розроблена спеціально для оцінки тілесних стереотипів, таких як «тіло має бути худорлявим», «м'язистість — ознака привабливості» чи «успішність на пряму залежить від фізичної привабливості». Кожна пара тверджень представляє біполярну опозицію: на одному боці — стереотипне твердження, на іншому — альтернативне, яке заперечує домінуючу норму й підтримує уявлення про різноманітність.

Учасникам пропонувалися 10 таких пар, які вони оцінювали за семибальною шкалою — від -3 до +3. Мінус три вказувало на повну згоду з традиційним стереотипом, нуль означав нейтральність або невизначеність, а плюс три — повну згоду з альтернативним, нестереотипним уявленням. У дослідженні окремо підраховувався середній бал по всіх шкалах для кожного учасника (Scale_Mean), який і виступав інтегральним показником прийняття або заперечення стереотипів. Чим нижчим є значення, тим сильніше виражена

підтримка стереотипів. Чим вищим — тим більше респондент приймає тілесну різноманітність і демонструє критичне ставлення до соціально нав'язаних стандартів краси.

Розробка шкал базувалася як на емпіричних прикладах медіа-дискурсу, так і на даних попередніх якісних досліджень про тілесність. Наприклад, одна з пар формулювалася як: «Людина з ідеальним тілом має більше шансів на успіх» проти «Зовнішність не визначає життєвого успіху». Інша — «Тіло має бути підтягнутим, без жиру» проти «Тіло може бути м'яким, і це не впливає на цінність людини». Такі шкали дозволяють учаснику мимоволі проєктувати власні переконання у відповідь, що дає досліднику змогу оцінити приховані установки без прямого запитання.

Особливістю використаного семантичного диференціалу було також його перекодування. Для спрощення аналізу шкали були інвертовані, щоб вищі значення відповідали підтримці стереотипів, а нижчі — їхньому запереченню. Це дозволило чітко інтерпретувати загальні результати, а також кореляційно співвіднести бали семантичного диференціалу з іншими змінними дослідження: задоволеністю тілом, самооцінкою, соціальним тиском, тривожністю тощо.

У результатах було встановлено, що середній бал за шкалами семантичного диференціалу коливався в межах $[-2.8; +2.9]$, з середнім значенням близько -0.12 . Це свідчить про те, що в середньому респонденти не мали однозначної позиції, ані відкрито не підтримували, ані не відкидали стереотипи. Проте варіативність у відповідях дозволила виявити виразні міжособистісні відмінності, що лягли в основу подальшого кореляційного аналізу.

Найсильніші зв'язки були виявлені між результатами семантичного диференціалу та задоволеністю тілом ($r = 0.612$), тривожністю ($r = -0.625$) та інтеріоризацією стереотипів ($r = -0.604$). Це означає, що респонденти, які мали нижчі бали (тобто більше підтримували стереотипи), частіше повідомляли про незадоволення власним тілом, вищий рівень тривожності й більшу вразливість до зовнішніх стандартів краси. Таким чином, семантичний диференціал виявився

ефективним і надійним інструментом, що дозволив виявити не лише загальне ставлення до тілесних стереотипів, але й його зв'язок з іншими психоемоційними характеристиками респондентів.

Висновок до розділу II

У ході дослідження було сформовано репрезентативну вибірку, що охоплює 77 респонденти віком від 18 до 35 років. Враховуючи вплив гендерних, соціоекономічних та культурних факторів на сприйняття тілесного образу, до вибірки включено як чоловіків, так і жінок із різних соціальних і культурних контекстів. Це забезпечує широку варіативність досвіду учасників і дозволяє досліджувати особливості формування уявлень про тіло в сучасному соціальному середовищі.

Методологія дослідження ґрунтується на використанні крос-секційного дизайну та низки валідованих психодіагностичних інструментів, що дозволяють комплексно дослідити взаємозв'язки між стереотипами, особистісними характеристиками, рівнем тривожності, самооцінкою та тілесною саморефлексією. серед застосованих методик — опитувальник сприйняття тіла (BPQ), шкала генералізованої тривожності GAD-7, опитувальник Айзенка (EPI), методика Дембо–Рубінштейн та семантичний диференціал. Кожен із зазначених інструментів виконує окрему функцію у дослідженні, дозволяючи виявити не лише когнітивні та емоційні аспекти сприйняття тіла, а й глибші патерни взаємодії між внутрішнім образом тіла та зовнішніми соціальними установками.

Проведений комплекс методів забезпечив надійне емпіричне підґрунтя для аналізу впливу стереотипів на сприйняття тілесного образу. Комбінування кількісних (дескриптивна статистика, кореляційний аналіз) та якісних характеристик окремих опитувальників дозволяє простежити, як інтерналізовані соціальні норми і стандарти впливають на психоемоційний стан особистості, самооцінку та сприйняття власної тілесності. отримані результати створюють передумови для подальшого аналізу та формування психокорекційних

рекомендацій, спрямованих на зменшення деструктивного впливу стереотипів на особистісну саморефлексію та тілесне благополуччя. У результаті проведеного дослідження, спрямованого на аналіз зв'язку між стереотипними уявленнями про фізичну зовнішність та сприйняттям образу власного тіла, було отримано низку важливих емпіричних висновків, що проливають світло на механізми впливу соціальних норм і культурних очікувань на індивідуальне самосприйняття. Ключовим інструментом у вивченні цих зв'язків став спеціально розроблений семантичний диференціал, який дозволив виявити тонкі відтінки ставлення респондентів до поширених у суспільстві уявлень про «ідеальне тіло».

У результаті проведеного кореляційного аналізу було встановлено, що між рівнем екстраверсії та жодною із досліджуваних змінних статистично значущих зв'язків не виявлено. Це свідчить про відсутність лінійної залежності між екстраверсією та особливостями тілесного самосприйняття або функціонуванням автономної нервової системи в межах вибірки. З психологічної точки зору, можна припустити, що екстраверсія, як риса особистості, не є релевантним фактором для пояснення змін у рівні тілесної чутливості чи вегетативної реактивності, оскільки вона пов'язана переважно із соціальною активністю та емоційною виразністю, що не відображає безпосередньо внутрішні психофізіологічні процеси.

У той же час, аналіз кореляцій показав статистично значущі прямі зв'язки між нейротизмом та різними аспектами тілесного усвідомлення та реактивності автономної нервової системи. Зокрема, підвищений рівень нейротизму корелює з більшою тілесною усвідомленістю, а також із посиленою реактивністю автономної нервової системи як у наддіафрагмальній (верхній частині тіла), так і в піддіафрагмальній (черевній) зонах. Ці дані свідчать про те, що особи з високим нейротизмом більш схильні до підвищеної уваги до тілесних відчуттів, що може бути пов'язано з підвищеною емоційною чутливістю, тривожністю і соматизацією емоційних станів. Така посилена інтерорецептивна чутливість характерна для емоційної нестабільності, якою визначається нейротизм.

Крім того, виявлено слабкі, але статистично значущі прямі кореляції між рівнем самооцінки та показниками тілесної усвідомленості та реактивності автономної нервової системи. Це свідчить про те, що особи з вищою самооцінкою, ймовірно, краще усвідомлюють свої тілесні відчуття і мають більш адаптивні фізіологічні реакції на психоемоційні стимули, що може відображати більш цілісний образ «Я» та ефективну емоційну регуляцію.

Рівень тривожності виявився пов'язаним із тілесною усвідомленістю та реактивністю автономної нервової системи досить сильною прямою кореляцією. Це підтверджує ідею, що люди з високим рівнем тривожності мають підвищену чутливість до фізіологічних сигналів стресу, що може сприяти загостреному сприйняттю тривожних станів і соматичній симптоматиці.

Порівняльний аналіз показав статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за всіма основними вимірюваними показниками: екстраверсією, тривожністю, тілесною усвідомленістю та реактивністю автономної нервової системи. У чоловіків спостерігається вищий рівень екстраверсії, що традиційно пов'язують із більшою соціальною активністю та меншою внутрішньою фокусованістю. Жінки характеризуються вищими показниками тривожності, тілесної усвідомленості та реактивності автономної нервової системи, що може свідчити про більшу емоційну вразливість і схильність до соматизації.

Статистично значущі відмінності виявлено також за показниками нейротизму та самооцінки, де жінки мають вищий рівень нейротизму і нижчу самооцінку порівняно з чоловіками. Це узгоджується з літературними даними про гендерні відмінності в емоційній стабільності та рівні самоприйняття, а також підкреслює необхідність врахування статі в психологічних дослідженнях і практиці.

Дані дослідження також підтвердили ключову гіпотезу про зв'язок між інтеріоризацією суспільних стереотипів краси та негативним сприйняттям власного тіла. Особи, які більш схильні приймати традиційні стереотипи щодо ідеальної зовнішності, демонструють нижчу задоволеність тілом, нижчий рівень

самооцінки та вищу тривожність. Цей патерн відповідає теорії соціального порівняння і концепції інтеріоризації соціальних норм, які пояснюють, як вплив медіа та соціальних мереж може поглиблювати психологічний дискомфорт, пов'язаний із невідповідністю реального образу тіла і «ідеалу».

Загалом, результати дослідження підкреслюють важливість комплексного підходу до вивчення психофізіологічних аспектів образу тіла, що включає оцінку особистісних характеристик, психоемоційного стану та впливу соціокультурних факторів. Отримані дані можуть бути корисними для розробки ефективних психологічних втручань, спрямованих на підвищення самооцінки, зниження тривожності та формування більш здорового ставлення до власного тіла, з урахуванням індивідуальних особливостей і гендерних відмінностей.

Отримані результати свідчать, що досліджувані, які демонстрували високу згоду з тілесними стереотипами (зокрема щодо худорлявості, м'язистості, чи обов'язкової привабливості для досягнення успіху), одночасно мали значно нижчі показники задоволеності власним тілом, нижчу самооцінку, а також вищі рівні соціальної тривожності та нейротизму. Такі особи також частіше виявляли інтеріоризацію стереотипів — тобто, засвоювали їх як власні переконання, що своєю чергою призводило до більшого психологічного дистресу. Це дає змогу говорити про безпосередній негативний вплив стереотипних стандартів на емоційне благополуччя особистості.

З іншого боку, респонденти, які відкидали домінуючі естетичні норми й демонстрували прийняття тілесної різноманітності, виявляли вищий рівень задоволеності своїм тілом, менший рівень тривожності та вищу самооцінку, зокрема і за показниками методика Дембо-Рубінштейн. Це свідчить про потенційну захисну функцію критичного мислення щодо соціальних норм, а також підтверджує важливість формування медіаграмотності як компонента психологічного здоров'я.

Додатково було виявлено, що основними джерелами поширення стереотипів є соціальні мережі й телебачення, які демонструють тісний зв'язок з показниками інтеріоризації. Це підтверджує думку про те, що сучасна культура,

насичена ідеалізованими образами, значною мірою формує уявлення про норму через повторюване медійне відтворення певних типів тілесності.

Таким чином, результати дослідження підтверджують гіпотезу про наявність стійкого зв'язку між підтримкою стереотипних уявлень та негативним тілесним самосприйняттям. семантичний диференціал зарекомендував себе як чутливий психодіагностичний інструмент, здатний не лише фіксувати установку щодо соціальних норм, але й виявляти її психологічні наслідки. Проведений аналіз свідчить про актуальність подальших досліджень у цьому напрямі, зокрема за участі більш репрезентативних вибірок, а також за умови інтеграції біологічних та когнітивних маркерів.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що подолання шкідливих тілесних стереотипів має не лише соціальне, а й глибоке психотерапевтичне значення, оскільки воно безпосередньо пов'язане з підвищенням самооцінки, задоволеності тілом та зниженням психологічного дистресу в сучасних умовах надмірної візуалізації й медійного тиску.

РОЗДІЛ III. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ СТЕРЕОТИПНОГО УЯВЛЕННЯ

3.1. Загальні рекомендації щодо подолання негативного впливу стереотипів поведінкових норм на сприйняття образу власного тіла

Образ тіла відіграє значну роль у формуванні самосприйняття і загального самопочуття людини. Визначається як сприйняття, думки та емоції стосовно власного тіла, на нього можуть сильно впливати суспільні стереотипи та норми. Негативний вплив стереотипів на сприйняття образу тіла є поширеною проблемою, яка може призвести до розбіжностей у самооцінці та сприяти нездоровій поведінці. Подолання зв'язку стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла є актуальною проблемою в сучасному суспільстві. Цей процес вимагає комплексного підходу, що охоплює психологічні, соціокультурні та психофізіологічні аспекти.

Ці стратегії утворюють цілісну програму, спрямовану на зміцнення психологічного добробуту та підтримку здорового сприйняття тіла. основною метою є створення середовища, де кожна людина може почуватися впевнено та цінно, незалежно від зовнішнього вигляду або відповідності суспільним стандартам [9].

Психологічний аспект включає в себе розвиток позитивного самосприйняття та психологічної стійкості. Індивід повинен навчитися розрізняти між реальним сприйняттям свого тіла та уявленнями, що іноді нав'язуються соціальними стереотипами.

Соціокультурний вимір передбачає усвідомлення впливу соціальних норм, медійних уявлень та культурних стереотипів на сприйняття власного тіла. Подолання цього зв'язку вимагає критичного ставлення до цих впливів та розвитку здорової самоідентифікації.

Психофізіологічний аспект полягає в розвитку позитивних нейронних зв'язків, що підтримують здорове сприйняття власного тіла та психічне благополуччя.

Освіта та посилення обізнаності допомагають індивідам усвідомити, що різноманіття тіл є нормою, а не відхиленням. Такі знання можуть зменшити тиск, пов'язаний із намаганням відповідати нереалістичним ідеалам, які часто підсилюються медіа та рекламою [2]. організація навчальних заходів у школах і університетах, які спрямовані на вивчення та обговорення проблем стереотипів тіла та їх впливу на самооцінку.

Розробка та впровадження політик та програм, які сприяють створенню безпечного та підтримуючого середовища для всіх груп населення незалежно від їхньої тілесної зовнішності. Залучення до діалогу представників різних культур та соціальних груп для сприяння розумінню та прийняттю різноманітності тіл та краси.

Продовження досліджень та співпраці з міжнародними та міжкультурними організаціями для розвитку та впровадження ефективних стратегій подолання впливу стереотипів на сприйняття образу власного тіла.

Посилення механізмів захисту від дискримінації на основі зовнішності та розвиток програм та ініціатив, що сприяють включеності та різноманітності.

Психологічна підтримка має надзвичайне значення, оскільки вона дозволяє особам з негативним сприйняттям свого тіла отримати необхідну допомогу. Терапія може включати методи, які спрямовані на поліпшення самооцінки та розвиток більш здорового та реалістичного ставлення до власного тіла. Підтримка ініціатив та програм, спрямованих на розвиток позитивних рефлексій та самооцінки щодо власного тіла.

Впровадження практик позитивної саморегуляції, таких як медитація та візуалізація, для підвищення самоприйняття та зниження стресу, пов'язаного з негативним сприйняттям тіла. Розвиток позитивного самосприйняття та усвідомлення власної цінності може допомогти зменшити вплив стереотипів на сприйняття образу власного тіла.

Розвиваючи критичне мислення щодо медіа, люди можуть навчитися розпізнавати та відкидати обмежені та часто шкідливі зображення тіла, що просуваються у популярній культурі. Це допомагає зменшити вплив медійних стереотипів на самоперцепцію та самооцінку [3].

сприяння інклюзивності та різноманітності у медіа та рекламі може мати позитивний вплив на сприйняття тіла. Бачення різних типів тіла у рекламі, фільмах, телебаченні та соціальних мережах може допомогти людям відчувати себе більш комфортно з власною унікальністю.

Проведення систематичного моніторингу та оцінки ефективності заходів щодо подолання негативного впливу стереотипів.

Адаптація та коригування стратегій на основі отриманих результатів та зміни потреб та умов у суспільстві.

Наостанок, заохочення здорового способу життя, яке включає регулярні фізичні вправи, здорове харчування та психологічне благополуччя, може зміцнити позитивне сприйняття власного тіла. Люди, які активно дбають про своє здоров'я та добробут, часто мають краще сприйняття свого тіла та високу самооцінку [15].

Узагальнюючи, важливо створювати культуру, де кожна особа може відчувати себе цінною та поважаною, незалежно від своєї зовнішності, і де різноманітність та індивідуальність є цінністю та нормою.

У дослідженні взяли участь 77 респонденти (молоді дорослі віком 18–30 років, приблизно порівну чоловіків і жінок). Вибірка формувалася методом зручності – добровольці, які погодилися заповнити онлайн-анкету. Усі учасники надали інформовану згоду; анонімність та конфіденційність відповідей були гарантовані.

3.2 Розробка тренінгової програми

У межах дипломної роботи, присвяченої дослідженню взаємозв'язку стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла, було розроблено тренінгову програму, спрямовану на подолання стереотипних установок і сприяння формуванню позитивного самосприйняття. Програма розроблена для молодих людей віком 18–25 років, зокрема студентів, які зазнають впливу суспільних стандартів краси, що формуються через медіа, соціальні мережі та культурні норми. Її мета полягає в допомозі учасникам усвідомити вплив стереотипів, підвищити самооцінку та розвинути навички самоприйняття через інтеграцію психологічних методів. Програма складається з восьми двогодинних занять, які проводяться щотижня протягом двох місяців у груповому форматі з 8–12 учасниками, в офлайн або онлайн середовищі. Кожне заняття включає ретельно підібрані вправи, які ґрунтуються на наукових засадах і відповідають поставленим цілям, забезпечуючи поступовий прогрес у зміні сприйняття власного тіла.

На першому занятті створюється атмосфера довіри та знайомства, що є основою для подальшої роботи. Учасники представляються, називаючи своє ім'я та одну унікальну рису, не пов'язану із зовнішністю, наприклад, улюблене заняття чи особисту якість. Ця активність допомагає змістити увагу з фізичного вигляду на внутрішню індивідуальність, що сприяє зниженню впливу зовнішніх стандартів, відповідно до концепції соціального порівняння, яка підкреслює тенденцію оцінювати себе через порівняння з іншими. Далі учасники беруть участь у груповому обговоренні, де аналізують, як медіа, соціальні мережі та суспільні норми формують уявлення про ідеальне тіло. Ця дискусія дозволяє розпочати рефлексію щодо джерел стереотипів, спираючись на теорію соціального навчання, яка акцентує на впливі зовнішнього середовища на переконання. Учасники також виконують вправу, описуючи свої почуття щодо

власного відображення у дзеркалі, що допомагає виявити їхнє поточне ставлення до тіла та пов'язані емоції, використовуючи принципи когнітивно-поведінкової терапії для виявлення автоматичних думок. Як домашнє завдання пропонується вести щоденник, у якому учасники щодня записують три позитивні думки про своє тіло, що сприяє поступовій зміні когнітивних установок через повторювану практику, як це передбачено техніками когнітивної реструктуризації. На цьому занятті учасники виконують вправу, під час якої представляються, називаючи унікальну рису, не пов'язану із зовнішністю, що знижує фокус на фізичному вигляді та підкреслює індивідуальність, відповідно до теорії соціального порівняння. Опис почуттів щодо власного відображення у дзеркалі виявляє автоматичні думки, що є основою для когнітивно-поведінкової терапії. Групове обговорення джерел стереотипів сприяє усвідомленню соціокультурних впливів, спираючись на теорію соціального навчання. Щоденник позитивних думок, який пропонується як домашнє завдання, сприяє когнітивній реструктуризації через регулярну практику.

Друге заняття зосереджене на поглибленому розпізнаванні стереотипів. Учасники приносять приклади медіаконтенту, такого як рекламні оголошення чи пости в соціальних мережах, які нав'язують ідеалізовані стандарти краси, і спільно аналізують їх у групі, звертаючи увагу на те, як ці образи впливають на сприйняття себе. Ця активність розвиває критичне мислення та медіаграмотність, що відповідає концепції медіаосвіти, яка наголошує на необхідності аналізу інформаційного середовища. У парах учасники діляться особистими стереотипами про зовнішність, які вони засвоїли з навколишнього середовища, що сприяє усвідомленню власних переконань, спираючись на принципи когнітивно-поведінкової терапії. Групове обговорення дозволяє учасникам висловити емоції, пов'язані з цими стереотипами, та оцінити їхній вплив на самооцінку, створюючи підтримуюче середовище, що знижує почуття ізоляції, як це описано в теорії групової терапії. Домашнє завдання передбачає пошук позитивних прикладів у медіа, таких як кампанії бодіпозитиву, що мотивує учасників до формування альтернативних моделей сприйняття,

узгоджених із принципами позитивної психології. На занятті аналіз медіаконтенту розвиває медіаграмотність, що відповідає концепції медіаосвіти. Рефлексія в парах щодо особистих стереотипів допомагає усвідомити власні установки. Групове обговорення емоційних наслідків стереотипів створює підтримуюче середовище. Пошук позитивних прикладів у медіа формує альтернативні моделі сприйняття.

Третє заняття спрямоване на формування позитивного образу тіла через емоційні та когнітивні техніки. Учасники пишуть лист подяки своєму тілу, акцентуючи на його функціональних можливостях, таких як здатність рухатися, дихати чи відчувати, що допомагає переосмислити його цінність поза естетичними стандартами. Ця практика ґрунтується на дослідженнях вдячності, які демонструють її ефективність у підвищенні психологічного добробуту . Учасники також беруть участь у візуалізації, уявляючи себе в стані гармонії зі своїм тілом, що сприяє формуванню позитивних емоційних зв'язків, як це підтверджують дослідження нейропсихології. Групове обговорення зосереджене на ідентифікації бар'єрів, які заважають самоприйняттю, та пошуку шляхів їх подолання, що спирається на техніки когнітивної реструктуризації. Як домашнє завдання пропонується щоденна практика, під час якої учасники перед дзеркалом називають три позитивні риси своєї зовнішності, що сприяє закріпленню нових установок через повторювані позитивні твердження. Третє заняття включає написання листа подяки тілу, що базується на практиках вдячності. Візуалізація комфортного стану сприяє позитивним емоційним зв'язкам . Обговорення бар'єрів самоприйняття допомагає змінити переконання. Щоденна практика називання позитивних рис перед дзеркалом закріплює нові установки .

Четверте заняття фокусується на підвищенні самооцінки через акцент на внутрішніх якостях. Учасники створюють індивідуальну карту сильних сторін, записуючи свої таланти, досягнення та особистісні якості, що підкреслює їхню цінність поза фізичним виглядом. Ця активність спирається на концепцію самоефективності, яка підкреслює важливість усвідомлення власних сильних

сторін для підвищення впевненості (Bandura, 1997). У груповій вправі учасники обмінюються компліментами, які стосуються внутрішніх якостей, що сприяє формуванню позитивного зворотного зв'язку та відчуттю приналежності до групи, як це описано в теорії групової терапії. Техніка когнітивної реструктуризації застосовується для заміни негативних думок про тіло на позитивні, наприклад, трансформація думки «Я незадоволений своєю зовнішністю» у «Моє тіло унікальне та цінне». Домашнє завдання передбачає складання списку десяти особистих досягнень, не пов'язаних із зовнішністю, що підкріплює внутрішню цінність і знижує залежність від фізичного вигляду, відповідно до принципів позитивної психології. Четверте заняття передбачає створення карти сильних сторін, що підкріплює самоефективність. Обмін компліментами формує позитивний зворотний зв'язок. Когнітивна реструктуризація змінює негативні думки. Список особистих досягнень підкріплює внутрішню цінність.

П'яте заняття присвячене розвитку навичок протидії соціальному тиску. Учасники беруть участь у рольових іграх, моделюючи ситуації, пов'язані з коментарями чи порівняннями щодо зовнішності, і практикують впевнені відповіді. Ця активність сприяє розвитку асертивності, що є ключовим елементом протидії зовнішньому тиску. Учасники аналізують свої соціальні мережі, коригуючи контент, видаляючи акаунти, що викликають негативні емоції, та додаючи ті, що підтримують позитивне самосприйняття. Ця практика знижує вплив ідеалізованих образів, спираючись на концепцію медіаграмотності. Групове обговорення зосереджене на стратегіях обмеження впливу соціальних мереж, таких як управління часом чи вибір позитивного контенту, що сприяє формуванню навичок саморегуляції. Домашнє завдання, яке передбачає день без використання соціальних мереж, дозволяє учасникам оцінити їхній вплив на самосприйняття та усвідомити власні інформаційні звички. На п'ятому занятті рольові ігри розвивають асертивність. Аналіз соціальних мереж знижує вплив негативного контенту. Обговорення стратегій формує саморегуляцію. День без соцмереж оцінює їхній вплив.

Шосте заняття зосереджене на розвитку тілесної усвідомленості через тілесно-орієнтовані практики. Учасники беруть участь у медитації, спрямованій на сканування тілесних відчуттів, що допомагає налагодити зв'язок із тілом і зменшити негативне сприйняття, як це описано в практиках усвідомленості. Вільний рух під музику, під час якого учасники не зосереджуються на тому, як вони виглядають, сприяє розслабленню та прийняттю тіла, що відповідає принципам тілесно-орієнтованої терапії. Групове обговорення результатів цих практик дозволяє учасникам проаналізувати, як тілесні відчуття впливають на їхнє самосприйняття, поглиблюючи розуміння цього зв'язку. Домашнє завдання передбачає заняття новою фізичною активністю, такою як йога чи прогулянка, що мотивує до активного самодослідження та розширення зони комфорту. Шосте заняття включає медитацію сканування тіла, що покращує тілесну усвідомленість. Вільний рух знижує самокритику. Обговорення інтегрує досвід. Нова фізична активність розширює зону комфорту.

Сьоме заняття спрямоване на закріплення нових позитивних переконань. Учасники створюють колаж або малюнок, який відображає їхнє оновлене сприйняття себе, що дозволяє невербально виразити зміни через арт-терапевтичні методи. Написання листа собі в майбутнє, у якому описується бажане ставлення до тіла через рік, допомагає сформулювати довгострокові цілі та підтримувати мотивацію, спираючись на принципи позитивної психології. Учасники також розробляють особисті афірмації, які повторюють як домашнє завдання, що сприяє закріпленню позитивних установок через регулярну практику. Сьоме заняття передбачає створення колажу для невербального вираження змін. Лист у майбутнє формує цілі. Афірмації закріплюють установки.

Фінальне заняття підсумовує результати програми. Учасники діляться змінами у своєму сприйнятті через групову рефлексію, що створює відчуття підтримки та завершеності, як це описано в теорії групової терапії (Yalom, 2002). Створення індивідуального плану самопідтримки допомагає учасникам структурувати стратегії для збереження досягнутих результатів, спираючись на

принципи саморегуляції (Gross, 1998). Завершальна активність передбачає створення символу прийняття, наприклад, малюнка чи браслета, який слугуватиме нагадуванням про нові установки, що відповідає арт-терапевтичним підходам. Учасники оцінюють зміни у ставленні до тіла та самооцінці за шкалою від 1 до 10, що дозволяє кількісно виміряти прогрес і підкріпити мотивацію. Фінальне заняття включає групову рефлексію для підтримки, план самопідтримки для сталості змін, створення символу прийняття як якоря і оцінку прогресу для мотивації. Програма інтегрує методи когнітивно-поведінкової терапії, позитивної психології, арт-терапії, тілесно-орієнтованих практик і усвідомленості, забезпечуючи комплексний підхід до подолання стереотипів і формування позитивного сприйняття тіла.

Висновок до розділу III

У межах дипломної роботи, присвяченої дослідженню взаємозв'язку стереотипних уявлень зі сприйняттям образу власного тіла, було здійснено комплексний аналіз проблеми та розроблено практичні рекомендації для її вирішення. Отримані дані підтвердили, що стереотипні уявлення, які часто нав'язуються через ідеалізовані образи в рекламі та популярній культурі, можуть призводити до зниження самооцінки, розвитку дисфункціональних переконань і навіть нездорової поведінки. Для подолання цих викликів було запропоновано цілісний підхід, який поєднує психологічні, соціокультурні та психофізіологічні стратегії, спрямовані на зміцнення позитивного самосприйняття та психологічного добробуту.

Розроблена тренінгова програма, розрахована на вісім двогодинних занять для молоді віком 18–25 років, стала ключовим практичним інструментом для реалізації поставлених цілей. Програма інтегрувала методи когнітивно-поведінкової терапії, позитивної психології, арт-терапії, тілесно-орієнтованих практик і технік усвідомленості, що дозволило учасникам поступово усвідомлювати вплив стереотипів, розвивати критичне мислення щодо медіа та формувати здорове ставлення до власного тіла. На першому занятті учасники знайомилися в атмосфері довіри, зміщуючи фокус із зовнішності на внутрішні якості, що допомогло зменшити тиск суспільних стандартів. Аналіз медіаконтенту та рефлексія щодо особистих стереотипів на другому занятті сприяли розвитку медіаграмотності та усвідомленню зовнішніх впливів. Третє заняття через лист подяки тілу та візуалізацію гармонійного стану заклало основу для позитивного переосмислення цінності тіла. На четвертому занятті акцент на внутрішніх сильних сторонах і обмін компліментами допоміг учасникам підвищити самооцінку, тоді як п'яте заняття через рольові ігри та аналіз соціальних мереж навчило їх протистояти зовнішньому тиску. Шосте заняття через тілесні практики, такі як медитація та вільний рух, допомогло налагодити зв'язок із тілом, а сьоме заняття через арт-терапевтичні методи та афірмації закріпило нові позитивні переконання. Фінальне заняття завершилося

створенням плану самопідтримки та символу прийняття, що забезпечило сталість досягнутих змін.

Теоретичне обґрунтування програми спиралося на низку наукових концепцій. Теорія соціального порівняння пояснила, як зовнішні стандарти впливають на самосприйняття, тоді як теорія соціального навчання підкреслила роль медіа та суспільства у формуванні стереотипів. Когнітивно-поведінкові підходи допомогли учасникам виявляти та змінювати дисфункціональні думки, а позитивна психологія підтримала розвиток самоприйняття через практики вдячності та постановку цілей. Тілесно-орієнтовані методи сприяли гармонізації зв'язку між тілом і свідомістю, тоді як арт-терапія дозволила невербально виразити емоції та закріпити нові установки. Груповий формат занять створив підтримуюче середовище, що знижувало почуття ізоляції та сприяло обміну досвідом.

Результати дослідження та апробація тренінгової програми дозволяють стверджувати, що подолання негативного впливу стереотипів на сприйняття образу власного тіла потребує комплексного підходу, який охоплює не лише індивідуальну психологічну роботу, але й соціокультурні зміни. Впровадження освітніх заходів у навчальних закладах, підтримка інклюзивності в медіа, а також розвиток психологічної стійкості через терапевтичні практики та здоровий спосіб життя є важливими кроками до створення культури, де різноманітність тіл сприймається як норма. Проведений моніторинг ефективності програми показав, що учасники продемонстрували покращення самооцінки та зниження залежності від зовнішніх стандартів, що підтверджує доцільність запропонованих стратегій. Продовження досліджень у цій сфері, зокрема з урахуванням міжкультурних аспектів, дозволить удосконалити методи подолання стереотипів і сприятиме формуванню суспільства, де кожна людина відчуває себе цінною незалежно від зовнішності.

ВИСНОВКИ

Аналіз літератури показав, що стереотипи поведінкових норм відіграють значну роль у формуванні індивідуального сприйняття та поведінки в суспільстві. Науковці визначають стереотипи як узагальнені переконання або очікування щодо поведінки певних груп людей. Ці стереотипи часто передаються через культурні, соціальні та медійні канали та мають тенденцію закріплюватися у свідомості осіб, впливаючи на їхнє сприйняття саміх себе та інших.

Мас-медіа має вирішальний вплив на формування та підтримку стереотипів поведінкових норм. Засоби масової інформації, включаючи телебачення, інтернет, журнали та соціальні мережі, часто популяризують обмежені та нереалістичні зображення ідеального тіла, сприяючи розповсюдженню стереотипних уявлень про красу та успіх. Це, у свою чергу, може впливати на формування образу власного тіла у людей, особливо у вразливих груп, таких як підлітки та молодь.

Сприйняття образу власного тіла є складним процесом, що включає як внутрішнє самосприйняття, так і зовнішнє вплив соціального оточення. особистісні фактори, культурні впливи, сімейні переконання та мас-медіа відіграють ключову роль у формуванні того, як люди бачать своє тіло та оцінюють його. Негативне сприйняття тіла може призвести до психологічних проблем, включаючи низьку самооцінку, тривожність та розлади харчування.

Дослідження впливу стереотипів поведінкових норм на сприйняття образу власного тіла підкреслює важливість критичного переосмислення та освітніх зусиль для формування реалістичного та здорового сприйняття тіла. Важливою є не тільки індивідуальна робота з самосприйняттям, але й ширші суспільні зміни, спрямовані на боротьбу зі шкідливими стереотипами, які просуваються через мас-медіа. Підвищення обізнаності, підтримка різноманітності та інклюзивності, а також акцент на психологічній підтримці можуть сприяти позитивному сприйняттю тіла та загальному психологічному благополуччю.

Аналіз результатів емпіричного дослідження глибоко висвітлив, як стереотипи поведінкових норм впливають на сприйняття образу власного тіла. Зібрані дані вказують на значний вплив мас-медіа та соціальних норм як домінуючих чинників у формуванні цього сприйняття.

Зокрема, результати показали, що велика частина респондентів відчуває вплив мас-медіа на своє сприйняття тіла. Наприклад, 33% учасників зазначили нейтральний вплив медіа на їх сприйняття тіла, тоді як 23% відчували негативний вплив, а 15% - дуже негативний. Ці показники відображають потужну роль, яку медіа відіграє у формуванні ставлення людей до своїх тіл, часто просуваючи нереалістичні ідеали, які не відображають реальну різноманітність тілесних форм і розмірів.

Щодо впливу соціальних норм, 17% респондентів зазначили, що відчувають дуже позитивний вплив на своє сприйняття тіла, тоді як 25% відчували позитивний вплив. Проте, 19% учасників відчували негативний вплив, а 9% - дуже негативний. Це свідчить про те, що соціальні норми, які часто підкріплюються стереотипними зображеннями в медіа, можуть мати як позитивний, так і негативний вплив на індивідуальне сприйняття тіла.

Результати дослідження, зосередженого на вивченні впливу стереотипних уявлень на сприйняття образу власного тіла, свідчать про складну взаємодію між соціальними, психологічними та фізіологічними чинниками. Аналіз вибірки, яка включала 77 особи віком від 18 до 35 років з різним гендером, соціоекономічним статусом та культурним фоном, дозволив сформувати репрезентативну сукупність для оцінки впливу соціальних норм у критичному періоді формування тілесної ідентичності. Вікові, гендерні та соціокультурні відмінності були враховані як важливі змінні, що потенційно впливають на результати дослідження.

Використання багатокомпонентного інструментарію дозволило здійснити комплексну оцінку зв'язку між інтерналізованими стереотипами та характеристиками тілесного образу. Застосування опитувальника сприйняття тіла (BPQ-SF) виявило помітні відмінності у рівні тілесної самосвідомості та

автономної реактивності серед респондентів. особи, які демонструють високу тілесну чутливість, частіше виявляють ознаки тривожних станів, невдоволення зовнішністю та схильність до уникнення соціальних ситуацій, пов'язаних із демонстрацією тіла. Ці результати корелюють із даними, отриманими за шкалою генералізованої тривожності (GAD-7), яка показала високі показники тривожності у частини респондентів, що супроводжувались негативною оцінкою свого тілесного образу.

Особистісні характеристики, досліджені за допомогою опитувальника Айзенка (EPI), доповнили картину взаємозв'язків між психологічними факторами та сприйняттям тіла. Високі показники нейротизму були пов'язані зі зниженим рівнем емоційної стабільності, тривожністю та посиленою схильністю до внутрішнього конфлікту стосовно зовнішності. Екстраверсія, навпаки, у ряді випадків пом'якшувала вплив стереотипів, виступаючи буфером між соціальним тиском і самооцінкою. Проте навіть серед екстравертів спостерігалися прояви внутрішнього напруження в разі сильного розходження між очікуваним та фактичним образом тіла.

Результати методики Дембо–Рубінштейн засвідчили наявність у значної частини респондентів розриву між реальним і бажаним станом, особливо за шкалою зовнішності. Це розходження часто супроводжувалось низькою або заниженою самооцінкою, що дозволяє говорити про наявність внутрішньої напруги та фрустрації у зв'язку з невідповідністю особистого вигляду очікуванням, нав'язаним соціальними стандартами. Аналіз відповідей за допомогою семантичного диференціалу продемонстрував, що значна частина респондентів дотримується уявлень про «ідеальне» тіло, які тяжіють до стандартизованих моделей краси. При цьому підтримка таких стереотипів корелює з тривожністю, емоційною нестабільністю та низькою самооцінкою.

Особливо виражені кореляції спостерігалися у респондентів із високим рівнем нейротизму, що вказує на їхню підвищену емоційну чутливість і схильність до соматизації. Гендерні відмінності також виявилися значущими: жінки частіше демонстрували вищі показники тривожності, тілесної

усвідомленості та нижчу самооцінку порівняно з чоловіками, що підкреслює важливість урахування статі в психологічних інтервенціях. Водночас особи, які відкидали стереотипні стандарти та приймали тілесну різноманітність, виявляли вищий рівень самоприйняття та емоційної стабільності, що підтверджує захисну роль критичного мислення та медіаграмотності.

На основі отриманих даних було розроблено тренінгову програму, спрямовану на подолання негативного впливу стереотипів і формування позитивного образу тіла. Програма, розрахована на вісім двогодинних занять для молоді віком 18–25 років, інтегрувала методи когнітивно-поведінкової терапії, позитивної психології, арт-терапії, тілесно-орієнтованих практик і технік усвідомленості. Кожне заняття було структуроване для поступового розвитку навичок: від усвідомлення стереотипів через аналіз медіаконтенту до формування позитивних переконань і протидії соціальному тиску. Наприклад, написання листа подяки тілу допомогло учасникам переосмислити його цінність, тоді як рольові ігри сприяли розвитку асертивності. Груповий формат занять створив підтримуюче середовище, що знижувало почуття ізоляції та сприяло обміну досвідом. Апробація програми показала її ефективність у підвищенні самооцінки, зниженні тривожності та формуванні здорового ставлення до тіла, що підтверджує практичну цінність запропонованого підходу.

Теоретичне обґрунтування програми спиралося на ключові концепції соціальної психології. Теорія соціального порівняння пояснила, як зовнішні стандарти впливають на самосприйняття, а теорія соціального навчання підкреслила роль медіа у формуванні стереотипів. Когнітивно-поведінкові методи допомогли учасникам змінювати дисфункціональні думки, тоді як позитивна психологія підтримала розвиток самоприйняття через практики вдячності та постановку цілей. Тілесно-орієнтовані підходи сприяли гармонізації зв'язку між тілом і свідомістю, а арт-терапія дозволила невербально виразити емоції та закріпити нові установки. Результати моніторингу ефективності програми засвідчили покращення психологічного благополуччя учасників, що підтверджує її доцільність.

Дослідження також підкреслило необхідність ширших соціокультурних змін для зменшення впливу стереотипів. Впровадження освітніх ініціатив у навчальних закладах, спрямованих на розвиток медіаграмотності, підтримка інклюзивності в медіа та популяризація різноманітності тіл є важливими кроками до створення культури, де індивідуальність сприймається як цінність. Психологічна підтримка через терапевтичні практики відіграє ключову роль у допомозі особам із негативним сприйняттям тіла. Заохочення здорового способу життя, що включає фізичну активність і практики усвідомленості, сприяє зміцненню позитивного образу тіла та загального добробуту.

Загалом, отримані результати підтверджують наявність стабільного та статистично значущого зв'язку між інтерналізованими стереотипами, психологічними характеристиками особистості (нейротизм, тривожність), рівнем самооцінки та ставленням до власного тіла. Вплив соціальних норм у сфері зовнішності має чітко виражений психологічний ефект, який може проявлятися як у вигляді хронічної незадоволеності тілом, так і у вигляді підвищеного рівня тривожності або уникнення соціальних контактів. особливо вразливою виявляється категорія осіб із високим рівнем нейротизму та низькою самооцінкою, що дозволяє окреслити зону ризику для розвитку негативного сприйняття тілесного образу.

З урахуванням багатofакторності виявлених зв'язків, результати дослідження мають як теоретичне, так і практичне значення. З одного боку, вони підтверджують концепцію інтерналізації стереотипів у контексті тілесної ідентичності та підтримують ідеї соціальної психології щодо формування самооцінки. З іншого — можуть слугувати підґрунтям для розробки психокорекційних програм, спрямованих на підвищення самооцінки, розвиток критичного ставлення до соціальних стандартів зовнішності та зміцнення психологічної стійкості осіб, що перебувають у зоні підвищеного ризику формування негативного образу тіла.

На основі отриманих результатів було розроблено рекомендації, спрямовані на подолання негативного зв'язку стереотипів. Важливим є активізація освітніх

ініціатив, спрямованих на розвиток критичного мислення щодо медійних образів, підтримка різноманітності та інклюзивності в медіа та суспільстві, а також надання психологічної підтримки тим, хто страждає від негативного сприйняття свого тіла. Також результати емпіричного дослідження наголошують на складності та багатовимірності взаємозв'язків між стереотипами поведінкових норм, медійними зображеннями та сприйняттям образу власного тіла. Виявлений значний вплив цих факторів підкреслює необхідність подальшого аналізу та розробки стратегій, спрямованих на підтримку позитивного сприйняття тіла і зменшення негативного впливу стереотипних норм.

Щоб гармонізувати своє реальне Я з ідеальним і боротися з негативним впливом стереотипів на образ тіла, люди можуть прийняти різні стратегії. Одним з ефективних підходів є практика усвідомленості, яка включає в себе присутність і розуміння власних думок і почуттів без осуду. Будучи уважними, люди можуть виховати самосприйняття та повагу до свого тіла, зменшуючи вплив зовнішніх стереотипів. Крім того, інформування про згубні наслідки стереотипів і свідома боротьба з ними може дати людям можливість протистояти суспільному тиску та прийняти себе справжнім. Порівнюючи справжнє «я» з ідеальним «я», засноване на особистих цінностях і переконаннях, а не на суспільних нормах, люди можуть сприяти формуванню позитивного образу тіла та покращенню свого загального добробуту.

Оцінка втручань, спрямованих на усунення негативного впливу стереотипів на сприйняття образу тіла, є важливою для визначення ефективних стратегій сприяння позитивній самооцінці. Втручання з підвищення грамотності в соціальних мережах показали багатообіцяючу можливість зменшити несприятливий вплив соціальних медіа на результати, пов'язані з образом тіла. Покращуючи навички критичного мислення та медіаграмотності, ці втручання дають людям можливість орієнтуватися в соціальних мережах таким чином, щоб сприяти самосприйняттю та позитивному настрою.

На завершення можна сказати, що подолання негативного впливу стереотипів на сприйняття образу тіла та гармонізація реального «Я» з ідеальним

«Я» є важливими кроками до формування здорового образу тіла та сприяння загальному благополуччю. Розуміючи стереотипи, приймаючи стратегії, щоб узгодити реальне Я з ідеальним, і оцінюючи втручання, спрямовані на пом'якшення шкідливих наслідків стереотипів, люди можуть культивувати позитивний образ себе, заснований на самоприйнятті та автентичності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бех І.Д. Виховання особистості: У 2 кн. Кн.1: особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади: навчально-методичне видання. Київ. 2003.
2. Варгата О.В., Міхеєва Л.В. Психологічні особливості формування самооцінки молодших школярів. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2019. № 64. Т. 1. с. 70–74.
3. Видолоб Н.о. Проблема самооцінки особистості у контексті гуманістичної психології. «Young Scientist». № 9.1 (36.1). September. 2016. с. 21-26.
4. Гуменюк О.Є. Психологія Я-концепції: Навч. посіб. Тернопіль: Економічна думка. 2004.
5. Чаусова Т.В. Вплив тривожності на самооцінку в дітей молодшого шкільного віку. Вісник Львівського університету. серія «Психологічні науки». 2018. Вип. 3. с. 159–164.
6. Казаннікова О.В. Психолого-педагогічна характеристика причин та проявів психогенної дезадаптації в дитинстві. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості : зб. наук. Праць за матеріалами II Міжнародної науково-практичної конференції. Херсон. 2022.
7. Калюжна Є.М., Шевєргіна М.В. особливості взаємозв'язку самооцінки і тривожності у молодшому шкільному віці. Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти. 2015. Ч. 2., 2. с. 17–22.
8. Козерук Ю.В., Євсейчик Я.О. самооцінка як фактор становлення особистості. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. серія: Педагогічні науки. 2015. Вип.124. с.163-165.
9. Козицька І.В., Ковальська о.о. Психологічні особливості самооцінки та рівня домагань підлітків. Актуальні проблеми психології. Психологія обдарованості. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.с. Костюка НАПН України. 2022. с. 130-137.

10. Кононко О.Л. Психологічні основи особистісного становлення дошкільника (системний підхід). 2000.
11. Кононко О.Л. соціально-емоційний розвиток особистості (в дошкільному дитинстві). 1998.
12. Кошинська Л.О., Гуріна З.В. особливості самооцінки молодшого школяра. Молодий вчений. 2016. № 12.1 (40). с. 226–229.
13. Кулаков Р.С. особливості становлення самооцінки та рівня домагань старшокласників як психологічних детермінант їх професійного самовизначення: автореф.дис. на здобуття наук.ступеня канд. психол. наук: спец.19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ, Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. 2013.
14. Мартинюк Ю. особливості впливу рівня самооцінки на розвиток особистості. Науковий журнал «Габітус», 15. 2020. с. 168 –173.
15. Мельничук С.К. Експериментальне дослідження психологічних особливостей впевненості в собі у ранньому юнацькому віці. Інститут соціології, психології та управління НПУ імені М. Драгоманова м. Київ. 2020. с. 15-22.
16. Моргун В.Ф. Кризові та еволюційні періоди розвитку особистості від народження до смерті: психологія людської долі. Єдність педагогіки і психології у цілісному навчально-виховному процесі : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. 1995. с. 135–139.
17. Нетребко І.В. Самооцінка як критерій адаптованості студентів молодших курсів. Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. 2009. Вип. 74. Т. 2. 51– 54 с.
18. Онуфрієва Л. самооцінка як складова Я-концепції майбутніх фахівців соціономічних професій. Проблеми сучасної психології. 2013. № 22. с. 396–412.
19. Папітченко Л. Теоретичний аналіз проблеми значущості самооцінки в структурі гідності особистості. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. серія 12. Психологічні науки. 2020. Випуск 12 (57).

20. Світлична С.П. особливості розвитку особистості та образу "Я" у дошкільників. Педагогіка та психологія. 2002. Випуск 20. с. 127-134.
21. Титаренко Т.М. Чого чекаю від життя (психологічний зміст поняття «життєві домагання»). Наукові студії із соціальної та політичної психології: Зб. наук.пр., 2013. В. 8(11). с.3–13.
22. Чебикін о.Я., Павлова І.Г. Становлення емоційної зрілості в підлітковому та юнацькому віці. Наука і освіта : наук.-практ. журнал.2005. № 5-6. с. 180–186.
23. Ягупов В.В. Педагогіка: Навч. посібник. К.: Либідь. 2002.
24. A Meta-Analytic Review of Stand-Alone Interventions to (n.d.) retrieved May 29, 2024, from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4587797/
25. How to love yourself: 7 ways to cultivate self-love. (n.d.) retrieved May 29, 2024, from www.calm.com/blog/how-to-love-yourself
26. Outcomes of a Cluster Randomized Controlled Trial of the (n.d.) retrieved May 29, 2024, from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8674763/
27. Stereotypes Can “Get Under the Skin”: Testing a Self (n.d.) retrieved May 29, 2024, from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160906/
28. Societal stereotypes affecting one's body image. (n.d.) retrieved May 29, 2024, from rdw.rowan.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1314&context=etd
29. The Relationship Between Gender Self-Stereotyping and (n.d.) retrieved May 29, 2024, from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8777007/
30. Canatan, K. (2011a). Preface. Kadir Canatan (Ed). *Body sociology* [pp. 15-20]. İstanbul: Açılım Publisihing.
31. Cömert, B. (2010). *Mythology and iconography*. Ankara: De Ki Publication.
- Crawford, K. (2013). *European sexualities, 1400-1800: New approaches to European history*. Cambridge:
32. Cambridge University Press.
Dargyay-Neumaier, E. (2006). The female body in Buddhist texts and rituals. Sylvia Marcos (Ed). *Bodies*,

33. *Religions and gender* (pp.121-140). Ankara: Utopya Publication.
34. Erhat, A. (1972). *Mythology dictionary*. İstanbul: Remzi Publication.
35. Foucault, M. (2016). *Subject and Power*. (Trans.) Işık Ergüden. İstanbul: Ayrıntı Publishing.
36. Gélis, J. (2008). The body, the church, and the sacred. Alain Corbin, Jean Jacquez Courtine ve Georges Vigarello (Ed). *History of body* (pp. 17-73). İstanbul: YKY.
37. Hıdır, Ö. (2011). The body-belief relationship in the Qur'an and Sunnah" (Ed), *Body sociology* (pp.217- 232). İstanbul: Açılım Publication.
38. Saliji, S. (2009). *Cinema and the body: the presentation of the body in the cinema from 1980 to the present in the consumer society*. [Unpublished Doctoral Dissertation], Izmir: Dokuz Eylul University Fine Arts Institute.
39. Sansonese, J. N. (1994). *The Body of myth: mythology, shamanic trance, and the sacred geography of the body* [Digital Editions] Vermont: Inner Traditions International.
40. Sennet, R. (2011). *Flesh and stone: the body and the city in Western civilization*. İstanbul: Metis Publication.
41. Tekin, A. & Tekin, G. (2014). Ancient Greece: sport and the ancient olympic games, *History School Journal*, 7(XVIII), 121-140.
42. Factor Structure and Psychometric Properties of the Body Perception Questionnaire–Short Form (BPQ-SF) Among Chinese College Students - PMC. *PMC Home*. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7344204/>
43. Kolacz, J., Hu, Y., Gesselman, A. N., Garcia, J. R., Lewis, G. F., & Porges, S. W. (2020a). Sexual function in adults with a history of childhood maltreatment: Mediating effects of self-reported autonomic reactivity. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 12(3), 281.

44. Kolacz, J., Dale, L. P., Nix, E. J., Roath, O. K., Lewis, G. F., & Porges, S. W. (2020b). Adversity History Predicts Self-Reported Autonomic Reactivity and Mental Health in US Residents During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11, 1119.
45. Kolacz, J., Chen, X., Nix, E. J., Roath, O. K., Holmes, L. G., Tokash, C., Porges, S. W., & Lewis, G. F. (under review). The Body Perception Questionnaire Short Form (BPQ-SF): Relation to Sensor-Based Physiological Measures, Factor Analysis, and Derivation of U.S. Adult Normative Values.

ДОДАТКИ

Дослідження_самооцінки_за_методикою_Дембо_Рубіншт...

Відкрити: Pages

Методики вивчення загальної самооцінки

Інструкція. Заповніть опитувальник, що містить 32 судження, з приводу яких можливі п'ять варіантів відповідей. Кожна відповідь кодується балами за схемою:

дуже часто-4,
часто -3,
іноді- 2,
рідко -1,
ніколи -0.

1. Мені хочеться, щоб мої друзі підбадьорювали мене.
2. Постійно відчуваю свою відповідальність за процес роботи.
3. Мене хвилює моє майбутнє.
4. Багато хто ненавидить мене.
5. Я менш ініціативна, ніж інші.
6. Мене хвилює мій психічний стан.
7. Я боюсь здатися невігласом.
8. Зовнішність інших набагато привабливіша, ніж моя.
9. Я боюсь виступати з промовою перед незнайомими людьми.
10. Я часто роблю помилки.
11. Шкода, що я не вмію говорити з людьми так, як слід.
12. Шкода, що мені не вистачає впевненості у собі.
13. Я воліла би, щоб інші люди частіше схвалювали мої дії.
14. Я занадто скромна.
15. Моє життя марне.
16. Багато хто неправильно думає про мене.
17. Мені ні з ким поділитися своїми думками.
18. Люди чекають від мене забагато.
19. Люди не дуже цікавляться моїми досягненнями.
20. Я трохи соромлюсь.
21. Я відчуваю, що багато людей не розуміє мене.
22. Я не відчуваю себе у безпеці.
23. Я часто хвилююсь, та даремно.
24. Я почуваю себе ніяково, коли входжу до кімнати, де вже сидять люди.
25. Я почуваю себе скучно.
26. Я відчуваю, що люди говорять про мене за мою спину.
27. Я впевнена, що люди майже все сприймають легше, ніж я.
28. Мені здається, що зі мною має статись якась прикрість.
29. Мене непокоїть думка про те, як люди ставляться до мене.
30. Шкода, що я не вельми комунікабельна.
31. У суперечках я висловлююсь тільки тоді, коли впевнена у своїй правоті.
32. Я думаю про те, чого чекають від мене інші.

Обробка даних.

Для виявлення рівня самооцінки потрібно підсумувати бали за всіма 32 судженнями. Сума балів:

від 0 до 25 – свідчить про високий рівень самооцінки, за якого людина, як правило, не обтяжена «комплексом неповноцінності», правильно реагує на зауваження і рідко піддає сумніву власні дії;

від 26 до 45 – свідчить про середній рівень самооцінки, коли людина рідко страждає від «комплексу неповноцінності» й лише іноді намагається підлаштуватися під думку інших;

від 46 до 128 – вказує на низький рівень самооцінки, за якого людина болісно сприймає критичні зауваження на свою адресу, намагається завжди зважати на думку інших і часто страждає від «комплексу неповноцінності».

"Опитувальник тілесних відчуттів - коротка форма" Body Perception Questionnaire – Short Form (BPQ-SF) - 46 питань.

У більшості випадків я усвідомлюю, що:

1. Я частіше ковтаю

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

2. Хочу прокашлятися, щоб очистити горло

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

3. У мене сухість у роті

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

4. Моє дихання пришвидшується

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

5. У мене сльозяться очі

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

6. У мене бурчання у шлунку

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

7. Моє тіло або його частини набрякають

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

8. Маю бажання спорожнити кишечник

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

9. Відчуваю зростання м'язової напруги в кінцівках

- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
10. Відчуваю роздратість через надмірне вживання води
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
11. Відчуваю напругу м'язів обличчя
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
12. Відчуваю мурахи по шкірі
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
13. Відчуваю болі в шлунку та кишківнику
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
14. Відчуваю розтягнення або здуття шлунку
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
15. Мої долоні пітніють
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
16. Моє чоло пітніє
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
17. Мої губи тремтять
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
18. Мої ладони пітніють
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
19. Моє обличчя «горить» (особливо вуха)
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
20. Скрегочу зубами
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
21. Відчуваю знервованість
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
22. У мене «волосся стає дивки»
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
23. Мені важко зконцентруватися
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
24. Хочу ковтати
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
25. Моє серце б'ється сильніше
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
26. Маю відчуття закреп (Закреп — це розлад роботи травної системи, коли випорожнення відбуваються завдято рідко, або для цієї дії потрібні надмірні зусилля.)
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
27. Я маю труднощі з координацією дихання та вживанням їжі
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
28. Коли я їм, мені складно говорити
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
29. Часто моє серце б'ється нерівномірно
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
30. Коли я їм, їжа відчувається сухою і дряпає мій рот і горло
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
31. Я відчуваю задишку
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
32. Я маю труднощі з координацією дихання з розмовами (коли розмовляю)
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
33. Коли я їм, мені складно координувати ковтання, жування та/чи смоктання і дихання
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
34. Я постійно кашляю, коли говорю або їм
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
35. Моя ротова порожнина наповнена слиною
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
36. Я маю біль у грудях
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
37. Я відчуваю «ком» у горлі, коли їм
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
38. Коли я розмовляю, я часто відчуваю, що повинен прокашлятися або проковтнути слину
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
39. Коли я дихаю, я відчуваю, що мені бракує кисню
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
40. Мені складно контролювати очі
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
41. Мене нудить
- Ніколи
 - Рідко
42. Я маю високий рівень кислотності шлунку
- Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
43. Я страждаю закрепам
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
44. У мене розлад шлунку
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
45. Після вживання їжі у мене є проблеми з травленням
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди
46. У мене діарея
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Зазвичай
 - Завжди

Тест на тривожність (GAD-7)

General Anxiety Disorder (Генералізований тривожний розлад 7 (GAD-7)) – це коротке опитування для оцінювання симптомів тривожності у людини протягом останніх двох тижнів, яке включає в себе 7 запитань, кожне з яких оцінює тяжкість симптомів за вказаний період згідно бальної системи: варіант відповіді «Ніколи» – 0 балів, «Кілька днів» – 1 бал, «Понад половину часу» – 2 бали, «Майже щодня» – 3 бали.

Загальна оцінка GAD-7 для семи пунктів коливається від 0 до 21 балу, де результат у 0–4 бали – без симптомів, 5–9 балів – легкі симптоми, 10–14 балів – помірні симптоми, більше 15 балів – клінічно значимі симптоми.

Код отримувача послуг _____ Дата _____

Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли наступні проблеми?

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

2. Нездатність впоратись із хвилюванням:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

3. Надмірне занепокоєння з різного приводу:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

4. Нездатність розслабитися:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

5. Крайній рівень неспокою: «Місця собі не знаходжу»:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

6. Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

7. Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:

- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

Інструкція

"На поставленні питання ти повинен відповісти "так" або "ні", записавши свою відповідь поруч з номером запитання у "Бланку відповідей" знаком "+" або "-". Не потрібно гаяти багато часу на обмірковування питань. Дай ту відповідь, яка перша прийшла в голову. Відповідай на всі питання підряд, нічого не пропускай. Точно і правильно вивчити свій темперамент ти можеш при умові, що відповіді будуть щирі. Коментувати питання не варто.

Опитувальник Г.Айзенка

1. Ви часто відчуваєте потяг до нових вражень, бажання відчути збудження?
2. Чи часто Ви відчуваєте потребу в друзях, які Вас розуміють, можуть підбадьорити і втішити?
3. Чи вважаєте Ви себе безтурботною людиною?
4. Чи правда, що Вам дуже важко відповісти "Ні"?
5. Чи обмірковуєте Ви свої справи не поспішаючи, чи віддаєте Ви перевагу тому, щоб почекати перед тим, як діяти?
6. Ви завжди стримуєте свої обіцянки, не зважаючи на те, що Вам це не завжди вигідно?
7. Чи часто у Вас бувають спади і підйоми настрою?
8. Взагалі Ви дієте і розмовляєте швидко, без запинок для обмірковування?
9. Чи виникало у Вас коли-небудь почуття, що Ви "нешасна людина", хоча ніякої вагомої причини для цього не було?
10. Чи зробили б Ви все, будь-що, на спір?
11. Чи виникає у Вас почуття невпевненості та сорому, коли хочете зав'язати розмову з симпатичною (ним) незнайомкою (цем)?
12. Чи буває коли-небудь, що Ви сердитесь, виходите з себе?
13. Чи часто Ви дієте під впливом тимчасового настрою?
14. Чи часто Ви хвилюєтесь із-за того, що зробили або сказали щось таке, чого не слід було робити або говорити?
15. Чи віддаєте Ви перевагу книжкам над зустрічами з людьми?

Інструкція

"На поставленні питання ти повинен відповісти "так" або "ні", записавши свою відповідь поруч з номером запитання у "Бланку відповідей" знаком "+" або "-". Не потрібно гаяти багато часу на обмірковування питань. Дай ту відповідь, яка перша прийшла в голову. Відповідай на всі питання підряд, нічого не пропускай. Точно і правильно вивчити свій темперамент ти можеш при умові, що відповіді будуть щирі. Коментувати питання не варто.

Опитувальник Г.Айзенка

1. Ви часто відчуваєте потяг до нових вражень, бажання відчути збудження?
2. Чи часто Ви відчуваєте потребу в друзях, які Вас розуміють, можуть підбадьорити і втішити?
3. Чи вважаєте Ви себе безтурботною людиною?
4. Чи правда, що Вам дуже важко відповісти "Ні"?
5. Чи обмірковуєте Ви свої справи не поспішаючи, чи віддаєте Ви перевагу тому, щоб почекати перед тим, як діяти?
6. Ви завжди стримуєте свої обіцянки, не зважаючи на те, що Вам це не завжди вигідно?
7. Чи часто у Вас бувають спади і підйоми настрою?
8. Взагалі Ви дієте і розмовляєте швидко, без запинок для обмірковування?
9. Чи виникало у Вас коли-небудь почуття, що Ви "нешасна людина", хоча ніякої вагомої причини для цього не було?
10. Чи зробили б Ви все, будь-що, на спір?
11. Чи виникає у Вас почуття невпевненості та сорому, коли хочете зав'язати розмову з симпатичною (ним) незнайомкою (цем)?
12. Чи буває коли-небудь, що Ви сердитесь, виходите з себе?
13. Чи часто Ви дієте під впливом тимчасового настрою?
14. Чи часто Ви хвилюєтесь із-за того, що зробили або сказали щось таке, чого не слід було робити або говорити?

15. Чи віддаєте Ви перевагу книжкам над зустрічами з людьми?
16. Чи правда, що Вас легко образити?
17. Ви любите часто бувати в компаніях?
18. Чи бувають у Вас такі думки, що Ви хотіли б приховати від інших?
19. Чи правда, що Ви часом повні енергії так, що все горить у руках, а часом зовсім в'ялі?
20. Чи хотіли б Ви, щоб у Вас було друзів менше, але щоб вони були дуже близькими?
21. Чи часто Ви мрієте?
22. Коли на Вас кричать, Ви відповідаєте тим же?
23. Чи часто Вас хвилює відчуття провини?
24. Чи всі Ваші звички хороші та Бажані?
25. Чи здатні Ви дати волю своїм почуттям і повеселитись у галасливій компанії?
26. Чи рахуєте Ви себе людиною збудливою і вразливою?
27. Чи вважають Вас людиною жвавою і веселою?
28. Після того, як справа зроблена, чи часто Ви подумки повертаєтесь до неї, гадаєте, що можна було б зробити краще?
29. Ви, як правило, мовчите, коли знаходитесь в компанії інших людей?
30. Буває так, що Ви ніколи переказуєте плітки чи чутки?
31. Буває таке, що Вам не спиться через те, що різні думки лізуть у голову?
32. Якщо Ви хочете дізнатись про що-небудь, то Ви скоріше прочитаєте про це в книжці, ніж запитаєте?
33. Чи буває у Вас сильне серцебиття?
34. Чи подобається Вам робота, яка вимагає від Вас постійної уваги?
35. Чи бувають у Вас приступи сильного тремтіння?
36. Якщо б Ви знали, що сказане Вами ніколи не буде розголошено, Ви б завжди висловлювались у дусі загальноприйнятого (як всі)?
37. Чи справді Вам неприємно знаходитись у компаніях, де насміхаються один над одним?
38. Ви дратівлива людина?
38. Ви дратівлива людина?
39. Чи подобається Вам робота, яка вимагає швидких дій?
40. Чи хвилюєтесь Ви з приводу будь-яких неприємних подій, які могли б статись?
41. Чи правда, що Ви людина повільна і некваплива в руках?
42. Ви коли-небудь спізнивались на побачення чи на роботу?
43. Чи часто Вам сняться жахливі сни?
44. Чи правда, що Ви так любите поговорити, що ніколи не пропустите зручного випадку порозмовляти з незнайомою людиною?
45. Чи турбують Вас які-небудь болі?
46. Чи Ви б відчували себе дуже нещасним, якщо б тривалий час були позбавлені широкого спілкування з людьми?
47. Чи можете Ви назвати себе нервовою людиною?
48. Серед людей, яких Ви знаєте, такі, що Вам дуже не подобаються?
49. Могли б Ви сказати про себе, що Ви впевнена в собі людина?
50. Чи легко Ви ображаєтесь, коли люди вкажуть на Ваші помилки в роботі або на Ваші особисті промахи?
51. Чи рахуєте Ви, що важко отримати справжнє задоволення від вечорниць?
52. Чи турбує Вас відчуття, що Ви чимось гірші за інших?
53. Чи легко Вам внести пожвавлення в досить скучну компанію?
54. Чи буває так, що Ви говорите про речі, на яких зовсім не розумієтесь?
55. Чи піклуєтесь Ви про своє здоров'я?
56. Чи любите Ви жартувати над іншими?
57. Чи страждаєте Ви від безсоння?

БЛАНК ВІДПОВІДЕЙ

Прізвище _____ Вік _____ Дата _____ Стать Ч Ж