

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**ГРИШКО АЛЛА АНАТОЛІЇВНА**

УДК 159.922.73-055.25:159.922.1:618.17-008.8

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**«ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ  
ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ»**

19.00.04 – «Медична психологія»

Подається на здобуття наукового ступеня  
кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

---

(А.А. Гришко)

Науковий керівник: **Кочарян Олександр Суренович**, доктор психологічних наук,  
професор

Харків - 2018

## АНОТАЦІЯ

**Гришко А.А. Особливості психосексуального розвитку дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції.** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – «Медична психологія». – Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України, м. Харків, 2018.

Дисертація присвячена дослідженню особливостей психосексуального розвитку особистості дівчат-підлітків з гінекологічною патологією на прикладі пубертатних кровотеч і вторинної олігоменореї. Порушення менструальної функції займають провідне місце в структурі гінекологічної захворюваності підлітків. Про це свідчать часті рецидиви та недостатня ефективність лікування, що робить вивчення чинників формування репродуктивного потенціалу дівчат актуальною дослідницькою задачею.

Мета роботи полягає у виявленні впливу девіацій психосексуального розвитку на формування порушень менструальної функції.

Основні завдання спрямовані на вивчення особливостей проходження стадій психосексуального розвитку дівчатами-підлітками з порушеннями менструальної функції, дослідження організації та функціонування статевої сфери особистості дівчат, аналіз преморбідних рис особистості, а також дослідження ролі сімейних факторів та особливостей раннього розвитку дівчат-підлітків як етіологічного фактора порушень менструальної функції.

Теоретичною та методологічною основою дослідження стали: концепція психосексуального дизонтогенезу (І.Л. Ботнєва, Г.С. Васильченко, В.М. Маслов), чотирьохфакторна концепція щодо забезпечення сексуального здоров'я (В.В. Кришталь), концепція психосоціальної ідентичності (Е. Еріксон), біопсихосоціальний підхід (В.Г. Баласанян, Ю.О. Гуркин, П.Н. Кротін, Б.Є. Мікіртумов, В.К. Юр'єв, Я. Klimek, E. Diczfalusy), гендерний та статевої ролі підхід в психології (С. Бем, Т.В. Говорун, В.Є. Каган,

О.М. Кікінежді, Л. Кольберг, І.С. Кон, О.С. Кочарян, Дж. Мані, Р. Столлер), наукові позиції відносно ролі сім'ї у психічному розвитку дитини та формуванні її особистості (Г.Я. Варга, О.І. Захаров, Е.Г. Ейдемільер, А.С. Співаковська, Р. Шпіц, Т.І. Юферева), психологічні концепції материнства (О.С. Батуєв, Д. Віннікотт, О.І. Захаров, Г.Г. Філіппова), теоретичні положення про систему стосунків у сім'ї як провідного етіологічного фактора дитячих захворювань (Л. Бурбо, Н.Ю. Дмитрієва, Д.М. Ісаєв, І.Г. Малкіна-Пих, Б.Є. Мікіртумов, В.В. Синельников), концепція життєвого стилю (А. Адлер) та інфантильних травм розвитку (Л. Бурбо, Ст. Джонсон), наукові дослідження медико-психологічних чинників формування соматичної патології серед дітей і підлітків (В.О. Диннік, О.О. Кирилова, А.В. Кукуруза, С.О. Левенець, М.В. Маркова, Т.А. Начетова, Л.Ф. Шестопалова).

У дослідженні взяли участь 287 дівчат-підлітків: дівчата, які страждають порушеннями менструальної функції – 187 осіб та соматично здорові дівчата в якості групи контролю – 100 чоловік. Наукові дослідження було реалізовано на базі гінекологічного відділення Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України. У дослідженні брали участь дві вікові категорії дівчат: 13-14,5 років – відноситься до моменту переходу від препубертатного періоду до пубертатного; 15-17 років – відноситься до іншого критичного періоду в процесі становлення жіночого організму, який представляє собою перехід до зрілого типу функціонування репродуктивної системи, до овуляторних циклів. Психодіагностичне дослідження проводилося з дотриманням встановлених принципів медичної етики та деонтології. Взаємодія з досліджуваними дівчатами здійснювалася за згодою їхніх батьків та в присутності останніх, або в присутності медичного персоналу/педагогів.

У роботі були використані наступні психодіагностичні методи: напівструктуроване діагностичне інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків», розроблене автором роботи на основі концепції психосексуального дизонтогенезу (І.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко, В.М. Маслов); статеворольова ACL-шкала А.В. Heilbrun, психосексуальна пропорція Dur-Moll L. Szondi, шкала маскулінності / фемінінності з ПДО-2 А.Є. Лічко; методика багатофакторного дослідження особистості Р. Кеттелла

(форма С); ПДО-2 А.Є. Лічко; методика «Малюнок сім'ї» (Л. Корман); метод семантичного диференціала; методика ранніх спогадів (на основі "The Early Recollections Questionnaire" W. Rule).

В результаті емпіричного дослідження виявлено особливості проходження стадій психосексуального розвитку у досліджуваних дівчат-підлітків. Показано, що характерними особливостями є недостатнє закріплення установок, пов'язаних із статевою приналежністю на стадії формування статевої самосвідомості; недостатня статева диференційність в установках та поведінці на стадії формування стереотипу статевої поведінки; конфлікт у засвоєнні та прийнятті жіночої статевої ролі; засвоєння чоловічих моделей статевої поведінки у дівчат з пубертатними кровотечами; недостатнє вивчення та закріплення жіночих статевої ролі у дівчат з вторинною олігоменореєю; на стадії формування психосексуальних орієнтацій виявлена зміна в структурі лібідо з переважанням його платонічного компоненту та редукуванням еротичного і сексуального компонентів у дівчат з пубертатними кровотечами, та практично повної несформованістю сексуального лібідо у дівчат з вторинною олігоменореєю.

При вивченні статевої сфери особистості виявлено, що статевої сфері девіації мають предиспонує роль у формуванні порушень менструальної функції. Дівчата з пубертатними кровотечами характеризуються переважанням біогенної маскулінності, що обмежує засвоєння фемінінних моделей поведінки та фемінінної складової Я-концепції. Дівчатам з вторинною олігоменореєю властива значна вираженість біогенної маскулінності та компенсаторний розвиток фемінінних моделей поведінки і установок у Я-концепції. Організація симптомокомплексу маскулінності/фемінінності у дослідницьких групах характеризується дискордантністю різних рівнів. При пубертатних кровотечах спостерігається дискордантність біогенного і поведінкового рівнів по відношенню до статевої Я-концепції, а при вторинній олігоменореї – дискордантність біогенного рівня по відношенню до рівня Я-концепції та поведінки. Проведено аналіз визначення моделей структурної організації симптомокомплексу маскулінності/фемінінності, який встановив наявність нормативної для молодшого

підліткового віку континуально-ад'юнктивної статеворольової моделі та її збереження як незрілої у старшому підлітковому віці серед дівчат з пубертатними кровотечами, а також феномен прискорення становлення андрогинної моделі у дівчат з вторинною олігоменореєю.

Вивчено особливості профілю особистості та домінуючі типи акцентуацій характеру. Виявлено, що має місце асинхронія розвитку особистості у компонентах інтелектуального блоку якостей, труднощі формування блоку якостей, пов'язаних з самооцінкою та комунікацією. Серед провідних типів акцентуації виявлені особливості відображають статеворольову трансформацію особистості дівчат з пубертатними кровотечами (переважають «чоловічі типи» – епілептоїдний) або невротизацію особистості та конверсійні механізми (лабільний, психастенічний типи при вторинній олігоменореї та істероїдний при пубертатних кровотечах).

Були розглянуті структурні й функціональні особливості сім'ї як фактори, що зумовлюють статеворольові трансформації особистості. Серед факторів сімейного виховання виявлено наявність інверсії домінування (домінування матері в сім'ї), яка стає одним з джерел статеворольових девіацій у структурі особистості дівчат. Також сім'ї дівчат з пубертатними кровотечами і вторинною олігоменореєю характеризуються відсутністю або недиференційованістю особистісних меж членів родини та дефіцитарністю задоволення потреб дитини.

Були вивчені особливості раннього психотравмуючого досвіду дівчат-підлітків, в ході якого визначено провідні травми розвитку. Для дівчат з пубертатними кровотечами такими стають травми покинутості й зради, а для дівчат з вторинною олігоменореєю – травми відкидання, покинутості та приниження. Виявлені інфантильні травми визначають подальший стиль життя та установки у моделях міжособистісних відносин.

У дисертації запропоновано комплекс рекомендацій щодо психодіагностичної та психокорекційної роботи з дівчатами-підлітками, які страждають порушеннями менструальної функції. Психодіагностичний блок містить опис, процедуру застосування та аналіз можливостей напівструктурованого діагностичного інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у

дівчат-підлітків», розробленого на основі періодизації психосексуального розвитку І.Л. Ботневой, Г.С. Васильченко та В.М. Маслова. Основою психокорекційного блоку роботи стали такі підходи у психологічному консультуванні й психотерапії як клієнт-центрований, когнітивний, арт-терапія, елементи гештальт-терапії, символдрами.

**Ключові слова:** репродуктивна функція, статевий розвиток, пубертатний період, психосексуальний розвиток, статеворольова сфера, порушення менструальної функції, девіації статеворольової поведінки, сімейна соціалізація, ранній психотрамуючий досвід.

## SUMMARY

**Grishko A.A. Features of teenage girls' with violations of menstrual function psychosexual development.** – Qualifying scientific work on the manuscripts' rights.

Dissertation work for the scientific degree of candidate of psychological sciences (philosophy doctor), speciality 19.00.04 – «Medical psychology». – V.N. Karazin Kharkiv National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine. – Kharkiv, 2018.

The thesis is devoted to the study of the peculiarities of psychosexual development of the personality of teenage girls with gynecological pathology, for example, puberty bleeding and secondary oligomenorrhea. Violations of the menstrual function occupy a leading place in the structure of gynecological morbidity of adolescents. This is evidenced by frequent relapses and insufficient effectiveness of treatment, which makes studying the factors of formation of reproductive potential of girls an actual research problem. The purpose of the work is to detect the influence of deviations of psychosexual development on the formation of violations of the menstrual function.

The main tasks are aimed at studying the peculiarities of the stages of psychosexual development of teenage girls with violations of the menstrual function, the study of the organization and functioning of the sex-role sphere of the personality of girls, the analysis of premorbid personality traits, as well as the study of the role of family factors and features of the early development of adolescent girls as an etiological factor of menstrual disorders functions.

The theoretical and methodological basis of the research was the following: the concept of psychosexual dysonotogenesis (I.L. Botneva, V.M. Maslov, G.S. Vasilchenko), the four-factor concept of providing sexual health (V.V. Kryshtal), the concept of psychosocial identity (E. Erickson), biopsychosocial approach (V.G. Balasanyan, P.N. Crotine, E. Diczfalusy, J.O. Gurkin, J. Klimek, B.E. Mikirtumov, V.K. Yuriev), gender and sex-role approach in psychology (S. Bem, T.V. Govorun, V.E Kagan, O.M. Kikinegdi, R.L. Kolberg, I.S. Kon, O.S. Kocharyan, J. Mani, J. Piaget, R. Stoller), scientific positions regarding the role of the family in the mental development of the child and the formation of his personality (O.O. Bodalev, E.G. Eidemiller, R. Spits, A.S. Spivakovskaya, V.V. Stolin, G. Varga, T.I. Yufereva, O.I. Zakharov), psychological concepts of motherhood (O.C. Batuev, G.G. Filippov, D. Winnicott, O.I. Zakharov), theoretical positions about system of relations in the family as the leading etiological factor of children's diseases (L. Burbo, N. Dmitrieva, D.M. Isaev, I.G. Malkina-Pikh, B.E. Mikirtumov, V.V. Sinelnikov), the concept of life style (A. Adler) and infantile developmental injuries (L. Burbo, St. Johnson), scientific research of medical and psychological factors of the formation of somatic pathology among children and adolescents (V.O. Dinnik, O.O. Kirilova, A.V. Kukuza, S.O. Levenets, M.V. Markova, T.A. Nachetova, L.F. Shestopalova).

287 teenage girls participated in the study: girls suffering from menstrual dysfunction – 187 people and somatically healthy girls as a control group – 100 people. Scientific research was carried out on the basis of the gynecological department of the Institute for the Protection of Children and Adolescents of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. The study involved two age groups of girls: 13-14.5 years – refers to the moment of transition from prepubertal period to puberty; 15-17 years old – refers to another critical period in the process of formation of a female organism, which is the transition to a mature type of functioning of the reproductive system, to ovulatory cycles. Psychodiagnostic study was conducted in compliance with the established principles of medical ethics and deontology. Interaction with the girls studied was carried out with the consent of their parents and in the presence of the latter, or in the presence of medical staff / teachers.

The following psychodiagnostic methods were used in the work: semi-structured diagnostic interview "Identifying the peculiarities of passing phases of psychosexual development in adolescent girls", developed by the author on the basis of the concept of psychosexual dysonotogenesis (I.L. Botneva, V.M. Maslov, G.S. Vasylichenko); sex drive ACL scale A.B. Heilbrun, psychosexual proportions of Dur-Moll L. Szondi, masculinity / femininity scale with PDO-2 A.E. Lichko; method of multifactorial research of personality R. Kettel (form C); PDO-2 A.E. Lichko; method of "Drawing of the family" (L. Korman); semantic differential method; the technique of early memories (based on the "The Early Recollections Questionnaire" W. Rule).

As a result of empirical research, the peculiarities of passing stages of psychosexual development in the studied teenage girls were revealed. It is shown that the characteristic features are the inadequate study and fixing of the settings associated with sexual attachment at the stage of formation of sexual self-consciousness; lack of sexual differentiation in settings and behavior at the stage of formation of stereotype of sex-role behavior; conflict in the assimilation and adoption of the female sexual role; assimilation of male models of sexual behavior in girls with puberty bleeding; insufficient study and fixation of female sexual roles in girls with secondary oligomenorrhea; At the stage of formation of psychosexual orientations, a change in the structure of the libido with the predominance of its platonic component and the reduction of erotic and sexual components in girls with puberty bleeding and practically complete immobilization of sexual libido in girls with secondary oligomenorrhea was revealed.

In the study of the sex-role personality sphere, it was discovered that sex-role deviations have a predisposing role in the formation of disorders of the menstrual function. Girls with puberty bleeding are characterized by predominance of biogenic masculinity, which limits the assimilation of feminine behavior patterns and the feminine component of the I-concept. Girls with secondary oligomenorrhea are characterized by a high degree of biogenic masculinity and compensatory development of feminine behavior patterns and settings in the I-concept. The organization of the masculinity/femininity symptom complex in the research groups is characterized by discordance of different levels. In puberty hemorrhages, there is a discordance of the biogenic and behavioral levels in



relation to the sex-oriented I-concept, and with secondary oligomenorrhea, the discordantness of the nutrient level in relation to the level of the I-concept and behavior. The analysis of the determination of models of structural organization of the masculinity / femininity symptom complex has been made, which established the existence of a normative for the younger adolescent age of the continuum-adjuvant sex-role model and its preservation as adolescents with puberty bleeding in the elderly adolescence, as well as the phenomenon of accelerating the formation of the mature androgynous model in girls with secondary oligomenorrhea.

The features of the personality profile and the dominant types of character accentuations are studied. It is revealed that there is an asynchrony of personality development in the components of the intellectual block of qualities, the difficulties of forming a block of qualities associated with self-esteem and communication. Among the leading types of accentuation, the revealed features reflect the sex-role transformation of the personality of girls with puberty bleeding (dominated by "male types" - epileptoid), or neuroticism of the individual and conversion mechanisms (labile, psychasthenic types with secondary oligomenorrhea and isteroid in puberty bleeding).

The structural and functional features of the family as factors that predetermine the sex-role transformation of the individual were considered. Among the factors of family education, the presence of a dominance inversion (the domination of the mother in the family) was found, which becomes one of the sources of sex-role deviations in the structure of the personality of girls. Also, the families of girls with puberty bleeding and secondary oligomenorrhea are characterized by the lack or non-differentiation of the personal limits of family members and the lack of satisfaction of the needs of the child.

The features of early traumatic experience of adolescent girls were studied, during which the leading traumas of development were determined. For girls with puberty hemorrhages such are the traumas of abandonment and betrayal, and for girls with secondary oligomenorrhea - trauma of throwing, abandonment and humiliation. Identified infantile traumas determine the further lifestyle and installation in models of interpersonal relationships.

The dissertation proposes a set of recommendations for psychological services of medical institutions in order to increase the effectiveness of psychodiagnostic and psycho-corrective work with adolescent girls suffering from menstrual dysfunction. Psychodiagnostic unit contains description, procedure of application and analysis of possibilities of semi-structured diagnostic interview "Identification of peculiarities of passing stages of psychosexual development in teenage girls", developed on the basis of periodization of psychosexual development V.M. Maslova, I.L. Botneva and G.S. Vasilchenko The basis of the psycho-corrective block of work were the following approaches in psychological counseling and psychotherapy as client-centric, cognitive, art therapy, elements of gestalt therapy, symbols.

**Key words:** reproductive function, sexual development, puberty period, psychosexual development, sex-role sphere, violation of menstrual function, deviation of sex-role behavior, family socialization, early psycho-traumatic experience.

#### Список публікацій здобувача за темою дисертації:

• *Наукові праці, у яких опубліковано основні наукові результати дисертації у фахових виданнях України:*

1. Гришко А.А. Особенности акцентуаций характера у девочек-подростков с нарушениями полового развития и менструальной функции // Вісник Харківського національного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2005. Вип.15. Ч.1. С. 38–46.
2. Гришко А.А. Особенности переживания полоролевой идентичности девочек-подростков, страдающих ювенильными маточными кровотечениями / А.А. Гришко // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2006. №718. С. 142–145.
3. Гришко А.А. Вивчення життєвого стилю дівчат-підлітків, що страждають ювенільними матковими кровотечами // Вісник Харківського національного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2009. Вип.31. С. 39–53.
4. Гришко А.А. Ранние психические травмы и их влияние на личность девочек-подростков, страдающих нарушениями полового развития и менструальной

функції // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2010. №913. С. 27–31.

5. Гришко А.А. Преморбідні особливості обистості дівчат-підлітків з ендокриннозалежними гінекологічними захворюваннями // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2011. Вип.45. №937. С. 55–59.
  6. Гришко А.А. Асинхронии психосексуального развития у девочек-подростков с ювенильными маточными кровотечениями // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2011. Вип.46. №959. С. 20–23.
  7. Гришко А.А. Роль раннего психотравматического опыта в формировании нарушений в репродуктивной системе у девочек-подростков // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Психологічні науки». 2016. №5, Т.2. С. 165–170.
  8. Гришко А.А., Левенец С.А., Беляева Е.Э. Полоролевые аспекты нарушений менструальной функции в подростковом возрасте // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Психологічні науки». 2018. Вип.1, Т.2. С. 178– 183.
- *Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у зарубіжних спеціалізованих виданнях:*
9. Grishko A. Features of the sex sphere of adolescent girls suffering from puberty hemorrhages // Scientific issue of “Knowledge, Education, Law and Management”. Lodz: Fundacja “Oswiata i Nauka Bez Granic PRO FUTURO”. 2017. №1(17). P. 132–141.
  10. Grishko A. Influence of parental family pattern on the origin of gynaecological pathology in teens // Scientific issue of “Knowledge, Education, Law and Management”. Lodz: Fundacja “Oswiata i Nauka bez granic PRO FUTURO”. 2014. №2(6). P. 128–137.

- *Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

11. Гришко А.А. Психологічні аспекти порушень репродуктивної функції у підлітковому віці // Наукові записки Харківського університету Повітряних Сил. Серія: Соціальна філософія, психологія. 2005. Вип.2(23). С. 215–222.
12. Гришко А.А. Симптомокомплекс маскуліності/фемініності у дівчат-підлітків з порушеннями статевого розвитку і менструальної функції // Наукові записки Харківського університету Повітряних Сил. Серія: Соціальна філософія, психологія. 2006. Вип.1(25). С. 218–226.
13. Гришко А.А. Особенности полоролевой сферы девочек-подростков с нарушениями репродуктивной функции // Збірник наукових праць II Міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я». Харків: Екограф, 2008. С. 109–110.
14. Гришко А.А. Асинхронії психосексуального розвитку у дівчат-підлітків з синдромом полікістозних яєчників // Збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання теорії та практики психолого-педгогічної підготовки фахівців за соціономічним профілем» / Хмельницький національний університет. Хмельницький, 2011. С. 251– 153.
15. Гришко А.А. Профиль личности девочек-подростков, страдающих синдромом поликистозных яичников // Сборник научных статей 2-й Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности» / ГОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет». Владивосток, 2013. С. 163– 168.
16. Гришко А.А., Яковенко О.К. Вікові особливості психосексуальної сфери дівчат // Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» / Вісник Харківського національного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2015. С. 150–151.

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ</b>	15
<b>ВСТУП</b>	16
<b>РОЗДІЛ 1. РОЛЬ ПОРУШЕНЬ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ У ФОРМУВАННІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ</b>	
1.1. Теоретичні та методологічні аспекти дослідження психосексуального розвитку особистості	23
1.2. Статеворольова сфера особистості	40
1.3. Вплив дисбалансу статеворольової структури особистості на формування соматичної патології	53
1.3.1. Статеворольові аспекти гінекологічної патології у підлітковому віці	55
Висновки до розділу 1	60
<b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	
2.1. Характеристика дослідницької вибірки	62
2.2. Методики дослідження	66
2.3. Організація дослідження	75
Висновки до розділу 2	77
<b>РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ</b>	78
3.1. Характеристика психосексуального розвитку дівчат, які страждають на ПК і ВОМ	79
3.2. Особливості статеворольової сфери дівчат-підлітків, які страждають на ПК і ВОМ	109
3.2.1. Рівнева організація симптомокомплексу М/Ф у дівчат з порушеннями менструальної функції	110
3.2.2. Характеристика внутрішньоструктурних зв'язків М і Ф утворень у дівчат з порушеннями менструальної функції	119
3.3. Особистісний профіль дівчат-підлітків, які страждають порушеннями	124

менструальної функції

- |        |  |     |
|--------|--|-----|
| 3.4.   | Особливості сімейних відносин у дівчат-підлітків, які страждають на ПК і ВОМ           | 145 |
| 3.4.1. | Значимість батьківських фігур для дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції | 158 |
| 3.5.   | Аналіз ранніх спогадів дівчат-підлітків, які страждають на ПК і ВОМ                    | 169 |
|        | Висновки до розділу 3  | 197 |

#### **РОЗДІЛ 4. КОМПЛЕКС РЕКОМЕНДАЦІЙ З ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЇ СФЕРИ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ**

- |      |  |     |
|------|--|-----|
| 4.1. | Психодіагностичний блок: напівструктуроване діагностичне інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків» (процедура застосування, аналіз можливостей) | 202 |
| 4.2. | Психокорекційний блок: задачі, психокорекційні «мішені», техніки роботи  | 207 |
|      | Висновки до розділу 4  | 216 |
|      | <b>ВИСНОВКИ</b>  | 218 |
|      | <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>  | 222 |
|      | <b>ДОДАТКИ</b>   | 250 |

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ПК	- пубертатні кровотечі
ВОМ	- вторинна олігоменорея
КГ	- контрольна група
М	- маскулінні характеристики
Ф	- фемінінні характеристики
Симптомокомплекс М/Ф	- симптомокомплекс маскулінності/фемінінності
Яід	- Я-ідеальне

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Останніми роками стан репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків характеризується постійним погіршенням. За даними І.Е. Асланян, О.В. Баранової, М.Ю. Борисенко, О.В. Уварової, S. Akgül, N. Kanbur поширеність серед дівчат гінекологічної патології зростає. Основними її формами стають розлади менструальної функції (С.О. Левенець), які у структурі гінекологічної захворюваності підлітків складають 61-63% (І.Г. Деменкова, В.О. Диннік, Н.О. Удовікова та ін.).

Порушення менструальної функції (далі ПМФ) негативно впливає на загальний розвиток особистості, трансформує всі сфери життя дівчат-підлітків, ускладнює процес становлення жінки, формування міжпартнерської комунікації, часто супроводжуються переживаннями сорому, тривоги, власної неповноцінності, вираженою емоційною лабільністю тощо (О.Е. Беляєва, А.В. Кукуруза, С.О. Левенець).

Ряд дослідників зауважують, що у процесі статевого дозрівання наростає селективна чутливість репродуктивної системи до психологічних чинників (Н.О. Буралкіна, О.І. Корнілова, А.В. Кукуруза, Г.О. Лашкіна, Л.Ф. Можейко, Т.О. Сивохіна, Н.В. Спирідонова). Серед провідних відмічають: характер сімейних стосунків та умов виховання (Л.Ф. Кулікова, Ю.О. Крупко-Большова, С.О. Левенець), певні типи акцентуації характеру (Б.Є. Мікіртумов), стрес та наслідки психологічних травм, труднощі у проходженні критичних фаз психосексуального розвитку та соціалізації (В.О. Агарков, З.К. Батирова, М.Ю. Борисенко, У.С. Петецька, О.В. Уварова). Отже аналіз формування ПМФ повинен здійснюватися з врахуванням психологічних чинників. Проте дослідження у цьому напрямку є нечисленними, часом суперечливими (Ш.А. Єганян, С.О. Левенець, О.В. Уварова, О.П. Хащенко). Психосексуальний аспект гінекологічної патології підлітків, вплив статеворольових чинників (які є одним із векторів психосексуального розвитку) взагалі залишаються мало вивченими. Між



тим, статеворольові структури є базовими характеристиками особистості, які виконують визначальну роль у процесах адаптації, підтримці психологічного й психосоматичного здоров'я людини (Т.В. Говорун, О.М. Кікінежді, О.С. Кочарян). Існують окремі дані (М.Ю. Борисенко, Н.А. Буралкіна, О.В. Уварова) щодо ролі порушення статеворольової ідентичності у формуванні пубертатних кровотеч (далі ПК), вторинної олігоменореї (далі ВОМ) та інших ПМФ, а саме, превалювання у дівчат чоловічих аспектів гендерної ідентичності. Визначено, що девіації у структурі статеворольової сфери стають чинником, предрисуючим до розвитку гінекологічної патології, зокрема при ПК (О.С. Кочарян).

Отже, вивчення ПМФ з позицій статеворольового підходу, дослідження особливостей психосексуальної сфери дівчат-підлітків в цілому, дозволить вдосконалити надання їм медико-психологічної допомоги, визначить шляхи й методи психокорекційної роботи з метою пом'якшення перебігу й наслідків хвороби.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Роботу виконано відповідно до тематики наукових досліджень кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, присвяченій гендерній тематиці та функціонування особистості.

Тему дисертаційного дослідження затверджено (протокол № 8, від 27.09.2006) та уточнено (протокол № 12, від 21.12.2017) на засіданні вченої ради факультету психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

**Об'єкт дослідження** – психосексуальна сфера особистості дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції.

**Предмет дослідження** – девіації психосексуального розвитку дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції.

**Мета дослідження** – визначити вплив девіацій психосексуального розвитку на формування порушень менструальної функції.

Для досягнення зазначеної мети в роботі були поставлені наступні **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми психосексуального розвитку особистості.

2. Виявити особливості проходження етапів психосексуального розвитку дівчатами-підлітками з порушеннями менструальної функції.
3. Проаналізувати особливості організації та функціонування статеворольової сфери у дівчат підліткового віку з порушеннями менструальної функції.
4. Визначити особистісні особливості дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції.
5. Визначити особливості дитячо-батьківських стосунків у дівчат з порушеннями менструальної функції.
6. Виявити особливості раннього досвіду дівчат з порушеннями менструальної функції.
7. Розробити рекомендації щодо психодіагностичної та психокорекційної роботи з дівчатами-підлітками, які страждають порушеннями менструальної функції.

**Методологічну й теоретичну основи дослідження** становлять концепція психосексуального дизонтогенезу (І.Л. Ботнєва, Г.С. Васильченко, В.М. Маслов), гендерний та статеворольовий підхід в психології (С. Бем, Т.В. Говорун, В.Є. Каган, О.М. Кікінежді, Л. Кольберг, І.С. Кон, О.С. Кочарян, Р. Столлер, Дж. Мані); концепції сімейної соціалізації та її ролі в етіології дитячих захворювань (Л. Бурбо, Г.Я. Варга, Д. Віннікотт, Н.Ю. Дмитрієва, О.І. Захаров, Е.Г. Ейдемільер, А.С. Співаковська, Т.І. Юферева); концепція життєвого стилю (А. Адлер) та інфантильних травм розвитку (Л. Бурбо, Ст. Джонсон); наукові дослідження медико-психологічних чинників формування соматичної патології серед дітей і підлітків (В.О. Диннік, О.О. Кирилова, А.В. Кукуруза, С.О. Левенець, М.В. Маркова, Т.А. Начетова, Л.Ф. Шестопалова).

**Методи дослідження.** Для реалізації мети і завдань дослідження було застосовано комплекс методів: теоретичний (аналіз психологічної літератури, систематизація та узагальнення даних), емпіричний (психодіагностичний метод) та математико-статистичний (методи порівняння непов'язаних вибірок, кореляційний аналіз).

**Теоретичне значення дослідження** полягає: у розширенні уявлень щодо ролі психологічних чинників у формуванні та перебігу гінекологічної патології у дівчат-

підлітків, а саме ПМФ; у розширенні можливостей щодо розуміння психосоматичного функціонування особистості у межах статеворольового підходу в психології.

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає в тому, що у дисертації *вперше визначено:*

- особливості перебігу етапів психосексуального розвитку у дівчат з ПК і ВОМ, а саме: недостатнє статеве диференціювання в установках і поведінці на етапі формування стереотипу статеворольової поведінки; ознаки затримки розвитку на етапі формування психосексуальних орієнтацій;
- специфічні «новоутворення» як результат проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат з ПК і ВОМ, а саме: конфлікт в асиміляції жіночої статевої ролі; засвоєння чоловічих моделей статевої поведінки у дівчат з ПК; недостатнє вивчення і закріплення жіночих статевої ролі у дівчат з ВОМ; зміна в структурі лібідо з переважанням платонічного компоненту і редукуванням еротичного та сексуального;
- типи структурної організації симптомокомплексу маскулінності/фемінінності (далі М/Ф) у дівчат з ПМФ, а саме: наявність нормативної континуально-ад'юнктивної моделі у молодших підлітків і її збереження як незрілої у старших підлітків з ПК; прискорення становлення андрогінної моделі у дівчат з ВОМ;

*уточнено:*

- предиспонує роль статеворольових девіацій у формуванні ПМФ, а саме: переважання біогенної маскулінності у дівчат з ПК, що обмежує засвоєння фемінінних моделей поведінки та фемінінної Я-концепції; значна вираженість біогенної маскулінності у дівчат з ВОМ та компенсаторний розвиток фемінінних моделей поведінки й установок на рівні Я-концепції;
- преморбідні риси особистості при ПМФ, а саме: у профілі особистості спостерігаються знижені показники інтелектуальних та комунікативних якостей; провідні типи акцентуації відбивають статеворольову трансформацію дівчат з ПК (переважає «чоловічий тип» – епілептоїдний), або наявність конверсійних механізмів (лабільний, психастенічний типи при ВОМ та істероїдний при ПК);

*подальшого розвитку дістали уявлення щодо:*

- структурних та функціональних змін в сім'ях дівчат з ПК і ВОМ, а саме: відсутність або недиференційованість особистісних меж членів родини; неможливість задоволення власних потреб дитиною; інверсія владної структури сім'ї та наявність вертикальних дисфункціональних коаліцій з матір'ю (у дівчат з ВОМ);
- раннього психотравмуючого досвіду, а саме: виявлено, що ранні травми мають статеворольове навантаження; уточнено специфічні фабули, які розкривають особливості стилю життя дівчат з ПК і ВОМ.

**Практичне значення отриманих результатів.** Автором розроблено напівструктуроване діагностичне інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків», яке дозволяє вивчати особливості психосексуального розвитку в нормі та можливі девіації; надано рекомендації щодо діагностики і корекції статеворольового дисбалансу особистості дівчат-підлітків з ПМФ, чинників негативного впливу на психосексуальну сферу.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено у медико-психологічний напрям роботи ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків» НАМН України (акт впровадження № 02-45/306 від 05.06.2018 р.); в навчальний процес кафедри психології гуманітарного факультету Національного аерокосмічного університету імені М.Є. Жуковського «ХАІ» у дисципліни «Основи сексології і сексопатології. Психологія статі та гендерних відносин», «Клінічна психологія»; «Основи психосоматики», «Діагностика і корекція дітей та підлітків» (акт впровадження № А 223 18 П від 31.05.2018 р.); в консультаційну та психотерапевтичну діяльність ВГО «Інститут клієнт-центрованої та експірієнтальної психотерапії, м. Харків (акт впровадження № 03-34 від 30.10.2017 р.).

**Особистий внесок здобувача.** У статті, написаній у співавторстві з С.О. Левенец, О.Е. Беляєвою «Полорольевые аспекты нарушений менструальной функции в подростковом возрасте», здобувачеві належить добір й обробка емпіричного матеріалу, формулювання висновків. У статті, написаній у

співавторстві з О.К. Яковенко «Вікові особливості психосексуальної сфери дівчат», здобувачеві належить формулювання висновків.

**Апробація результатів дисертації.** Результати дослідження доповідалися на семінарах для аспірантів кафедри психології гуманітарного факультету Національного аерокосмічного університету імені М.Є. Жуковського «ХАІ», зборах Харківського товариства медичної психології та сексології (2010-2017), наукових конференціях всеукраїнського та міжнародного рівнів: Міжнародна науково-практична конференція «Розвивальна освіта та багатовимірний досвід особистості» (Полтава-Харків, 2005); I Всеукраїнський конгрес психологів (Київ, 2005); Всеукраїнська науково-практична конференція «Проблеми психосоматики в сучасній науці та практиці» (Харків, 2007); II Міжнародна науково-практична конференція «Гендер. Екологія. Здоров'я» (Харків, 2008); II Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми психосоматики: системний погляд» (Харків, 2009); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми практичної психології» (Херсон, 2008; 2009; 2010); Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки фахівців за соціальним профілем» (Хмельницький, 2011); II Межрегіональна науково-практична конференція з міжнародною участю «Особистість в екстремальних умовах і кризових ситуаціях життєдіяльності» (Владивосток, 2013); II Міжнародна науково-практична конференція «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» (Харків, 2015).

**Публікації.** Результати дослідницької роботи опубліковано у 16 статтях: 8 – у фахових виданнях України з психології, 2 – у міжнародних періодичних виданнях з психології, 6 статей і тез доповідей – у збірниках наукових праць і матеріалів конференції.

**Структура й обсяг роботи.** Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг дисертації – 307 сторінки, з них – 203 основного тексту. Дисертація включає 30

таблиць та 23 рисунків. Список використаної літератури складає 277 джерел, з них – 59 іноземними мовами.

# РОЗДІЛ 1

## РОЛЬ ПОРУШЕНЬ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ У ФОРМУВАННІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

### 1.1. Теоретичні та методологічні аспекти дослідження психосексуального розвитку особистості

Психосексуальний розвиток людини тісно пов'язаний із загальним біологічним розвитком організму, особливо зі статевим дозріванням і подальшою зміною статевої функції [1]. Таким чином, він являє собою один із аспектів онтогенезу. Психосексуальний розвиток людини починається з народження і у його процесі формується статева самосвідомість, статева роль та психосексуальні орієнтації. Це складний багатовимірний процес, що має певні стадії, специфічні механізми. Питання психосексуального розвитку розглядалися Н.К. Асановою, І.Л. Ботнєвой, Г.С. Васильченко, С.Р. Григоряном, Д.М. Ісаєвим, В.Є. Каганом, І.С. Коном, В.В. Кришталем, О.Г. Луценко, В.М. Масловим [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11], такими більш сучасними дослідниками як В. Абраменковою, О.М. Полєєвим, В.С. Собкіним, А.А. Ткаченко [12, 13, 14, 15], закордонними авторами – Дж. Банкрофтом, Е. Еріксоном, М. Кле, З. Фрейдом, S. Dave, A. Dave, A.B. Heilbrun, V.E. Johnson, G.F. Kelly, W.H. Masters, J. Merrick, J. Money, H. Musaph, H.A. Omar, A. Tenenbaum, B. Wolman, та іншими [16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26]. Кожна з існуючих теорій демонструє свій погляд щодо процесу розвитку людини.

Розглянемо основні положення деяких базових теорій психосексуального розвитку.

1. Біопсихологічна теорія потягів/інстинктів. В ній пояснення психосексуального розвитку спирається на уявлення про природжений «статевий інстинкт» [17]. Відповідно до такого підходу, сексуальні «напруги» і «потреби» у період сексуальної депривації або в ситуації, коли сексуальні почуття заохочуються оточуючими, спочатку зобов'язані своїм виникненням статевому «потягу». Під час сексуальної активності відбувається своєчасне задоволення статевого потягу, воно

притуплюється, а потім знову загострюється, і все починається знову. Ця теорія має багато прихильників, оскільки люди інтуїтивно пов'язують її з тим, що вони, мабуть, відчувають самі [17, 27]. Однак поняття біопсихологічного статевого потягу є спрощеним й неточним. Незважаючи на те, що генетичні й гормональні чинники, безумовно, впливають на сексуальну реакцію, їх присутність не дає відповіді на питання, чому люди реагують або не реагують на конкретні сексуальні імпульси.

2. Психодинамічна теорія. З. Фрейд висунув концепцію лібідо, сексуального потягу, який, на його погляд, був складовою частиною людської психіки [24, 28, 29, 30, 31, 32, 33]. Згідно психодинамічної теорії, діти від народження мають потенціал сексуальної енергії, яка є абсолютно монолітною і може бути спрямована куди завгодно. У зв'язку з цим З. Фрейд стверджував, що немовлята «поліморфно перверсивні» [31]. Поступово лібідо починає локалізуватися у різних ерогенних зонах тіла, а далі в області статевих органів. З. Фрейд вважав, що не тільки індивідуальні сексуальні схильності, але й особистість у цілому формується в ході цього процесу, який протікає з різними варіаціями. У межах психодинамічної теорії вважається, що можуть відбуватися різні дисфункції в процесі локалізації лібідо у різних частинах тіла. З точки зору цієї теорії емоційні та психічні проблеми дорослої людини є наслідком тих чи інших складнощів, що виникли на одній зі стадій психосексуального розвитку. У випадку ідеального розвитку людина отримує можливість поєднувати генітальний оргазм з близькими і повними любові гетеросексуальними відносинами, що представляють собою здоровий спосіб задоволення сексуальних потреб. Слід зазначити, що підкреслення значення оргазму у психодинамічній теорії вводить багатьох людей в оману. Деякі піддають цю теорію критиці як концепцію, що орієнтована в основному на чоловіків та дискримінує жінок, і не відповідає сучасним уявленням про сексуальність [7, 27].

3. Теорія обумовлення і соціального навчання. Вперше принципи обумовлення наочно продемонстрував І.П. Павлов на основі досліду з собакою. Щоразу перед годуванням собаки він дзвонив у дзвоник. Згодом у собаки розвинувся умовний рефлекс, і вона реагувала відповідною поведінкою саме на дзвін. Настільки простий механізм обумовлення вважали за можливе враховувати при вивченні деяких видів



людської поведінки та реакцій, включаючи сексуальне збудження [17, 34]. Завдяки подальшим досягненням з'ясувалося, що механізми обумовлення діють у комплексі. Якщо поведінка підкріплюється за рахунок похвали або винагороди, велика ймовірність того, що індивід повторить цю дію. Негативні результати поведінки – відсутність похвали й заохочення та інше – викликають зворотню реакцію: такі дії проводяться все рідше. Отже, виникає припущення про вирішальний вплив позитивних та негативних стимулів на формування сексуальної поведінки. У межах цієї концепції не надається особливого значення такому фактору, як статевий потяг.

Розширений варіант теорії обумовлення виник у 60-х роках та отримав назву теорії соціального навчання [17, 33, 34]. Відповідно до цієї концепції, процес навчання супроводжується постійним наглядом за оточуючими та ідентифікацією з ними. Незважаючи на те, що цей процес має ключове значення для психосексуального розвитку, він багато у чому залежить від вражень, отриманих на ранньому етапі розвитку. Так, наприклад, діти й підлітки вважають за найкраще моделювати та імітувати поведінку тих людей, якими вони захоплюються і з якими себе ідентифікують. Незважаючи на значущість процесів обумовлення та соціального навчання для формування патернів сексуальної поведінки, в дійсності дуже складно знайти переконливе пояснення закономірностей психосексуального розвитку за допомогою зазначених механізмів. Цінність цієї теорії полягає скоріше у тому, що вона вказує на можливий вплив соціальних чинників на сексуальну поведінку.

4. Теорія розвитку. В ній приділяється особлива увага впливу на розвиток дитини соціальних чинників, які також можуть впливати і на психосексуальний розвиток. Ж. Піаже підкреслював важливість когнітивних, інтелектуальних і аналітичних здібностей у дітей, а Л. Кольберг вивчав багато аспектів морального розвитку [16, 33, 35]. Значний внесок у створення моделі психології розвитку, яка формулює завдання, що постають перед людиною на різних стадіях розвитку, був зроблений Е. Еріксоном [18, 33, 36]. Е. Еріксон вважав ці завдання настільки важкими, що назвав їх кризами. Він висунув концепцію восьми стадій психосоціального розвитку, який триває від народження до старості [37]. Будучи

психоаналітиком Е. Еріксон визнавав теорію лібідо, однак при цьому не ігнорував культурні та соціальні фактори, що впливають на формування статевої ідентичності і сексуальної поведінки. Він стверджував, що на кожній стадії психосексуального розвитку відбувається криза, яку індивіду доводиться долати. На думку Е. Еріксона, наслідками кризи можуть стати, здоров'я, позитивне самовідчуття, погана адаптація, занепокоєння та знижена самооцінка [38].

5. Універсальна теоретична модель психосексуальної поведінки. Дж. Банкрофт запропонував універсальну теорію психосексуального розвитку, в якій враховуються різні стадії фізичного і психічного розвитку та формуються три напрямки, що становлять основу розвитку людини [17, 34]. У дитячому віці розвиток відповідно до них відбувається паралельно, але незалежно один від одного. Далі, у підлітковому та юнацькому віці, ці напрямки інтегруються, формуючи основу зрілої сексуальності. Так Дж. Банкрофт виділяє наступні напрямки: 1) гендерна ідентичність; 2) сексуальна реакція і розуміння власної сексуальної орієнтації; 3) здатність до близьких парних відносин. У межах цієї концепції сексуальний розвиток визначається як адекватне уявлення людини про свою сексуальну орієнтацію. Цей процес починає розвиватися після того, як людина проходить низку стадій фізичного і психологічного розвитку та йому передують три етапи [39]. Перший етап – невизначеності, коли діти лише починають розуміти, якої сексуальної поведінки від них очікують, і ця поведінка постійно підкріплюється тиском з боку оточуючих. Другий – коли вже будучи підлітками вони починають визначати свою сексуальну орієнтацію відповідно до критеріїв, яких дотримуються в їх соціальному середовищі. Цей етап розвитку іменується стадією самовизначення сексуальної орієнтації. Підлітки порівнюють свої почуття і реакції з домінуючими у суспільстві уявленнями про характерні особливості людей певної статі. Поведінка, яка може бути наслідком сексуальної орієнтації, яку приписує собі підліток, залежить від того, наскільки успішним був розвиток за трьома напрямками, а саме: наскільки сприймає підліток власну статевою ідентичність; коли і яким чином виникають у нього сексуальні бажання; які здібності розвинув в собі підліток для формування близьких стосунків. Якщо сексуальна орієнтація не відповідає

уявленням, яких, як знає підліток зі свого досвіду, дотримуються у його соціальному середовищі, то виникають конфлікти й проблеми. Остаточне визначення сексуальної орієнтації відбувається на стадії соціального визначення. Самовідчуття оцінюються за критеріями, яких дотримується суспільство, визначаючи сексуальну орієнтацію або переваги.

З огляду основних положень деяких фундаментальних теорій психосексуального розвитку можна судити про багатогранність даного процесу. Яка з існуючих теорій психосексуального розвитку видається більш переконливою – важко сказати. Можливо, має сенс скомбінувати деякі положення різних теорій, щоб мати можливість наблизитися до реальності у розумінні складного процесу – психосексуального розвитку людини.

Наприкінці ХХ століття була розроблена концепція психосексуального дизонтогенеза [6, 8], яка дає можливість правильно зрозуміти етапи розвитку сексуальності, виявити причини і умови виникнення її порушень. Так, І.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко, В.М. Маслов, виділяють наступні вікові періоди у становленні сексуальності індивіда [8]:

1. Парапубертатний період, який триває з 1 до 7 років, і протягом якого формується статева самосвідомість (I етап психосексуального розвитку).

2. Препубертатний період триває з 7 до 13 років та характеризується вибором та формуванням стереотипу статевої поведінки (II етап психосексуального розвитку).

3. Пубертатний період, що визначається як період статевого дозрівання, формування платонічного, еротичного і сексуального лібідо (перші дві стадії III етапу психосексуального розвитку), та триває з 12 років до 18.

4. Перехідний період становлення сексуальності, що триває з 16 до 26 років та характеризується початком статевого життя, мастурбаційною практикою, поєднанням статевого життя з періодами абстиненції (остання стадія III етапу психосексуального розвитку та завершення формування сексуального лібідо).

5. Період зрілої сексуальності, що характеризується регулярним статевим життям з постійним партнером, входженням у смугу умовно-фізіологічного ритму статевої активності та триває з 26 до 55 років.

6. Інволюційний період – пов'язаний зі зниженням статевої активності, ослабленням інтересу до сексуальної сфери, регресом сексуального лібідо до рівня еротичної, а потім і платонічної стадії (51-70 років).

Таким чином, психосексуальний розвиток можна визначити як один з аспектів індивідуального психічного розвитку, що охоплює перші чотири вікові періоди становлення і динаміки сексуальності. Його завершення знаменується вступом до періоду зрілої сексуальності. При цьому формується статева самосвідомість, статоворольова поведінка, психосексуальні орієнтації. Відповідно виділяються три етапи психосексуального розвитку [4, 6, 8, 40]:

1. Формування статевої самосвідомості (1-6 років) – відбувається під впливом мікросоціального середовища, але в більшій мірі детерміновано статевим диференціюванням структур мозку у пренатальному періоді [6, 11, 17, 41]. Цей етап розподіляється на дві фази: фаза виробки установки, що проявляється в усвідомленні статевої належності, і фаза вивчення і закріплення установки - тягне за собою виражену цікавість дітей, спрямовану на статеві ознаки, у тому числі вивчення статевих органів. За твердженням Д.М. Ісаєва і В.Є. Кагана діти у цей період активно починають цікавитися питаннями статі, починають розрізняти людей за зовнішністю та статевими ознаками [2, 10, 42]. На думку І.С. Кона первинна статева ідентичність, тобто усвідомлення своєї статевої приналежності, формується у дитини вже до 1,5 років, складаючи найбільш стійкий, стержневий елемент його самосвідомості [43]. З віком об'єм та зміст цієї ідентичності змінюються, включаючи широкий набір маскулінних й фемінінних властивостей. Дворічна дитина, за твердженням автора вже знає свою стать, але ще не вміє обґрунтувати цю атрибуцію.

До 3 років, за зауваженням Д.М. Ісаєва і В.Є. Кагана відбувається вирішальна подія в житті дитини – осягнення свого «Я». Тобто з'являється здатність до диференціації та координації своїх відчуттів, що призводить до розмежування себе і

середовища. Дитина освоює образ свого тіла, порівнює його з іншими [5]. Однак, розрізняючи стать оточуючих людей в 3-4 роки, дитина асоціює її із зовнішніми ознаками (наприклад, з одягом), певними соматичними (образ тіла, включаючи геніталії) і поведінковими властивостями, допускаючи при цьому принципову оборотність, можливість зміни статі [11, 43].

В.Є. Каган відзначає, що після 3-х років, коли дії дітей вже не тільки сума маніпуляцій, а починають підкорятися певному сюжету, виникають так звані соціо-сексуальні ігри: «доньки-матері», «сім'я», «лікар» [10]. У них можна бачити тіло інших, торкатися його, відчувати дотики. Тут вже мова йде не тільки про досягнення своєї тілесної статі, а й про формування відносин. За даними українських дослідників В.В. Беспалько та А.М. Нагорної 70% дітей 3 - 4 років розглядають свої статеві органи та демонструють їх один одному [40]. У «лікаря» грають 38% дітей у віці 4-5 років, в 6-10-річному віці – 43,9%, при цьому в 46% випадків хлопчики й дівчатка грають у лікаря окремо. Ігри дітей із взаємним роздяганням відзначаються батьками 50% дітей. Ці дані у цілому збігаються з більш ранніми дослідженнями Д.М. Ісаєва і В.Є. Кагана [9].

Зі спостережень вищезазначених авторів, дитина 6-7 років остаточно усвідомлює незворотність статевої належності, причому це збігається з бурхливим посиленням статевого диференціювання поведінки та установок – хлопчики й дівчатка за власною ініціативою вибирають різні ігри та партнерів у них, виявляють різні інтереси, стиль поведінки [2, 10, 40, 43]. Така стихійна сегрегація (одностатеві компанії) сприяють кристалізації та усвідомленню статевих відмінностей. Згідно з даними більш сучасних досліджень це новоутворення у зазначеному віці збережено [40, 24, 44].

Важливо відзначити думку Г.Є. Сухарева, з якої надалі погоджуються Д.М. Ісаєв і В.Є. Каган, що у дітей в віці до 7 років немає справжніх статевих патологій [5]. Патологічним може ставати раннє пробудження сексуальності, найчастіше викликане неправильним вихованням. Середовищні фактори можуть бути причиною і невротичних зривів, і сексуальних проявів. Так виявляються риси дисгармонії особистості як наслідки депривації та сімейно-педагогічної

занедбаності. Автори наводять можливі форми сексуальних проявів дітей: смоктання язика та пальця, мазання калом, розгойдування, дитячі ревності, дитяча мастурбація, сексуальні ігри, оніхофагія (нав'язливе покусування нігтів), візіонізм (підглядання, споглядання статевих органів осіб протилежної статі), ексгібіціонізм (демонстрація своїх статевих органів), роздягання інших, фроттеризм (тертя статевих органів), імітація коїтусу [15].

Отже, від одного до шести років дитина проходить складний шлях, коли вона розуміє та переживає сталість своєї статі та основні її характеристики. У певному сенсі це час ризику, оскільки батьки і середовище можуть досить сильно впливати на формування статевої самосвідомості. Після 5-6 років змінити статево самосвідомість людини практично неможливо [9, 42, 45].

2. Формування стереотипу статевої поведінки (від 7 до 1-13 років) – здійснюється вибір статевої ролі, яка найбільш відповідає психофізіологічним особливостям дитини та ідеалам маскулітності/фемінітності (далі М/Ф) мікросоціального середовища. Цей етап також характеризується інтенсивною соціалізацією дитини [36, 46]. Формування стереотипу статевої поведінки розподіляється на дві значущі фази: перша – виробка статевої поведінки; друга – навчання статевої поведінки в іграх. На думку Д.М. Ісаєва і В.Є. Кагана формування у дитини інтерналізованих уявлень про свою статево роль відбувається перш за все у сім'ї [5, 46]. Якщо роль слабо усвідомлюється, ймовірно за все, будуть виникати перешкоди та проблеми у психосексуальному розвитку. У цей час діти ще пильніше, ніж раніше, вдивляються у своїх батьків, особливості їх взаємодії, що стають для дитини моделлю мужності й жіночності, зразком статевої взаємовідносин. Коректна статево поведінка батьків багато у чому визначає формування адекватної статевої поведінки дитини [23, 47, 48]. При холодних відносинах з батьками діти виростають такими ж холодними, беземоційними. При владній, холодній матері та ласкавому або безвольному батькові хлопчики найчастіше набувають жіночих рис поведінки, а дівчата – хлопчачу гіперактивність, грубуватість, нетерпимість та інше. У зв'язку з цим І.С. Кон відзначає, що уявлення дитини про нормативну статево поведінку залежить

як від його власних спостережень за фактичною поведінкою чоловіків та жінок, що служать йому зразками, так і від схвалення чи несхвалення, яке такі вчинки викликають у оточуючих [43].

Подальший психосексуальний розвиток відбувається під дедалі більшим самоконтролем дитини за поведінкою відповідно до засвоєваних образів і контролю дитячого оточення (дитячий садок, школа, компанія та інші), що розрізняє мужність або жіночність своїх однолітків. Оцінюючи поведінку дитини у світлі своїх, значно жорсткіших, ніж у дорослих, критеріїв маскулінності/фемінінності, однолітки, на думку І.С. Кона, тим самим підтверджують, зміцнюють або, навпаки, ставлять під сумнів її статево ідентичність і статево-рольові орієнтації [43]. В цілому, багато авторів, включаючи дослідження останніх років (Ф. Дольто, О.М. Полєєв), здверджують, що відсутність нормального спілкування з однолітками, особливо у предпідлітковому та підлітковому віці, може істотно загальмувати психосексуальний розвиток дитини, залишивши її непідготовленою до складних переживань пубертату [2, 10, 15, 16, 17, 23, 40, 43, 46, 49, 50, 51, 52].

Д.М. Ісаєв, В.Є. Каган, Г.Ф. Келлі, М. Клє, І.С. Кон, М. Полуді та інші автори підкреслюють особливе значення наявності «сімейних» та рольових ігр з однолітками на етапі формування стереотипу статево-рольової поведінки [10, 11, 16, 17, 22, 42, 46, 53, 54, 55]. Вказані ігри вимагають виконання певної ролі – нареченого і нареченої, батька, матері, дитини та інші. Таким чином, дітьми випробуються і закріплюються вибрані статево-рольові аспекти людських взаємин, у тому числі і сексуальних. За твердженням Д.Б. Ельконіна у рольовій грі проявляються не тільки афективні потреби поточного моменту, але й більш глибокі тенденції, пов'язані з формуванням особистості [56]. Коли дівчинка грає у ляльки, це не тільки ігрова діяльність, а й відображення прагнень. У дитячих іграх символічно реалізуються бажані або знищуються небажані для дитини властивості особистості, знаходить місце формування мужності-жіночності, інтерес до питань статі. Широка поширеність таких ігор навіть в умовах жорсткого контролю свідчить про їх психологічну закономірність з чого, до речі, випливає помилковість думки З. Фрейда про існування «латентної фази» психосексуального

розвитку, коли дитина нібито взагалі не цікавиться проблемами статі. Просто 7-11-річна дитина вже знає основні правила пристойності, і її поведінка якісно відрізняється від поведінки 3-5 річної дитини [29]. Крім того, ще у дослідженнях А. Kinsey чітко простежується тенденція поступового почастишення у цьому віці мастурбації, гетеросексуальних та рідше – коїтальних ігор у хлопчиків [16, 17, 41]. Подібні дані отримані й щодо дівчат, сексуальна активність яких, однак, нижче. За даними В.В. Беспалько та А.М. Нагорної 1% дівчат віку 7-10 років повідомили про мастурбацію, дізналися про неї 20% дівчат від сторонніх дорослих, однолітків, з кінофільмів; 6 дівчаток зі 100 повідомили про початок статевого життя до 12 років; у 1/3 опитаних 13-річних дівчат вже є досвід першого побачення і у 1/4 досвід поцілунків [40]. С.Т. Halpern, А.А. Naydon, А.Н. Herring, повідомляють, що серед білих дітей до 10-річного віку про мастурбацію знають 38%, серед вихідців з Латинської Америки – 42%, а серед афроамериканських дітей – 49% [44]. Сексуальний (коїтальний досвід) у віці 12 років мають: 9% білих підлітків; 18% вихідців з Латинської Америки і 24% афроамериканських підлітків [44, 48]. Наведені дані свідчать про помилковість ставлення до сексуальної латентності молодшого школяра. Багато сексологів вважають, що достовірні відомості про відсутність пубертатної мастурбації повинні наводити на думку про порушення статевого дозрівання [6, 11, 14, 16, 17, 22, 26, 34, 42, 44, 46, 52,].

Якщо говорити про випадки порушень психосексуального розвитку в даному віковому періоді, то на думку С.Р. Григоряна, Д.М. Ісаєва, В.Є. Кагана, В.В. Кришталя, Г.Є. Сухаревої можливо виділити наступні дисгармонії сексуального розвитку: страх перед проявами статі, трихотилломанія (виривання волосяного покриву на голові або інших частинах свого тіла), гомосексуальна закоханість, трансформація статевої поведінки, гіперрольова поведінка [5, 6, 10, 46]. Всі вони визначаються авторами як наслідки депривації, сімейно-педагогічної занедбаності, негативних середовищних впливів на дитину.

Отже, другий етап психосексуального розвитку – це період формування оцінки себе як представника протилежної статі. На цьому етапі формується типовий



поділ дитячого колективу та протиставлення один одному за статеворольовими ознаками.

3. Формування психосексуальних орієнтацій (12-18 років) – визначає подальший вибір об'єкта закоханості з його індивідуальними особливостями (статева приналежність, зовнішній вигляд, будова тіла, поведінка та інше), необхідність реалізації потягу, ряду послідовних дій [8, 40]. У зв'язку з тим, що навчання копулятивному акту вимагає більш високого рівня мотивації, ніж його виконання, цей етап у нормі неможливий без певного нейрогормонального забезпечення [57, 12, 58, 59]. Таким чином, якщо перші два етапи психосексуального розвитку протікають на відносно «спокійному» гормональному фоні, то на цьому етапі починається і сягає максимуму функціонування ендокринної системи, зокрема статевих залоз.

Етап психосексуальних орієнтацій охоплює два вікових періода у становленні сексуальності індивіда: пубертатний період та перехідний період сексуальності. Також цей етап умовно поділяється на три стадії, кожній з яких притаманна фазність, що є закономірністю психосексуального розвитку [3, 6, 8, 31].

Перша стадія етапу психосексуальних орієнтацій – формування платонічного лібідо. Цьому періоду притаманна поява «дитячої закоханості», хоча специфічно пофарбованого інтересу до протилежної статі, зокрема до генітальної області, ще немає [6]. Перша фаза цієї стадії, таким чином, характеризується появою платонічного потягу, обожнюванням об'єкта закоханості, платонічними фантазіями та мріями, які найчастіше відображають зміст прочитаних до цього віку книг, переглянутих фільмів («лицарські» романи, вестерни з благородними героями та інші подібні твори, де описуються ситуації порятунку прекрасної дівчини від лиходіїв). Відповідно до думки І.С. Кона, у дівчат раніше виникають складні форми рефлексії, сильніша потреба у взаєморозумінні, психологічній близькості, вони раніше ніж хлопчики, і в 3-4 рази частіше пишуть вірші, ведуть щоденники, у них раніше і сильніше проявляється інтерес до внутрішнього світу літературних та кіно-героїв [11, 43]. Платонічне лібідо, що формується у дівчинки, малює в її уяві ідеальний образ шанувальника, лицаря, принца. Друга фаза платонічної стадії

характеризується реалізацією платонічного потягу в формі залицяння, платонічного спілкування, надання знаків уваги, симпатії. При цьому, за зауваженням багатьох авторів (включаючи дослідження останніх 5 років), потреба у будь-яких тілесних контактах і ласках зазвичай відсутня [5, 24, 26, 43, 55, 60]. Так, у цьому віці поступово починають розпадатися одностатеві компанії й групи. При гармонійному розвитку до платонічної закоханості поступово додаються елементи еротичного фантазування (бажання залишитися наодинці, дотики, ласки), які потім розростаються, їх діапазон розширюється, і вони починають займати значне місце у поведінці підлітка. Так відбувається перехід до другої стадії етапу психосексуальних орієнтацій - стадії становлення еротичного потягу. Її перша фаза характеризується появою еротичних фантазій. Дівчата мріють про поцілунки, обійми, пестощі. У підлітків виникає інтерес до інтимної сторони статевих взаємин, еротичної літератури, у якій навіть описи, що не мають для дорослої людини й натяку на сексуальність, розбурхують уяву підлітків, стимулюючи еротичне фантазування. Згідно Г.С. Васильченко, підліток знаходиться під впливом сильного «дифузного еротизму» і «брудні» розмови, сальні анекдоти, порнографічні картинки, викликають підвищений інтерес, що дозволяють підлітку знизити хвилюючі еротичні переживання, до яких він психологічно і культурно ще не підготовлений [3]. За даними сучасних досліджень цей період наповнений інтересом до перегляду відео, кінофільмів, журналів еротичного характеру [44, 61]. На думку Ф. Дольто, Д.М. Ісаєва, В.Є. Кагана і О.М. Полєєва [2, 15, 52], цей процес набуває форми «епідемії», поширюючись серед груп підлітків, залишаючи інтактними лише дітей з гормональною недостатністю або з порушеннями у психосексуальному розвитку на попередніх етапах [9, 34, 62]. Початок другої фази стадії формування еротичного лібідо знаменується прагненням підлітка до реалізації еротичного фантазування з партнером у формі еротичних ласк та ігор. Еротичні ігри, роздягання, взаємні обмацування статевих органів не вважаються в підліткових компаніях чимось страшним або ганебним. У дівчат вираження ніжності – обійми, поцілунки – взагалі не табууються, а їх потенційні еротичні обертони здебільшого не помічаються. Тож не дивно, що чуттєвість, яка пробуджується, спершу

задовольняється саме цим шляхом. Наприкінці пубертатного періоду такі ігри зазвичай припиняються. Їх продовження, на думку багатьох авторів, у 15-16 років вже дає підставу для занепокоєння [10, 13, 14, 15, 57, 63]. Г.С. Васильченко зазначає, що тільки стабільна реалізація еротичного фантазування завершує формування еротичної стадії [3, 4]. Реалізація еротичного потягу частіше буває на рівні фрустрацій, що в плані біологічного розвитку є прогресивним фактором, оскільки стимулює до подальших дій, фокусує перехід до сексуальної стадії. Поряд з цим, згідно із зауваженнями ряду авторів, мають місце форми еротичної реалізації, які підкріплюються статевим задоволенням [3, 6, 25, 64]. До подібних форм відносяться сурогатні форми статевої активності – мастурбація, з аутоerotичною спрямованістю, або наявністю образу партнера у фантазіях, частіше нереального; петтінг. Так, згідно з даними Г.В. Данильченко, у підлітковому та ранньому юнацькому віці мастурбація носить масовий характер [64]. У хлопців вона швидко наростає після 12 років, досягаючи свого піку в 15-16 років, коли нею займаються 80-90%. Дівчата починають мастурбувати пізніше та роблять це рідше: до 13,5 років досвід мастурбації мали 22%, до 15,5 років – 37,5% опитаних. У таку форму статевої активності як петтінг до 13-14 років залучалося 42% дівчат і 59% хлопців. Ці показники в цілому збігаються з даними В.В. Беспалько та А.М. Нагорної [40], а також, не так давно представленими, J. Merrick, H.A. Omar, A. Tenenbaum [25]. На думку авторів, якщо подібні форми еротичної реалізації довго практикуються, фіксація на них, внаслідок підкріплення статевим задоволенням, може привести до затримки формування лібідо [3, 40, 57, 64]. У цих випадках в еротичну стадію тісно вплітається сексуальне фантазування і неможливо провести чітку межу між еротичною та сексуальною стадіями. Поки немає реалізації та підтвердження фантазій, підліток «зависає» між стадіями: платонічною реалізацією і першою фазою еротичної стадії; еротичною реалізацією і першою фазою формування сексуального лібідо, іноді навіть між сексуальним фантазуванням і тільки платонічною реалізацією.

Отже, в нормі на першій фазі третьої завершальної стадії етапу формування психосексуальних орієнтацій - формування сексуального лібідо (зазвичай не раніше

16 років) – на зміну еротичній спрямованості приходять сексуальні фантазії, які згодом змінюються фазою їх реалізації, початку статевого життя. Сексуальна уява служить різноманітним цілям. Фантазії здатні підвищити впевненість у собі; дозволяють бачити у своїй уяві ідеального партнера, який влаштовує в усіх відношеннях; індукувати сексуальне збудження або служити запобіжним клапаном для стримуваних почуттів та інше. На думку В. Джонсон, Р. Колодні і У. Мастерс сексуальні фантазії створюють безпечне, надійно захищене середовище, що дає свободу уяві й почуттям [34]. Вони захищені вже тим, що невідомі оточуючим та вигадані. Оскільки вони нікому не відомі, їх неможливо виявити, а їх недійсність позбавляє від персональної відповідальності. Якщо взяти до уваги, що сексуальність у даний віковий період для юнаків та дівчат здебільшого пов'язана з відчуттям неприпустимості, то необхідність безпеки як фону, на якому виникає збудження, стає необхідною. Таким чином, сексуальні фантазії можуть бути засобом звільнення від почуття тривоги й провини. Крім того, однією з головних функцій сексуальних фантазій у юнацькому віці є своєрідна репетиція майбутнього сексуального акту. Як стверджують V.E. Johnson, W.H. Masters [19, с. 213] у більшості випадків фантазії служать засобом підготовки себе до того, чого слід очікувати і як діяти.

Про підліткову та юнацьку сексуальність існує достатня кількість літератури [2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 16, 17, 20, 25, 34, 40, 42, 43, 44, 57, 65, 66, 67]. Перш за все, слід зупинитися на підлітковій та юнацькій гіперсексуальності, тобто підвищеної статевої збудливості, що проявляється у хлопців в частих і тривалих ерекціях, неприборканих сексуальних фантазіях, мастурбації та іншого. Фізіологічною основою цього вважається різке посилення секреції андрогенів, рівень яких у 18-річного юнака приблизно у 8 разів вище, ніж у 10-річного хлопчика [6, 68]. За даними А. Kinsey і деяких інших авторів, хлопці, що рано дозрівають, раніше за інших починають статеве життя [16, 34, 44, 48, 65]. Схожі тенденції існують і у дівчат [49, 69]. Так за даними різних дослідників [6, 16, 20, 26, 34, 41, 42, 43, 44, 55, 63, 70] у представленому віковому періоді мастурбують 80-95% юнаків і 40-65% дівчат. За даними А. Kinsey [65], мастурбацією займалися 93% юнаків і 62% дівчат. Згідно Д.М. Ісаєву та В.Є. Кагану [2, 5] між 14-18 роками мастурбують 84%

хлопчиків і 43% дівчат, після чого мастурбаційна активність знижується, поступаючись місцем іншим формам статевого задоволення. Статеве життя сучасні юнаки і дівчата починають значно раніше, ніж їх однолітки у минулому. Так за даними В.В. Беспалько та А.М. Нагорної [40], які в цілому збігаються з пізнішими дослідженнями Г.В. Данильченко [64], А.Н. Erring, С.Т. Halpern, А.А. Haydon[44], J. Merrick, Н.А. Omar, А. Tenenbaum [25], середній вік першої статевої близькості становить 15,9 років, однаково для юнаків і дівчат. Проте багато авторів [1, 6, 41, 45, 55, 69, 70, 71] зауважують, що у дівчат часто спостерігається гальмування переходу еротичної стадії у сексуальну. Визначається це рядом факторів, насамперед психологічного порядку. Наслідки сексуальної активності (дефлорація, вагітність, пологи, аборт) у дівчат асоціюються з негативними емоційними переживаннями та дискомфорними фізичними відчуттями. Крім того, затримки жіночої сексуальності на еротичній стадії може сприяти більш суворе ставлення в суспільстві до ранньої статевої активності дівчат. Так, згідно з Г.С. Васильченко [3], сексуальне лібідо до 16 років виражено у 28% хлопців і тільки у 2% дівчат, до 18 років у 82% чоловіків і 10% жінок, до 21 року у 100% чоловіків і лише у 25% жінок. За даними А.М. Свядоца [41, 69], в той час як 96-99% підлітків чоловічої статі (до віку 16-18 років) вже відчують оргазм (зазвичай при мастурбації або полюції), серед дівчат це спостерігається у 20% випадках. У цих же дівчат, поряд з низькою цифрою прагнення до сексуальної близькості, у більшості яскраво виражено почуття закоханості, мрії про зустрічі та платонічні взаємовідносини. Прагнення до ласк й ніжностей (erotичне лібідо), невластиве природі молодих чоловіків, притаманно майже всім жінкам, і тільки 0,8% жінок, як зазначає А.М. Свядоц [41], не відчують у цьому потреби. Erotичне лібідо, що виникло, зберігається у жінок протягом усього життя, супроводжуючи і сексуальне лібідо, а деякі жінки, за твердженням Г.С. Васильченко, А.М. Свядоца, В.І. Здравомислова, [3, 41, 70] так і зупиняються у своєму розвитку на платоніко-erotичній стадії. Автори також відзначають пряму залежність між раннім початком менструацій та раннім виникненням erotичного лібідо. Але між початком менструації та пробудженням сексуального лібідо чіткої закономірності не виявлено. Даний факт був відзначений

і українськими дослідниками В.В. Беспалько і А.М. Нагорною [40], Ю.О. Гуркиним [71], С.О. Левенець [72], Т.А. Начетовой [73]. Сексуальне лібідо у жінок, по А. Kinsey [65], досягає максимуму до 28-30 років, але може так і не прокинутися протягом усього життя. Згідно S. Dave, A. Dave це спостерігається у 22,4% жінок, 34% – індіферентні до статевого акту, а 16,5% відчувають до нього огиду [26].

Однак переоцінювати роль гормональних чинників не слід. Сексуальна поведінка підлітка не є простим вираженням його внутрішніх потреб. Д.М. Ісаєв, В.Є. Каган, І.С. Кон, Т.О. Рєпіна, В.С. Собкін, Г.В. Яковлева [2, 5, 14, 43, 74, 75] стверджують, що вік, коли підлітки починають залицятися, призначати побачення, значно корелює з їх індивідуальним статевим дозріванням, але його залежність від хронологічного віку значно більша. Іншими словами, підлітки починають залицятися не стільки у залежності від власної статевої зрілості, скільки відповідно до культурних норм їх вікової групи. Як зауважив І.С. Кон [11] у дітей з передчасним статевим дозріванням фізіологічна зрілість у більшості випадків не супроводжується ранньою статевою активністю, їхні сексуальні інтереси більше відповідають їх психічному, ніж гормональному, віку. Юнаки та дівчата вибирають таке середовище спілкування, яке відповідає обраному ними стилю поведінки і підкріплює його. Напружені життєві ситуації стимулюють пошук девіантного та сексуально-активного середовища, перш за все шляхом практичного залучення у такі відносини. Це, в свою чергу, відображає вплив нормативних орієнтацій більш загального соціального середовища. Ці уявлення відповідають загальній логіці сучасної психології розвитку, яка вимагає враховувати взаємодію макросоціальних, середовищних, індивідуально-типологічних та інших чинників.

Говорячи про девіації психосексуальної орієнтації В.В. Кришталь, С.Р. Григорян [6] відносять до них порушення спрямованості статевого потягу та форм його реалізації, які зветься також сексуальними перверсіями, парафіліями. Автори розрізняють справжні перверсії, коли викривлений статевий потяг витисняє та заміщує нормальне статеве життя, і перверсні тенденції, які виявляються лише у сексуальних фантазіях, але не реалізується. Справжні перверсії є наслідком порушення другої фази формування статевого потягу (навчання й закріплення

установки), перверсні тенденції – порушення першої його фази (виробки установки). Психосексуальна орієнтація, таким чином, може порушуватися за статтю, за об'єктом, за віком і за формами реалізації.

Відповідно до чотирьохфакторної концепції В.В. Кришталя про забезпечення сексуального здоров'я [6, 57, 62], порушення психосексуального розвитку, в тому числі й психосексуальної орієнтації, є наслідком інтеграції дії біогенних, соціогенних, психогенних та негативних соціально-психологічних факторів. Біогенні чинники визначають статеворольову поведінку на біогенному рівні, три останні чинника формують Я-концепцію особистості. При цьому можлива розбіжність статеворольової поведінки на біогенному рівні та на рівні Я-концепції. Справжні сексуальні перверсії розвиваються при порушеннях на обох рівнях, а перверсні тенденції – при порушенні статеворольової поведінки на біогенному рівні і нормальній поведінці на рівні Я-концепції; у зворотній ситуації – при нормальній статеворольовій поведінці на біогенному рівні та порушеній на рівні Я-концепції – виникають минуці перверсії, обумовлені неможливістю нормативного задоволення сексуальної потреби.

З медико-психологічної точки зору для розуміння становлення сексуальності особливо важливим є період формування статеворольової поведінки, статеворольових структур особистості й гендерних ролей. В літературі [1, 6, 8, 39, 76, 77] відзначається, що порушення, які відбуваються на ранніх етапах психосексуального розвитку, призводять до його грубих деформацій, що позначається на формуванні особистості, тоді як вплив патогенних факторів на завершальному етапі формування сексуальності може призводити до поверхневих, «крайових» порушень. Саме тому порушення статеворольового розвитку може бути серйозним патогенним фактором, що впливає на формування особистості. З урахуванням сказаного, розглянемо механізми статеворольового становлення та їх вплив на особистість.

## 1.2. Статеворольова сфера особистості

Становлення психологічної статі, тобто прийняття хлопчиками й дівчатами чоловічої та жіночої ролі здійснюється у процесі статево-рольової ідентичності. Серед багатьох чинників, що беруть участь у формуванні статево-рольової ідентичності виділяють фізіологічні, біологічні, психологічні, об'єктні відносини, функції Его, когнітивні здібності, що обговорювалося багатьма теоретиками, такими як L. Kohlberg, J. Money, R.J. Stoller, Ph. Tyson, R.L. Tyson, К. Долджі, Ф. Рай, а також М.С. Касьянов, І.С. Кон, Г.М. Прихожан, Т.О. Репіна, М.М. Толстих, Г.В. Яковлева, та інші [32, 47, 61, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83].

Період становлення статево-рольової ідентичності як однієї з базових характеристик особистості, відноситься до препубертату (6-12 років) [4]. Разом з тим, статево-рольові властивості особистості є динамічними утвореннями. Так, наприклад, перші жіночі рольові ідентифікації у дівчат з'являються у 10-12 місяців [32, 47], а посилення статево-рольових протиріч, сформованих у ранньому віці, можливо спостерігати як у період пубертату, так і на подальших етапах життя жінки [84, 85].

Протягом життя людини біологічні фактори статевої диференціації доповнюються соціальними. Стать новонародженого задає дорослим певну програму його виховання. Відбувається навчання дитини статевої ролі відповідно до культурних традицій даного суспільства. Сюди входить система стереотипів М і Ф, тобто уявлення про те, якими є або повинні бути чоловіки та жінки.

І.С. Кон визначав статеві ролі як набори своєрідних характеристик, що включають особистісні риси, аттїтуди та поведінкові моделі [86]. Вони задаються культурою як такі, що відповідають певній статі. Статево-рольові уявлення перетворюються у статево-рольові стереотипи, коли люди використовують ці характеристики як норми і застосовують їх практично до всіх осіб чоловічої та жіночої статі. Статево-рольові стереотипи, подібно до інших стереотипів, грають важливу роль з цілого ряду причин. По-перше, люди очікують від інших, як і від себе, поведінки, що узгоджується з відповідним статево-рольовим стереотипом. По-



друге, стать часто зумовлює типові події, з якими люди стикаються у своєму житті. По-третє, у людей статеві ролі є важливим джерелом уявлень про себе – Я-концепцій.

У цілому, статеворольові стереотипи у розвинених культурах досить схожі. Стереотипи фемінінності включають якості, які можна віднести до категорій експресивних або колективістських. Стереотипи маскулінності включають якості, які зазвичай асоціюються з підтримкою або діяльністю. У статевих ролях та супутніх їм стереотипах спостерігаються істотні варіації при переході від культури до культури. Наприклад, М. Мід [81, 87], вивчаючи особливості особистості і поведінки чоловіків і жінок в трьох культурах Нової Гвінеї, виявила відмінність статевих ролей і стереотипів – вони не відповідали фемінінно-експресивним та маскулінно-інструментальним статевим ролям і стереотипам розвинених країн. Така різноманітність ролей є першою ознакою того, що багато пов'язаних з ними характеристик не обумовлені біологічно і передаються по каналах конкретної культури [87].

У психології можна побачити цілий ряд підходів з вивчення механізмів статеворольового розвитку, особливостей формування статеворольових переваг та деяких типових для статі особистісних характеристик: традиційна психоаналітична концепція [24, 29, 88], теорії об'єктних відносин [66, 89, 90, 91, 92, 93], теорія соціального навчання [94, 95], теорія когнітивного розвитку [80], так звана, «нова психологія статі» [82, 96, 97, 98, 99, 100, 101] та інші [68, 89, 102, 103].

*Психоаналітична теорія* постулює захисну ідентифікацію дитини з батьками тієї ж статі у якості головного чинника статеворольового розвитку. Ця концепція весь процес розвитку особистості, в якому вона основну увагу приділяє формуванню поведінки і уявлень, обумовлених статтю, пов'язує з сексуальною сферою, наявністю Едипового комплексу та комплексу Електри. В цьому випадку сімейні відносини будуються за моделлю подолання дитиною внутрішніх потаємних прагнень в еротичній любові до батьків протилежної статі, прагнення до кровозміщення. Психоаналітики вважають, що в основі розвитку особистості лежить конфлікт сексуальних інстинктів індивідуальності та табу найближчого

оточення на їх прояви. Так З. Фрейд [88] виділяв три стадії у розвитку індивіда. На перших двох стадіях (оральній і анальній) хлопчики й дівчатка, на його думку, розвиваються однаково. Відмінності у розвитку дітей різної статі з'являються лише на третій фаллічній стадії, коли виникає Едипів комплекс у хлопчиків і комплекс Електри у дівчаток. Шлях вирішення Едипового конфлікту для хлопчика полягає у тому, що дитина долає своє раннє бажання володіти матір'ю і ревності до батька шляхом ідентифікації з останнім. Вирішення конфлікту Електри для дівчинки, яка ревнує батька до матері, - це прийняття чоловічої домінантності через придушення в собі чоловічої активності, розвиток пасивної залежної поведінки та ідентифікації з матір'ю. Виходячи з цього твердження З. Фрейда, традиційна психологія визнає, що модель чоловіча та модель жіноча діаметрально протилежні за своїми якостями. Так, якщо для секстипової чоловічої поведінки є притаманними активність, агресивність, рішучість, прагнення до змагання і досягнення, здатності до творчої діяльності, розсудливість, то для жіночої – пасивність, нерішучість, залежна поведінка, конформність, відсутність логічного мислення і прагнення до досягнення, а також більш велика, ніж у чоловіків, емоційність та соціальна врівноваженість. З. Фрейд вважав, що особистість тоді розвивається повноцінно, коли вона дотримується вище описаних моделей, коли не порушується її статеві ідентифікація. Таким чином, згідно з З. Фрейдом маскуліність є первинною психосексуальною функцією, а фемінінність формується як придушення маскуліності та відмова від неї. Механізмом зсуву від маскуліності до фемінінності стає комплекс кастрації. Отже, між маскуліністю та фемінінністю існують відносини конкуренції та боротьби. Разом з тим, З. Фрейд зазначав, що етап первинної прихильності до матері або первинної маскуліності надзвичайно важливий для гармонійного функціонування особистості жінки – успішна соціалізація жінки пов'язана саме з фазою доедипової прихильності до матері. Серед послідовників психоаналітичної теорії можна виділити два основних напрямки: прихильники фаллоцентричного (що підкреслює чоловічу перевагу і стверджує, що дівчинка приймає фемінінність тільки після того, як переконується, що вона не може бути хлопчиком, тобто у «фаллоцентриків» на першій стадії розвитку статевої ідентифікації – чоловіча орієнтація для дітей обох

статей [74, с. 39]) і гіноцентричного (використовує основні ідеї й поняття З. Фрейда, вважаючи, що ранньою і основною ідентифікацією як для дівчаток, так і для хлопчиків є ідентифікація жіноча і це створює особливі труднощі для хлопчиків у порівнянні з дівчатками у встановленні власної статі [74, с. 39]) психоаналітичного погляду. К. Хорні, законодавицю так званої «жіночої психології», можна віднести до психоаналітиків, які є представниками гіноцентричної позиції. Вона одна з перших виступила проти фрейдівського уявлення про чоловічу перевагу і продемонструвала свою цікаву позицію щодо формування жіночності. К. Хорні характеризує цей процес як складний і драматичний, який представляє собою витіснення або придушення первинної маскулінності [104]. Погоджуючись з З. Фрейдом щодо важливості у розвитку дівчинки комплексу кастрації (заздрості до пеніса), вона виділяє первинний і вторинний комплекс кастрації. На основі первинної заздрості до пеніса дівчинка приходиться до об'єктної любові до батька. Саме в цей момент психосексуально вона стає жінкою. Але втриматися на батькові як лібідозному об'єкті їй досить складно: по-перше, вона розчаровується в ньому; по-друге, відчуває тривогу й почуття провини перед матір'ю за інцестуйозне прагнення [104]. Як наслідок, дівчинка йде від жіночності за рахунок придбання маскулінних рис – формується комплекс маскулінності. Тобто відхід від жіночності являє собою заміщення об'єктного ставлення до батька ототожненням з ним, що є регресом до догенітальної стадії. К. Хорні зазначає, що головним патогенетичним механізмом цього стає ідентифікація з батьком. Знову поживляється комплекс заздрості до пеніса - це вже вторинна заздрість, пов'язана з набуттям мужності. Таким чином, у концепції К. Хорні важливо підкреслити кілька моментів: жіночність виникає на шляху трансформації мужності; жіноча маскулінність вторинна у своєму генезі по відношенню до фемінінності та наявність М характеристик у жінки є результатом ухилення від норми розвитку.

В цілому можна бачити, що в теорії як З. Фрейда, так і К. Хорні М характеристики набуваються у результаті ідентифікації з батьком, а Ф – ідентифікації з матір'ю.

Особливий інтерес щодо статеворольового розвитку особистості, представляють *теорії об'єктних відносин*. В їх основі лежить процес ідентифікації з батьком і матір'ю, а також процеси інтерналізації цих значущих фігур. Теорії зв'язку з об'єктом стверджують, що нормальний та невротичний розвиток особистості пов'язаний безпосередньо з порушенням ідентифікаційних процесів. У цих теоріях маскуліність і фемінінність представлені в двох формах: це внутрішні образи матері і батька (є первинними лібідозними об'єктами), і – це характерологічні особливості, що формуються у зв'язку з особливостями его-об'єктних зв'язків. Ранні зв'язки дитини стають базою для її розвитку. При нездорових зв'язках з оточенням дитина інтроецує значущі об'єкти, робить їх безпечними всередині себе, та встановлює з ними фіксовані зв'язки. При цьому людина не знає зовнішніх об'єктів, і не здатна налагодити зв'язки з цими зовнішніми об'єктами – вона стає дезадаптивною до навколишньої дійсності. Таким чином, якщо у психоаналітичній концепції важливим механізмом для нормального і невротичного розвитку особистості стає процес ідентифікації (при цьому нормальною є ідентифікація з батьками своєї статі), то в теорії об'єктних відносин, поглиблюється розуміння процесів ідентифікації, йдеться про розщеплення інтерналізованих об'єктів. Тобто внутрішні образи матері або батька розщеплюються на умовно погані й добрі частини. Це призводить до того, що ідентифікація з батьками може ставати внутрішньо суперечливою. «Добра» частина об'єкта дозволяє задовольнити бажання лібідо, і в цьому сенсі вона фемінінна, а «погана» частина об'єкта несе загрозу покарання, і в цьому сенсі вона маскулінна. Так у разі невротичного розвитку особистості можна говорити про дисбаланс статеворольової сфери. М і Ф утворення тут знаходяться у стосунках боротьби або за словами W. Fairbairn «агресії» [91].

*Теорія соціального навчання* передбачає існування трьох основних, переважно контрольованих середовищем, механізмів, що забезпечують засвоєння статевих ролей і статеворольових стереотипів. По-перше, діти засвоюють зміст статевих ролей завдяки прямому навчанню. По-друге, діти освоюють статеві ролі завдяки механізму прямого підкріплення. По-третє, що є найбільш важливим, велика частина статеворольового навчання, як і взагалі всіх інших видів навчання,

відбувається в результаті спостереження за поведінкою моделей. Прихильники теорії соціального навчання особливо підкреслюють важливість батьків як рольових моделей та агентів підкріплення, у першу чергу для маленьких дітей. Однак вони стверджують, що на дитину також впливають брати, сестри, однолітки та інші значущі особи, поведінка яких підкріплюється і має успіх. У моделюванні, що має відношення до статевої ролі, виділяють два аспекти: навчання (або впізнавання) і виконання. У фазі навчання діти засвоюють зміст як жіночих, так і чоловічих статевої ролі. Однак, звичайно ж, не виконують всі зразки поведінки, про які вони дізналися на цьому етапі. Вони схильні повторювати або узагальнювати зразки поведінки, перейняті від тих моделей, дії яких мали позитивні наслідки або, щонайменше, не мали негативних.

*Когнітивні теорії*, надають менше значення зовнішнім середовищним впливам і роблять акцент на когнітивних процесах. Дотримуючись створеної Ж. Піаже [35] моделі когнітивного розвитку, Л. Колберг [80] запропонував модель вікових змін, що відбуваються у процесі статевої ролі розвитку: від появи статевої ідентифікації (правильного маркування себе та інших по статі) у віці приблизно 2-3 років до формування з часом (приблизно в 7 років) статевої сталості (розуміння неможливості зміни статі). Прихильники когнітивного підходу стверджують, що після досягнення статевої сталості вона стає механізмом самопідкріплення для статевої ролі поведінки, яка схвалюється у цій культурі. По суті, діти починають самі готувати себе до соціального життя у відповідності до змісту статевої ролі, санкціонованому їх культурою. У деяких більш сучасних когнітивних теоріях статевої ролі розвитку акцент перенесено з розвитку статевої сталості на використання конструктивних обробки інформації, особливо когнітивних структур (так званих схем), які направляють сприйняття. С. Бем [105, 106, 107], наприклад, висловила припущення, що статевої ролі розвиток відбувається у результаті асиміляції Я-концепції в статева схему, внаслідок чого забезпечується когнітивна готовність до сприйняття інформації у типовій для певної статі манері.

Представники *теорії соціальних очікувань* або «*нової психології статі*» вважають, що основну роль у процесі статевої розвитку відіграють соціальні очікування суспільства. Вони виникають на основі конкретної соціально-культурної матриці. І статеві ідентичність, і статеві ролі формуються відповідно до виховання, де знаходять відображення соціальні очікування оточуючих. При цьому наголошується, що соціальні очікування та зразки статевої поведінки неоднакові для дітей різного віку та дорослих. Це вказує на те, що статеві ролі у дійсності – це вікові статеві ролі та психічні статеві відмінності які з'являються у дітей в процесі дорослішання та можуть бути пояснені відмінностями соціальних ролей, що повинні відігравати чоловіки й жінки у суспільстві відповідно до соціальних очікувань. М. Джонсон і Дж. Стоккард [101], спираючись на основні положення теорії соціальних очікувань, обґрунтовано висувають твердження про те, що стать біологічна (гормональна й хромосомна) – це стать вроджена і вона може лише допомогти визначити потенційну поведінку людини. Уточнюючи поняття статевої ролі, представник «нової психології», Дж. Плек [108] вважає, що статева роль треба розглядати як по відношенню до статевої психіки особливостей індивіда (тобто його установок, почуттів, інтересів, поведінці), так і по відношенню до його соціальної відповідальності в суспільстві та родині. І те й інше, на його думку, усвідомлюється індивідом як атрибути представника певної статі.

Однак слід зазначити явні протиріччя у викладеній теорії. Наприклад, незрозуміло, як буде формуватися секстипова поведінка дитини, якщо схвалення батьків будуть протилежні один одному. Або хто може більше впливати на формування статевої переваги дитини – батьки або однолітки та інше.

На особливу увагу також заслуговує *еволюційна теорія статі*, представлена В.А. Геодакяном [68, 103]. Автор запропонував концепцію, в якій диференціація статей представлена як результат спеціалізації живих організмів відповідно до двох основних еволюційних аспектів: збереження й зміни генетичної інформації. Відповідно до цієї концепції чоловіче начало є мінливим, схильним до еволюції. Як наслідок, чоловічу стать можна характеризувати як винахідливу та спритну. Жіноче начало, у свою чергу є стабілізуючим і тому адаптивним, таким, що добре

приспосовується. Таким чином, різної норми реакції для автора є достатніми для виникнення психологічного статевого диморфізму. Отже, відповідно до теорії В.А. Геодакяна чоловіче та жіноче начало знаходяться не у конкурентних відносинах, а у компліментарних. Тому правильна соціальна концепція статі буде не та, що ігнорує біолого-еволюційні відмінності статей, і не та, яка наполягає на їх соціальної схожості, а та, що прийме їх рівноправність через їх різну біологічну, психологічну й соціальну неоднаковість, компліментарність.

Цікавим поглядом у вивченні проблеми статевої соціалізації став науково-дослідний проект, викладений Ю.Є. Альошиною та А.С. Волович [89]. У рамках цього підходу підкреслюється особливий вплив матері на маленьку дитину. Мати традиційно проводить більше часу з малюком, ніж батько. Тому останній є менш привабливим для дитини об'єктом, у зв'язку з чим як для дівчаток, так і для хлопчиків первинною виявляється ідентифікація з матір'ю, тобто фемінінна. Більш того, самі базові орієнтації дитини по відношенню до світу в даній концепції розглядаються як фемінні, оскільки включають у себе такі традиційно жіночі особливості як залежність, підпорядкування, пасивність та інше. З цього випливає, що у питанні становлення статевої ідентичності хлопчикові належить вирішити більш важке завдання – змінити первинну жіночу ідентифікацію на чоловічу за зразком значущих дорослих осіб чоловічої статі й існуючих у даній культурі стандартів маскулінності. Вирішення цього завдання ускладнюється тим, що практично всі, з ким близько стикається хлопчик (няні, вихователі у дитячих садках, вчителі у школах та інші) є жінками. У той же час, поширеність традиційних уявлень про те, яким повинен бути «Справжній Чоловік» призводить до того, що у порівнянні з дівчатками, хлопчики відчувають сильніший тиск з боку соціуму в напрямку формування статевоспецифічної поведінки. В умовах нестачі рольових моделей цей тиск, у свою чергу, призводить до того, що хлопчик змушений будувати свою статево ідентичність на негативній основі, тобто виходячи з принципу «всупереч, а не завдяки». Хлопчик прагне не бути схожим на дівчинку, не чинити як дівчинка, не брати участь у жіночих видах діяльності. Така ситуація, на думку авторів, може сприяти формуванню пасивності й відмови від діяльності

взагалі, тобто краще бути пасивним, ніж бути «не чоловіком». Але можливий і інший помилковий шлях до прояву маскулінності – поведінка, що відхиляється від соціальних норм, де має місце культ сили, ризику, сміливості та інше. Що стосується дівчаток, то згідно із цією концепцією вони спочатку мають відповідну їх статі рольову модель, тому їм і не доводиться надалі відмовлятися від своєї первинної ідентифікації з матір'ю. Відсутність у культурі жорсткого стереотипу «Справжньої Жінки» полегшує формування статево-рольової ідентичності у дівчаток. Однак підкреслюється, що у відносинах з матір'ю мають місце свої специфічні проблеми, які можуть несприятливо впливати на процес статево-рольової соціалізації. На думку авторів, найважливішим завданням у формуванні дитячої особистості є руйнування первинної симбіотичної діади «мати-дитина», де дитина не сприймає себе як окремого суб'єкта. Таким чином, особливо актуальним стає проведення кордонів між собою та матір'ю для дівчинки. Ця обставина штовхає дівчинку на пошуки іншої людини, яка також могла би забезпечити їй почуття безпеки й впевненості, але при відсутності загрози розчинення її «Я» у цих відносинах. Такою людиною стає батько, важливість та значимість якого всіляко підтримується оточуючими. При цьому саме батько найчастіше приділяє дівчинці мало уваги. Як наслідок, у неї виникає бажання залучити його, що може бути пов'язане з низкою негативних переживань: відчуття власної другорядності у порівнянні зі світом чоловіків, необхідність якось проявити себе, щоб добитися уваги та інше. За зауваженням авторів даного підходу: «Саме перетинання цих двох тенденцій у подальшому визначає специфіку статево-рольової соціалізації дівчинки» [89, с. 21].

Таким чином, у різних підходах пояснення схеми «чоловічого» й «жіночого» лежить у різних площинах: в одних концепціях між М/Ф утвореннями існують відносини конкуренції та боротьби; в інших комплементарності; у третіх передбачається, що психіка людини не може одночасно містити як М, так і Ф елементи. Деякі автори розглядають у якості первинного елемента маскулінність, інші – фемінінність. Як зауважив О.С. Кочарян, який розглядає у своїй роботі «Личность и половая роль (симптомокомплекс маскулинности/феминности в



норме и патологии)» відносно положень М/Ф у різних теоретичних контекстах, це «... дозволяє ставити питання про М/Ф як про різнорівневі феномени, що мають багатовимірну детермінацію» [89, с. 23]. Отже, проблема функціонально-структурних характеристик організації М/Ф утворень однозначно вирішуватися не може. Згідно з вище викладеними підходами, дані утворення формуються у дитинстві та виконують важливу, але не цілком зрозумілу роль в формуванні й функціонуванні особистості та її поведінки. Не з'ясовані й особливості взаємозв'язку, взаємовідносин маскулінності та фемінінності.

Підхід О.С. Кочаряна допоміг прояснити особливості структури, функції та вікової динаміки становлення М/Ф утворень [89, 109].

Спираючись на цю концепцію, слід зазначити, що в основі розвитку статевої сфери особистості лежить симптомокомплекс М/Ф [110, с. 68]. Таким чином, основними показниками статевої сфери розвитку стають: структурна модель організації симптомокомплексу М/Ф та вираженість М/Ф утворень на різних рівнях організації зазначеного симптомокомплексу. Що стосується структурної організації утворень М/Ф, раніше у літературі виділяли три статевої моделі: дихотомічну, континуально-альтернативну та андрогінну [62, 111]. Дихотомічна модель (або біполярна) являє собою жорстку диференціацію статей, коли схеми «чоловічого» й «жіночого» лежать в абсолютно різних площинах і психіка людини, таким чином, не може одночасно містити як маскулінні, так і фемінінні елементи. Надалі, концепція статевої дихотомії, заснована на відмінності функцій чоловіка й жінки у репродукції, стала змінюватися та доповнюватися концепцією множинності статі.

Континуально-альтернативна модель М/Ф, описана О. Вейнінгером [112], мала місце до 1970 року. Тут М і Ф розглядалися як простий біполярний конструкт. Тобто, якщо людина має високі показники маскулінності, то його показники фемінінності будуть низькими. Зв'язок параметрів М/Ф є негативним. При цьому автор зазначав, що чоловіків, у яких фемінінність дорівнює нулю, і жінок, у яких маскулінність дорівнює нулю, не існує. В людині мають місце і чоловічі і жіночі елементи. Таким чином, автор відстоював ідею статевої проміжних форм, яка

орієнтує на пошук різних варіантів співвідношень чоловічого й жіночого в людині. Однак з початку 70-х років стали висловлюватись сумніви у істинності такої концептуалізації М/Ф та почали схилятися до розгляду даних характеристик як незалежних змінних. Цьому було безліч доказів [109]. В цілому, аналіз показав, що лише на крайніх полюсах вираженості показників М/Ф поміж ними існують відносини взаємовиключення, а при середній вираженості цих показників між ними виникає ортогональність – відносини взаємозалежності.

Сама ідея незалежності М/Ф характеристик пов'язана з концепцією психологічної андрогінії, яка і у концептуальному, і психодіагностичному плані, довгий час приймалася як істинна. Андрогінна статеворольова модель дозволяє стверджувати, що існує не два, а чотири статеворольових типи:

1. Маскулінний (мужній) – має мало жіночих якостей і багато чоловічих якостей.
2. Фемінінний (жіночий) – має багато жіночих якостей і мало чоловічих якостей.
3. Андрогінний – має однаково багато і жіночих, і чоловічих якостей.
4. Недиференційований – має мало і жіночих, і чоловічих якостей. Тобто характеризується нечіткими (розмитими) рисами, властивими і чоловікові, і жінці.

Разом з тим, можна спостерігати обмеженість і континуально-альтернативної статеворольової моделі, і андрогінної у питанні трактування чоловічого й жіночого в людині. І, незважаючи на те, що андрогінна статеворольова модель, що передбачає незалежність М/Ф утворень, отримала широке поширення, О.С. Кочарян вказує на неоднозначність результатів експериментальних досліджень щодо взаємовідносин утворень М і Ф. Вони не дозволяють розглядати ортогональність цих утворень як безумовну їх незалежність. На його думку залишаються нез'ясованими умови реалізації того чи іншого типу взаємозв'язку М/Ф утворень. Автор висловив сумнів в тому, що, формуючись у дитинстві, дані утворення можуть бути периферійними в структурі психіки людини. Він також вказує на існування експериментальних доказів щодо наявності нелінійних зв'язків між зазначеними параметрами [89]. У

результаті своїх висновків О.С. Кочарян варифікує андрогінну модель та виявляє умови, при яких функціонують інші статеворольові моделі. Так, вивчаючи взаємозв'язок М і Ф утворень в групах жінок різного віку, автор показує, що у ранній підлітковий період їх зв'язок значно позитивний, що не може відповідати ні континуально-альтернативної, ні андрогінної моделі. О.С. Кочарян трактує це як «... ще нерозщеплену єдність мужності й жіночності у структурі особистості молодших підлітків жіночої статі» [99, с. 30]. Фіксуючи «розпушення» кордонів між стереотипами жіночої та чоловічої поведінки, описуючи стосунки між М і Ф утвореннями у дівчат підліткового віку ад'юнктивною функцією (коли присутнє і те, і інше), автор виділяє континуально-ад'юнктивну статеворольову модель [89, с. 31]. Така модель, на його думку, відображає незрілу структуру М/Ф – симптомокомплексу у дівчат раннього підліткового віку, коли маскуліність становить внутрішню єдність з фемінінністю. Починаючи з періоду статевої сегрегації (приблизно з 11 років), за зауваженням О.С. Кочаряна, відбувається підготовка до розщеплення М/Ф структур: дівчата прагнуть подібатися представникам протилежної статі, проявляють жіночі форми поведінки та пригнічують чоловічі.

У хлопців молодшого підліткового віку з етапом статевої сегрегації пов'язана континуально-альтернативна статеворольова модель. У цей період спостерігається жорсткий маскулінний фільтр, коли на рівні Я-концепції вони заперечують в собі фемінінні характеристики. А наближаючись до 15-16 років, як і у дівчат, коли процес розщеплення М/Ф утворень завершується, вони стають незалежними, тобто континуально-альтернативна статеворольова модель змінюється на зрілу андрогінну [89, с. 31].

Таким чином, при діагностиці статеворольової сфери особистості більш показовими стають не кількісна вираженість М/Ф утворень, а характер внутрішньоструктурних зв'язків, які визначають модель організації симптомокомплексу М/Ф: континуально-альтернативну, андрогінну та континуально-ад'юнктивну.

Що стосується вираженості М/Ф утворень на різних рівнях організації розглянутого симптомокомплексу, О.С. Кочарян [109] вказує на:

- соціогенні рівень (або рівень Я-концепції);
- поведінковий рівень;
- біогенний рівень.

Соціогенна маскулінність та фемінінність розуміється як суб'єктивний образ, Я-концепція з якостей, які характеризують гендерні особливості. Під маскулініними якостями розуміються такі інструментальні якості, як агресивність, цілеспрямованість, схильність до суперництва та інше. Під фемінініними рисами розуміються такі, які характеризують експресивність: емоційність, емпатичність та інше.

Поведінковий рівень симптомокомплексу М/Ф демонструє прояв гендерних особливостей у реальній поведінці.

Біогенний рівень симптомокомплексу багато у чому детермінований біологічною організацією людини. Як показав О.С. Кочарян [89], показники маскулінності цього рівня корелюють з морфологічними типами. Важливим є той факт, що за зауваженням О.С. Кочаряна [89, 110, 111] андрогінна та континуально-ад'юнктивна моделі функціонують тільки на соціогенному рівні симптомокомплексу. Інші ж рівні симптомокомплексу М/Ф організовані у межах континуально-альтернативної моделі, яка є більш універсальною і більш регульованою.

Таким чином, можна бачити, що особистість не просто відображає гендерні норми і установки культури. Вона проходить специфічний процес психосексуального, в тому числі і статевого розвитку. А такі важливі елементи статевого розвитку як наявність ідентифікації з батьками своєї статі у парабуртатний період, наявність в період пізнього препубертату статевої сегрегації та інше, в свою чергу складають маскулініний чи фемінініний фільтри, за допомогою яких формується і відповідна поведінка, і відповідні особистісні структури.

### **1.3. Вплив дисбалансу статевої ролі на формування соматичної патології**

На сьогоднішній день цілим рядом авторів (Д.М. Ісаєв, С.О. Кулаков, Г.М. Кулікова, С.Д. Максименко, І.Г. Малкіна-Пих, М.В. Маркова, В.Д. Менделевич, А. Менегетті, І.Б. Фарід, Л.Ф. Шестопалова та інші) доведено, що психологічні та соціальні чинники і, пов'язані з ними, стрес, хвилювання, несвідомі потреби, внутрішні конфлікти та інше, можуть ставати істотною причиною виникнення соматичної патології [112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123]. Українська та закордонна статистика звертає нашу увагу на те, що не менше 38% хворих, які звернулися за медичною допомогою до лікарів, мають насправді не «звичайне» соматичне захворювання, а психосоматичний розлад [119, 123, 124]. Таким чином, соматичні патології або «первинні» фізичні хвороби можуть викликатися не тільки органічними чинниками або спадковістю. Значення психологічних факторів в етіології та патогенезі хронічних неінфекційних соматичних захворювань є одним з ключових питань психосоматики як області міждисциплінарних досліджень і клінічної практики. Дослідження свідчать про можливість впливу гострого і хронічного емоційного стресу, визначених індивідуально-психологічних особливостей людини у комплексі з іншими сприятливими умовами на ризик розвитку соматичної патології [115, 116, 118, 125, 126, 127]. У літературі мають місце свідчення (Ю.М. Губачев, З. Фрейд, К. Хорні, А.Н. Groth, А.В. Neilbrun та інші) того, що дисбаланс статевої ролі також є фактором формування психосоматичних розладів [22, 89, 115, 128, 129]. У зв'язку з цим, з кожним роком все більше досліджень присвячується ролі психосексуальної сфери у розвитку, перебігу й лікуванні соматичної патології. Накопичено певний емпіричний матеріал (Б.Є. Алексєєв, Г.Є. Введенський, В.І. Гарбузов, Т.В. Говорун, М.Я. Іванов, Д.М. Ісаєв, М.М. Кабанов, О.М. Кікінежді, А.Є. Лічко, F. Almquist, S.A. Berenbaum, R. Green, S.J. Kessler, J. Money, S.A. Sanders, C. Widom та інші), що показує тісний взаємозв'язок та взаємозумовленість особливостей статевої ролі самосвідомості, порушення

статеворольової ідентичності, деформації статево-рольової поведінки, психологічних характеристик особистості з соматичними розладами [115, 118, 119, 129, 130, 131]. Дослідники, що вивчали, наприклад, формування алкоголізму, імпотенції, стенокардії та інших стресових розладів у чоловіків, вважають їх наслідком природної інструментальності та придушенням почуттів ніжності [89, 115, 123]. На думку Т.Л. Бессонової [115], фрустрація потреби у аффіліації відбивається на низькому рівні розвитку фемінності та призводить до патологічної залежності, симбіотичних відносин, труднощів контролю харчової й статевої поведінки.

О.С. Кочарян [89] запропонував розглядати невротичні і соматичні розлади як співвідношення М/Ф складових статевої ролі. Аналізуючи різні клінічні моделі, такі як виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки, ішемічна хвороба серця, досліджуючи підлітків з порушеним жировим обміном, невротизмом, ювенільними матковими кровотечами (далі ЮМК), автор визначив у якості найважливішого чинника впливу – деформацію статево-рольової структури особистості. Так, наприклад, у осіб чоловічої статі, які страждають на виразкову хворобу шлунка та 12-палої кишки, дисбаланс статево-рольової структури особистості характеризувався тим, що хворі мали виражені фемінні якості, які вони придушували в собі, зовні демонструючи гіпермаскулінні характеристики [89, с. 60]. При аналізі статево-рольових аспектів ішемічної хвороби серця О.С. Кочарян показав негативний значущий зв'язок між маскулінністю і фемінінністю на рівні Я-концепції, що свідчить про інфантилізм статево-рольової структури. Автор порівнює ці дані зі статево-рольовою структурою, притаманною підліткам чоловічої статі 15-16 років, які не в змозі прийняти (асимілювати) власну фемінінність [89]. При дослідженні хлопців-підлітків з порушеним жировим обміном був виявлений дисбаланс: на внутрішньому плані виражений у так званій "внутрішній м'якості" або "жіночності"; в зовнішніх проявах – у рішучості, "мужності". Таким чином, гіпермаскулінність на поведінковому рівні цих хворих поєднується з острахом, невпевненістю, нерішучістю, що породжує внутрішньоособистісний конфлікт, «...пов'язаний з психоемоційною та м'язовою напругою» [89, с. 67]. Наводячи аналіз статево-рольової сфери хворих, що страждають невротизмом, О.С. Кочарян вказує на те,

що між конструктами М/Ф має місце позитивний зв'язок, який призводить до зчепності, неартикульованості структури. Так, невротичну статеворольову особистість автор пропонує розглядати як інфантильну з позицій статеворольової соціалізації [89].

З урахуванням наведених вище результатів досліджень, можна стверджувати, що статева сфера являє собою серйозну структурну складову особистості, стає одним зі значних чинників психологічного та психосоматичного здоров'я. Але, незважаючи на визнання цього факту, статеворольові аспекти залишаються недостатньо вивченими у рамках соматичної патології.

### **1.3.1. Статеворольові аспекти гінекологічної патології у підлітковому віці.**

На даний час питання репродуктивного здоров'я населення, в цілому, і підростаючого покоління, зокрема, переходять з медичної сфери у міждисциплінарну. Результатом цього стали численні дослідження, які свідчать про значне зниження індексу здоров'я у дівчат-підлітків, зростання поширеності серед них гінекологічних захворювань, відхилень у фізичному та статевому розвитку, зміні сексуальної і репродуктивної поведінки серед загальної патології статевої сфери [14, 26, 67, 132, 133, 134, 135, 136, 137]. За даними ряду авторів – І.Е. Асланян, О.В. Баранової, М.Ю. Борисенко, В.О. Динник, Ш.А. Єганян, С.О. Левенець, Т.А. Начетової, О.В. Уварової, О.П. Хащенко, S. Akgül, N. Kanbur [72, 135, 136, 137, 138, 139, 140] – у підлітковому віці порушення менструальної функції займають провідне місце. В основі цих порушень лежить розлад діяльності гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи [141]. Незрілість центральних механізмів регуляції менструальної функції у дівчат-підлітків та висока чутливість до впливу різних несприятливих факторів у період її становлення зумовлюють відсутність циклічного ритму секреції гормонів, притаманного для дорослих жінок. Зовнішні та внутрішні подразники можуть легко порушувати регуляторний

механізм менструальної функції, перешкоджаючи встановленню її стереотипу та викликаючи різні розлади.

З кінця ХХ століття багатьма дослідниками вивчаються зв'язки особистісних і емоційних особливостей, внутрішньоособистісних конфліктів з порушенням репродуктивної системи (В.В. Абрамченко, О.В. Баранова, О.Е. Беляєва, Г.І. Брехман, В.І. Брутман, І.В. Добряков, Д.А. Кашкалда, О.О. Кірілова, А.В. Кукуруза, Г.Г. Філіппова, Л.Ф. Можейко, Т.А. Начетова, О.Г. Родцевіч, Т.О. Сивохіна, О.П. Хащенко, С.М. Циліурік), досить інтенсивно досліджуються (Н.В. Аганезова, Н.О. Дементьєва, В.Д. Менделевич, Д. Пайнз, Р.Д. Пепперел, М. Bomba, L. Bonini, A. Gambera, R. Nacinovich, F. Neri, M. Peroni, P. Scagliola та інші) психосоматичні, соматопсихічні та психотерапевтичні аспекти порушень репродуктивного здоров'я [59, 73, 116, 117, 135, 137, 139, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149]. Існує цілий ряд робіт українських дослідників (О.Г. Верхошанова, І.Г. Деменкова, В.О. Диннік, С.О. Левенець, С.В. Новохатська, О.Ю. Шелудько та інші), присвячених вивченню порушень менструальної функції, факторів ризику у формуванні даних порушень у дівчат-підлітків і прогнозу їх розвитку [58, 139, 141, 145, 150, 151, 152, 153].

Разом з тим взаємозв'язок фізичних, соціальних і психологічних чинників вивчений недостатньо. Немає повних даних про наявність взаємозв'язку між розвитком гінекологічних захворювань та психологічного статусу підлітка. Роботи такого порядку носять одиничний характер. Відомо, що фізичний розвиток є однією з основних характеристик протікання пубертату та становлення репродуктивної системи дівчини-підлітка [71, 132, 154]. Але досвідчені гінекологи вважають, що оцінка ступеня розвитку та функціонування репродуктивної системи дівчини-підлітка повинна проводитися з урахуванням загального розвитку організму, яке визначається спадковістю, фізичним вихованням, характером харчування, наявністю хронічних соматичних захворювань, а також впливу екологічних, соціальних, а також психологічних чинників та особливостей особистості дівчини [139, 147, 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162].



В межах вивчення впливу психологічних факторів на формування порушень менструальної функції у підлітковому віці, можна виділити наступні дослідження, що відрізняються своєю масштабністю та концептуальністю.

У дослідженнях Л.Ф. Можейко [146] виявлено, що для пацієнок з порушеннями менструальної функції притаманна тривога різного ступеня вираженості. Особливо підвищений рівень тривожності, як ситуативної, так і особистісної, у дівчат-підлітків з матковими кровотечами та олігоменореєю. Автор стверджує, що виникнення маткових кровотеч пубертатного періоду пов'язано з невротизацією підлітків – астенічного, депресивного, депресивно-іпохондричного, фобічного та істеричного варіантів.

Згідно з даними досліджень Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України м. Харкова (О.Е. Беляєва, В.О. Диннік, Л.Ф. Кулікова, Ю.О. Крупко-Большова, А.В. Кукуруза, С.О. Левенець, Т.А. Начетової та інші), у процесі статевого дозрівання наростає виборча чутливість репродуктивної системи до психологічних факторів [72, 139, 163, 164, 165]. Ними можуть ставати: відсутність гармонії у сімейних відносинах та умови виховання, сімейні конфлікти, смерть одного з батьків, побоювання за своє здоров'я, загроза для життя, покарання, нещасні випадки, труднощі спілкування з однолітками, напруги при навчальних перевантаженнях та інші, що значно підвищує рівень їх патогенності і провокує появу гінекологічного симптому у дівчат-підлітків [139, 166]. Дослідники відзначають, що в цьому випадку, патогенне значення має не стільки сила впливу, скільки повторний характер суб'єктивно значущих переживань впродовж пре- і пубертатного періодів (так звані психічні травми повільного накопичення). Відомо, що психічні реакції на життєві труднощі відрізняються значним поліморфізмом - від гострої тривоги до рецидивуючих невротичних розладів, затяжних субдепресивних станів і порушень поведінки [113, 167, 168]. При повторенні реакцій зростає їх тяжкість, що призводить до переходу від субневротичного до невротичного рівня реагування.

Більш рання дослідницька робота Б.Є. Мікіртумова і С.М. Пукшанської [114, 169] також значно розширила вивчення питання про взаємовідносини

психотравмуючого фактора з преморбідними особливостями особистості хворих, які страждають порушеннями менструальної функції. Були зроблені висновки про те, що при порушенні менструальної функції у дівчат-підлітків (11-17 років) спостерігаються психічні порушення, які виражаються у неспецифічних астено-вегетативних, афективних та дісморфофобічних – дісморфоманічних розладах невротичного рівня реагування [169]. При цьому характер клінічних порушень залежить не тільки від особливостей патогенних механізмів психогенного впливу, але в значній мірі від преморбідних властивостей особистості. Вони впливали не тільки на форму ситуативної реакції, але визначали й характер вторинної реакції – припинення менструації. За даними Б.Є. Мікіртумова у структурі характеру більш ніж 2/3 обстежених дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції достовірно переважають такі типи акцентуацій (за класифікацією А.Є. Лічко) – лабільний, астеноневротичний, сенситивний, психастенічний та істероїдний [114]. Проте, ці дані з невідомих причин не узгоджуються з пізнішими дослідженням О.С. Кочаряна і О.В. Московцевої [89, с. 70]. Але слід зазначити, що авторам вдалося розкрити нові – статеворольові – аспекти в порушенні менструальної функції на матеріалі ювенільних маткових кровотеч. Так, дослідження проводилося з дівчатами-підлітками, які були поділені на дві вікові групи: 1 гр. – 11-14 років; 2 гр. – 15-17 років. Виявилось, що у першій групі хворих переважав епілептоїдний тип акцентуації, який у жіночій популяції зустрічається вкрай рідко (у 2% випадків, в віці 14-15 років). При цьому середній рівень маскулінності склав  $M_{cp.} = 5,6$ , а середній показник фемінності  $\Phi_{cp.} = 3,2$ , що значно перевищує популяційні норми:  $M_e = 2,3$ ;  $\Phi_e = 2,7$  [130, с. 45]. У другій групі дівчат переважала істероїдна акцентуація. Середній рівень фемінінності у даній вибірці склав  $\Phi_{cp.} = 4,4$  (при популяційній нормі  $\Phi_i = 3,1$ ), а показник маскулінності  $M_{cp.} = 3,1$  (при популяційній нормі  $M_i = 1,4$ ). О.С. Кочарян висунув припущення про те, що епілептоїдна й істероїдна акцентуації та їх роль у генезі функціональних порушень менструального циклу можуть бути пояснені статеворольовою трансформацією, що має специфічні прояви в кожній віковій групі. На думку автора, у епілептоїдних дівчат виникає внутрішній конфлікт між маскулінною статеворольовою орієнтацією та

необхідністю прийняття соціально-нормативної жіночої статевої ролі, який і виявляється у формі ЮМК як соматичному «протесті» щодо прийняття жіночої статевої ролі. У структурі істероїдної особистості також є статеворольовій дисбаланс: зовнішнє підкреслення своєї жіночої сутності (фемінінності) при первинній маскулінності. Так, автори пропонують розглядати ЮМК як форму псевдорозв'язання конфлікту, що полягає у протиріччі між прагненням привернути увагу батька та придушенням інцестуозних бажань.

У дослідженнях В.О. Агаркова, З.К. Батирова, М.Ю. Борисенко, У.С. Петецкой, О.В. Уварової та інших [138, 170] також підтверджується вплив психологічних чинників на стан менструального циклу. Відзначається, що стрес, наслідки психологічних травм, складності при проходженні критичних фаз психосексуального розвитку і соціалізації є предиспонуєчими у формуванні порушень менструальної функції. Крім того, автори відзначають важливість порушень гендерної ідентичності в етіології пубертатних кровотеч (далі ПК), олігоменореї, вторинної аменореї та інших порушень менструального циклу [138]. Так, результати дослідження вказують на тенденцію до переважання чоловічих патернів в оповіданнях хворих дівчат при проходженні проєктивних психодіагностичних методів, тобто превалювання у них чоловічих аспектів гендерної ідентичності. З ними пов'язані такі риси як перфекціонізм, стеничність, лідерські якості, переважання бажання бути виділеною з багатьох. Крім того, у дівчат зафіксована наявність виражених нарцисичних та кастраційних тривог. Результати досліджень демонструють також прагнення дівчат-підлітків до ідеалу атлетичного тіла зі значною м'язовою масою (у тих, які страждають на ПК), до сили, спортивності, сильної волі (у тих, що страждають на ПК, олігоменорею та аменорею), які відображаються у їх поведінці. Такі дані свідчать про те, що картину вище зазначених захворювань цілком можуть доповнювати порушення статеворольової ідентичності [138, 170].

Таким чином, аналіз досліджень, пов'язаних з вивченням статеворольових аспектів порушень менструальної функції у підлітковому віці, вимагають

подальшого розгляду та вироблення принципів психодіагностики, психокорекції та реабілітації цих хворих.

### **Висновки по розділу 1:**

1. Психосексуальний розвиток являє собою складний багатовимірний процес. Будучи одним з аспектів індивідуального психічного розвитку, він охоплює перші чотири вікові періоди становлення і динаміки сексуальності, і завершується вступом у період зрілої сексуальності. При цьому формується статева самосвідомість, статеворольова поведінка, психосексуальні орієнтації – три етапи психосексуального розвитку. Порухення психосексуального розвитку є наслідком негативної інтеграції дії біогенних, соціогенних, психогенних і соціально-психологічних факторів. Ті порушення, які відбуваються на ранніх етапах психосексуального розвитку, як правило, призводять до його грубих деформацій, що відбивається на всій особистості. Вплив патогенних факторів на останньому етапі формування сексуальності може призводити лише до поверхневих порушень. Саме тому з медико-психологічної точки зору порушення статеворольового розвитку (статеворольової поведінки, статеворольових структур особистості та гендерних ролей) може ставати серйозним патогенним фактором, що впливає на формування особистості.

2. Аналізуючи різні підходи до розуміння процесу статеворольового розвитку можна відзначити, що особистість не є лише відображенням гендерних норм і культурних установок. Вона проходить досить специфічний процес психосексуального розвитку, у тому числі статеворольового, внаслідок чого формуються фемінінні й маскуліні моделі, що визначають, в свою чергу, відповідні особистісні та поведінкові особливості.

3. Згідно з численними українськими й закордонними науково-дослідними роботами, в етіології та патогенезі соматичних захворювань, зокрема порушень менструальної функції підліткового періоду, вплив психологічних факторів досить великий. Разом з тим, залишаються у неповній мірі вивчені: а) взаємозв'язок фізичних, соціальних та психологічних факторів у формуванні порушень

менструальної функції у підлітків; б) уявлення про взаємозв'язок між розвитком гінекологічних порушень та психологічним статусом підлітка. Також є дані, які чітко вказують на наявність статеворольових аспектів у порушенні менструальної функції в підлітковому віці, що потребує подальшого вивчення та розробки комплексу психодіагностичних й психокорекційних заходів для цих хворих.

**Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора: [148, 158].**

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Характеристика дослідницької вибірки

Дослідження проводилося на базі відділення дитячої та підліткової гінекології Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України (Довідка № 42 від 05.06.2018), а також загальноосвітніх шкіл м. Харкова №№ 1, 4, 5, 38, 160. Психодіагностичне дослідження проводилося з дотриманням встановлених принципів медичної етики та деонтології [171]. Взаємодія з дівчатами підліткового віку, які входили в дослідницьку групу, здійснювалося за згодою їхніх батьків і в присутності останніх, або в присутності медичного персоналу/педагогів.

З урахуванням поставленої мети і завдань роботи, дослідницька вибірка склала 3 групи: які страждають на ПК, ВОМ і контрольна група (далі КГ). Кількісний розподіл по групах представлений у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Кількісний розподіл досліджуваних груп

Досліджувані групи	1-а вікова група 13,5 - 14,5 років	2-а вікова група 15 - 17 років	Загальна кількість у групі
ПК	49	50	99
ВОМ	40	48	88
КГ	50	50	100
Загальна кількість: 287 дівчат-підлітків			

Дівчата, які страждають порушеннями менструальної функції (відповідно ПК і ВОМ), також як і КГ, були розділені на дві вікові групи: перша вікова група – дівчата-підлітки 13-14,5 років – відноситься до моменту переходу від препубертатного періоду до пубертатного; друга вікова група – 15-17 років – відноситься до іншого критичного періоду в процесі становлення жіночого організму, який представляє собою перехід до зрілого типу функціонування

репродуктивної системи, до овуляторних циклів. Загальна кількість дівчат, які взяли участь у дослідженні, склала 287 осіб.

Як наголошується у літературних джерелах [139, 140, 165], можливо виділити декілька форм порушень менструальної функції в підлітковому віці:

- 1) гіпоменструальний синдром (куди входить гіпоменорея, олігоменорея, опсоменорея);
- 2) вторинна аменорея (куди входить нервова анорексія – внаслідок втрати маси тіла, психогенна – внаслідок стресових розладів і синдром полікістозних яєчників);
- 3) пубертатні кровотечі.

Для даної дослідницької роботи були обрані дівчата-підлітки, які страждають на ПК і ВОМ, оскільки зазначені захворювання широко представлені серед пацієнток відділення гінекології Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України в м. Харкові (відповідно 35% і 27%) [164, 172, 173, 174, 175, 176]. Так, за зауваженням С.О. Левенець [177], олігоменорея є найпоширенішим та прогностично несприятливим варіантом порушення менструальної функції у дівчат-підлітків. Навіть при ефективному лікуванні і своєчасному зверненні за медичною допомогою відновлення менструальної функції відзначається не більше, ніж у 43-45% дівчат. А у 58% колишніх пацієнток відділення з олігоменореєю формується первинне безпліддя, пов'язане з хронічною ановуляцією. В.О. Диннік [173] стверджує, що ПК також є поширеною формою порушень менструальної функції у дівчат-підлітків і число випадків подібної патології неухильно зростає, збільшується вага важких форм маткових кровотеч, що становлять загрозу життю підлітка.

Крім того, ці захворювання носять полярний характер у рамках порушень менструальної функції в підлітковому періоді. А це, в свою чергу, дозволяє ставити питання про те, чи мають місце особистісні відмінності у дівчат з різними порушеннями менструальної функції, і чи можуть психологічні чинники впливати на формування та перебіг вказаних захворювань.

Нижче представлена докладна медична характеристика кожної з досліджуваних груп.

*Перша група* – 99 дівчат-підлітків, які страждають на ПК.

Загальна інформація про ПК.

Пубертатні кровотечі або ювенільні (статевозрілі) маткові кровотечі (МКХ10: N92.2) – це дисфункціональні кровотечі у дівчат в період статевого дозрівання (від менархе до 18-річного віку). ПК є однією з найбільш поширених і важких форм порушень репродуктивної системи у період статевого дозрівання, і їх частота в структурі гінекологічної патології дітей та підлітків, за даними різних дослідників, складає від 8-10 до 25% [172, 178]. ПК є фактором ризику розвитку порушень менструальної і генеративної функцій, гормонально обумовленої патології в репродуктивному віці. Серед причин госпіталізації у відділення гінекології Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України у м. Харкові ПК займають провідне місце серед усіх захворювань.

Клінічна картина ПК.

Основною скаргою при надходженні до стаціонару була кровотеча (іноді боляча) з статевих шляхів різної інтенсивності та тривалості. Для більшості обстежених (60,3%) була характерна наявність помірних кров'яних виділень, рідше спостерігалися масткі кров'янисті виділення (21%) і рясні і/або тривалі (18,7%). Рясні і помірні кров'янисті виділення, як правило, супроводжувалися зміною загального стану: загальна слабкість, посилене серцебиття, запаморочення, нудота, потемніння в очах, короткочасна втрата свідомості у вигляді непритомного стану, болі внизу живота. У переважної більшості (66,4%) кровотечі тривали 20-30 днів, у 20% – понад 30 днів, у 13,6% – в межах 10 днів. Попередні даному стану фізичні навантаження, стресові ситуації, перевтоми, несприятливі умови проживання, важкі захворювання дівчатами заперечувалися. Однак, при наявності задовільного стану соматичного здоров'я, в анамнезі 25% дівчат, які страждають на ПК, має місце хронічний гастродуоденіт, а у 9% – вегетосудинна дистонія за гіпотонічним типом.

Перинатальний анамнез дівчат з ПК відрізняється супроводом першої половини вагітності матері вираженим токсикозом. Хоча загальний стан перинатального періоду і періоду лактації визначається як задовільний.

*Друга група* – 88 дівчат-підлітків, які страждають на ВОМ.

Загальна інформація про ВОМ.



Олігоменорея (далі ОМ) – це один з варіантів порушення менструальної функції, при якому тривалість менструацій становить менше 3 днів. Вона служить одним з проявів гіпоменструального синдрому (ослаблення місячних) і може поєднуватися з іншими його формами – гіпоменорея (слабкими менструаціями), опсоменорея (рідкісними менструаціями), а також передувати повній відсутності менструальної кровотечі (аменореї). У деяких випадках ОМ супроводжують такі захворювання, як: синдром полікістозних яєчників (стан, при якому розміри яєчників збільшуються, а самі вони заповнюються безліччю бульбашок з рідиною); ендометрит (запалення слизової оболонки матки – ендометрія); ендометріоз (розростання фрагментів слизової оболонки матки за її межами). Залежно від періоду виникнення ОМ відносно менархе розрізняють первинну ОМ (в МКХ10: N91.3) і вторинну ОМ (МКХ10: N91.4). При первинній ОМ затримки менструацій спостерігаються з періоду менархе або в перший рік після нього, при ВОМ - після періоду ритмічних менструацій. На думку гінекологів [179] ВОМ може бути результатом серйозних змін у житті дівчат – гострого стресу, зміни місця або способу життя; а може бути і результатом запальних процесів в органах малого тазу.

#### Клінічна картина ВОМ.

Основною скаргою дівчат при надходженні до стаціонару стає вкорочення менструальних кровотеч, яке часто супроводжується розладом жирового обміну – надмірною вагою (29%), розвитком вугрової висипки (31,1%), гірсутизмом, тобто розвитком волосяного покриву за чоловічим типом (51%). Надмірне оволосіння з'являється на шкірі обличчя, кінцівок, живота, грудей. Статура у дівчат, які страждають на ВОМ, нерідко нагадує чоловічу: з розвиненою мускулатурою і особливостями кісткового скелета. У 39,8% дівчат виявляється наявність смуг розтягнення на шкірі молочних залоз, сідниць, стегон. Але багрянні або блідо-рожеві стрії має тільки кожна п'ята дівчина (21,1%). Хворі скаржаться на хворобливі відчуття внизу живота, поперекової області, в області молочних залоз. Слід зазначити, що у 30% дівчат другий вікової групи (15-17 років) ВОМ супроводжується мастопатією.

Як і в першій дослідній групі, дівчата з ВОМ не пов'язують свій стан здоров'я з будь-якими зовнішніми обставинами або фізичним чи психологічним перенавантаженням. Однак зазначають наявність проблемних взаємин з батьками та представниками протилежної статі.

Незважаючи на те, що у дівчат, які страждають на ВОМ, перинатальний період та період лактації в історії хвороби оцінюється як задовільний, друга половина вагітності у матерів 9,1% дівчат супроводжувалася вираженим токсикозом на тлі загрози переривання. У матерів 19,3% дівчат відзначалися ускладнені пологи – передчасні (10,2%), шляхом кесаріва розтина із супутньою асфіксією у немовляти другого ступеня (9,1%). 48% дівчат перебували на штучному вигодовуванні.

*Третя група (контрольна)* – 100 дівчат-підлітків, у яких стан соматичного і психологічного здоров'я оцінюється як позитивний. У соціальній сфері дівчата добре адаптовані, активні. В якості критеріїв позитивної оцінки стану здоров'я та соціальної адаптації у даної групи виступали: суб'єктивні звіти дівчат (в деяких випадках і їх батьків), звіти шкільних практичних психологів, медичні карти дівчат, що знаходяться в установах, де останні проходять навчання.

Як видно, групи 1, 2 і 3 можна порівняти за віком, статтю та інтелектуальним розвитком.

Згідно з медичними картками, клінічні діагнози у дівчат 1-ї та 2-ї груп встановлювалися на підставі комплексного медичного обстеження лікарями-фахівцями різних областей (гінекологи, мамологи, ендокринологи, ортопеди, гастроентерологи, алергологи, психіатри, психологи та інші).

## **2.2. Методики дослідження**

Для проведення дослідження у даній роботі використовувалися: напівструктуроване діагностичне інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків» [180]; статеворольові шкали (ACL-шкала А.В. Heilbrun [22], психосексуальна пропорція Dur-Moll тесту L. Szondi [181, 182], шкала m/f ПДО-2 А.Є. Лічко [183, 184]); патохарактерологічний

діагностичний опитувальник (ПДО-2) для підлітків А.Є. Лічко [183, 184], методика оцінки характерологічних якостей особистості 16 PF Р. Кеттелла [185], методика ранніх спогадів (на основі “The Early Recollections Questionnaire” W. Rule) [186], проєктивна методика «Малюнок сім'ї» за Л. Корманом [187], методика семантичного диференціала [188].

Наведемо опис вище зазначених методик.

**Напівструктуроване діагностичне інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків»** (Додаток А). При відборі параметрів, відповідно до яких передбачається оцінка особливостей проходження дівчатами-підлітками основних етапів психосексуального розвитку, нами використовувалися: «Учетная карта сексологического обследования» [3, с. 375], «Индивидуальная карта амбулаторного больного» [4, с. 179], розроблені для сексопатологів; таблиця «Формирование и динамика сексуальности» за І.Л. Ботневою, Г.С. Васильченко, В.М. Масловим [62, с. 280]. Опорні питання по кожному з етапів, запропоновані у схемі інтерв'ю, являють собою діагностичні поведінкові ознаки (гра, комунікації, сексуальна активність та інше), які несуть інформаційне навантаження про характер, можливі порушення проходження кожного з етапів психосексуального розвитку.

При аналізі психосексуального розвитку дівчат враховувався віковий період виникнення будь-якого прояву сексуальності (новоутворення), кількість дівчат у кожній з груп (%), у яких воно представлено, частота прояву новоутворення (низька – I, середня – II, висока – III).

**Статеворольова АСЛ-шкала А.В. Heilbrun.** Ця статеворольова шкала складається з двох субшкал: маскулінної і фемінінної. Кожна з субшкал включає 24 прикметника, що відображають маскулінний (інструментальний) і фемінінний (експресивний) стиль поведінки. Шкала приведена у Додатку Б. Процедура тестування по АСЛ-шкалі заснована на природній мові самооцінки – на прямому самооцінюванні опитуваними вираженості у себе маскулінних та фемінінних рис. Так, обстежувані оцінюють вираженість у себе зазначених якостей за 5-ти бальною шкалою лайкертовського типу. З урахуванням завдань, поставлених дослідницькою

роботою, інструкція до виконання методики була модифікована. Дівчатам, що проходили діагностику, пропонувалося оцінити не тільки себе щодо маскулінних і фемінінних рис, а й ідеальний образ-Я, свою матір та батька.

Дані про надійність і валідність шкали у вітчизняних публікаціях представлені у роботах О.С. Кочаряна [89, 189]. Згідно з даними автора об'єктом оцінки ACL-шкали є особистісні риси. Ця методика більшою мірою орієнтована на соціогенні рівні та адекватно діагностує статеворольову Я-концепцію особистості.

**Психосексуальна пропорція Dur-Moll тесту L. Szondi.** Шкала Dur-Moll була використана для виявлення біогенних характеристик симптомокомплексу М/Ф. У цьому підході чоловічі реакції характеризуються як жорсткі, непластичні, незмінні. Жіночі –розглядаються як пластичні та змінні.

У таблицях 2.2, 2.3 вказані чоловічі (Dur) та жіночі (Moll) реакції відносно кожного потягу по L. Szondi [182]:

Таблиця 2.2

## Чоловічі реакції (Dur)

S-Dur	0+	±0	±±	+0	++	-0	- ±	-+
P-Dur	0+	±0	±±	±±	-0	- ±	-+	--
Sch-Dur	±0	±±	±±	±-	+0	+-	-0	--
C-Dur	0+	0-	±-	+0	+-	-0	- ±	--

Таблиця 2.3.

## Жіночі реакції (Moll)

S-Moll	00	0±	0-	±±	±-	±±	+-	--
P-Moll	00	0±	0-	±-	+0	±±	++	+-
Sch-Moll	00	0±	0+	0-	±±	++	- ±	-+
C-Moll	00	0±	±0	±±	±±	++	-+	±±

Посилення реакцій розглядаються як бал (за одне) за маскулінною або фемінінною реакцією. Показник маскулінності розраховується за такою формулою:

$$M = (Rd / Rd + Rm) \times 100\%,$$

де Rd – кількість Dur-відповідей,

Rm – кількість Moll-відповідей.

L. Szondi доводить генобіологічне значення індекса маскулінності, тобто його чутливість до біологічних факторів, що визначають стать – генетичних та гормональних. Автор провів валідизацію психосексуальної пропорції по зовнішньому критерію. В якості зовнішніх критеріїв служили: здорові чоловіки-шахтарі середнього віку (30-40 років), здорові жінки, гомосексуальні чоловіки і жінки, деякі клінічні та професійні групи – хворі параноїдною формою шизофренії, вчителі, повії. Дослідження автора показали, що психосексуальна пропорція чутлива до зазначених критеріїв і добре диференціює наведені групи.

Механізм оцінювання даного підходу заснований на неконтрольованому свідомістю механізмі проекції.

У своїх роботах О.С. Кочарян [89, 189], розробляючи психодіагностичну карту утворень маскулінності/фемінінності, показав, що індекс маскулінності L. Szondi чутливий до біогенного рівня. Зокрема О.С. Кочарян продемонстрував, що індекс маскулінності L. Szondi та євнухоїдний тип статури входять в один фактор з протилежними за знаком і значущими вагами. Це, за словами автора, свідчить про чутливість зазначеного індексу маскулінності до тестикулярної недостатності доклінічного рівня. Євнухоїдність пов'язана з переважанням довжини ніг в пропорціях тіла, що свідчить про млявий або ретардаційний пубертат, обумовлений тестикулярною «слабкістю».

**Патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО-2) для підлітків А.Є. Лічко. Опис шкали m/f ПДО-2.** Призначений для визначення типів акцентуації характеру та варіантів конституційної психопатії, психопатичних розвитків та органічних психопатій у підлітковому і юнацькому віці. У цій роботі використовувався ПДО-2, оскільки початковий варіант опитувальника мав два суттєвих недоліки: 1) відносно невисока точність діагностики деяких типів психопатій та акцентуацій характеру (істероїдного, епілептоїдного, психастенічного, шизоїдного); 2) складність і велика трудомісткість діагностичної процедури. Крім того, у порівнянні з першим варіантом, для ПДО-2 були розроблені такі додаткові показники: 1) показники дисимуляції відвертості, що дозволяють оцінити

достовірність результатів; 2) індекс В (brain minimal damage), який вказує на можливість змін характеру внаслідок резидуального органічного ураження головного мозку; 3) показник відображення реакції емансипації – прагнення звільнитися від контролю, оцінки старших; 4) показник психологічної схильності до алкоголізації; 5) показник психологічної схильності до делінквентності, тобто до проступків, правопорушень; 6) показник мужності-жіночності; 7) виявлено ознаки, що вказують на високий ризик формування психопатії при семи найбільш поширених типах характеру – гіпертимному, лабільному, сенситивному, шизоїдному, епілептоїдному, істероїдному, нестійкому.

Опитувальник складається з 25 наборів фраз-тверджень, що відбивають ставлення різних патохарактерологічних типів до ряду життєвих проблем («самопочуття», «настрій», «сексуальні проблеми», «ставлення до батьків» та інше). У кожному наборі міститься 10-19 пронумерованих тверджень. Обстеження проводиться в два етапи: на I етапі досліджувальному пропонується у кожному наборі тверджень вибрати найбільш підходяще для нього та відповідний номер внести в реєстраційний лист; на II етапі просимо з тих же наборів відібрати найбільш невідповідне твердження і також відзначити його номер. Кількість виборів у першому і другому випадку не повинно бути більше трьох. Дозволяється відмовитися від вибору. Сім і більше відмов за двома етапами - показник труднощів у роботі з опитувальником в силу невисокого інтелекту або негативного ставлення до обстеження. Отримані результати оцінюються за двома шкалами: об'єктивної та суб'єктивної оцінок.

За допомогою об'єктивної шкали можуть бути діагностовані такі типи психопатій і акцентуацій характеру: гіпертимний, циклоїдний, лабільний, астеноневротичний, сенситивний, психастенічний, шизоїдний, епілептоїдний, істероїдний, нестійкий, конформний.

Крім названих типів А.С. Лічко виділяє змішані типи. Вони двоякі за своєю природою і визначаються автором як: а) проміжні типи, в яких поєднання обумовлені ендогенно; б) амальгамні – формуються протягом життя внаслідок

нашарування рис одного типу на ендогенне ядро іншого в умовах тривалого впливу будь-яких несприятливих факторів [184, с. 26].

Об'єктами оцінювання шкали m/f ПДО-2 є деякі біологічні прояви (сон, апетит, самопочуття, вираженість статевого потягу), поведінка, а також емоційні реакції на деякі події. О.С. Кочарян, аналізуючи в своїх роботах статеворольові шкали [89], стверджує, що імпліцитарна концепція маскулінності, представлена у ПДО-2, – це: активність, бадьорість, сильна біологічна основа (гарний сон, апетит, сильне лібідо), суперництво, соціальна нормативність, спрямованість у майбутнє, реалізм, міжособистісна чутливість. Концепція фемінінності, закладена у ПДО-2, має наступні ознаки: бажання довго спати, прагнення добре одягатися, потреба в турботі про себе з боку оточуючих, примхливість й норовливість, труднощі у дотриманні правил і законів, дружелюбність, боязнь ризику. Узагальнено фемінінність, на думку автора, може бути представлена як: примхливість, нереалістичність, мінливість, ненормативність, тривожність, егоцентризм. Внаслідок сказаного, О.С. Кочарян робить висновок про те, що в основі методики лежить соціально-нормативна концепція М/Ф.

**Методика багатфакторного дослідження особистості Р. Кеттелла.** Теоретичною і методологічною основою методики є факторний аналіз особистості. В результаті дослідження за допомогою даного опитувальника особистість описується 16-ма фундаментально незалежними і психологічно змістовними чинниками. Кожен фактор має умовну назву і передбачає стійкий зв'язок між окремими рисами особистості. Структура факторів опитувальника у кожній окремій людині відображає вірогіднісну модель індивідуально-психологічних властивостей його особистості і при накладенні на групову модель тієї вибірки, до якої належить дана людина, демонструє індивідуальну своєрідність конкретної особистості. Це дозволяє прогнозувати її реальну поведінку в певних життєвих ситуаціях.

Ця методика пройшла багато удосконалень, додаткових розробок і має 6 паралельних форм (А, В, С, D, Е, F). У даній роботі використовується форма С, точніше її адаптований варіант. Адаптація цієї форми проводилася у дослідницькій групі Є.С. Чугунової на кафедрі соціальної психології ЛДУ під керівництвом

І.М. Пале співробітниками О.М. Капустіною, Л.В. Мургулец і Н.Г. Чумаковою [190]. Нами форма С була обрана тому, що у порівнянні з іншими формами вона має низку переваг: 1) проводиться за більш короткий час (30-40 хвилин); 2) адаптація методики, перевірка її валідності та надійності, показали можливість використання цієї форми з людьми, що мають незакінчену та повну загальну середню освіту (у той час як форми А і В, наприклад, призначені для повнолітніх людей з вищою освітою, а форми Е і F – для повнолітніх з низьким освітнім рівнем); 3) у формі С питання сформульовані таким чином, щоб надати методиці вид проміжної між самооцінюючою та проективною, забезпечуючи тим самим і більш адекватні відповіді досліджуваних; 4) форма С включає додатковий фактор MD, який дає інформацію про самооцінку особистості; 5) дослідник може працювати з так званими сирими оцінками.

Форма С методики Кеттелла складається з опитувальника в 105 питань, бланка для відповідей і ключа. У разі ручної обробки відповідних листів на них по черзі накладаються «ключі» та записується сума балів по кожній з 17 характеристик особистості (16 особистісних факторів + фактор самооцінки). Далі «сирі» оцінки переводяться у десятибальну шкалу – стени. Отримані дані аналізуються по кожній характеристиці. При загальному розмаху варіативності даних у 10 стенив, середні значення складають 5,5 стени. Оцінки в 4 і 7 стенив вказують на незначні відхилення характеристик особистості від середньої. Яскрава вираженість якостей пов'язана з оцінкою 1-3 і 8-10 (з огляду на біполярність кожного фактора).

Орієнтуючись на середні оцінки та результати аналізу, в якому враховується співвідношення між оцінками за факторами, можна побудувати індивідуальні графіки особистості – «профіль особистості».

Таким чином, інтерпретація методики ґрунтується на кількісному й якісному аналізі отриманих даних та на аналізі психологічного змісту факторів. У зв'язку з тим, що методика Кеттелла є загальновідомою, опис кожного з факторів не наводимо.

**Методика ранніх спогадів.** Відповідає вимогам об'єктивного дослідження особистості, дозволяючи виявити глибинну, «фундаментальну оцінку людиною себе



і свого становища» [191, с. 72-73], що містить у собі взаємозв'язок між інфантильними травмами та життєвим стилем індивіда.

У роботах А. Адлера немає конкретних вказівок на те, як саме він отримував ранні спогади [186]. Таким чином, всі вказівки з приводу процедури отримання ранніх спогадів належать вже його послідовникам й учням. При цьому не існує універсального методу отримання і оцінювання ранніх спогадів, з яким би всі погодилися. Мають місце різні спеціальні опитувальники ранніх спогадів [186]. Нами був модифікований спеціальний опитувальник ранніх спогадів ERQ ("The Early Recollections Questionnaire") [186, с. 107-108]. Досліджувані мали записати сім-вісім якомога більш ранніх спогадів з власного життя, дотримуючись таких правил: 1) бути якомога більш конкретними; 2) не давати «оглядів», тобто спогадів про випадки, які повторювалися багато разів; 3) записувати спогад, навіть якщо немає впевненості в його достовірності; 4) включати у матеріал спогадів все, що приходить у голову, не піддаючи свідомій обробці; 5) описувати всі викликані ситуацією спогаду почуття, навіть якщо вони суперечливі; 6) включати у спогад також те, що трапилося до та після нього; 7) спробувати висловити припущення з приводу цілей своєї поведінки в ситуації спогаду; 8) вказувати приблизний вік, до якого належить спогад.

При аналізі спогадів перевага віддавалася першому з них. Найперший спогад займає виняткове становище з двох причин: 1) це перше повне символічне вираження самого себе; 2) це стартова точка автобіографії, яку людина для себе створює.

Аналіз результатів дослідження проводився на основі змістовних категорій, запропонованих О.В. Сидоренко [186]: 1) люди, присутні в спогадах (мати, батько, сиблінги, родичі та інші); 2) тип події (нещасні випадки, хвороби, травми, ситуації страху, тривоги, особисті досягнення, нові життєві ситуації, сексуальна активність та інше); 3) засіб сприйняття ситуації суб'єктом (емоційний фон спогаду, з чим/ким пов'язані негативні події спогаду); 4) активність-пасивність суб'єкта у ситуації спогаду (суб'єкт сам визначив свою поведінку в ситуації спогаду або ж його дії є

результатом рішень інших людей). Окремо проводився аналіз фіксованих тем ранніх спогадів, які згодом об'єднуються під загальним життєвим стилем.

**Методика «Малюнок сім'ї» за Л. Корманом.** Призначена для виявлення особливостей сімейних відносин. На основі виконання зображення та відповідей на питання оцінюються особливості сприйняття й переживань підлітком відносин у сім'ї. Ідея використання техніки малюнка для діагностики сімейних відносин виникла у цілому ряду дослідників [37]. Детальна схема проведення обстеження та інтерпретації результатів вперше була розроблена В. Вульфом у 1947 році, а досвід застосування малюнкової методики був описаний в роботах В. Хьюлса (1951-1952). Подальший розвиток методики «Малюнок сім'ї» отримала в роботах Л. Кормана (1964), Р. Бернса та С. Кауфмана (1972), А.І. Захарова (1977), зі складною та диференційованою інтерпретаційною схемою Г.Т. Хоментаскаса (1985).

У цій науково-дослідній роботі використовувався варіант Л. Кормана. В інструкції до його методики передбачено завдання намалювати не «сім'ю» або «свою сім'ю», як в методиці В. Вульфа і В. Хьюлса, наприклад, а «сім'ю, як ти її собі уявляєш». Завдяки такій установці є можливість використовувати менш структурований об'єкт (стимул). У малюнках аналізується: а) графічна якість (характер ліній, пропорції фігур, акуратність, використання простору); б) формальна структура (динамічність малюнка, розташування членів сім'ї); в) зміст (аналіз змісту малюнка). Після виконання завдання досліднику слід прагнути отримати максимум додаткової інформації вербальним шляхом, задавати уточнюючі питання типу:

- Хто зображений на малюнку?
  - Де вони знаходяться?
  - Що вони роблять?
  - м весело або сумно? Чому?
  - Хто з намальованих людей найщасливіший? Чому?
  - Хто з них самий нещасний? Чому?
- і так далі .

**Методика семантичного диференціала.** Цей метод являє собою комбінування методу контрольованих асоціацій та процедур шкалювання.

Вимірювані конструкти (поняття, об'єкти, персонажі та інше), оцінюються по ряду біполярних шкал, полюса яких задані антонімами. Сам метод семантичного диференціала розроблений групою американських психологів під керівництвом Ч. Осгуда у 1955 році.

Ч. Осгуд вказував, що метод дозволяє вимірювати конотативні значення, тобто ті стани, що слідують за сприйняттям символу-подразника [192]. У цій дослідницькій роботі методика використовувалася для оцінки конотативних значень материнських та батьківських фігур у групах дівчат з порушеннями менструальної функції та КГ. Процедура дослідження полягала у тому, що дівчатам-підліткам пред'являлися наступні конструкти: Мати, Батько, Любов, Ненависть, Радість, Гнів, Страх. За методом семантичного диференціала вони повинні були відзначити бал (градація від +3 до -3), який відповідає їх уявленням/сприйняттю даного конструкту. Далі були обчислені середні бали по кожному конструкту і за допомогою кореляційного методу Кендалла виявлявся рівень взаємозв'язку батьківських фігур із зазначеними позитивними й негативними емоціями, що і визначалося як конотативне значення батьківських фігур.

**Методи статистичної обробки матеріалу.** Для математико-статистичної обробки отриманих результатів застосовувався метод перевірки достовірності відмінностей незв'язаних вибірок (t-критерій Ст'юдента,  $\phi$  – критерій кутового перетворення Фішера), кореляційний аналіз з використанням  $\tau$ -критерію Кендалла [193]. Для обробки використовувався комп'ютеризований статистичний пакет програм STATISTICA (StatSoft Inc., США, версія 6.0).

### 2.3. Організація дослідження

Дослідження проводилося у декілька етапів.

На першому – відбірковому – етапі були обрані здорові дівчата-підлітки та ті, що страждають на такі порушеннями менструальної функції як ПК й WOM. За даними численних досліджень зазначені захворювання складають у структурі

дитячої гінекологічної захворюваності близько 68% [77, 164, 194, 195]. Вони характеризуються різною симптоматикою і перебігом хвороби.

Для того щоб максимально точно дослідити можливий вплив психологічних факторів на природу захворювань, при здійсненні відбору досліджених дівчата-підлітки повинні були відповідати таким вимогам:

- стаціонарне лікування здійснюється вперше;
- відсутність в анамнезі тяжких інфекційних захворювань типу хвороби Боткіна, кору, краснухита інше. Винятки допустимі для вітряної віспи, перенесеної до 6 років, і респіраторних захворювань;
- відсутність в анамнезі тяжких травм та операцій;
- необтяжена спадковість – загальний стан здоров'я обох батьків задовільний;
- задовільний перинатальний анамнез;
- задовільний стан соматичного здоров'я – стан внутрішніх органів без особливостей;
- відсутність аномальних утворень в області таза (за даними УЗД);
- правильний статевий розвиток, кістковий вік, вага тіла у межах вікової норми;
- відсутність психічних захворювань, задовільний стан нервової системи;
- соціально адаптовані, інтелектуально збережені.

На другому етапі проводилася співбесіда з потенційними опитуваними, де дівчатами-підліткам повідомлялися цілі та порядок дослідження, виявлялися внутрішні (оцінка самими дівчатами свого стану здоров'я, спадково-конструкційних особливостей) й зовнішні (соціально-економічні, екологічні, фізичні навантаження, стрес, особливості взаємин у сім'ї) фактори, які могли сприяти виникненню захворювання (для груп хворих дівчат).

На третьому етапі здійснювалося безпосередньо психодіагностичне дослідження за допомогою вище описаних методик.

Четвертий етап – обговорення результатів дослідження з дівчатами, що страждають порушеннями менструальної функції, та медичним персоналом;

здійснення консультацій; надання рекомендацій як для психологічної служби, так і для дівчат-підлітків, орієнтованих на корекцію статеворольової сфери особистості.

### **Висновки по розділу 2:**

1. Дослідницька вибірка була підібрана відповідно до поставлених мети та завдань дослідження і може бути оцінена як достатня за обсягом і репрезентативна. Таким чином, її характеристики відповідають характеристикам генеральної сукупності в цілому [196, с. 113]. У дослідженні взяло участь 287 дівчат підліткового віку (від 13,5 до 17 років), з них 187 дівчат страждають порушеннями менструальної функції, а 100 увійшли в контрольну групу. З метою аналізу динаміки розвитку, зміни особистісних станів дівчат, вони всі були розділені на дві вікові групи (13,5-14,5 років і 15-17 років) і, як наслідок, склали 6 дослідницьких підгруп.

2. Обрані методики дослідження дозволяють в повній мірі виявити закономірності порушення психосексуального розвитку дівчат, які страждають на ПК і ВОМ. Це, в свою чергу, дає можливість визначити й описати їх патогенетичну роль у формуванні гінекологічної патології в підлітковому віці. Всі використані методики можливо об'єднати за наступними категоріями: методики для вивчення особливостей психосексуального розвитку; для вивчення особливостей структури і функції симптомокомплексу М/Ф; для виявлення особливостей сімейних відносин; для вивчення дитячого психотравмуючого досвіду та його впливу на формування стилю життя дівчат; для вивчення особливостей особистості дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції.

3. Статистична обробка результатів дослідження проводилася за допомогою методів перевірки достовірності відмінностей незв'язаних вибірок: t-критерій Ст'юдента і  $U_p$  – метод кутового перетворення Фішера, а також кореляційного методу Тау Кендалла. Такий підбір методів математичної статистики дав можливість з різних сторін проаналізувати та інтерпретувати отримані в процесі дослідницької роботи дані.

**Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора: [180].**

### РОЗДІЛ 3

## ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Психосексуальний розвиток тісно пов'язаний з соматосексуальним, і особливості цього зв'язку забезпечують гармонійний або дисгармонійний статевий розвиток людини [6]. З огляду на це, перш ніж проводити аналіз проходження дівчатами з порушеннями менструальної функції етапів психосексуального розвитку, слід дати коротку характеристику особливостям їх соматосексуального розвитку. Відповідні дані були отримані нами з медичних карт, історій хвороби, наданих відділенням дитячої та підліткової гінекології «Інституту охорони здоров'я дітей і підлітків» НАМН України.

Контроль над перебігом соматосексуального розвитку зазвичай включає в себе оцінку віку початку появи пубертатних зрушень: поява вторинних статевих ознак, які поступово досягають рівня зрілості. Так, на початку у дівчат відзначається розвиток молочної залози (телархе), потім слідує оволосіння лобкової ділянки (пубархе) і пахвових западин, і в кінці – поява менструацій (менархе). Ступінь статевого дозрівання виражається формулою Д.Н. Арон і А.В. Ставицької [71, с. 183]: Ма. Рв. Ах. Ме, де Ма – молочні залози, Рв – лобкової оволосіння, Ах – пахвове оволосіння, Ме – вік менархе.

У Додатку В й таблиці В.1 представлені дані відповідно до класифікації S. Frasier, J. Tanner [197], які використовуються в якості вікових норм, що відображають пубертатні зміни, починаючи з вікового етапу, що нас цікавить – 13 років. На підставі запропонованих вікових норм, у таблиці В.2. Додатку В відзначені особливості соматосексуального розвитку дівчат, які страждають на ПК і ВОМ. Згідно з ціми даними можна стверджувати, що соматосексуальний розвиток дівчат характеризується відсутністю виражених девіацій у молодшому підлітковому віці, а з 16-17-річного віку відзначається затримка у вигляді становлення Ме і стійких девіантних характеристик менструальної функції.

### **3.1. Характеристика психосексуального розвитку дівчат, які страждають на ПК і ВОМ**

Психосексуальний розвиток має свої особливості, обумовлені, перш за все, поляризацією чоловічої і жіночої ролей. Згідно з зауваженнями цілого ряду авторів [1, 6, 8, 21, 27, 42, 43, 47, 198, 199], на кожному з етапів психосексуального розвитку можливий вплив патогенних факторів, які можуть привести до відповідних порушень: зміни темпів і строків психосексуального розвитку (ретардації та передчасного психосексуального розвитку), девіації психосексуального розвитку (порушення статевої самосвідомості, стереотипу статеворольової поведінки, психосексуальної орієнтації). Так, існують критичні періоди сексуального розвитку: 6-32-й тиждень внутрішньоутробного життя; 2-4 роки, 7-8 років, 12-15 років, 16-24 роки, 51-60 років [6]. Якщо на першому етапі відхилення сексуального розвитку може виникнути під впливом ендогенних патогенних факторів, то на другому-четвертому етапах діють фактори екзогенні, зокрема, соціогенні (порушені типи виховання, порушення внутрішньосімейних стосунків та інше) і психогенні.

Особливості психосексуального розвитку дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції та КГ вивчалися за допомогою напівструктурованого діагностичного інтерв'ю, яке нами було розроблено на основі періодизації психосексуального розвитку І.Л. Ботнєвої, Г.С. Васильченко та В.М. Маслова, [8]. Автори даного підходу виділяють ряд етапів психосексуального розвитку, серед яких нас цікавили ті, що передують та відповідають віку дівчат, які беруть участь у роботі. Ці етапи мають наступні назви: «формування статевої самосвідомості»; «формування стереотипу статеворольової поведінки» і «формування психосексуальних орієнтацій» [6]. Основна ідея полягає у тому, що кожен з періодів пов'язаний з відпрацюванням певних моделей поведінки (ігри; цікавість, спрямована на певні об'єкти; вибір діяльності, стилю комунікацій тощо), які результуються в новоутвореннях, що визначають перехід до наступного етапу розвитку. Тому за основу інтерв'ю були взяті діагностичні поведінкові ознаки, що свідчать про

характер проходження дівчатами кожного з етапів і можливі порушення цього процесу.

Дані, отримані в дослідженні, були піддані математичній обробці за допомогою критерію кутового перетворення Фішера для порівняння незалежних виборок, а результати порівняльного аналізу представлені у таблицях 3.1.-3.4. та Додатку Д.

На підставі даних, зазначених у таблицях можна стверджувати, що статева самосвідомість у всіх обстежених відповідає біологічній жіночій статі. Однак, проходження першого етапу психосексуального розвитку – формування статевої самосвідомості – має свої особливості у різних дослідницьких групах дівчат-підлітків.

У таблиці 3.1 представлені значущі відмінності по групах щодо фази формування статевої самосвідомості.

Таблиця 3.1

Значимість відмінностей у проходженні етапу формування статевої самосвідомості між дослідницькими групами

Діагностичні ознаки	Кількість дівчат, %			Достовірність відмінностей, $\phi$		
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 3	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Цікавість, спрямована на вивчення статевих ознак	100	31,8	100	13,2**	-	13,2**
Ігри в «доньки-матері», «сім'ю»	29,3	71,6	90	5,91**	9,45**	3,26**
Ігри у «лікаря»	27,3	39,8	90	1,76*	9,73**	7,68**
Рухливі ігри	29,3	39,8	84	1,49	8,19**	6,46**
Інтелектуальні ігри	11,1	55,7	36	6,80**	4,20**	2,65**
Ігри у війну, з машинками	20,2	7,9	3	2,44**	4,06**	1,49

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; 1 гр. – дівчата, що страждають на ПК; 2 гр. – дівчата, що страждають на ВОМ; 3 гр. – КГ.

Відомо, що первинна статева ідентичність формується у дитини вже до 1,5 років [43]. З віком обсяг і зміст цієї ідентичності змінюються, включаючи широкий набір маскуліних та фемінінних властивостей. В 2-3 роки дитина вже знає свою



стать, хоча ще й не вміє обґрунтувати цей факт. Так, перша фаза даного етапу (виробка установки) у КГ і дівчат, які страждають на ПК і ВОМ, припадає на вік 2-3 роки. Друга фаза (вивчення та закріплення установки), для якої характерна поява з 3-4 років цікавості, спрямованої на статеві ознаки, соціо-сексуальних ігор, статевого диференціювання поведінки, по різному протікає у різних дослідницьких групах.

З таблиці 3.1 та Додатку Д можна бачити, що у дівчат, страждаючих на ПК, як і у здорових дівчат представлені основні поведінкові ознаки й новоутворення етапу статевої самосвідомості – цікавість, спрямована на статеві ознаки, зокрема, вивчення статевих органів, соціо-сексуальні ігри, за допомогою яких стає можливим вивчення тіла інших (тут вже мова йде не тільки про пізнання своєї тілесного статі, а й про формування відносин). Однак, у порівнянні з КГ, такі соціо-сексуальні ігри як «доньки-матері», «сім'я», «лікар» значно менше представлені серед дівчат з ПК. Крім того, частота, з якою дівчата з ПК грають в «доньки-матері» і «сім'ю» є низькою, у той час як здорові дівчата в ці ігри грають значно частіше (у 90% – висока частота прояву). При цьому відсоток дівчат з ПК, що грають в так звані «хлопчачі ігри» – з машинками, в війну – значно вище у порівнянні зі здоровими. Частота прояву цих ігор також є високою, у той час як здоровим дівчатам зазначені ігри нецікаві.

Таким чином, при своєчасному формуванні правильної статевої самосвідомості у більшості дівчат, які страждають на ПК, не простежується необхідного закріплення установок щодо статевої ідентичності. Очевидно, з цим пов'язаний і великий відсоток дівчат з ПК (44%), які не приймають своє ім'я, з 4-5 років бажаючи його змінити. Незадовільному закріпленню установок щодо статевої самосвідомості може сприяти і той факт, що дівчата з ПК у дитинстві проводили час не тільки з мамою, а й досить часто були віддані на піклування татусям, бабусям/дідусям і самим собі. У той час як у КГ 60% дівчата частіше проводили час з мамою, 35% – з обома батьками і лише 5% з татом. За словами Д.Н. Ісаєва, В.Є. Кагана, І.С. Кона і ряду інших авторів [2, 3, 43, 49], контакт з матір'ю виявляється найбільш значущим для дівчинки цього віку, оскільки в процесі взаємодії з матір'ю закладається не тільки основа адекватних взаємин з оточуючими,

а й відбувається формування інтерналізованих уявлень про свою статеву роль. Слід зауважити, що проведення часу з мамою у здорових дівчат полягало не тільки в тому, що мати перебувала поруч, забезпечуючи фізіологічну турботу про дитину. Дівчата грали з мамами в ляльки, шили їм сукні, робили один одному зачіски, мами дозволяли дівчатам допомагати по господарству та інше. Тобто мала місце передача моделей жіночої поведінки від матері до доньки. Це може означати, що у дівчат, які страждають на ПК, відбулося усвідомлення статевих відмінностей, своєї статевої належності, проте достатнього статевого диференціювання поведінки і установок (стиль поведінки хлопчиків і дівчат, їх відмінності в інтересах) не відбулося.

Серед дівчат, які страждають на ВОМ, спостерігається незначний відсоток (31,8%) тих, які виявляють цікавість, спрямовану на вивчення своїх і чужих статевих ознак. Це значно відрізняє дівчат з ВОМ від групи здорових і тих, що страждають на ПК. Соціо-сексуальні ігри також значно менше представлені у порівняння з КГ. І якщо останні грають в ці ігри помірно або часто, то дівчата з ВОМ – рідко або помірно. Дівчата, які страждають на ВОМ, є групою, в якій має місце значно більший відсоток дівчат, що надають перевагу інтелектуальним іграм та іграм на самоті (55,7%). З урахуванням сказаного, можна стверджувати, що при своєчасному формуванні статевої самосвідомості, відповідній біологічній статі, у більшості дівчат, які страждають на ВОМ, має місце недостатнє закріплення установок щодо статевої ідентичності. З цим також може бути пов'язаний і великий відсоток дівчат (61,4%), які з дитинства не приймають своє ім'я, бажаючи його змінити. Однак слід зазначити, що факт недостатнього закріплення статевої ідентичності на даному етапі психосексуального розвитку у дівчат з ВОМ не так яскраво виражений, як в групі дівчат з ПК. У порівнянні з останніми, відсоток дівчат з ВОМ, які надають перевагу соціо-сексуальним іграм, значимо вище. Особливо це стосується таких ігор, як «доньки-матері» і «сім'я», які обирають 71,6% дівчат. У той час як дівчата з ПК серед іншого надають перевагу «хлопчачим» іграм і комфортно почувають себе і в компанії хлопців, і в компанії дівчат, страждаючі на ВОМ, більшою мірою надають перевагу жіночим ролям в іграх або грі наодинці з собою.

Таким чином, при недостатньому закріпленні статевої поведінки і установок в обох групах, у дівчат з ПК більш яскраво виражена відсутність необхідного диференціювання статевої поведінки (хлопців і дівчат). І якщо дівчата з ПК більшою мірою цікавляться статевими відмінностями між хлопцями і дівчатами на тілесному рівні, то дівчата з ВОМ роблять акцент на статевих відмінностях у сфері поведінки. Але в той же час вони не прагнуть і до сегрегації (формування одностатевих компаній в іграх), як це спостерігається у здорових дівчат у нормі до 6-7 років – завершення етапу формування статевої самосвідомості [2, 10, 20, 42, 111].

Далі розглянемо особливості проходження дівчатами другого етапу формування стереотипу статевої поведінки, який також включає в себе дві фази: виробку статевої поведінки і навчання статевої поведінці. Для цього етапу характерна інтенсивна соціалізація дитини, вибір статевої ролі, що відповідає психофізіологічним особливостям дитини і зразкам маскулітності/фемінітності мікросоціального середовища.

Дані, які представлені у таблиці 3.2 та Додатку Д (для математичної обробки також був використаний критерій кутового перетворення Фішера) демонструють, що у дівчат, які страждають на ПК, у порівнянні з КГ значно менше виражена ігрова діяльність. Між тим відомо, що на етапі формування стереотипу статевої поведінки іграм з однолітками, особливо рольовим і «сімейним», відводиться особлива роль, оскільки вони сприяють виробці та закріпленню статевої поведінки [2, 5, 10, 16, 43, 200]. Що стосується дівчат, які страждають на ПК, то рольові та «сімейні» ігри представлені лише у 29,3%, і частота їх прояву низька. Дівчата цієї групи більшою мірою надають перевагу рухливим іграм (високий рівень вираженості). При цьому серед рухливих ігор для них найбільш переважними стають: «козаки-розбійники», ігри у війну, спортивні ігри. Така схильність до «хлопчачих ігор» відзначалася і під час проходження дівчатами другої фази етапу статевої самосвідомості. Слід також зазначити, що той відсоток дівчат з ПК (21,3%), яким цікаві комп'ютерні ігри, вибирають ті їх види, що більшою мірою були б кращими для хлопчиків.

Таблиця 3.2

Значимість відмінностей у проходженні етапу формування стереотипу статевої поведінки між дослідницькими групами

Діагностичні ознаки	Кількість дівчат, %			Достовірність відмінностей, $\phi$		
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 3	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Рольові та «сімейні» ігри з однолітками	29,3	71,6	90	5,91**	9,45**	3,26**
Рухливі ігри	29,3	39,8	84	1,49	8,19**	6,46**
Інтелектуальні ігри	11,1	55,7	36	6,80**	4,20**	2,65**
Комп'ютерні ігри	21,3	36,4	48	2,24**	3,99**	1,56
Переважно спілкування з однолітками: своєї статі	55,6	62,5	97	0,95	7,77**	6,59**
протилежної статі	-	-	3	-	-	-
обох статей	55,6	37,5	62	2,44**	0,91	3,33**
Цікавий рід занять в сім'ї: матері	50,5	45,5	85	0,69	5,39**	5,9**
батька	46,5	1,1	7	8,78**	7,39**	1,66*
і матері, і батька	2,0	14,8	5	4,43**	1,16	2,3*
не цікавий нічий	1,0	38,6	3	7,78**	1,60	6,78**
В одязі надає перевагу: жіночий стиль	26,3	26,1	64	0,03	5,39**	5,30**
стиль унісекс	73,7	73,9	46	0,02	5,39**	5,30*
Надає перевагу зачісці: довге волосся	50,5	53,4	63	0,16	1,42	1,11
волосся середньої довжини	2	45,5	20	8,10**	4,50**	3,70**
стрижка	47,5	1,1	17	8,91**	4,72**	4,35**
Поза навчальною діяльністю займається:	22,2	22,7	43	0,08	3,08**	2,92**
танцями						
музикою	10,1	38,6	37	4,69**	4,62**	0,20
малюванням	13,1	14,8	22	0,27	1,61*	1,22
вивченням мов	10,1	14,8	16	0,95	1,19	0,20
спортом	19,2	39,8	22	3,06**	0,42	2,44**
в'язанням, шиттям	13,1	15,9	40	0,47	4,34**	3,67**
відсутність інтересу до будь-чого	19,2	7,9	9	2,24**	2,03**	0,20

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; 1 гр. – дівчата, які страждають на ПК; 2 гр. – дівчата, які страждають на ВОМ; 3 гр. – КГ.

Так для дівчат найбільш привабливими стають комп'ютерні ігри жанру Action. До цього жанру належать, наприклад, такі ігри як «Шутери» (Shooter), «Пригоди-стрілялки», де гравець, діючи поодиноці або командою повинен знищити ворогів за допомогою холодної та вогнепальної зброї. Ворогами зазвичай є бандити, комп'ютерні боти, інопланетяни, мутанти, монстри та інші «погані хлопці». Іншим прикладом можуть стати ігри «Стрілялки» за типом «вбий їх усіх», «Слешер». Геймплей їх складається з поєдинків двох і більше супротивників із застосуванням рукопашного бою, а також фехтувальних поєдинків із застосуванням холодної та іншої зброї. Інтерес для дівчат представляють і такі комп'ютерні ігри як «Аркада» (Arcade) та «Стелс-екшен» (Stealth-action). У перших гравцеві доводиться діяти швидко, покладаючись на свої рефлекси і реакцію. У других гравцеві пропонується не битися з великою кількістю зустрінутих супротивників, а всіляко уникати можливого контакту з ними, попутно виконуючи поставлені завдання. Таким чином, у всіх наведених іграх проглядається бажання гравця продемонструвати свою силу, витривалість, хорошу реакцію, здобути перемогу в змаганні або «повалити» ворога - суто чоловічі нахили.

Крім того, цікавим є той факт, що дівчата з ПК надають перевагу спілкуванню та спільним іграм або з однолітками своєї статі, або з однолітками обох статей, не обираючи компанію лише хлопців. При цьому спілкування з однолітками представлено меншою мірою (55,6%), ніж у КГ (97%). Це означає, що відкидаючи суто «хлопчачі» компанії та взаємодіючи у компаніях своєї статі або змішаних, дівчата з ПК у той же час у більшості випадках обирають ігри властиві хлопцям. Тобто, формально відмовляючись від чоловічої ролі, у дівчат відбувається навчання статевої поведінці протилежної статі. Таке припущення підкріплюється й аналізом тих видів діяльності, яким дівчата надають перевагу поза навчанням у школі. Такі заняття як шиття, в'язання, малювання, танці, музика, які більшою мірою характерні жіночій популяції, значно менше представлені у хворих дівчат в порівнянні з КГ. У той же час відсутність будь-яких інтересів у дівчат з ПК превалює по відношенню до здорової групи дівчат. Яке джерело подібного внутрішнього конфлікту? Дані про взаємодію дівчат з батьками свідчать, що всього

50,5% з них цікавляться заняттями мами по дому і приймають у них участь. Це значно нижче, ніж у дівчат КГ (95%). При цьому в останніх рівень вираженості залученості до жіночих обов'язки по дому (прибирання, приготування їжі та інше) високий, а у дівчат з ПК - помірний. Однак у 46,5% хворих дівчат ми можемо спостерігати залученість (також середньої інтенсивності) до занять батька по дому. Це знову значно відрізняє їх від здорової групи, де такий інтерес (з низьким рівнем вираженості) представлений лише у 5% дівчат. Вище, описуючи особливості проходження дівчатами з ПК першого етапу психосексуального розвитку, зазначалося, що у віці до 7 років на відміну від дівчат КГ, вони практично рівну кількість часу проводили з мамами, татами, бабусями/дідусями, а також були надані самим собі. Це свідчить про те, що образ матері був або суперечливим, або мало змістовним для повноцінної апробації та закріплення жіночої статевої ролі. А тим часом за словами G. Hofstede, R.J. Stoller і ряду інших авторів коректна статево-рольова поведінка батьків багато у чому визначає формування адекватної статево-рольової поведінки дитини [10, 23, 47, 62, 20, 202].

Такий стан речей проявляється і при виборі дівчатами з ПК свого зовнішнього образу. Так при виборі одягу дівчата надають перевагу стилю «унісекс» (73,7%), який включає в себе як елементи жіночого, так і елементи чоловічого одягу. А при виборі зачіски перевагу надають або довгому волоссю (50,5%), або короткій стрижці (47,5%), що робить різницю між ними і дівчатами КГ статистично значущою. Для здорових дівчат більш характерний вибір жіночого стилю одягу (64%) і більш жіночних зачісок (довге волосся – 63%, волосся середньої довжини – 20%).

Таким чином, можна стверджувати, що для дівчат з ПК, на першій фазі другого етапу психосексуального розвитку характерні труднощі щодо вики вики жіночих статево-рольових установок, усвідомлення адекватних моделей мужності й жіночності. Причиною цього стають, перш за все, взаємини у сім'ї [203]. А чим менше роль усвідомлюється, тим більше виникає перешкод та викривлень у психосексуальному розвитку [45, 204, 205]. Так, можна припустити, що на другій фазі стадії формування стереотипу статево-рольової поведінки у дівчат виникає

конфлікт між маскулінною статеворольовою орієнтацією та необхідністю прийняття жіночої статевої ролі.

У дівчат, які страждають на ВОМ, ігрова діяльність (за основними видами ігор, бажаних для даної вікової категорії) як і у попередньої групи хворих, виражена значно менше, ніж у КГ дівчат. Незважаючи на те, що дівчата з ВОМ досить часто вдаються до рольових і «сімейних» ігор, ними, по-перше, частіше обирається роль «матері» та ігноруються інші жіночі ролі («доньки», «нареченої» та інші); по-друге, відсоток дівчат і частота вираженості у них зазначеної ігрової діяльності значно поступається КГ (див. таблицю Д.2 Додатка Д). За зауваженням ряду дослідників [10, 11, 16, 22, 42, 50, 53, 55, 198, 202] вибір таких ролей як нареченого, нареченої, батька, матері, дитини та інших сприяють апробації та закріпленню статевої ролі, символічно реалізує бажані або знищує небажані для дитини властивості особистості, тут знаходить місце формування мужності/жіночності, інтерес до питань статі. При виборі партнерів для спілкування та ігрової діяльності дівчата з ВОМ у 62,5% випадків надають перевагу одноліткам своєї статі і у 37,5% випадків одноліткам обох статей, ігноруючи при цьому спілкування виключно з представниками протилежної статі. Дівчата стверджують, що останні «грубі й нецікаві». При цьому відсоток дівчат, які спілкуються з однолітками і частота прояву цієї взаємодії значимо поступається КГ. Крім того, на етапі формування стереотипу статеворольової поведінки у дівчат з ВОМ триває та ж тенденція, що спостерігалася на першому етапі психосексуального розвитку, коли перевага надавалась іграм інтелектуальним, наодинці або без участі однолітків. Так, відсоток дівчат з ВОМ, які надають перевагу інтелектуальним іграм (55,7%), значно перевищує відсоток таких дівчат у КГ (36%). При цьому дівчата з ВОМ, які захоплюються комп'ютерними іграми, вважають за краще той їх вид, що пов'язаний з інтелектуальною діяльністю. Між тим, як вказувалося раніше, спілкуванню з однолітками відводиться особлива роль – воно сприяє виробці та закріпленню статеворольових установок. Відповідно до твердження І.С. Кона, «нормальне проходження цього етапу психосексуального розвитку відбувається під дедалі більшим самоконтролем дитини за поведінкою відповідно до засвоєваних образів і

під контролем дитячого оточення, яке розрізняє мужність/жіночість своїх однолітків» [43, с. 137]. Оцінюючи поведінку дитини у світлі своїх критеріїв маскуліності/фемініності, однолітки тим самим підтверджують або ставлять під сумнів її статеву ідентичність та статевої орієнтації [43]. В цілому, на думку багатьох авторів, відсутність нормального спілкування з однолітками, особливо у передпідлітковому віці, може загальмувати психосексуальний розвиток дитини, залишивши її непідготовленою до пубертатного періоду [2, 10, 16, 23, 40, 43, 49, 198, 202, 206, 207].

В рамках сімейної взаємодії 46,6% дівчат, які страждають на ВОМ, цікавляться обов'язками матері по дому і беруть участь в них (помірний рівень вираженості), 14,8% дівчатам цікаві обов'язки обох батьків (також помірний рівень вираженості) і 38,6% заняття батьків не цікаві та вони не прагнуть приймати в них участь. Такі дані значно відрізняють хворих дівчат від КГ, де заняття матері цікавлять 85% дівчат і вони беруть активну участь в них. Вочевидь, відіграє роль і факт, описаний при аналізі першого етапу психосексуального розвитку – чимало дівчат з ВОМ у віці до 7 років мало проводили часу з мамою і в багатьох випадках були надані самим собі. З урахуванням сказаного ми можемо говорити про наявність небажання, але зобов'язанні дівчат з ВОМ приймати жіночі ролі як у взаємодії з однолітками, так і в рамках сім'ї. Можна припустити, що процес ідентифікації з матір'ю у цієї групи дівчат носить проблемний характер, як можливо і взаємини з батьком, який не дає можливості дівчині відчувати себе коханою, жіночною.

Зовнішній вигляд дівчат, які страждають на ВОМ, також суперечливий. При виборі одягу домінуючим стає стиль «унісекс» (73,9%), що спостерігалось нами і в групі дівчат, які страждають на ПК. Це значно відрізняє хворих дівчат від КГ. Однак, вибираючи зачіску, дівчата з ВОМ прагнуть підкреслити свою жіночість, вважаючи за краще довге волосся або зачіски середньої довжини, категорично відкидаючи при цьому короткі стрижки. Така категоричність наштовхує на думку про штучно змодельовану жіночість.

Внутрішній конфлікт, пов'язаний з прийняттям жіночої ролі підкреслюється у дівчат, які страждають на ВОМ, і при виборі поза навчальних видів діяльності. Такі



заняття як шиття, в'язання, танці є найменш цікавими для дівчат даної групи. Відсоток дівчат, що займаються зазначеними видами діяльності низький по відношенню до КГ, як власне і частота їх проявів. При цьому дівчат з ВОМ, що займаються спортом значно більше (39,8%) у порівнянні з групою здорових дівчат (22%). При зборі даних було відзначено, що такі види діяльності як музика, спорт є найбільш цікавими для дівчат, які страждають на ВОМ. Цей інтерес проявляється, перш за все, у можливості проявити себе, показати свої досягнення і отримати визнання. Таким чином, дані види діяльності стають не стільки цікавими для дівчат заняттями, скільки зручними засобами для досягнення успіху, визнання, створення ситуації, де вони будуть прийняті та високо оцінені. Навіть ті дівчата, які вважають за краще проводити дозвілля за комп'ютерними іграми (36,4%), обирають такі їх види як головоломки, логічні ігри, пазли (Puzzle); ігри стратегії (Strategy), що вимагають планування і вироблення певної стратегії для досягнення конкретної мети, гравець тут може управляти не тільки одним персонажем, а й цілим підрозділом, підприємством або навіть всесвітом. Здорові дівчата (48%) в цей час використовують ігри різних жанрів – Action, симулятори (Simulation), стратегії (Strategy), пригоди (Adventure, Quest), рольові ігри (Role playing game), головоломки (Puzzle) та інше. Таким чином, поведінкова мотивація, яка спостерігається у дівчат з ВОМ швидше характерна для чоловічої популяції.

З вище сказаного можна зробити висновок, що проходження дівчатами з ВОМ другого етапу психосексуального розвитку супроводжується значними труднощами щодо вироблення і навчання статевої поведінці. Так у дівчат на першій фазі формування стереотипу статевої поведінки спостерігаються труднощі у виробленні жіночих статевої установок, при усвідомленні поведінкових моделей «мужності» і «жіночності». На другій фазі це провокує появу внутрішнього конфлікту між небажанням і необхідністю прийняття жіночої статевої ролі, що призводить скоріше до «відходу від жіночності», ніж до її формування.

При розгляді особливостей проходження дівчатами, що страждають на ПК і ВОМ, третього етапу психосексуального розвитку – формування психосексуальних орієнтацій, нас цікавив віковий період 12-17 років. Це період статевого дозрівання,

формування платонічного, еротичного та сексуального лібідо. Він, таким чином, охоплює три стадії, кожна з яких поділяється на дві фази: 1) виробка установки (накопичення інформації, що стосується особливостей статевої поведінки у процесі міжособистісного спілкування); 2) навчання і закріплення (реалізація статевого потягу) [62, 203]. Основним критерієм завершеності всіх стадій третього етапу є закріплення набутих навичок на практиці. Відмінності у характеристиках, що відображають особливості проходження третього етапу психосексуального розвитку в трьох групах дівчат відображені у таблицях 3.3-3.4, а також у Додатку Д.

Таблиця 3.3.

Значимість відмінностей у проходженні етапу формування психосексуальних орієнтацій між дослідницькими групами

Діагностичні ознаки	Кількість дівчат у % та достовірність відмінностей, $\phi$					
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 3	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Інтерес до протилежної статі	93,9	95,5	100	0,49	3,50**	2,91**
Бажання подібати хлопцям	91,9	100	100	3,93**	4,05**	-
Перші побачення	81,9	47,7	86	5,02**	0,78	5,78**
Поява кокетства, загравання з протилежною статтю	67,7	55,7	95	1,69*	5,31**	6,80**
Демонстрація своєї привабливості, сексуальності	41,4	15,9	51	3,87**	1,33	5,23**
Участь в іграх з однолітками, що носять еротичний характер	52,8	23,9	85	4,89**	4,20**	8,97**
Фантазії, пов'язані з пр-ю статтю:						
-платонічного характеру	89,9	76,1	100	2,55**	4,53**	6,94**
-дотики, обійми	77,7	68,2	83	1,42	0,94	2,31**
-поцілунки	80,8	63,6	89	2,64**	1,62	2,35**
-пестоші	70,7	13,6	78	8,45**	1,17	9,68**
-про майбутню сім'ю	24,2	31,8	84	1,08	9,03**	7,61**
Сновидіння, пов'язані з пр-ю статтю:						
- сюжет не визначений	12,2	23,9	59	2,04*	7,21**	4,96**
- сюжет платонічного характеру	64,9	39,8	81	3,45**	2,57**	5,91**
- сюжет еротичного характеру	76,8	47,7	78	4,15**	0,20	4,35**
- сни-жахіття	25,2	39,8	21	2,10**	0,70	2,78**
Інтерес до кінофільмів, літер-них творів романтичного напрямку	66,7	22,7	96	6,24**	5,80**	11,8**
Інтерес до кінофільмів, літер-х творів еротичного напрямку	43,5	22,7	100	3,04**	11,9**	14,6**

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; 1 гр. – дівчата, які страждають на ПК; 2 гр. – дівчата, які страждають на ВОМ; 3 гр. – КГ.

Першою стадією етапу формування психосексуальних орієнтацій є формування платонічного лібідо – виникнення інтересу, обожнювання по відношенню до представників протилежної статі; бажання подобатися; поява платонічних сновидінь, фантазій, платонічного спілкування, перших побачень та інше [1, 6, 16, 62]. Дані, представлені у таблиці 3.3 і Додатку Д вказують на те, що у хворих на ПК поява інтересу до протилежної статі спостерігається у 51,5% дівчат віком 10-11 років, і у 42,4% в 14-15 років. Це різко відрізняє хворих дівчат від КГ, де такий інтерес відзначається вже у 6-7 років абсолютно у всіх. Бажання подобатися протилежній статі у дівчат КГ з'являється у тому ж віці і також характерно для всіх. У той час як серед дівчат з порушеннями менструальної функції це відзначається у 49,5% в 10-11-річному віці і у 42,4% у віці 14-15 років.

Такі показники вказують на затримку у формуванні платонічного лібідо у дівчат, які страждають на ПК. Крім того, характер прояву інтересу до протилежної статі також значною мірою відрізняє хворих дівчат від КГ – ті дівчата, у яких має місце інтерес до хлопців і бажання їм подобатися, поведуться всупереч своїми бажанням. Вони стверджують, що їм подобається хлопчик, вони хочуть подобатися йому, але в той же час приймають рішення не проявляти своїх почуттів «... я ніколи не подам виду, що мені хтось подобається...». Або дівчата починають суперечити самим собі: «Я не подам виду, що мені подобається хлопчик. Він про це ніколи не дізнається. І взагалі мені зараз ніхто не подобається. Хлопчики грубі. Вони чіпляються, мені це не подобається». Та група дівчат, які не відзначають у себе інтересу до протилежної статі, стверджують, що «... у дитинстві з хлопчиками було цікаво грати, а зараз вони мені байдужі...». У свою чергу ті дівчата, у яких інтерес виникає пізніше (у 14-15 років) захоплені не стільки самим хлопцем, скільки атрибутами цих взаємин – «Мені подобається, коли хлопець до мене залицяється, виявляє увагу, дарує подарунки...».

Такі новоутворення як платонічні фантазії, сновидіння, інтерес до фільмів, книг платонічної спрямованості у частини дівчат, страждаючих на ПК, починають проявлятися у 10-12 – річному віці, а у частини у віці 14-15 років. Це знов демонструє їх відставання від КГ у формуванні платонічного лібідо у середньому на 2-4 роки. Слід зазначити, що фантазії й сновидіння платонічного характеру у дівчат з ПК є не яскравими: *«... у фантазії або у сні я частіше бачу лише хлопця, який мені подобається, все як у тумані...»*. Крім того, зміст фантазій і сновидінь свідчить про суперечливе ставлення дівчат до протилежної статі, що вже зазначалося вище: *«Фантазії і сні як вигаданий фільм, де я головна героїня. Я дивлюся на себе і на хлопця немовби з боку, це нібито не зі мною»*, *«Мені наснився сон. У ньому я бачила хлопця, який мені подобається. Ми повинні були піти гуляти, але я так і не вийшла. Він довго чекав, я спостерігала за ним з вікна»*, *«Я фотографувала хлопця, який мені подобається, але чомусь зі спину. У сні це було нормально»*.

Важливим є і той факт, що інтерес до представників протилежної статі, бажання їм подобатися; наявність фантазій про спільні прогулянки з хлопцем, освідчення в коханні, обійми; наявність романтичних сновидінь; перегляд фільмів про кохання, читання романів про кохання – все це є характерним для значно меншої кількості дівчат, що хворіють у порівнянні з КГ. Таким чином, у дівчат, які страждають на ПК, відзначається значна затримка у формуванні платонічного лібідо на першій фазі (виробки установки). Дівчата несвоєчасно і не в достатній мірі накопичують інформацію, необхідну для подальшого розвитку міжстатевої поведінки. Природно припустити, що друга фаза – реалізації платонічного лібідо – також буде некоректно пройдена дівчатами з ПК. Дійсно, прояви кокетства, загравання з представниками протилежної статі, листування, тощо проявляються у 36,4% дівчат з ПК у віці 11-12 років, а у 31,3% – в 14-15 років. У той час як всі зазначені прояви спостерігаються у 95% здорових дівчат вже у 8-9-річному віці. Для досить великого відсотка дівчат КГ (86%) у віці 10-11 років є характерним початок перших зустрічей, прогулянок, платонічних побачень з хлопцями. У частини дівчат з ПК перші побачення починаються з 11-12-річного віку (42,4%), а у частини у віці 14-15 років (39,4%). Це свідчить про те, що перша і друга фази формування

платонічного лібідо зливаються. Дівчата ще не встигли накопичити достатньої інформації для переходу на новий рівень взаємин із протилежною статтю, але вже прагнуть до реалізації платонічного лібідо. Так, частота побачень у хворих дівчат домінує у порівнянні з КГ. Дівчата ніби компенсують свою затримку на попередній фазі формування платонічного лібідо. Природно, це призводить до дисгармонійних відносин з протилежною статтю. У відповідності з даними інтерв'ювання, дівчата відзначають часті серйозні конфлікти з хлопцями, розриви відносин (у 74,7% випадків), в той час як у КГ подібні події спостерігаються значно рідше (у 46% випадків).

В цілому, аналізуючи характер проходження дівчатами з ПК першої стадії етапу формування психосексуальних орієнтацій, слід зауважити, що затримка у формуванні платонічного лібідо і його неадекватна реалізація пов'язані, перш за все, з особливостями ставлення дівчат до представників протилежної статі. Дівчата або протистоять хлопцям, змагаючись з ними, або проявляють байдужість, знову змушуючи їх відчувати себе на більш низькому ступені. Можна припустити, що подібне ставлення до представників протилежної статі ґрунтується на конфліктних взаєминах з батьком, засвоєння неадекватних материнських моделей взаємин із протилежною статтю. Так Філіпс Тайсон та Роберт Тайсон стверджують, що «... роль батька надає надзвичайно важливий вплив на почуття жіночності у дівчинки, що формується» [208, с. 312]. А за зауваженням E.L. Abelin батьки однієї статі з дитиною набувають значення «еталона-моделі» для формування взаємин із протилежною статтю [209, с. 94].

Другу стадію етапу формування психосексуальних орієнтацій – формування еротичного лібідо – супроводжує поява еротичних фантазій і сновидінь, інтерес до фільмів, літератури сексуально-еротичного характеру, демонстрація протилежній статі своєї фізичної привабливості, участь у еротичних іграх з однолітками, побачення з хлопцями, які супроводжуються поцілунками, пестоцями та інше.

У дівчат з ПК на цій стадії першими з'являються сновидіння еротичного характеру, які готують ґрунт для виникнення усвідомлених думок еротичного порядку – фантазій, мрій, які в свою чергу дають можливість отримати необхідну

інформацію, підготуватися до нового рівня взаємовідносин з протилежною статтю. Однак у хворих дівчат знову спостерігається дисгармонійне проходження першої фази зазначеної стадії. Сновидіння еротичного порядку з'являються у 41,4% дівчат з ПК в 10-11 років, що збігається за віком з дівчатами КГ. Однак у останніх це спостерігається у 78% випадків. У 35,4% дівчат з ПК такі сновидіння починають з'являтися лише у 14-15 років, у чому вони значно відстають від здорових дівчат. Та ж картина спостерігається і з фантазіями еротичного характеру. У частини дівчат з ПК (56,6%) вони виникають в 11-12 років, а у частини (24,2%) в 14-15-річному віці, у той час як у 89% здорових дівчат початок еротичних фантазій зафіксовано у віці 10-11 років. При цьому сновидіння і фантазії еротичного порядку у дівчат, які страждають на ПК, не виражені: *«... у сні та в фантазіях все відбувається не зі мною, частіше з незнайомими, дорослими людьми», «... це набір картинок не про мене»*. Еротичні сновидіння і фантазії, як правило, у хворих дівчат мають однаковий сюжет, але перші «більш сміливі». Зустрічаються випадки, коли у дівчат присутні еротичні сні, але немає еротичних фантазій, тільки платонічні. Тобто ми можемо говорити про витіснення думок еротичної спрямованості. Це може підтверджуватися і ставленням дівчат до своїх снів і фантазій еротичного характеру: *«Еротичні фантазії – це погано, намагаюся відкидати подібні думки. Сон поки бачу - приємний. Але коли я прокинусь, стає незручно перед самою собою»* або *«Еротичні фантазії бувають рідко, потім мені соромно за них...»*. У дівчат з ПК, в яких перші еротичні сновидіння та фантазії з'являються у 14-15 років, вони носять інших характер. По-перше, дівчата є головними героїнями своїх снів та мрій. По-друге, партнер, який обирається, як правило, є дорослим чоловіком (знайомим або незнайомим). Прикладом може стати розповідь дівчини 15 років: *«У своїх еротичних фантазіях, я завжди уявляю свого сусіда. Він дорослий, розумний, добре ставиться до мене, вміє спілкуватися. З однолітками такого не відчуваєш. Іноді він мені й сниться, хоча за ці еротичні сновидіння та фантазії мені потім буває соромно»*. Сусід старше дівчини на 18 років, одружений, має двох дітей. Таким чином, у цих дівчат сні та фантазії еротичного порядку пов'язані зі старшими, недоступними чоловіками і також супроводжуються почуттям провини й соромом.

Можна припустити, що уявний чоловік насправді є проекцією батька, зв'язок з яким бажаний і не можливий – неадекватний вихід з едіпальної фази [210]. Непрямим доказом цього може послужити і аналіз снів-жахів, які сняться 25,2% дівчат, що страждають на ПК, приблизно з 6-7-річного віку. Характерними для цієї групи дівчат є сни такого порядку: *«Мені часто сняться змії, яких я дуже боюся. Іноді сон стає більш розгорнутим - мені сниться змія, яка заповзає до мене в ліжку. Я її викидаю, а вона знову заповзає. На тлі цього я чомусь бачу обличчя батька. Дуже страшно. Прокидаюся вся у холодному поту»*. Подібний сон може свідчити про наявність потягу до батька [40, 210], який з одного боку витісняється, а з іншого вимагає реалізації.

Інтерес до фільмів та книг сексуально-еротичної спрямованості у дівчат з ПК виникає у віці 11-12 років, що характерно і для КГ. Однак у останніх він спостерігається у 100% випадків, а у хворих дівчат в 43,5% випадків (що значно нижче по відношенню до здорових дівчат). Крім того, згідно з даними інтерв'ю, якщо у здорових дівчат перегляд фільмів й читання літератури такого порядку викликає посилення інтересу, збільшення частоти фантазій еротичного характеру, а головне пов'язані з позитивними емоціями, то у дівчат з ПК це супроводжується більшою мірою негативними (або амбівалентним) емоціями і знижує частоту еротичного фантазування. Прикладом може стати наступний вислів, який відображає загальну думку дівчат даної групи: *«Еротичні фільми намагаюся не дивитися – совість не дозволяє»* або *«Книги еротичного характеру не читаю. А якщо у книгах про любов трапляються еротичні сцени, намагаюся пропускати ці сторінки або прочитую їх дуже швидко, не вдумуючись – соромно якось»*.

Що стосується тих зустрічей, побачень, де можлива реалізація еротичного лібідо через поцілунки, пестоці, то у дівчат з ПК їх відсоток значно нижче (44,4%) у порівнянні з КГ, як і частота прояву. Однак, для хворих дівчат характерна більш рання поява побачень, що супроводжуються поцілунками й пестощами. Так, якщо у 68% дівчат КГ в 13-14 років мав місце перший поцілунок і вже у середньому через рік (з 14-15-річного віку) 73% здорових дівчат переходили на побачення зі «справжніми» поцілунками, однобічними (з боку хлопця) або взаємними

пестощами, то у дівчат з ПК такого перехідного етапу не спостерігається. У дівчат, страждаючих на ПК, все зливається – вони входять в сексуальну активність цього порядку вже з 13-14 років. І не тому, що готові до еротичних взаємин із протилежною статтю, хочуть їх, а для того «... щоб бути як всі», «... бути не гірше за інших», тому що «тільки так можна привернути увагу хлопців». Звідси такий низький відсоток дівчат, які схильні до двосторонніх обійм і пестощів під час побачень (29,3%).

Вище сказане свідчить про те, що дівчата з ПК не готові до реалізації еротичного лібідо, але вступають у взаємини еротичного характеру. Як наслідок, їхні відносини з представниками протилежної статі можна розглядати як «суб'єкт-об'єктні», де хлопець виступає в ролі об'єкта, а жіночність, привабливість, у свою чергу, стають для дівчат лише інструментами для залучення уваги об'єкта.

Дівчата, які страждають на ВОМ, на першій стадії етапу формування психосексуальних орієнтацій – формуванні платонічного лібідо – виявляють у 95,5% випадків інтерес до протилежної статі, який виникає в середньому у 10-річному віці. У віці 10-11 років у 100% випадків виникає бажання подобатися хлопцям. Як і у випадку з дівчатами з ПК все це значно відрізняє, страждаючих на ВОМ, від КГ – спостерігається затримка у формуванні платонічного лібідо на першій фазі. При наявному інтересі до представників протилежної статі, бажання подобатися дівчата з ВОМ відчують неоднозначні почуття до хлопців. Деякі, цікавлячись протилежною статтю, одночасно розглядають її представників у якості суперників. Наприклад, за словами однієї з дівчат *«Хлопцям простіше жити, їм завжди щастить – вони можуть бавитися, бути неслухняними, їм все пробочається. Їх більше люблять!»*. Інша дівчина має звичку демонструвати хлопцеві свою «круту вдачу», таким чином, несвідомо задаючи питання: *«А така я тобі все одно буду подобатися?»*. Дівчина перевіряє почуття хлопця і одночасно провокує розставання – страх перед відносинами сильніше, ніж бажання бути разом. Серед дівчат з ВОМ можна виділити й іншу групу – тих, хто «ховається», «тікає» від представників протилежної статі, відчуючи при цьому інтерес та сильне бажання подобатися їм. Так, наприклад, одна дівчина коментує свої взаємини з представниками



протилежної статті: *«Хлопці мені подобаються, але я ніколи не показую, страждаю мовчки – просто мені страшно, раптом нічого не вийде...»*. Інша дівчина стверджує: *«Доки не закохалася остаточно, треба бігти, щоб не було боляче, коли хлопець сам тебе кине ...»*. Ще одна дівчина уникає спілкування з хлопцями: *«... якимось чином не виходить спілкуватися, я навіть не знаю про що з ними говорити. А якщо хтось сам до мене підійде, відчуваю себе незатишно і безглуздо, намагаюся швидко позбутися співрозмовника, навіть якщо він і дуже подобається»*. Наведені приклади свідчать про те, що дівчата настільки невпевнено почувають себе у жіночій ролі, що вважають за краще уникати стійких контактів з представниками протилежної статті, можливості прояву свого інтересу, почуттів до них. Подібне ставлення може визначатися особливостями взаємин дівчат з батьком. Як зауважують ряд авторів [128, 211, 212], дистанційований, холодний батько своїм ставленням позбавляє доньку можливості навчитися у подальшому приймати любов, дозволяти представникам протилежної статі любити себе. А витіснена образа на батька може проектуватися на хлопців у вигляді суперництва, що доходить до відкритої агресії [210, 212].

Що стосується фантазій, сновидінь, інтересу до фільмів, книг платонічної спрямованості, то у дівчат, які страждають на ВОМ, ці новоутворення починають з'являтися приблизно у віці 11-12 років. При цьому їх появу відзначають далеко не всі (76,1% дівчат фантазують і лише 39,8% – бачать сни платонічного характеру, романтичному сюжету фільмів та книг надають перевагу тільки 22,7%). Це в значній мірі відрізняє хворих дівчат від КГ, де повсюдно відзначається поява зазначених новоутворень приблизно в 9-10-річному віці і частота їх прояву вища, ніж у групі дівчат з ВОМ. Крім того, характер фантазій та сновидінь платонічної спрямованості також має відмінності у різних групах. Здоровим дівчатам властиво фантазувати, бачити сни більшою мірою про тих хлопців, які їм подобаються на сьогоднішній день. Безумовно, мають місце і фантазії *«Про майбутню щасливу родину, дітей, кар'єру»*, та все ж фантазії й сновидіння у дівчат КГ наближені до реальності. Що стосується дівчат, які страждають на ВОМ, то в них спостерігається протилежна картина – фантазії та сновидіння відірвані від реальних подій їхнього життя, і багато

чого в них присвячено удосконаленню свого власного образу. Так більшість дівчат у фантазіях бачать себе принцесами або королівнами, дуже докладно описуючи при цьому свій зовнішній вигляд: *«... я красива принцеса з довгим, кучерявим, білявим волоссям. Я живу у замку, де багато тварин і всі люди дуже добрі. Принц, який до мене залицяється, дуже ніжний, турботливий і сміливий ...»*. Поряд з подібними фантазіями у дівчат з ВОМ можуть виникати фантазії «про доросле життя», де вони є *«дорослими, незалежними, вільними, сильними жінками, які здатні самотійно долати різні труднощі...»*. Це підкріплюється і вибором книг, кінофільмів, які у дівчат з ВОМ пов'язані з подоланням катастроф, трагічних подій, хвороб та інше. У той час як дівчата КГ обирають книги та фільми з більш оптимістичним сюжетом, наповненим романтичними стосунками з представниками протилежної статі, а не спільним подоланням будь-якої трагічної ситуації. Такий дисонанс демонструє подвійну позицію дівчат з ВОМ: *«Хочу бути красивою, ніжною, слабкою, щоб про мене піклувалися. І в той же час прагну бути сильною, незалежною»*. Така позиція підтверджує розглянуте вище припущення про те, що у дівчат з ВОМ спостерігається швидше відхід від жіночності, ніж її формування. Це може пояснюватися наявністю у дівчат конфлікту з материнським інтроєктом. За зауваженнями багатьох авторів, в цьому випадку ускладнюється процес ідентифікації з матір'ю, і, як наслідок, прийняття жіночності [2, 10, 49, 212, 213, 214, 215, 216].

Таке проходження першої фази формування платонічного лібідо (виробка установки) визначає неадекватну його реалізацію. Так дівчата, страждаючі на ВОМ, помітно відстають від КГ у плані реалізації своїх платонічних бажань. Лише 55,7% дівчат з ВОМ дозволяють собі загравання, кокетство з хлопцями і відзначається це у віці 11 років. Перші зустрічі, побачення, що супроводжуються рукостисканнями, безневинними обіймами, починаються приблизно з 12-річного віку та характерні лише для 47,7% дівчат. І, як було вказано вище, найчастіше побачення носять конфліктний характер, оскільки дівчата або змагаються з хлопцями, або залишають їх, несвідомо провокуючи розставання. Це є своєрідним захистом перед страхом бути покинутою, приниженою ними. Крім того, як і у дівчат з ПК, перша і друга

фази формування платонічного лібідо починаються одночасно (в 11-12 років), що не може сприяти його адекватній реалізації.

Таким чином, у дівчат з ВОМ спостерігається затримане формування та закріплення платонічного лібідо, що знаходить своє відображення на наступній стадії формування психосексуальних орієнтацій – формуванні еротичного лібідо.

Дівчата, страждаючі на ВОМ, значно менше у порівнянні зі здоровими, цікавляться художніми творами та фільмами сексуально-еротичної спрямованості. Так, не дивлячись на те, що подібний інтерес у хворих дівчат виникає у тому ж віці, що й у КГ – 11-12 років, він спостерігається лише у 22,7% дівчат. Це пояснює і слабо представлені у дівчат, які страждають на ВОМ, сновидіння та фантазії, що носять еротичну спрямованість. Так, сновидіння еротичного характеру у дівчат з ВОМ відрізняються низькою частотою прояву і відзначаються лише у 47,7% випадків, що є значно низьким показником у порівнянні з КГ (подібні сновидіння характерні для 78% здорових дівчат). За віком появи еротичних сновидінь дівчата з ВОМ, відстають від КГ в середньому на 1 рік. Крім того, характер відносин дівчат до подібних сновидінь носить швидше негативний відтінок: «... мені за них незручно», «Я не дуже себе добре почуваю після них...».

Що стосується еротичного фантазування, то спостерігається приблизно така ж картина. Якщо, як вказувалося вище, у КГ фантазії, що включають до себе обійми, поцілунки, пестоці, відзначаються вже у 10-11-річному віці у 78% дівчат, то у хворих на ВОМ ми маємо інші показники. Зазначені новоутворення у них помічаються на рік пізніше (з 12-13 років) і притаманні меншому відсотку дівчат - фантазії, що супроводжуються поцілунками, спостерігаються у 63,6% дівчат, а сміливіші еротичні фантазії, де мають місце пестоці – у 13,6% дівчат. Ставлення до фантазій еротичної спрямованості у дівчат з ВОМ також негативне: «... мені за них якось соромно», «... напевно, це неправильно». При цьому, фантазії (як і сновидіння) у дівчат не яскраві, образні, загального порядку та ніякими емоційними і фізичними проявами не супроводжуються, за винятком почуття провини. Слід зазначити, що дівчата, страждаючі на ВОМ, є єдиною групою, у якої в цей віковий період домінують більшою мірою не еротичні фантазії, а мрії про майбутню сім'ю, дітей та

кар'єру – як певні життєві досягнення. Так у переважної кількості дівчат цієї групи основний сюжет такий: *«У мене повинен бути величезний, розкішний будинок, турботливий, ніжний чоловік, на якого завжди можна покластися, не менше двох дітей – хлопчик і дівчинка. При цьому в мене буде успішна кар'єра. Я буду вільною, сильною і незалежною»*. Як і у випадку з дівчатами, що страждають на ПК, спостерігається витіснення думок еротичної спрямованості. Дівчатам, перш за все, виявляється необхідною турбота, опора, соціальна стабільність. Це може бути спровоковано дитячим психотравмуючим досвідом, який заснований на неадекватній взаємодії з батьками (як зазначалося вище). Багато авторів вказують на те, що саме мати може надати донці відчуття «загальної безпеки», можливість відчувати себе потрібною, значущою, навчити любити інших, а батько забезпечує соціальний захист, стабільність, можливість відчувати себе цікавою для представників протилежної статі, приймати їх любов [2, 14, 43, 213, 214, 215, 216, 217]. Незадовільні взаємини з батьками можуть побічно підтверджуватися снами-жахіттями, які мають місце у 39,8% дівчат з 7-8-річного віку. Так, загальним сюжетом снів для багатьох дівчат стає смерть матері або «перетворення її на вампіра» або «чудовиська». Велике число снів-жахів у дівчат з ВОМ пов'язане з нападом на них чоловіків, що може свідчити про наявність внутрішнього конфлікту з батьком. Наприклад: *«У мій будинок увірвався маніяк і кинувся на мене з ножем. Він порізав мені руки і встромив ніж у саме серце. Я прокинулася з сильним болем в руках»*. Сон символізує страх дівчини перед чоловіком. Вона не може контролювати його дії або боїться йому перешкодити, про що свідчать «зранені руки». У той же час, його дії завдають їй глибокий «серцевий» біль. Ілюстрацією загального неблагополуччя дівчат у сімейному середовищі може служити наступний сон: *«Мені з дитинства сняться сни про те, що я заблукала в під'їзді власного будинку, або заходжу в під'їзд, а він виявляється не моїм. Може снитися, що я заходжу в під'їзд свого будинку, сідаю в ліфт, а він возить мене вгору-вниз, але на потрібний поверх не завозить. Іноді ще сниться, що я піднімаюся по сходах до своєї квартири, а вона руйнується піді мною. Тобто всі жахливі сни у мене пов'язані з тим, що я не можу потрапити додому»*.

Як наслідок зі сказаного вище, на наступній фазі формування еротичного лібідо, спостерігатися його неадекватна реалізація: має місце значно низький відсоток дівчат з ВОМ, у порівнянні з КГ, що демонструють представникам протилежної статі свою привабливість (15,9%); низька частота участі в іграх з однолітками, що носять еротико-сексуальний характер; невеликий відсоток дівчат, що бере участь у цих іграх (23,9%). При цьому 79,5% дівчат, які страждають на ВОМ, з 13-14-річного віку ходять на побачення з хлопцями, що супроводжуються поцілунками, пестощами. В той же час у КГ це характерно для 73% дівчат лише з віку 14-15 років. Таким чином, дівчата, страждаючі на ВОМ, у ситуації неготовності до реалізації еротичного лібідо вступають в еротичні взаємини з представниками протилежної статі. Приблизно така ж картина спостерігалася і у групі дівчат з ПК. Однак, якщо основною метою останніх було привернення до себе уваги хлопців з метою маніпулювання ними, то дівчата з ВОМ прагнуть іншого – відчутти себе з одного боку дорослою й сміливою, а з іншого боку отримати прийняття, турботу та любов. Доказом цього може послужити зауваження однієї з дівчат: *«Коли я цілуюся з хлопцем, я відчуваю себе потрібною, коханою. Це дає мені відчуття внутрішньої свободи та сили»*.

Окремо розглянемо третю стадію – формування сексуального лібідо. Ця стадія супроводжується появою сновидінь і фантазій сексуального порядку, початком статевого життя, чергуванням сексуальних ексцесів і періодів абстиненції і мастурбації.

Дані представлені у таблицях 3.4 та Додатку Д вказують на те, що у дівчат з ПК, першими виникають фантазії сексуального характеру в 11-12 років. Однак вони є не виразними та представлені у значно меншого відсотка дівчат в порівнянні з КГ (у 61,6%). З 12-13 років відзначається поява сновидінь сексуального порядку, але вони також характеризуються низькою частотою та спостерігаються у невеликій кількості дівчат з ПК – 49,5%. Той факт, що першими з'являються фантазії, а лише потім сновидіння насторожує, оскільки, за зауваженням ряду авторів, правильним є зворотний порядок: нові фізіологічні потреби, що з'являються, часто нами не усвідомлюються, ми дізнаємося про їх наявність за допомогою сновидінь, а вже

потім, усвідомлюючи неминучість їх наявності, ми фантазуємо та приходимо до їх реалізації [49, 199, 218, 219, 220]. Можна припустити, що у дівчат з ПК тілесні бажання запізнюються, а початок сексуальних фантазій може відбуватися за рахунок інших стимуляторів, наприклад, соціально-психологічного порядку – бути дорослою, привернути до себе увагу, бути краще або, принаймні, не гірше за інших.

Таблиця 3.4

Значимість відмінностей у формуванні сексуального лібідо між дослідницькими групами

Діагностичні ознаки	Кількість дівчат у % та достовірність відмінностей, $\phi$					
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 3	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Фантазії, пов'язані з сексуальною близькістю	61,6	13,6	9	7,14**	2,70**	9,72**
Сновидіння, пов'язані з сексуальною близькістю	49,5	13,6	69	2,17**	2,80**	8,16**
Ставлення до статевої близькості:						
- негативне	32,3	1,1	1	6,79**	7,11**	-
- позитивне	16,2	12,5	56	0,71	6,09**	6,62**
- амбівалентне	33,3	47,7	13	2,0*	3,48**	5,39**
- не визначене	17,2	1,1	29	4,37**	1,99*	6,32**
- байдуже	1	37,6	1	7,62**	-	7,64**
Сексуальна активність:						
- перший поцілунок	66,7	87,5	68	6,93**	0,14	3,26**
- «справжні» поцілунки	69,7	79,5	73	1,54	0,49	1,02
- пестощі	44,4	79,5	73	5,03**	4,13**	1,02
- петинг	15,2	25	1	1,63*	4,22**	5,79**
- мастурбація:	5,1	31,8	76	6,80**	11,6**	6,25**
* негативне ставлення	90	17,1	9	12,3**	13,5**	1,66*
* нейтральне ставлення	5	81,8	67	15,53**	10,3**	2,34**
* позитивне ставлення	5	1,1	24	1,59	4,02**	5,54**
- початок статевого життя	12,1	47,7	67	5,50**	8,40**	2,65**

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; 1 гр. – дівчата, які страждають на ПК; 2 гр. – дівчата, які страждають на ВОМ; 3 гр. – КГ.

Якщо звернути увагу на ставлення дівчат до своїх снів та фантазій сексуального порядку, то ми побачимо, що у деяких дівчат вони супроводжуються

почуттям сорому, неприйняття, «забрудненості», «огиди». Особливо це стосується сновидінь, оскільки їх контролювати не можливо. В інших випадках, дівчата погано пам'ятають свої сновидіння, стверджуючи, що бачать їх рідко та деталей не пам'ятають: *«Усі сни плутані, обривками, обличчя чоловіка не видно...»* або *«Сексуальні сновидіння та фантазії я бачу не зі мною. Це відбувається з іншими, дорослими людьми»*. І в тому, і в іншому випадку спостерігається витіснення своєї сексуальності, неприйняття її. Цей факт підтверджує і загальне ставлення дівчат, страждаючих на ПК, до статевої близькості – домінує негативне й амбівалентне ставлення (по 33,3%). Наведемо декілька прикладів: 1) *«Секс – це огидно і брудно, мені не хочеться про це думати»*; 2) *«Думати про секс – погано, грішно»*. У деяких дівчат більш нейтральне ставлення, наприклад: *«Секс -- це сімейний обов'язок, статеве життя для мене можливе тільки у шлюбі»* або *«Сексуальне життя - це норма, значить треба їй відповідати»*. Такий погляд на сексуальну активність різко відрізняє хворих дівчат від КГ, де домінуючим є позитивне ставлення до сексу (у 58% випадків), далі розміщується невизначене ставлення (29%) і амбівалентне (13%), а негативне взагалі відсутнє.

Форми сексуальної активності, які обираються дівчатами КГ та з ПК, на другій фазі формування сексуального лібідо – фазі реалізації статевого потягу – також значно відрізняються. Так у КГ з 10-11 років 76% дівчат визнають мастурбаційний досвід, який супроводжується у них в 67% випадків нейтральним ставленням, у 24% випадків позитивним, і лише у 9% випадках негативним ставленням. Мастурбація у дівчат, як правило, супроводжується еротичним образним фантазуванням, але не завершується оргазмом. Стан речей змінюється у віковому проміжку 13-14 років, коли рання допубертатна мастурбація змінюється на супроводжувану оргазмом. Але слід зазначити, що оргазм, який досягається при мастурбації, неповноцінний у тому сенсі, що статево задоволення замикається на самому суб'єкті. Таким чином, він позбавлений комунікативного початку, що становить важливий компонент дорослої сексуальності. На думку А.Є. Лічко [221] така підліткова мастурбація відноситься до реакцій, обумовлених сексуальним потягом.

У групі з ПК досвід мастурбації відзначається лише у 5,1% дівчат з 14-15-річного віку. При цьому мастурбаційний процес не супроводжується ні еротичним, ні сексуальним фантазуванням і не завершується оргазмом. Мастурбація відрізняється низькою частотою та у 100% випадків дівчата ставляться до цього досвіду негативно: «... це свого роду збочення, і я відчуваю почуття провини й сорому за свої дії». Як зауважив Г. Блюм «... почуття провини і сорому, пов'язані з мастурбацією, виникають не через неї самої, а скоріше у результаті різних варіантів проходження едіпового комплексу» [220, с. 95]. Таким чином, ми повертаємось до думки про неадекватне проходження дівчатами з ПК едіпальної фази.

Можна припустити, що дівчата у силу свого негативного ставлення до мастурбації та сексуальної активності в цілому, з урахуванням порушення психосексуального розвитку на попередніх етапах, придушують свої сексуальні потяги, або ж останні зовсім не виникають. У будь-якому випадку ми стикаємось із затриманим формуванням сексуального лібідо. У той же час 15,2% дівчат, які страждають на ПК, вдавалися до такої форми сексуальної активності як петтінг з 14-15 років. У КГ подібний досвід відсутній. Крім того, в групі дівчат, що страждають на ПК, початок статевого життя відзначається у віці 14-15 років, хоча і у невеликого відсотка – 12,1. У решти процес переходу до статевого життя з партнером затягується. В КГ у 67% випадків початок статевого життя спостерігається у віці 15-16 років. Ці дані відповідають показникам, зазначеними багатьма авторами – середній вік першої статевої близькості становить 15,9 років [15, 26, 49, 69, 207, 222]. Таким чином, можна бачити, що у дівчат КГ має місце процес підготовки до початку статевого життя за допомогою поетапного «нарощування» сексуальної активності. У дівчат з ПК такої поетапності не спостерігається – практично всі прояви сексуальної активності починаються раніше, ніж у КГ і супроводжуються при цьому негативними реакціями. Такий стан речей свідчить про відсутність необхідності в реалізації статевого потягу через несформованість сексуального лібідо. А застосування різних форм сексуальної активності (нехай і з негативним ставленням до них) здійснюється заради наявності відносин з представниками протилежної статті.



Сформована вище картина проходження дівчатами з ВОМ першої і другої стадії формування психосексуальних орієнтацій, пояснює невідповідність між станом дівчат та їх поведінкою, яка має місце на третій стадії – формування сексуального лібідо. Так, частина дівчат при наявності низької частоти сексуальних фантазій й сновидінь (з 13 років лише у 13,6% дівчат), у більшості своїй негативного ставлення до них, домінування амбівалентного (47,7% випадків) і байдужого (39,8% випадків) відношення до статевої близькості, є досить активною у сексуальній сфері. Наведемо дані: 31,8% дівчат з ВОМ у 13-14 років відзначають мастурбаційний досвід, до якого у більшості своїй відносяться нейтрально; 25% дівчат, страждаючих на ВОМ, практикують петтінг з 14-15 років; 47,7% хворих дівчат з цього ж віку вступають у сексуальні відносини з представниками протилежної статі. У решти дівчат з ВОМ відзначається своєрідне блокування формування сексуального лібідо.

Зазначені факти підтверджують наявність конфлікту у дівчат з ВОМ між небажанням та необхідністю прийняття жіночої ідентичності, що імовірно ґрунтується на конфліктних взаєминах з матір'ю та батьком.

Слід зазначити, що при аналізі психосексуального розвитку дівчат з порушеннями менструальної функції ми спиралися на показники КГ, яка виступала уякості норми. Дані КГ за першими двома етапами психосексуального розвитку відповідали нормативним строкам і темпам розвитку, які представлені у концепції психосексуального дизонтогенеза І.Л. Ботневої, Г.С. Васильченко, та В.М. Маслова [3]. Однак всі новоутворення третього етапу – формування психосексуальних орієнтацій – у дівчат КГ спостерігалися раніше тих вікових норм, які були вказані авторами. Даний факт, мабуть, пов'язаний з більш ранньою соціалізацією сучасних дівчат і з більш раннім формуванням інтересу до представників протилежної статі, початку міжстатевих відносин (чому в першу чергу сприяють засоби масової інформації).

Щоб підвести підсумки особливостей проходження дівчатами, страждаючими на ПК і ВОМ, різних етапів психосексуального розвитку, скористаємось Додатком Е, який узагальнює всі отримані дані.

За вказаними результатами можна бачити, що у дівчат з ПК, при розвитку статевої самосвідомості, яка відповідає їх біологічній статі, має місце недостатнє статеве диференціювання в установках та поведінці. На етапі формування стереотипу статеворольової поведінки у них спостерігаються труднощі при виробці жіночих статеворольових установок (усвідомлення моделей мужності й жіночності), відбувається навчання статеворольовій поведінці протилежної статі при формальній відмові від чоловічої ролі. У зв'язку з цим дівчата виходять на конфлікт між маскулінною статеворольовою орієнтацією та необхідністю прийняття жіночої статевої ролі. Як наслідок, ми спостерігаємо засвоєння і закріплення неадекватних засобів комунікації з особами протилежної статі: суперництва або байдужості як інструментів маніпуляції.

У дівчат з ВОМ при статевої самосвідомості, яка також відповідає біологічній статі, спостерігається недостатнє статеве диференціювання в установках. Надалі це призводить до труднощів при виробці жіночих статеворольових установок, частковому і часом формальному засвоєнню й закріпленню жіночих статевої ролі. Так, при явній фемінінній моделі поведінки, у дівчат має місце мотивація, яка більшою мірою властива чоловічій популяції. Ми стикаємося з виникненням у дівчат, страждаючих на ВОМ, внутрішнього конфлікту між небажанням та необхідністю прийняття жіночої статевої ролі – «відхід від жіночності». Як і у випадку з дівчатами, страждаючими на ПК, відбувається неадекватна побудова взаємин з представниками протилежної статі. Але у хворих на ВОМ вони мають свою специфіку: дівчата або змагаються з хлопцями, або уникають контактів з ними через страх бути покинутою, приниженою, відчуваючи при цьому виражене почуття образи.

Етап формування психосексуальних орієнтацій характеризується у дівчат з ПК «зависанням» на платонічній стадії, що згодом призводить до редукування еротичного та сексуального компонентів лібідо. В цьому випадку спроби побудови еротичних і сексуальних взаємин з хлопцями пояснюються неусвідомлюваним бажанням дівчат привернути до себе увагу протилежної статі з метою маніпулювання її представниками. Так ми стикаємося з наявністю конфліктних

відносин з батьком та засвоєння неадекватних материнських моделей взаємин із представниками протилежної статі. А виникнення почуття провини й сорому, що супроводжують еротичну і сексуальну активність, можна пояснити результатом неблагополучного проходження дівчатами едіпальної фази.

На етапі формування психосексуальних орієнтацій у дівчат, які страждають на ВОМ, також має місце «зависання» на платонічній стадії, редукування еротичного компонента лібідо, а сексуальний виявляється практично несформованим. Однак, ряд дівчат вступають в еротичні та сексуальні відносини з представниками протилежної статі для того, щоб відчувати себе сміливою, дорослою, або отримати прийняття, опіку (хоча й ілюзорну). Почуття провини й сорому, які при цьому виникають, проєктуються на хлопців, яких ставлять у позицію винуватців. Вочевидь, це ґрунтується на конфліктних взаєминах з батьками: проблемах у процесі ідентифікації з матір'ю та травматичних відносинах з батьком, що не дає можливості дівчатам впевнено почувати себе у жіночій ролі.

Що стосується дівчат КГ, то ми можемо зафіксувати відносно нормативне, без істотних відхилень, проходження етапів психосексуального розвитку: своєчасне усвідомлення своєї статевої приналежності, достатнє статеве диференціювання в установках та поведінці, безконфліктне прийняття жіночої статевої ролі, своєчасне формування платонічного та еротичного лібідо. Що стосується формування сексуального компонента лібідо, то згідно з даними, у більшості дівчат він є скороченим до елементарних проявів. Однак на думку Г.С. Васильченко, В.І. Здравомислова, Д.Н. Ісаєва, В.Є. Кагана, А.М. Свядоца, та інших [3, 5, 20, 41, 70, 197] у представниць жіночої статі затримка або зупинка розвитку на платаніко-еротичній стадії є нормою.

Таким чином, у дівчат з порушеннями менструальної функції можна виділити загальні особливості психосексуального розвитку: 1) затримка психосексуального розвитку (порушення темпів тастроків); 2) порушення етапності й фазності розвитку (застрявання на одній з фаз, випадання фаз); 3) тенденція до максимальної затримки на етапі формування психосексуальних орієнтацій, що обумовлює стабільне збереження психосексуального інфантилізму; 4) зростання процесу дисоціації між

окремими компонентами лібідо; 5) розвиток трансформацій статеворольової поведінки.

Г.С. Васильченко зі співавторами вважають, що затримки психосексуального розвитку є одним з варіантів асинхроній психосексуального розвитку – несвоечасного становлення сексуальності [3]. На думку багатьох авторів у якості основних причин асинхроній психосексуального розвитку виступають соматичні, психічні та соціальні фактори [1, 3, 8, 9, 11, 41, 62, 65, 223]. Так, за етіологією та патогенезом виділяють соматогенні, психогенні й соціогенні ретардації психосексуального розвитку [1, 62].

Соматогенні є найскладнішими у питаннях корекції та в більшості своїй обумовлені порушеннями ендокринної системи – мають біологічну основу.

Психогенні затримки психосексуального розвитку можуть бути пов'язані з порушеннями загального психічного розвитку, патохарактерологічним розвитком особистості.

Ретардація психосексуального розвитку соціогенної природи найчастіше базується на неправильному статевому вихованні, коли сексуальна активність дискредитується в очах дітей. На думку В.В. Кришталя зазначені ретардації «... являють собою прості асинхронії та рідко зустрічаються у чистому вигляді» [62, с. 725]. Найчастіше мають місце поєднані асинхронії, коли затримка становлення сексуальності пов'язана зі взаємодією двох-трьох факторів. При поєднанні порушення соматосексуального розвитку з затримкою (або випередженням) психосексуального розвитку, мова йде про складні асинхронії [1, 62].

На підставі сказаного можна зробити висновок, що у хворих на ПК і ВОМ асинхронії психосексуального розвитку є поєднаними, оскільки затримка становлення сексуальності переважно пов'язана з комбінованою взаємодією двох факторів: соціального і психологічного. Зроблені висновки вимагають більш ретельного вивчення тих психогенних та соціогенних чинників, які призводять як до асинхронного психосексуального розвитку, так і до деформацій особистості дівчат з порушеннями менструальної функції в цілому.

### 3.2 Особливості статеворольової сфери дівчат-підлітків, які страждають на ПК і ВОМ

Необхідність аналізу порушень менструальної функції у статеворольовому контексті пов'язана з тим, що:

- ✓ по-перше, на думку багатьох авторів, статеворольова сфера є базовою структурою особистості, яка визначає різні аспекти благополуччя: соціальне, психічне та соматичне [6, 89, 114, 224, 225, 226, 227, 228].
- ✓ по-друге, мають місце свідчення про те, що дисбаланс статеворольової структури та порушення функції статеворольових утворень можуть ставати предрисуючим фактором формування й розвитку психосоматичних розладів. А оскільки ПК і ВОМ є ендокринозалежними порушеннями гінекологічної сфери та, відповідно до ствердження ряду авторів, відносяться до психосоматичної патології [116, 140, 141, 169, 225], то можна припустити предрисуючу роль порушень статеворольової сфери і в етіології даних розладів;
- ✓ по-третє, результати аналізу особливостей проходження дівчатами з ПК і ВОМ етапів психосексуального розвитку демонструють перші значущі порушення саме на етапі формування стереотипу статеворольової поведінки, що в подальшому може призводити і до більш значних деформацій, які позначаються на формуванні всієї особистості [62, 129, 229].

Статеворольова сфера особистості представлена симптомокомплексом М/Ф і, як наслідок, порушення у цій сфері можуть стосуватися наступних його аспектів:

- 1) структурних характеристик М/Ф;
- 2) рівневих характеристик М/Ф;
- 3) особливостей міжрівневих зв'язків М/Ф утворень.

Як було зазначено вище, на сьогоднішній день можна виділити три структурні моделі, що описують статеворольову сферу особистості: континуально-альтернативну, континуально-ад'юнктивну та андрогінну. Перші дві моделі відображають незрілу структуру М/Ф симптомокомплексу раннього пубертатного

періоду. Починаючи з періоду статевої сегрегації відбувається підготовка до розщеплення утворень М/Ф: континуально-альтернативна статеворольова модель у хлопців і континуально-ад'юнктивна у дівчат в 15-16 років змінюються на андрогінну (ортогональну) модель [89], в якій М/Ф утворення стають незалежними. Зріла андрогінна структура одночасно є інтегрованою та диференційованою, що дозволяє розглядати її як складну. При цьому функцію інтеграції зрілого статеворольового симптомокомплексу виконують ідеал- утворення М і Ф.

Відомо також, що дослідження М і Ф можливо здійснювати на трьох рівнях: соціогенному (або рівні Я-концепції), біогенному та поведінковому. Таким чином, при описі статеворольової сфери дівчат з порушеннями менструальної функції доцільно спиратися на рівневий розподіл М/Ф утворень, вивчення конкордантності/дискордантності симптомокомплексу М/Ф на різних рівнях його функціонування, і на виявлення статеворольової моделі особистості.

### **3.2.1 Рівнева організація симптомокомплексу М/Ф у дівчат з порушеннями менструальної функції**

Для виявлення особливостей рівневого розподілу М/Ф утворень, конкордантності/дискордантності симптомокомплексу М/Ф на різних рівнях його функціонування (соціогенному, поведінковому та біогенному) у дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції, використовувалася психодіагностична карта О.С. Кочаряна [89, 110, 230]. Соціогенні рівень сімптомокомплексу М/Ф діагностували за допомогою ACL шкали А.В. Нейлбрун. Методикою діагностики поведінкового рівня стала шкала m/f ПДО, в основі якої лежить соціально-нормативна концепція М/Ф, що має такий зміст: активність-пасивність, соціальність-егоцентризм. Біогенний рівень симптомокомплексу М/Ф діагностували за допомогою психосексуальної пропорції Dur-Moll з методики L. Szondi.

На першому етапі у кожній з досліджуваних груп було встановлено процентне співвідношення типів статеворольової ідентичності по кожному рівню М/Ф симптомокомплексу (таблиці 3.5, 3.6). Цей аналіз був проведений у двох вікових

групах (молодших і старших підлітків), оскільки саме ці періоди розвитку можуть відображати незавершеність розвитку статеворольової сфери. З таблиці 3.5 можна бачити, що у дівчат першої вікової групи, які страждають на ПК, на соціогенному рівні переважають фемінінний (45,1%) та андрогінний (39,2%) типи, проте ці показники не відрізняють їх від дівчат з контрольної групи. В цілому ця ситуація відображає засвоєння соціально бажаних рис для дівчат.

Таблиця 3.5

Рівневий розподіл М/Ф утворень у дівчат першої вікової групи

Рівні М/Ф симптомокомп- лексу / Типи статеворольової ідентичності		Частота в %		Значимість відмінностей, φ	Частота в %		Значимість відмінностей, φ
		ПК n=49	КГ n=50		ВОМ n=40	КГ n=50	
Соціогенний	М	-	6	-	-	6	-
	Ф	45,1	34	1,14	55	34	2,00*
	А	39,2	48	0,89	47,5	48	0,04
	Н	15,7	12	0,54	2,5	12	1,84*
Поведін- ковий	М	73,6	38	3,8**	11	38	3,06**
	Ф	26,4	62	3,8**	89	62	3,06**
Біогенний	М	78,4	64	1,6*	57,5	64	0,63
	М!	2	12	2,09*	25	12	1,6*
	Ф	21,6	36	1,6*	42,5	36	0,63
	Ф!	3,9	12	1,55	2,5	12	1,84*

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; φ – критерій кутового перетворення Фішера; А – андрогінний тип; М – маскулінний тип; Ф – фемінінний тип; Н –

недиференційований у статеворольовому відношенні; M! – коефіцієнт  $M = 100\%$ ; Ф! – коефіцієнт  $\Phi = 100\%$ .

У дівчат з ПК на соціогенному рівні спостерігається відсутність маскулінного типу статево-рольової ідентичності, що вказує на заперечення маскулінних характеристик на рівні Я-концепції. При цьому на інших рівнях: поведінковому та біогенному у дівчат, які страждають на ПК, значно виражені показники маскулінності (відповідно 73,6% і 78,4%), в той час як у КГ на поведінковому рівні домінують показники фемінінності, а на біогенному – фемінінний тип представлений значно частіше. Це дозволяє говорити про наявність у дівчат з ПК межрівневої неузгодженості (дискордантності): поведінкова маскулінність спирається на біогенну (глибинну) маскулінність, але на рівні Я-концепції вона не приймається, і дівчата оцінюють себе як фемінінних. При цьому в КГ молодших підлітків відзначається конкордантність рівнів M/Ф: на соціогенному рівні дівчата демонструють «андроґінний» (48%) та «фемінінний» типи (34%), а також мають значимо високі показники фемінінності на поведінковому рівні. Також для цих дівчат властива виражена біогенна маскулінність (64%), але в той же час, можна припускати, що вона компенсована (відповідно до описаного у роботах О.С. Кочаряна механізму міжрівневої компенсації [111, 231]). Це означає, що люди, які мають виражені маскулінні (або фемінінні) характеристики на біогенному рівні, можуть виявляти фемінінні (або маскулінні) риси на поведінковому рівні та на рівні статево-рольової ідентичності (соціогенному).

Дівчата першої вікової групи, які страждають на ВОМ, значно частіше, у порівнянні з КГ, оцінюють себе як фемінінних (55%) та у 45% – як андроґінних на соціогенному рівні M/Ф. При цьому, як і у дівчат з ПК, у них відзначається заперечення власної маскулінності на рівні Я-концепції (0%). Крім того, на відміну від інших досліджуваних груп, для дівчат з ВОМ характерна чітка статеві ідентичність – у групі не представлений недиференційований тип. Тенденція до фемінізації відзначається і на поведінковому рівні. У дівчат феміну поведінку відзначено у 89% випадків, що значно відрізняє їх від групи контролю. Біогенний



рівень у дівчат, що страждають на ВОР характеризується домінуванням маскулінності, причому 25% дівчат мають яскраво виражену маскулінність ( $M = 100\%$  за шкалою Dur-Moll L. Szondi). Цей факт відрізняє дівчат з ВОР від здорової групи і тих, що страждають на ПК. Виходячи з аналізу рівневого розподілу М/Ф утворень, можна говорити про дискордантність рівнів М/Ф симптомокомплексу у дівчат з ВОР: їх біогенна маскулінність не має можливості для реалізації на рівні Я-концепції та в поведінці, що може призводити до внутрішніх конфліктів та її «витиснення» у інші психічні сфери.

Далі розглянемо дані, отримані у групі підлітків 15-17 років.

Таблиця 3.6

Рівневий розподіл М/Ф утворень у дівчат другої вікової групи

Рівні М/Ф симптомокомп- лексу / Типи статеворольової ідентичності		Частота в %		Значимість відмінно-стей, Ф	Частота в %		Значимість відмінно-стей, Ф
		ПК n=50	КГ n=50		ВОР n=48	КГ n=50	
Соціогенний	М	-	-	-	6,3	-	-
	Ф	23,5	26	0,29	41,6	26	1,64*
	А	76,5	70	0,73	45,8	70	2,45**
	Н	-	4	-	6,3	4	0,51
Поведін- ковий	М	62	20	4,43**	19,8	20	0,03
	Ф	38	80	4,43**	80,2	80	0,03
Біогенний	М	82,4	42	4,33**	54,2	42	1,23
	М!	5,9	12	1,08	16,7	12	0,66
	Ф	17,6	58	4,33**	45,8	58	1,23
	Ф!	-	8	-	-	8	-

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ;  $\phi$  – критерій кутового перетворення Фішера; А – андрогінний тип; М – маскулінний тип; Ф – фемінінний тип; Н – недиференційований у статеворольовому відношенні; М! – коефіцієнт  $M = 100\%$ ; Ф! – коефіцієнт  $\Phi = 100\%$ .

Незважаючи на те, що у другій віковій групі у дівчат з порушеннями менструальної функції особливості межрівневого розподілу М/Ф утворень схожі з першої віковою групою, слід зазначити ряд моментів, що їх відрізняють. Так для групи з ПК на соціогенному рівні характерно збільшення кількості дівчат, які оцінюють себе як андрогінних (76,5%). При цьому спостерігається заперечення маскулінних характеристик на рівні Я-концепції. Такі ж показники відзначаються і в КГ. Високий відсоток «андрогінних» дівчат-підлітків може пояснюватися, по-перше, віковими змінами, завершенням розщеплення утворень М/Ф в 15-16 років – на тлі інтенсивного функціонування ендокринної системи спостерігається зростання бажання у дівчат подобатися хлопцям, в нормі проявляючи при цьому жіночі форми поведінки та пригнічуючи чоловічі; формування еротичного та сексуального лібідо (1 фаза), вибір об'єкта потягу. По-друге, це може бути наслідком інтроєкції маскулінних цінностей, прийнятих у європейській культурі [80]. О.С. Кочарян стверджував, що культурні норми жіночої поведінки є «штучними», відзначав існування розриву між глибинною, біогенною фемінінністю та її презентацією на рівні Я-концепції [110]. Однак, якщо у КГ андрогінний тип узгоджується з переважаючою поведінковою і біогенною фемінінністю, то в групі з ПК на поведінковому рівні залишається домінантною маскулінність (62%), а на біогенному рівні спостерігається значне збільшення відсотка дівчат з маскулінними характеристиками (82,4%).

У дівчат групи ВОМ також домінує андрогінний тип (45,8%), однак він зустрічається значно менше, ніж в КГ (70%). При цьому показники фемінінності значно частіше представлені (41,6%) у порівнянні зі здоровими підлітками (26%). З урахуванням високої поведінкової фемінінності, можна стверджувати, що жорстка лінія «фемінізації», відзначена ще у першій віковій групі, представлена і в другій.

Андрогінна спрямованість дівчат з ВОМ, мабуть, спирається на біогенну маскулінність (54,2% дівчат, з яких 16,7% мають  $M = 100\%$  за шкалою Dur-Moll L. Szondi, а виражену фемінінність – 0%) і тому, як компенсація, спостерігаються гіперфемінінні поведінкові реакції.

На другому етапі було проаналізовано межрівневий зв'язок утворень М/Ф (інакше кажучи, соціогенного, поведінкового та біогенного рівнів М/Ф). На малюнках 3.1, 3.2 і 3.3 представлені відповідні кореляційні плеяди по кожній з досліджуваних груп підлітків. Для математичної обробки використовувався коефіцієнт кореляції Кендалла.

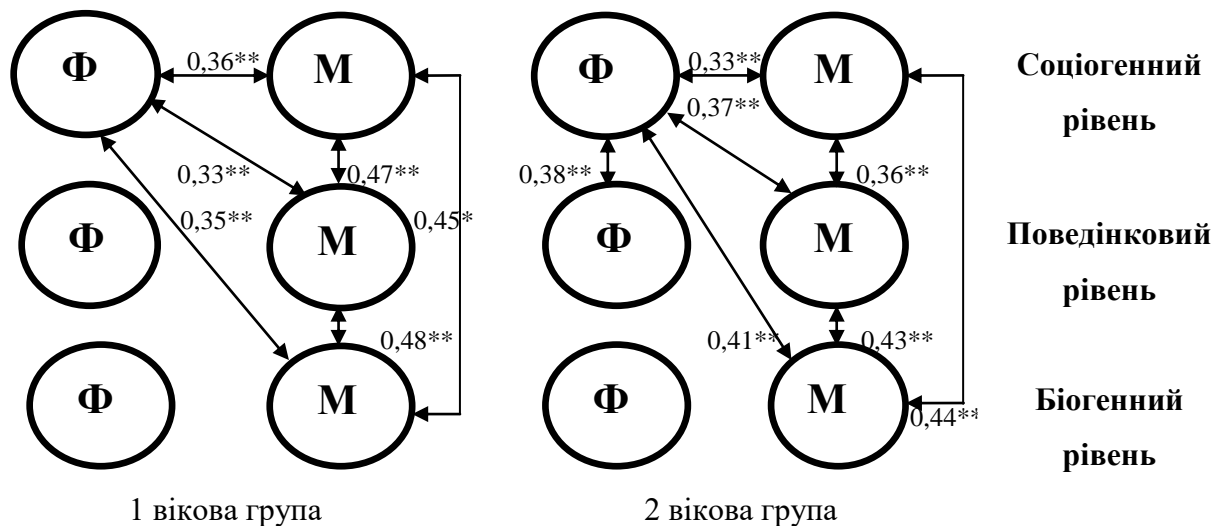


Рис. 3.1. Кореляційні плеяди взаємозв'язку різних рівнів симптомокомплексу М/Ф у 1-й та 2-й вікових групах дівчат з ПК

З рисунку 3.1 можна бачити, що в групі молодших підлітків з ПК зв'язок М- і Ф- утворень на соціогенному рівні позитивний, що відображає континуально-ад'юнктивну модель і є віковою нормою. Ця модель має позитивні кореляційні зв'язки з поведінковою маскулінністю ( $\tau = 0,47$ ), а також і біогенною ( $\tau = 0,45$ ). Природно на біогенному рівні має місце негативний значущий зв'язок між утвореннями маскулінності й фемінінності, що обумовлено біполярною моделлю, яка є основою психосексуальної пропорції Dur-Moll. Однак, оскільки ці зв'язки не

мають діагностичного змістовного значення, а відображають модель маскулінності-фемінінності, то ми не включали їх у малюнок і в обговорення. Таким чином, статеворольова Я-концепція (і маскулінна і фемінінна складові) цих дівчат спирається на поведінкову і біогенну маскулінність. Можна припускати, що дівчата стають «заручницями» біогенної маскулінності як найбільш глибинного рівня М/Ф-симптомокомплексу, рамками якої обмежуються як фемінінна і маскулінна Я-концепція, так і статеворольова поведінка. Цю статеворольову структуру можна позначити як недиференційовану, коли відносини між окремими рівнями симптомокомплексу М/Ф жорстко детерміновані.

Друга вікова група за структурою міжрівневих зв'язків всередині симптомокомплексу М/Ф значних відмінностей не має. У дівчат цієї групи лише додається позитивна кореляція фемінінних характеристик поведінкового і соціогенного рівнів. Це підтверджує вище викладене припущення про те, що будучи «глибинно» маскулініними, дівчата заперечують наявність маскулінінних характеристик на рівні образу «Я» і своєї поведінки. А це, у свою чергу, є свідченням міжрівневої дискордантності.

Далі розглянемо групу дівчат з ВОМ (рис. 3.2).

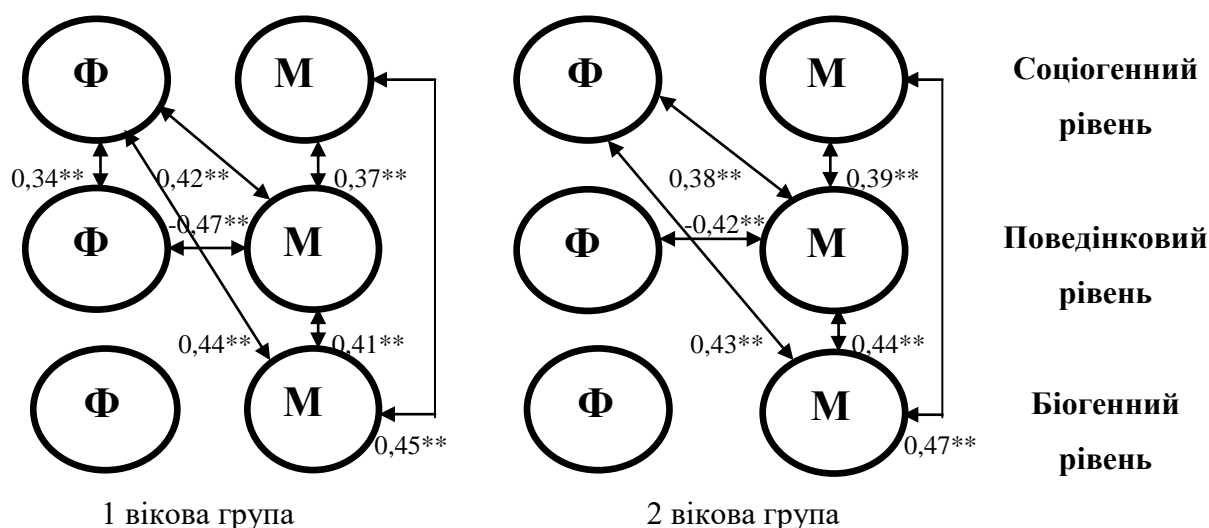


Рис. 3.2. Кореляційні плеяди взаємозв'язку різних рівнів симптомокомплексу М/Ф у 1-й і 2-й віковій групах дівчат з ВОМ

З рисунку 3.2 можна бачити, що в обох вікових групах Ф і М-утворення рівня Я-концепції є незалежними один від одного, що свідчить про андрогінну модель, а на поведінковому рівні взагалі є взаємовиключними, що відображає завершення етапу статевої сегрегації і появу протиставлення «типово чоловічої» та «типово жіночої» поведінки. На біогенному рівні також має місце негативний зв'язок між утвореннями М/Ф, що обумовлено біполярною моделлю, яка є основою психосексуальної пропорції Dur-Moll, і не була включена у малюнок та обговорення.

При цьому, як і у випадку з дівчатами, що страждають на ПК, спостерігається досить жорстка статеворольова структура, детермінована біогенною маскулінністю. Особливістю дівчат з ВОМ є вираженість фемінінної складової в Я-концепції, що може бути трактовано як механізм компенсації первинної біогенної маскулінності. Також протиставлення маскулінності й фемінності на поведінковому рівні може свідчити про поведінкові механізми компенсації біогенної маскулінності. Так, із спостереження було відзначено, що дівчата зазначеної групи дотримуються поведінкових патернів, що відповідають псевдонормативній моделі статеворольової поведінки жінок: підкреслена пасивність, підпорядкованість, самовіддача, мазохістичні нахили, пасивізм та інше. Як зазначалося вище (у розділі 3.1.2., в описі особливостей проходження дівчатами з ВОМ етапу формування стереотипу статеворольової поведінки), така поведінка обумовлена не бажанням, але необхідністю, зобов'язанням прийняття жіночої статевої ролі.

Таким чином, представлену структуру міжрівневих зв'язків всередині симптомокомплексу М/Ф у дівчат, які страждають на ПК і ВОМ, можна охарактеризувати як не артикульовану, ригідну, що не дозволяє окремим рівням симптомокомплексу проявити відносну свободу. Цей факт значною мірою ускладнює засвоєння особистістю адаптивних гендерних ролей. Спільною особливістю, яка спостерігається в двох групах дівчат з порушеннями менструальної функції, є переважання на біогенному рівні маскулінної складової, яка по суті, визначає функціонування інших рівнів статеворольової сфери особистості.

У літературних джерелах є вказівки на те, що людина, по суті, є вільною у своїй поведінці від «... константних структур особистості» [111, с. 24-25], що її поведінка може відповідати ситуації, навіть якщо вона суперечить її особистісним особливостям («Феномен ситуації і ситуативного обумовлення поведінки людей»). У цьому випадку з'являється можливість для компенсації одного рівня іншим, відходу від жорсткої детермінації між окремими рівнями симптомокомплексу М/Ф. Такий варіант можна спостерігати при аналізі межрівневого зв'язку утворень М/Ф у групі соматично здорових дівчат-підлітків, які представлені на рис. 3.3.

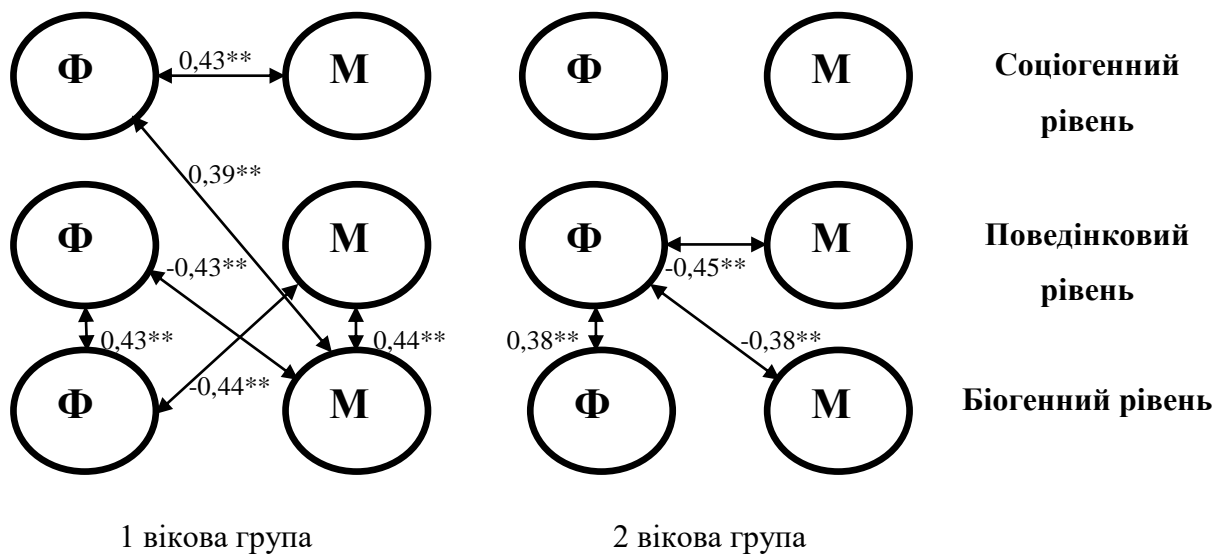


Рис. 3.3. Кореляційні плеяди взаємозв'язку різних рівнів симптомокомплексу М/Ф у 1-й і 2-й віковій групах дівчат КГ

Як можна бачити з рисунку 3.3 у першій віковій групі зв'язок М/Ф утворень соціогенного рівня у здорових дівчат позитивний, що характерно для періоду раннього пубертату. Позитивна кореляція також відзначається між Ф-утвореннями поведінкового та біогенного рівнів і М-утвореннями цих же рівнів. Як і в попередніх групах, ми не розглядаємо негативну кореляцію М і Ф біогенного рівня, яка є відображенням біполярної моделі. Це вказує на узгодженість поведінкового і біогенного рівнів М/Ф симптомокомплексу в КГ – поведінкова реалізація жіночих і чоловічих ролей спирається на генетичні, гормональні аспекти фемінінності і маскуліності. При цьому можна бачити, що біогенна маскуліність перебуває у

зворотньому, негативному взаємозв'язку з поведінковою фемінінністю, як і біогенна фемінінність з поведінковою маскулінністю. Є цікавою позитивна кореляція фемінінності соціогенного рівня і біогенної маскулінності у дівчат КГ. Вочевидь, прийняття жіночих характеристик як якостей у здорових дівчат відбувається за допомогою особистісної компенсаторики при первинній маскулінності. У цілому, міжрівневі зв'язки всередині симптомокомплексу М/Ф у першій віковій КГ відрізняються (у порівнянні з групами хворих дівчат) більшою диференційованістю та артикульованістю.

У другій віковій групі спостерігається: а) відсутність зв'язку між М/Ф утвореннями соціогенного рівня, що відповідає їхній віковій категорії; б) відсутність зв'язків між біогенною, поведінковою та соціогенною маскулінністю; в) відсутність зв'язків між біогенною маскулінністю та фемінінністю соціогенного рівня; г) домінуюча поведінкова фемінінність спирається на біогенну, що забезпечує узгодженість цих рівнів симптомокомплексу; д) М/Ф утворення у рамках поведінкового рівня, так само як і біогенного, взаємовиключають один одного. Відсутність лінійних зв'язків між рівневими утвореннями симптомокомплексу М/Ф вказують на те, що між ними можуть існувати відносини багатозначних зв'язків. А це, в свою чергу, надає можливість для міжрівневої компенсації. Такий стан речей дозволяє дівчатам більш гнучко адаптуватися до різних гендерних ролей, адекватним тій чи іншій ситуації. Як наслідок, у дівчат КГ спостерігається рольова гнучкість і широкий діапазон гендерно-специфічної поведінки.

### **3.2.2 Характеристика внутрішньоструктурних зв'язків М і Ф утворень у дівчат з порушеннями менструальної функції**

Характер внутрішньоструктурних зв'язків М/Ф утворень визначають модель організації симптомокомплексу М/Ф: континуально-альтернативну, андрогінну та континуально-ад'юнктивну [110]. Наявність тієї чи іншої моделі статевої ролі сфери особистості визначає рівень її зрілості, нормативний шлях розвитку або той, що відхиляється від норми, особливості функціонування особистості у різних

сферах. При цьому, спираючись на зауваження О.С. Кочаряна [111] про те, що андрогінна та континуально-ад'юнктивна моделі функціонують тільки на соціогенному рівні симптомокомплексу, вивчалися взаємозв'язки М і Ф показників статевої ролі шкали А.В. Нейлбрун (яка діагностує статевою ролі «Я-концепцію» особистості).

У таблиці 3.7 представлені коефіцієнти кореляцій М і Ф параметрів у дівчат з порушеннями менструальної функції в двох вікових групах.

Таблиця 3.7

Зв'язок М/Ф утворень в різних вікових групах дівчат-підлітків,  
які страждають на ПК і ВОМ

Дослідницькі групи	ПК		ВОМ	
	Дівчата 13-14,5 років (n = 49)	Дівчата 15-17 років (n = 50)	Дівчата 13-14,5 років (n = 40)	Дівчата 15-17 років (n = 48)
Рівень зв'язку, $\tau$	0,36**	0,33**	0,19	0,16

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ;  $\tau$  - коефіцієнт кореляції Кенделла.

Як можна бачити з таблиці 3.7, у першій віковій групі дівчат-підлітків, які страждають на ПК, зв'язок М/Ф утворень значно позитивний, що характерно для континуально-ад'юнктивної статевої ролі моделі. Тобто має місце нерозщеплена внутрішня єдність мужності та жіночності в структурі особистості дівчат цієї групи. Тобто, чим вище фемінінність, тим вище й маскуліність, ці дві структури взаємно підсилюють одна одну. Ця модель є нормативною для дівчат даного віку і являє собою незрілу структуру симптомокомплексу раннього пубертату. О.С. Кочарян зазначає, що єдність М і Ф утворень в рамках цієї моделі є суперечливою: з одного боку, дівчата негативно оцінюють, критикують представниць своєї статі, переоцінюючи чоловічу; з іншого – дівчата приймають стереотипи, моделі поведінки, характерні для жіночого простору [111, 232]. Як зазначалося вище, починаючи з періоду статевої сегрегації, має спостерігатися початок підготовки до розщеплення М/Ф утворень. У цей час дівчата хочуть подібатися представникам



протилежної статі, проявляють жіночі форми поведінки та пригнічують чоловічі. І вже до 15-16 років розщеплення М і Ф структур завершується - спостерігається перехід до зрілої андрогінної статеворольової моделі, коли між М/Ф показниками виникають відносини незалежності. Однак, у другій віковій групі дівчат, які страждають на ПК, ми спостерігаємо ту ж статеворольову модель, що і в першій віковій групі – континуально-ад'юнктивну. Цей факт (згідно зауваженням О.С. Кочаряна) вказує на те, що розвиток статеворольової сфери дівчат з ПК відбувається з відхиленням від очікуваного рівня зрілості, що свідчить про незрілість структури М/Ф симптомокомплексу [109, 111]. При цьому дані по КГ (1-а вікова група – 0,42 \*\*; 2-а вікова група – 0,19) відповідають нормативному шляху формування моделей організації симптомокомплексу М/Ф.

Що стосується першої та другої вікових груп дівчат, які страждають на ВОМ, тут можна бачити відсутність зв'язку між М і Ф утвореннями – взаємини М і Ф представлені андрогінною статеворольовою моделлю. Як зауважив О.С. Кочарян, незважаючи на те, що андрогінна статеворольова модель в нормі формується до 15-16 років, у ранньому пубертатному періоді можливо спостерігати неадекватні статеворольові моделі [111]. Так, О.С. Кочарян та Н.І. Трикоза зіткнулися зі схожим випадком: у хлопців-підлітків з порушеним ліпідним обміном була виявлена андрогінна статеворольова модель. Цей феномен був позначений ними як «прискорення становлення зрілих відносин у рамках М/Ф-симптомокомплексу» і зв'язувався з рядом особливостей індивідуального розвитку підлітків [89, с. 32]. Пошук відповіді, чому у дівчат, які страждають на ВОМ, у період раннього пубертату М і Ф утворення проходять етап становлення в «розірваному режимі», швидше за все, повинен здійснюватися у плоскості батьківських взаємин та їхнього впливу на статеворольову сферу дитини проблемна ідентифікація з матір'ю; емоційно закриті взаємини з батьком (або їх відсутність); дистанційні, «холодні» взаємини між батьками, коли відсутні можливості для формування адекватної статеворольової поведінки. Такий стан речей призводить до недостатнього диференціювання, вивчення й закріплення жіночих статеворольових установок при усвідомленні моделей мужності й жіночності. Це підтверджується зазначеними

вище результатами аналізу проходження дівчатами з ВОМ етапів психосексуального розвитку: ще на I етапі психосексуального розвитку було відзначено, що при адекватній статевій самосвідомості має місце недостатнє диференціювання в установах, пов'язаних зі статевою приналежністю, акцент дівчатами робився на статевих відмінностях у сфері поведінки; на II етапі спостерігалися труднощі у виробці, вивченні й закріпленні жіночих статеворольових установок, при усвідомленні моделей мужності та жіночності.

У таблиці 3.8 представлені види статеворольових моделей дівчат різних груп, відзначена їх адекватність віковому періоду.

Таблиця 3.8

Варіанти статеворольових моделей в різних групах дівчат-підлітків

ПК1	ПК2	ВОМ1	ВОМ2	КГ1	КГ2
континуально-ад'юнктивна	континуально-ад'юнктивна	андрогінна	андрогінна	континуально-ад'юнктивна	андрогінна
<i>адекватна модель</i>	<i>неадекватна модель</i>	<i>неадекватна модель</i>	<i>адекватна модель</i>	<i>адекватна модель</i>	<i>адекватна модель</i>

Проведений аналіз особливостей організації статеворольової сфери дівчат-підлітків, які страждають порушеннями менструальної функції у порівнянні з КГ, дозволяє стверджувати:

- В структурі симптомокомплексу М/Ф виявлена дискордантність М і Ф характеристик на різних рівнях його організації. В наслідок цього, статеворольову структуру особистості дівчат з порушеннями менструальної функції можна охарактеризувати як внутрішньо суперечливу. Так, у хворих на ПК відмічена інфляція жіночності на рівні Я-концепції при наявності вираженої біогенної і поведінкової маскулінності. У дівчат, які страждають на ВОМ, при вираженій біогенної маскулінності відзначається гіперфемінінна поведінка та фемінінність на рівні Я-концепції. Все це вказує на міжрівневу неузгодженість М/Ф утворень і наявність статеворольового конфлікту всередині особистості.

- Виявлено недиференційованість, недостатнє артикулювання міжрівневих зв'язків М/Ф утворень, що стає причиною статеворольового дисбалансу всередині особистості, призводить до ригідності статеворольової поведінки, складнощів засвоєння широкого гендерного репертуару ролей, неадекватного образу-Я.

- Старшим підліткам з ПК і молодшим з ВОМ властива наявність неадекватних статеворольових моделей, що не відповідають віковим нормам. У дівчат з ПК зберігається інфантильна структура соціогенного рівня симптомокомплексу М/Ф, пердставлена континуально-ад'юнктивною моделлю, а андрогінна статеворольова модель залишається несформованою. У дівчат, які страждають на ВОМ, відзначено наявність андрогінної статеворольової моделі у більш ранньому віці, що відображає прискорення формування статеворольової зрілості.

- Результати дослідження демонструють наявність статеворольової трансформації у дівчат, які страждають на ПК і ВОМ. Це, в свою чергу, дозволяє припускати, що наведені захворювання можуть ставати формою псевдорозв'язання конфлікту в статеворольовій сфері, проте конкретний пояснювальний механізм ще підлягає уточненню. Загальною закономірністю, яка простежується в обох групах дівчат з порушеннями менструальної функції є наявність вираженої маскулінності біогенного рівня, а також несформованість фемінінних утворень на всіх рівнях симптомокомплексу М/Ф. Групу дівчат з ПК відрізняє жорстка детермінація біогенною маскулінністю поведінкового рівня та Я-концепції, що значно обмежує як поведінковий репертуар, так і включення в Я-образ жіночих уявлень про себе. Групу дівчат з ВОМ характеризує наявність гіперфемінінності на поведінковому рівні та на рівні Я-концепції як механізму компенсації щодо домінування біогенної маскулінності. При цьому засвоєння жіночності відбувається шляхом «повинності», «зобов'язання» відносно прийняття жіночої статевої ролі.

- Соматично здорові дівчата з КГ характеризується більшою диференціацією міжрівневих зв'язків всередині симптомокомплексу М/Ф, що забезпечує відносну свободу їх поведінковому репертуару, робить дівчат більш гнучкими в засвоєнні

різних гендерних ролей. Наявні моделі організації симптомокомплексу М/Ф у здорових дівчат відповідають віковим нормам.

Зроблені висновки дають можливість стверджувати, що статеворольові девіації особистості впливають на формування порушень менструальної функції.

Оскільки статеворольова сфера є однією зі сфер особистості, закономірним є питання розгляду структури особистості дівчат-підлітків в цілому, та виявлення можливих відхилень у її функціонуванні при наявності таких захворювань як ПК і ВОМ.

### **3.3. Особистісний профіль дівчат-підлітків, які страждають порушеннями менструальної функції**

Підлітковий вік є найбільш дисгармонійним і суперечливим у порівнянні з іншими віковими періодами розвитку особистості. Гетерохронність розвитку на внутрішньоіндивідуальному та на міжособистісному рівнях є найважливішою рисою цього періоду та обумовлює основні протиріччя підліткової психології [233, 234, 235, 236, 237]. Саме в підлітковому віці відбувається завершення формування характеру, самосвідомості, так званого «каркаса» особистості на тлі найпотужнішої гормональної перебудови організму, спостерігається бурхливий психосексуальний розвиток та актуалізація потреби у статеворольовій ідентифікації [11, 234, 235]. Особливості перебігу цього періоду життя підлітка накладають відбиток на всі подальші періоди життя, визначаючи також й роботу однієї з кардинальних біологічних функцій – репродуктивної.

Відповідно до сучасних уявлень, в етіології порушень менструальної функції у підлітковому віці поряд з особливостями конституції, інфекційними та вірусними захворюваннями, патологією антенатального періоду, мають значення і психогенні чинники [226, 116, 59, 238]. Цей факт свідчить про те, що репродуктивне здоров'я людини не є вільним від психічної регуляції, так само, як і інші форми прояву життєдіяльності. Таким чином, особистісний «грунт» може ставати патогенетичним, предрисуючим щодо формування й розвитку гінекологічної патології, зокрема

порушень менструальної функції. Для вивчення особистісних особливостей дівчат-підлітків з ПК і ВОМ, які можуть виступати у якості можливих внутрішніх умов для розвитку й перебігу захворювань, використовувалася методика багатофакторного дослідження особистості Р. Кеттелла. На підставі отриманих результатів були побудовані особистісні профілі дівчат, які страждають на ПК, ВОМ і КГ дівчат (3.4, 3.5, 3.6, 3.7). Нижче на рис. 3.4 представлені особистісні профілі молодших дівчат-підлітків з ПК і дівчат з КГ.



Рис. 3.4. Особистісні профілі дівчат-підлітків 13-14,5 років з ПК і КГ

Примітка: фактори особистості: MD – «адекватна - неадекватна самооцінка»; A – «замкнутість - товариськість»; B – «інтелект»; C – «емоційна стабільність - нестабільність»; E – «підпорядкованість - домінантність»; F – «стриманість - експресивність»; G – «низька - висока нормативність поведінки»; H – «боязкість - сміливість»; I – «жорсткість - чутливість»; L – «довірливість - підозрілість»; M – «практичність - мрійливість»; N – «прямолінійність - дипломатичність»; O – «спокій - тривожність»; Q1 – «консерватизм - радикалізм»; Q2 – «конформізм - нонконформізм»; Q3 – «низький - високий самоконтроль»; Q4 – «розслабленість - напруженість».

Слід зазначити, що при побудові профілів були використані сирі показники. Автори, які брали участь в адаптації форми С методики Р. Кеттелла, відзначають відсутність необхідності переведення сирих оцінок у стени [190]. Вони керувалися тим, що при порівнянні вибірок, оцінки яких виражені у стенах, відбувається нівелювання результатів, зменшується розкид даних, що ускладнює їх інтерпретацію. При підрахунках відмінностей між групами використовувався t-критерій Ст'юдента (таблиця 3.9).

Таблиця 3.9

Достовірність відмінностей особистісних особливостей дівчат-підлітків, які страждають на ПК і КГ 13,5-14 років

Фактори особистості	Середні значення в групах		Значення t-критерію Ст'юдента
	ПК	КГ	
MD «адекватність самооцінки»	6,71	8,02	2,87**
B «інтелект»	3,41	4,66	2,80**
C «емоційна стабільність - нестабільність»	6,16	7,94	3,16**
E «підпорядкованість - домінантність»	4,95	6,68	3,33**
F «стриманість - експресивність»	5,64	6,92	2,94**
G «нормативність поведінки»	6,75	7,72	2,58*
H «боязкість - сміливість»	6,39	8,00	3,42**
I «жорсткість - чутливість»	5,67	7,24	3,57**
L «довірливість - підозрлість»	4,65	3,94	2,09*
N «прямолінійність - дипломатичність»	5,68	5,01	1,99*
Q1 «консерватизм - радикалізм»	5,41	7,44	3,80**
Q3 «низький - високий самоконтроль»	5,54	7,06	3,45**
Q4 «розслабленість - напруженість»	5,43	4,58	2,56*

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; в таблицю винесені тільки значущі відмінності (повний розрахунок у Додатку Ж).

З таблиці 3.9 і Додатку Ж можна бачити, що профілі особистості дівчат з ПК і КГ мають достовірні відмінності практично за всіма особистісним факторам: MD, B, C, E, F, H, I, Q1, Q3 ( $p \leq 0,01$ ) та за факторами G, L, N, Q4 ( $p \leq 0,05$ ). Винятком стали фактори A, M, O, Q2, які вказують на: високий рівень товарищкості в обох групах, легкість встановлення безпосередніх, міжособистісних контактів; середні значення щодо показників «практичність-мрійливість», «спокій-тривожність»; виражений конформізм, залежність від думки і вимог групи, низьку самостійність. Ці дані узгоджуються з віковими особливостями дівчат-підлітків [36, 61].

Дамо узагальнену характеристику особистісного профілю дівчат першої вікової групи, які страждають на ПК, у порівнянні з КГ. Для цього скористаємося алгоритмом інтерпретації профілю особистості, запропонованим О.М. Капустіною і Л.В. Мургулец [190]. Для зручності інтерпретації автори виділили такі блоки особистісних характеристик: соціально-психологічний (екстраверсія-інтраверсія, комунікативні властивості); емоційний; інтелектуальний; самооціночний.

Відповідно до цього дівчата з ПК характеризуються відкритістю в міжособистісних контактах, здатністю до безпосереднього спілкування, зберігаючи при цьому певну стриманість та обережність у прояві своїх почуттів й емоцій. М'якість, податливість, поступливість у комунікаціях, конформізм, несамостійність і нерішучість у прийнятті рішень, емоційна чутливість, особистісна тривожність поєднуються у них з проникливістю іноді хитрістю, умінням знаходити вихід зі складних ситуацій. Незважаючи на зовнішню відкритість, дівчатам властива загальна спрямованість на свій внутрішній світ.

Що стосується інтелекту, то у дівчат, страждаючих на ПК, спостерігається невисока оперативність мислення, власне як і невисокий рівень загальної культури та ерудиції. Має місце критичність та консерватизм щодо прийняття нового. При цьому соціальна нормативність, емоційно значуща відповідальність за свою поведінку, самодисципліна і самоконтроль емоцій утворюють у дівчат своєрідний симптомокомплекс, що забезпечує їх адекватною самооцінкою.

У той же час дівчата КГ характеризуються відкритістю, товарищкістю, активністю у встановленні як міжособистісних контактів, так і соціальних, без

властивого дівчатам з ПК застереження на стриманість та обережність у прояві своїх почуттів. У поведінці КГ виявляються експресивність, імпульсивність, соціальна сміливість, схильність до ризику (що притаманне підліткового віку), готовність до вступу в нові групи, до лідерства. Вони спрямовані назовні, на людей, що демонструє екстравертивну установку дівчат. Виявляючи конформність, приймаючи загальноприйняті моральні правила й норми, дівчата зберігають незалежність в ухваленні рішень та прямолінійність по відношенню до людей, на відміну від двоякої позиції дівчат з ПК – «залежна - обачливо холодна». Тому при високій чутливості, емоційної витонченості, підвищеної тривожності, що властиві цьому віковому періоду, дівчата КГ залишаються емоційно стійкими, впевненими у собі й своїх силах, адекватно сприймаючими дійсність. Розвинений вольовий компонент, помірний контроль за своїми емоціями та поведінкою забезпечують КГ поведінкову врівноваженість, емоційну зрілість і, як наслідок, можливість бути лідерами. Інтелектуальні характеристики особистості дівчат КГ відрізняються оперативністю й рухливістю мислення, високим рівнем загальної культури. У них розвинена аналітичність, загальний інтерес, прагнення до вільнодумства та радикалізму.

Далі розглянемо особистісні профілі дівчат другої вікової групи з ПК і КГ (рис. 3.5).

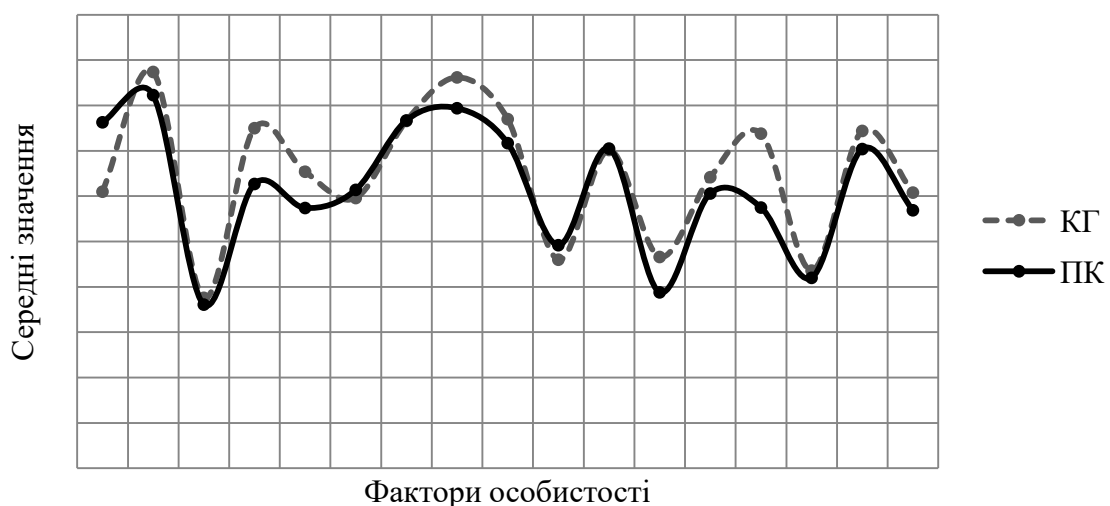


Рис. 3.5. Особистісні профілі дівчат-підлітків 15-17 років з ПК і КГ

Примітка: фактори особистості: MD – «адекватна - неадекватна самооцінка»; А – «замкнутість - товаришність»; В – «інтелект»; С – «емоційна стабільність -



нестабільність»; E – «підпорядкованість - домінантність»; F – «стриманість - експресивність»; G – «низька - висока нормативність поведінки»; H – «боязкість - сміливість»; I – «жорсткість - чутливість»; L – «довірливість - підозрілість»; M – «практичність - мрійливість»; N – «прямолінійність - дипломатичність»; O – «спокій - тривожність»; Q1 – «консерватизм - радикалізм»; Q2 – «конформізм - нонконформізм»; Q3 – «низький - високий самоконтроль»; Q4 – «розслабленість - напруженість».

Результати обчислення значущості відмінностей між даними групами надані у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Достовірність відмінностей особистісних особливостей дівчат-підлітків, які страждають на ПК і КГ 15-17 років

Фактори особистості	Середні значення в групах		Значення t-критерію Ст'юдента
	ПК	КГ	
MD «адекватність самооцінки»	7,63	6,10	2,81**
C «емоційна стабільність - нестабільність»	6,27	7,50	2,98**
E «підпорядкованість - домінантність»	5,74	6,54	2,07*
H «боязкість - сміливість»	7,94	8,62	1,99*
I «жорсткість - чутливість»	3,88	4,66	1,99*
Q1 «консерватизм - радикалізм»	5,75	7,38	3,36**

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; в таблицю винесені тільки значущі відмінності (повний розрахунок у Додатку Ж).

Характеристиками особистісного профілю, що вирізняють дівчат з ПК другої вікової групи від дівчат з КГ стають:

- переоцінка своїх можливостей, самовпевненість;
- надмірна прямолінійність, що межує з безтактністю, безпосередність, емоційність, відсутність проникливості, невміння аналізувати наслідки своїх дій;

- більш низька емоційна стабільність з мінливим настроєм, нестійкістю в інтересах;
- схильність до залежності, поступливості, спостерігається нестійка соціальна позиція;
- обережність, підвищена чутливість до будь-якої загрози у взаємодії з оточуючими, надання переваги індивідуальному стилю діяльності;
- консервативність щодо власних установок і планів, опір всьому новому.

Таким чином, дівчата з ПК другої вікової групи характеризуються як екстравертовані, відкриті, але водночас стримані у встановленні соціальних контактів, у виборі партнера по спілкуванню. Прямолинійність і грубуватість, імпульсивність і нестабільність у своїй соціальній позиції у дівчат з ПК поєднуються із залежністю від чужої думки. Вони обережні й критичні, побоюються нового і не довіряють оточуючим, внаслідок чого, намагаються спиратися тільки на себе і, як наслідок, переоцінюють власні сили – неадекватно завищена самооцінка. Їх внутрішня суперечливість по відношенню до себе та оточуючих стає свідченням наявності внутрішнього конфлікту, раннього психотравмуючого досвіду.

Рис. 3.6 демонструє особистісні профілі дівчат молодшої вікової групи з ВОМ і КГ, а результат обчислення значущості відмінностей наведено в таблиці 3.11.

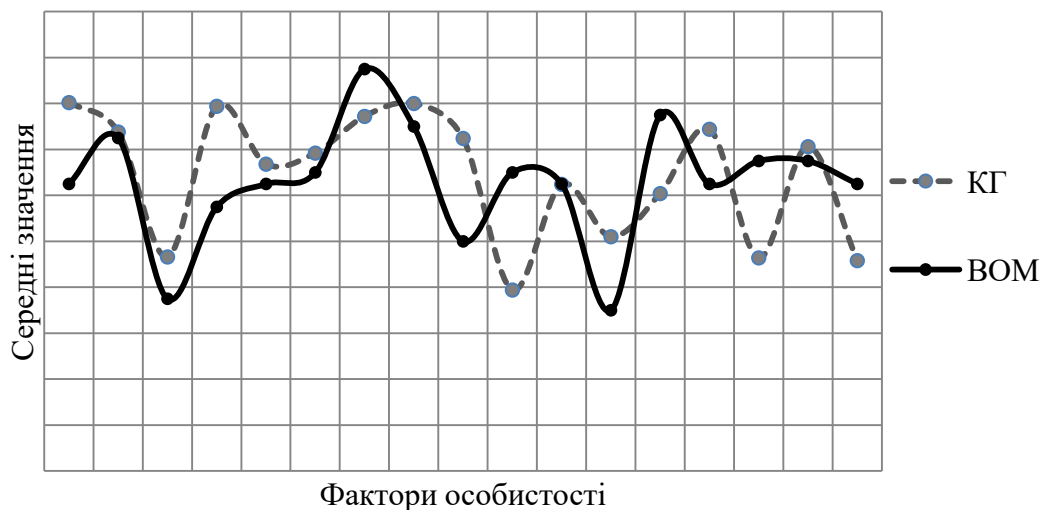


Рис. 3.6. Особистісні профілі дівчат-підлітків 13-14,5 років з ВОМ і КГ.

Примітка: фактори особистості: MD – «адекватна - неадекватна самооцінка»; A – «замкнутість - товариськість»; B – «інтелект»; C – «емоційна стабільність - нестабільність»; E – «підпорядкованість - домінантність»; F – «стриманість - експресивність»; G – «низька - висока нормативність поведінки»; H – «боязкість - сміливість»; I – «жорсткість - чутливість»; L – «довірливість - підозрілість»; M – «практичність - мрійливість»; N – «прямолінійність - дипломатичність»; O – «спокій - тривожність»; Q1 – «консерватизм - радикалізм»; Q2 – «конформізм - нонконформізм»; Q3 – «низький - високий самоконтроль»; Q4 – «розслабленість - напруженість».

Таблиця 3.11

Достовірність відмінностей особистісних особливостей дівчат-підлітків, які страждають на ВОМ і КГ 13,5-14 років

Фактори особистості	Середні значення в групах		Значення t-критерію Ст'юдента
	ВОМ	КГ	
MD «адекватність самооцінки»	6,25	8,02	3,47**
B «інтелект»	3,75	4,66	2,06*
C «емоційна стабільність - нестабільність»	5,75	7,94	3,78**
G «нормативність поведінки»	8,75	7,72	2,69**
I «жорсткість - чутливість»	5,00	7,24	2,54*
L «довірливість - підозрілість»	6,50	3,94	4,01**
N «прямолінійність - дипломатичність»	3,50	5,10	3,87**
O «спокій - тривожність»	7,75	6,04	3,99**
Q1 «консерватизм - радикалізм»	6,25	7,44	2,27*
Q3 «низький - високий самоконтроль»	6,75	4,64	3,62**
Q4 «розслабленість - напруженість»	6,25	4,58	3,34**

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; в таблицю винесені тільки значущі відмінності (повний розрахунок у Додатку Ж).

Профілі особистості дівчат з ВОМ і КГ мають відмінності по більшості особистісних факторів: MD, C, G, L, N, O, Q2, Q4 ( $p \leq 0,01$ ) та за факторами B, I, Q1, ( $p \leq 0,05$ ). Винятком стали фактори A, E, F, H, M, Q3. Відповідно до цього дівчата з ВОМ характеризуються екстравертованою спрямованістю. Але має місце базова тривога, настороженість по відношенню до людей. Це пояснює наявність у дівчат таких на перший погляд непеєднуваних особливостей комунікації як м'якість, поступливість з одного боку, і прямолінійність, прагнення до незалежності і навіть протиставлення себе групі, з іншого боку. Розвинуте почуття обов'язку і відповідальності, соціальна нормативність, прагнення до самовдосконалення, дозволяють дівчатам частково нівелювати властиву їм невпевненість, незадоволення собою, тривожність, сумніви й недовірливість.

Таким чином, дівчатам вдається «вирівняти» свою самооцінку. Але, як і в групі дівчат з ПК, адекватність самооцінювання, яку демонструють дівчата з ВОМ, не стає свідченням особистісної зрілості.

Щодо інтелектуальних характеристик особистості дівчат, які страждають на ВОМ, слід відзначити оперативність, рухливість їх мислення, високий рівень загальної культури, ерудованість. Але в той же час для них характерна конкретна уява, критичність, консервативність у нових ситуаціях.

Нижче наведений рис. 3.7, де показано особистісні профілі КГ і дівчат з ВОМ другої вікової групи та таблиця 3.12 з розрахунками достовірності відмінностей.

Дані таблиці вказують на значущі відмінності між групами за такими особистісними факторами: H, Q3 ( $p \leq 0,01$ ) та MD, A, G, I, L, M, Q1, Q2, ( $p \leq 0,05$ ). Таким чином, у хворих ВОМ меншою мірою у порівнянні з КГ виражена соціальна активність, товариськість, пристосовність, готовність до співпраці з іншими. Вони більш обережні, емоційно стримані, а їх сміливість та підприємливість поєднується з підвищеною чутливістю до зовнішніх загроз, настороженістю по відношенню до людей і, як наслідок, автономністю й самостійністю. Також, дівчата з ВОМ більш практичні і схильні орієнтуватися на зовнішню реальність, в той час як КГ поглинена своїми ідеями, внутрішніми ілюзіями, мрійливістю. Дівчата, які

страждають на ВОМ практичні й раціональні, на поведінковому рівні вони більш нормативні, консервативні, не люблять змін.

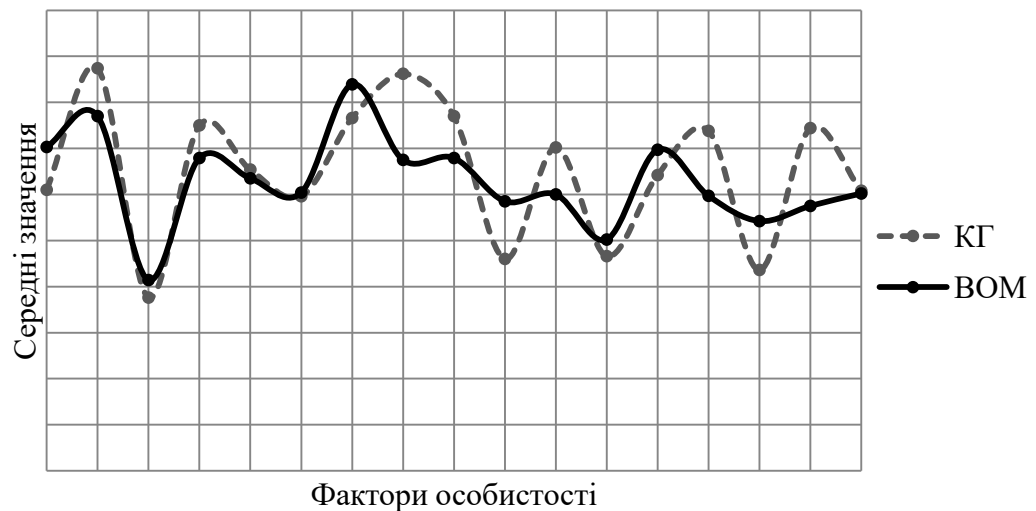


Рис. 3.7. Особистісні профілі дівчат-підлітків 15-17 років з ВОМ і КГ

Примітка: фактори особистості: MD – «адекватна - неадекватна самооцінка»; A – «замкнутість - товаришність»; B – «інтелект»; C – «емоційна стабільність - нестабільність»; E – «підпорядкованість - домінантність»; F – «стриманість - експресивність»; G – «низька - висока нормативність поведінки»; H – «боязкість - сміливість»; I – «жорсткість - чутливість»; L – «довірливість - підозрілість»; M – «практичність - мрійливість»; N – «прямолінійність - дипломатичність»; O – «спокій - тривожність»; Q1 – «консерватизм - радикалізм»; Q2 – «конформізм - нонконформізм»; Q3 – «низький - високий самоконтроль»; Q4 – «розслабленість - напруженість».

Однак у порівнянні з КГ мають більш низькі показники за контролем щодо своїх емоцій та поведінкою, цілеспрямованістю дій, що ставить під загрозу процес формування особистісної зрілості. Підтвердженням тому стає зайва самовпевненість хворих дівчат-підлітків, переоцінка своїх можливостей.

Проте за такими особистісними факторами як B, C, E, F, N, O і Q4 здорові дівчата та страждаючі на ВОМ, збігаються:

Таблиця 3.12

Достовірність відмінностей особистісних особливостей дівчат-підлітків, які страждають на ВОМ і КГ 15-17 років

Фактори особистості	Середні значення в групах		Значення t-критерію Ст'юдента
	ВОМ	КГ	
MD «адекватність самооцінки»	7,03	6,10	1,99*
A «замкнутість - товариськість»	7,70	8,74	2,11*
G «нормативність поведінки»	8,39	7,06	2,59*
H «боязкість - сміливість»	6,75	8,62	3,85**
I «жорсткість - чутливість»	6,79	7,70	2,06*
L «довірливість - підозрілість»	5,85	4,60	2,36*
M «практичність - мрійливість»	6,00	7,02	2,02*
Q1 «консерватизм - радикалізм»	5,97	7,38	2,54*
Q3 «низький - високий самоконтроль»	5,42	4,36	2,61*
Q4 «розслабленість - напруженість»	5,75	7,44	3,25**

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; в таблицю винесені тільки значущі відмінності (повний розрахунок у Додатку Ж).

- володіють розвиненим абстрактним мисленням, досить високим рівнем загальної культури;
- емоційно стійкі;
- прагнуть до домінування, незалежності, в результаті чого можуть бути досить вперті та норовливі (це відповідає особливостям даної вікової категорії);
- можуть бути надмірно прямолінійними;
- в цілому, характеризуються достатньою стресостійкістю та емоційним тонусом.

Підводячи підсумок наведеному масиву даних, можна відзначити, що дівчата, які страждають на ПК і ВОМ, мають специфічну модель індивідуально-

психологічних властивостей особистості, яка значно відрізняє їх від групи здорових дівчат-підлітків за ряду характеристик: соціально-психологічного порядку, емоційного, інтелектуального і самооціночного. В їхніх профілях можна виділити загальні фактори для молодших підлітків з порушеннями менструальної функції, якими є фактори В-, Q1-, MD-, L+, Q4+. Тобто молодші підлітки незалежно від типу порушення характеризуються зниженням інтелектуальних властивостей (більш низьким рівнем інтелекту в цілому, труднощами у засвоєнні нової інформації, пізнавальною ригідністю), зниженою самооцінкою, труднощами комунікативного характеру і внутрішньою конфліктністю.

У групах старших підлітків відмінності з групою контролю за багатьма факторами згладжуються. Відмінними залишаються наступні фактори, загальні для груп старших підлітків з порушеннями менструальної функції: MD+, Q1-, Н. Рівень їхньої самооцінки є неадекватно завищеними (що може бути особистісною компенсаторикою) при збереженні проблем у комунікативних характеристиках (труднощі у встановленні контактів) та емоційно-вольових (внутрішня напруженість).

Також можна виділити специфічні фактори особистості, які властиві дівчатам з певним типом порушення менструальної функції. Дівчата з ПК характеризуються у профілі особистості фактором Е, що означає властиву їм залежність, підпорядкованість та конформізм, а дівчата з ВОМ мають фактор G+, що відображає нормативність, почуття обов'язку.

Таким чином, аналіз даних за профілями особистості дозволяє простежити наявність патогенетичної та/або предриспонуєчої ролі особистісних характеристик у виникненні порушень менструальної функції.

З метою дослідження преморбідних особливостей особистості дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції, було проведено вивчення акцентуєваних особливостей, оскільки відомо, що підлітковий вік є періодом становлення характеру [184, 239]. Саме в цей час формується більшість його типів. При цьому риси типів характеру ще не згладжені, не компенсовані за допомогою життєвого досвіду. Як зауважив А.Є. Лічко «... у підлітковому віці різні психобіотипологічні

варіанти норми щодо характеру виступають найбільш яскраво» [221, с. 96]. Тип акцентуації вказує на найбільш вразливі місця характеру, дозволяючи передбачити чинники, здатні викликати декомпенсацію або психогенні реакції, які ведуть до дезадаптації. Ці фактори накладають свій відбиток на характер перебігу психосексуального розвитку в підлітковому віці, конфігуруючи та видозмінюючи його, що впливає на формування індивідуальної моделі поведінки особистості, у тому числі статевої ролі.

Для визначення типів акцентуації характеру в цьому дослідженні використовувався патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО-2), розроблений А.Є. Лічко [239]. Для судження про достовірність результатів використані показники відвертості та диссімуляції. Також були використані показники психологічної схильності до алкоголізації, показник психологічної схильності до делінквентності та показник мужності/жіночності. У таблицях 3.13, 3.14 представлено відсотковий розподіл типів акцентуації характеру в різних групах дівчат-підлітків, а також показники значущих відмінностей між ними.

Таблиця 3.13

Розподіл типів акцентуації характеру і значущих відмінностей між ними  
у першій віковій групі дівчат

Тип акцентуації	Частота прояву, %			Значимість відмінностей, $\phi$		
	1 гр. (n=49)	2 гр. (n=40)	3 гр. (n=50)	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Гіпертимний	2,04	20,0	44,0	3,00**	5,7**	2,46**
Епілептоїдний	53,1	2,5	14,0	6,17**	4,30**	2,1**
Лабільний	6,1	25,0	14,0	2,56**	1,33	1,32
Лабільно-істероїдний	2,04	20,0	6,0	3,0**	1,03	2,03*
Психастенічний	10,2	25,0	2,0	1,86*	1,82*	3,59**

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; 1 гр. - дівчата, які страждають на ПК; 2 гр. – дівчата, які страждають на ВОМ; 3 гр. – КГ.



В таблицю винесені тільки відмінності, які досягли статистичної значущості (повний варіант розрахунків у Додатку 3).

Згідно з таблицею 3.13 в першій віковій групі дівчат, які страждають на ПК домінує епілептоїдний тип акцентуації. Головною його рисою, згідно А.Є. Лічко [240], є схильність до дисфорії, напруженість потреб, інертність мислення, емоційність. Дисфорії бувають сильні й тривалі. Афект у такому стані може виникнути з будь-якого випадкового приводу, але часто бурхливі емоційні реакції викликаються конфліктами з оточуючими. Емансипація від дорослих у епілептоїдних підлітків, як правило, протікає важко. Цьому сприяють характерні для них владність, непоступливість та егоїзм. Якщо конфлікт призводить до розриву відносин з рідними, проявляються озлобленість і мстивість. У групі однолітків та молодших дітей вони намагаються встановити свої порядки, їх влада тримається на страху слабких. З іншого боку, вони вміють і можуть догодити тому, хто фізично або соціально сильніше. Закоханості епілептоїдних підлітків завжди пофарбовані похмурими тонами ревнощів. Не дивлячись на такі позитивні їх якості як акуратність, пунктуальність, дисциплінованість (при жорстких умовах виховання), епілептоїдний тип характеру є одним з найбільш несприятливих для соціальної адаптації.

У першій віковій групі дівчат, які страждають на ВОМ, домінантними стають лабільний тип акцентуації характеру та психастенічний. Перший відрізняється крайньою мінливістю настрою, який змінюється часто і занадто різко. Від миттєвого настрою залежать самопочуття, сон і апетит, працездатність, товарицькість. При поганому настрої майбутнє підліткам представляється сірим та безперспективним, а минуле здається ланцюгом невдач та несправедливостей, люди, що їх оточують, наділяються масою недоліків. Можливі гострі афективні реакції, неврози і депресії. При цьому почуття та прихильності лабільних підлітків щирі й глибокі, особливо до тих, від кого вони бачать любов і турботу. У них досить велика потреба у співпереживанні. Хороша інтуїція дозволяє їм відчувати ставлення оточуючих. А самооцінка вирізняється щирістю й умінням правильно відзначити риси свого характеру. При цьому типі акцентуації глибоко переживається засудження.

Найважчими ситуаціями виявляються втрата близьких, вимушена розлука з ними, відкидання з боку значущих людей.

Що стосується психастеничного типу акцентуації дівчат з ВОМ, то тут відмітними рисами стають нерішучість, тривожна недовірливість, схильність до самоаналізу та легкість виникнення нав'язливостей (вигадані прикмети і ритуали як захист від постійної тривоги). Самооцінка психастеничних підлітків не відрізняється правильністю та повнотою.

На відміну від дівчат з гінекологічною патологією, в КГ домінує гіпертимний тип акцентуації. Як зауважив А.Є. Лічко [239], він більш притаманний особам підліткового віку і відрізняється майже завжди добрим настроєм, високим життєвим тонусом, активністю, товариськістю, прагненням до лідерської позиції. Гіпертимні підлітки добре адаптуються до нового і частіше мають адекватну самооцінку.

Далі розглянемо дані, отримані в групах старших підлітків (таблиця 3.14).

Таблиця 3.14

Розподіл типів акцентуації характеру і значущих відмінностей між ними у другій віковій групі дівчат

Тип акцентуації	Частота прояву, %			Значимість відмінностей, $\phi$		
	1 гр. (n=50)	2 гр. (n=48)	3 гр. (n=50)	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Епілептоїдний	16	8,3	10	1,18	0,89	0,29
Епілептоїдно-істероїдний	14	2	10	2,3*	0,61	1,75*
Лабільний	8	19	20	1,62*	1,76*	0,12
Лабільно-істероїдний	6	19	26	2,01*	2,87**	0,82
Шизоїдний	2	18,75	2	3,02**	-	3,02**
Істероїдний	24	4,3	2	2,55**	3,7**	1,10

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; 1 гр. – дівчата, які страждають на ПК; 2 гр. – дівчата, які страждають на ВОМ; 3 гр. – КГ.

В таблицю винесені тільки відмінності, які досягли статистичної значущості (повний варіант розрахунків у Додатку 3).

У таблиці 3.14 можна бачити вказівку на те, що епілептоїдна акцентуація, яка була найбільш представленою в молодшій групі дівчат з ПК, доповнюється рисами істероїдної у другій віковій групі. Остання визначається егоцентричною позицією, бажанням уваги у підлітків. Зайве фантазування (аж до відвертої брехливості), спрямоване в них на прикрашення своєї особистості. Емоційність і чутливість є не більше ніж позерством, театральними «переживаннями». Важкими ситуаціями для істероїдних підлітків стають втрата загальної уваги або уваги значущих людей, ображене самолюбство, розвінчана виключність їх особистості. На думку А.Є. Лічко [239, с. 88], в цих випадках з'являються «втеча у хворобу» та спроби позбутися того, на кого переключилася увага. Нерідко використовуються суїцидальні демонстрації, причому засоби самогубства виявляються або безпечними, або розрахованими на швидку допомогу й запобігання. Порушення поведінки часто теж служать цим цілям: раптово починаються випивки, крадіжки, прогули, включення в асоціальну компанію.

У другій віковій групі дівчат, які страждають на ВОМ, як і в КГ, найбільші показники представлені по лабільній та лабільно-істероїдній акцентуаціям. Характеристики лабільного типу були описані вище. Що стосується лабільно-істероїдної акцентуації, то її відносять до так званих амальгамних типів, які формуються протягом життя, і є наслідком «нашарування» рис одного типу на ендогенне ядро іншого [240]. На думку ряду авторів, це відбувається у результаті неправильного виховання чи інших хронічно діючих психогенних факторів, а іноді й внаслідок розвитку гіперкомпенсаторних та псевдокомпенсаторних механізмів [221, 239, 240]. Лабільно-істероїдний тип частіше буває наслідком нашарування істероїдних рис на емоційну лабільність. В описі лабільного та істероїдного типу можна побачити риси подібності. Багата емоційність, хороша інтуїція, деякий егоцентризм об'єднують лабільних підлітків з істероїдними. Але щирість у ставленні до себе і до оточуючих, відсутність навмисної демонстративності у поведінці, здатність до теплої прихильності відрізняє їх від істероїдів. Лабільним підліткам властива також набагато краща самооцінка характеру. І у лабільних, і у істероїдних

підлітків зустрічається також схильність до фантазування. Але фантазії лабільних підлітків позбавлені наміру звернути на себе увагу оточуючих. Це фантазії більш романтичні, швидше ідилічні мрії про звершення надій для себе і своїх близьких. Проте, в деяких випадках істероїдні риси бувають вираженими і під дією психічних травм, у важких ситуаціях афективні реакції та реактивні стани набувають виразного істеричного відтінку.

Слід зазначити, що, незважаючи на наявність однакових типів акцентуації характеру у дівчат з ВОМ і КГ, є і відмінності. Серед дівчат, які страждають на ВОМ, спостерігається досить великий відсоток підлітків (18,75%) з шизоїдною акцентуацією. Підлітки цього типу замкнуті, спілкуванню з однолітками надають перевагу самотності або компанії старших. Можуть бути демонстративно байдужі до спілкування з оточуючими. Не завжди розуміють почуття, переживання, стан оточуючих, не завжди можуть проявити співчуття. Власні почуття також вважають за краще не проявляти. Внутрішній світ таких підлітків багатий лише при високому інтелекті.

Таким чином, у другій віковій групі дівчат з ВОМ спостерігається два типи дівчат: більш соціально адаптованих, орієнтованих на соціальні контакти, досягнення та «одинаків», що вважають за краще вихід з соціального простору і орієнтованих на власний внутрішній світ.

При аналізі показників психологічної схильності хворих дівчат до алкоголізації та делінквентності, в старших групах значущих відмінностей у порівнянні з КГ не виявлено (Рис. 3.8, 3.9).

В молодших групах підлітків відмінності мають місце. Так дівчата з ВОМ демонструють набагато нижчу схильність до делінквентної поведінки, ніж інші. З одного боку, це хороший показник, але з іншого – це свідчення того, що підлітки з ВОМ на поведінковому рівні не схильні виходити за рамки правил, норм, не готові до ризику, що на думку ряду авторів властиво підлітковому віку [61, 130, 184, 241]. Певною мірою це дає можливість підліткам навчатися більш варіативній поведінці, адекватному емоційному реагуванню, сприяє формуванню образу-Я.

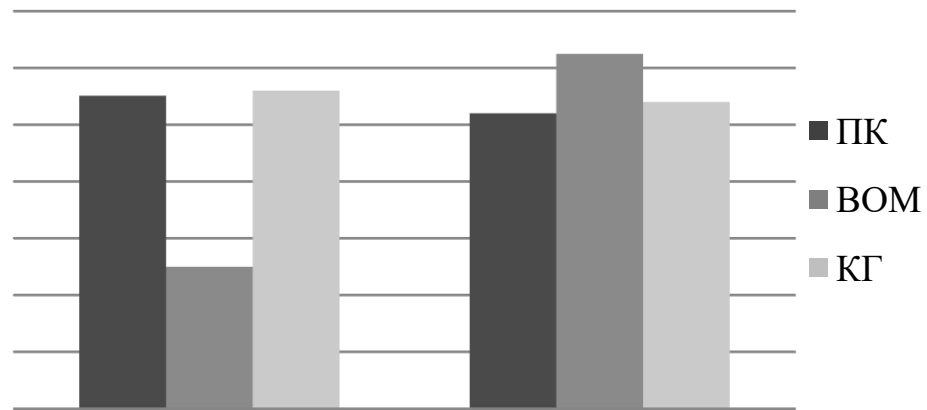


Рис. 3.8. Показники психологічної схильності до делінквентності у різних групах дівчат-підлітків.

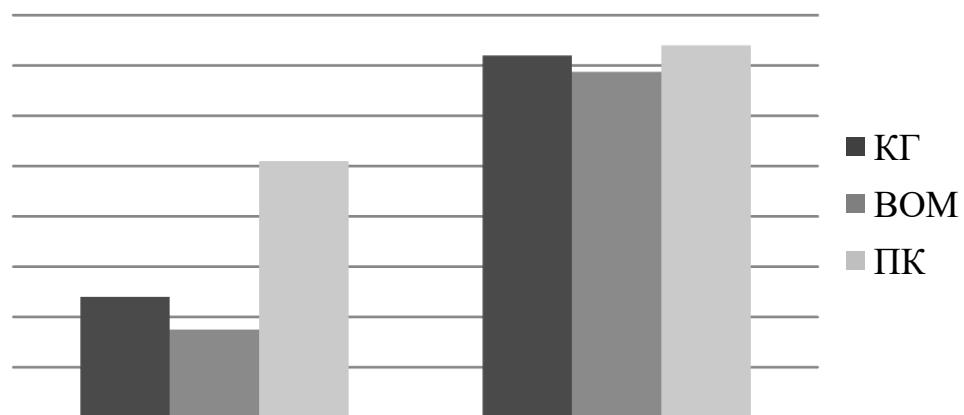


Рис. 3.9. Показники психологічної схильності до алкоголізації у різних групах дівчат-підлітків

У дівчат молодшої групи з ПК, навпаки, був відзначений високий відсоток дівчат зі схильністю до алкоголізації, що відповідає їхній акцентуації характеру.

У дослідженні було також отримано середні показники фемінінності та маскулінності (m-f) у різних вікових групах, відповідно до типу захворювання (таблиця 3.15).

Таблиця 3.15

Показники m-f хворих дівчат на фоні популяційних норм М.Я. Іванова.

m-f	Популяційні норми	ПК		ВОМ	
		1 в/гр.	2 в/гр.	1 в/гр.	2 в/гр.
Фср.	3,1	3,8	4,5	5	6,2
Мср.	2,9	5,6	4,8	3	4,1

Дані представлено у таблиці 3.15 порівняно з популяційними нормами, наведеними М.Я. Івановім, А.Є. Лічко [183, 184].

Достовірність відмінностей між показниками m-f дівчат-підлітків різних вікових груп та популяційними нормами, обчислювалася за допомогою t-критерію Ст'юдента. Результати обчислення представлено у таблиці 3.16.

Таблиця 3.16.

Достовірність відмінностей між показниками m-f хворих дівчат-підлітків та популяційними нормами

m-f	ПК		ВОМ	
	1 в/гр.	2 в/гр.	1 в/гр.	2 в/гр.
Ф	1,49	2,76**	3,4**	3,9**
М	3,5**	3,1**	0,06	2,17*

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ .

Як видно з таблиць 3.15 і 3.16 між популяційними нормами та середніми показниками М/Ф у дівчат з порушеннями менструальної функції існують чималі відмінності. Виняток склали дівчата молодшої групи з ПК і ВОМ.

Таким чином, для дівчат першої вікової групи з ПК характерна наявність епілептоїдного типу акцентуації, який за даними М.Я. Іванова [183], у 4 рази частіше представлений в чоловічій популяції, а в жіночій тільки у 2% випадків у віці 14-15 років. Крім того, середній рівень М у епілептоїдних дівчат значно перевищує популяційні норми. Все це є свідченням наявності у першій віковій групі дівчат, які

страждають на ПК, статеворольової трансформації. А наявний конфлікт між маскулінною статеворольовою орієнтацією і необхідністю прийняття жіночої статевої ролі, що виникає у період менархе, може проявлятися у вигляді соматичної симптоматики – ПК.

У другій віковій групі більшою мірою представлений істероїдний тип акцентуації. S. Johnson стверджував, що у генезі істероїдний тип характеру тісно пов'язаний з прихованим еротичним зв'язком з батьком [65]. При цьому, як середній рівень Ф, так і М у дівчат цієї вікової групи значно перевищує популяційні норми. Так переважає істероїдний тип акцентуації може бути пояснено своєрідною формою маніпулятивної поведінки з декларацією фемінінності. Дівчина, з одного боку, привертає увагу батька а, з іншого, – має виражений комплекс маскулінності. Тому у структурі істероїдної особистості має місце статеворольовий дисбаланс: зовнішнє підкреслення своєї жіночої сутності (фемінінності) при первинній маскулінності. При цьому ПК можуть ставати і формою залучення уваги, і придушення сексуальності. Дані результати корелюють з раніше зробленими висновками О.С. Кочаряна [89], який вивчав статеворольові аспекти ювенільних маткових кровотеч (нині, згідно зі змінами в МКБ10 - пубертатні кровотечі).

У першій віковій групі дівчат з ВОМ відзначаються лабільна та психастенічна акцентуації характеру, а середній рівень Ф значно перевищує показник популяційної норми. Згідно з даними М.Я. Іванова [183], лабільна акцентуація є вельми поширеною серед жіночої популяції і зустрічається у 14% випадків у віці 14-15 років. Психастенічний тип акцентуації характеру, по суті своїй – з характерною нерішучістю, роздумами, легкістю виникнення нав'язливості – також близький до жіночого простору. Однак у дівчат, які страждають на ВОМ спостерігається підкреслено виражена жіноча лінія поведінки, а з урахуванням вище викладеної проблематики дівчат, виникають сумніви у її істиності. Так раніше вже відзначалися (див. розділ 3.1, 3.2.): труднощі у виробленні жіночих статевої ролі (з періоду формування стереотипу статеворольової поведінки); дисгармонійний розвиток на кожній стадії етапу формування психосексуальних орієнтацій; суперечливе ставлення до протилежної статі; наявність раннього травматичного досвіду,

пов'язаного як з матір'ю, так і з батьком. Все це не може сприяти безконфліктному формуванню жіночності. Швидше за все, мова йде про прагнення до прийняття жіночої ролі, яке поєднується з сумнівами щодо повноцінності своєї жіночності (тим більше, що у дівчат з ВОМ не спостерігається демонстративної поведінки яка властива групі з ПК). Такий внутрішній конфлікт цілком може предиспонувати до ВОМ. Ситуація прояснюється результатами другої вікової групи дівчат, які страждають на ВОМ. Тут домінують лабільний, лабільно-істероїдний та шизоїдний типи акцентуації. Останній, за зауваженням А.Є. Лічко, більшою мірою характерний чоловічій популяції [239, 240]. При цьому, як М, так і Ф характеристики значно переважають популяційні норми. Тобто дівчата з ВОМ первинно маскулінні (що підтверджується зробленими висновками у розділі 3.2) і також, як і в групі дівчат з ПК, ми маємо справу із статеворольовою трансформацією. Таким чином, дівчата, які страждають на ВОМ, або залишаються у конфлікті між бажанням і нездатністю прийняти жіночу статеву роль (компенсуючи це лише на поведінковому рівні), або обирають «піти» від жіночності (що власне спостерігається у дівчат з шизоїдною акцентуацією характеру).

Згідно з отриманими результатами можна зробити наступні висновки:

– результати дослідження підтверджують наявність у патогенезі ПК та ВОМ психологічної ланки, що виступає у ролі фактора, який предиспонує до захворювань.

– порушення менструальної функції у період менархе залежать не тільки від особливостей патогенних механізмів психогенного впливу, але й значною мірою від преморбідних властивостей особистості, що визначають тип порушення – конкретне захворювання.

– отримані дані про розподіл акцентуацій характеру, показники маскуліності/фемінінності у групах дівчат-підлітків, що страждають на ПК та ВОМ, можуть бути пояснені статеворольовою трансформацією, що має специфічні прояви у всіх представлених вікових групах;

– дівчата з ПК характеризуються «чоловічими» (інвертними) типами характерологічних рис у молодшому підлітковому віці – епілептоїдний тип



акцентуації, – які згодом у старшому підлітковому віці доповнюються більш жіночими рисами (епілептоїдно-істероїдний та істероїдний типи);

– дівчата з ВОМ у молодшому підлітковому віці характеризуються невротичною організацією особистості: переважанням лабільної та психастенічної акцентуацій. У старшому підлітковому віці у них спостерігається нашарування істероїдних рис на емоційну лабільність, що може призводити до реалізації механізму «конверсії» (перетворення психологічного конфлікту на соматичний симптом або захворювання), а також, поява шизоїдних рис, що свідчить про відхід від активної соціальної взаємодії та орієнтацію на власний внутрішній світ.

Виходячи з цих даних, виникає питання щодо чинників, які є базисними для подібних перетворень у структурі особистості, тому у наступному параграфі звернемося до аналізу сімейної ситуації та сімейних стосунків дівчат-підлітків.

### **3.4. Особливості сімейних відносин у дівчат-підлітків, які страждають на ПК і ВОМ**

Кожна людина отримує у спадок від своєї сім'ї вантаж сімейних історій у вигляді безлічі стереотипічних поведінкових моделей та незавершених емоційних взаємин, які продовжують своє життя у несвідомому і детермінують поведінку людини, її мотиваційні тенденції, вибори та способи реагування у різних ситуаціях. Ще З. Фрейд у своїх ранніх роботах розвивав думку про те, що індивідуальний досвід людини, найчастіше, носить відбиток досвіду, накопиченого старшими поколіннями [99, 100]. З точки зору авторів класичних напрямків психотерапії (А. Адлера, Е. Еріксона, Е. Фромма, К. Хорні, К. Юнга та інші) [33, 102, 200, 242, 243], основним фактором, що впливає на розвиток особистості людини, є особливості його взаємин в дитинстві зі своїми батьками. Ф. Дольто [52], стверджувала, що несвідоме матері та її дитини пов'язані між собою, і дитина передбачає і відчуває речі, які відносяться до її роду. М. Боуен [214], створюючи свою Теорію Сімейних Систем (ТСС), представляв сім'ю як цілісну систему і намагався побачити і відобразити ті системні процеси, які можуть управляти емоційною поведінкою

особистості. Дослідження багатьох авторів (Е. Ейдемільлер, А.Є. Лічко, Ф. Райс, В. Сатир, О.Т. Соколова, А.С. Співаковська, В.В. Столін та інші) демонструють види сімейних відносин, які по різному впливають на розвиток особистості підлітка [56, 61, 102, 244, 245, 246, 247, 248]. На думку Г.Я. Варги та Т.С. Дробріної дисгармонічність сімейної системи може ставати серйозним фактором, який патогенно впливає на формування особистості [249]. Результати аналізу численних робіт (В.С. Агєєва, Т.В. Виноградової, М.А. Догадіна, Г.Ф. Келлі, М. Кле, І.С. Кона, М.І. Лісіна, Л.О. Пережогін, В.В. Семенова, R.J. Stoller та інших), присвячених особливостям психосексуального розвитку людини і, зокрема, становленню статевої сфери особистості, вимагають звернути особливу увагу на роль сім'ї у процесі успішного/неуспішного формування зазначених категорій [1, 10, 11, 15, 16, 26, 47, 61, 224, 244]. Такі найважливіші характеристики сім'ї як її функціональність, структура, динаміка дозволяють пролити світло на особливості статевої ідентифікації особистості, причини деформації її статевої поведінки, порушення статевої розвитку в цілому [56, 217, 237, 245]. М.І. Лісіна [61] вказує на те, що статева самосвідомість, статевої установки, поведінка дитини у ранньому віці являють собою своєрідний «афективно-когнітивний комплекс», який формується через безпосереднє спостереження за поведінкою, вчинками, емоціями, взаємовідносинами дорослих. Тобто, одними з найбільш значущих чинників, які обумовлюють становлення статевої сфери дитини, стають патерни статевої поведінки, що транслуються батьками. С.Р. Григорян, В.В. Кришталь та [6] також стверджували, що формування жіночих або чоловічих особливостей характеру дитини і його адекватної статевої поведінки багато у чому визначається правильною статевою поведінкою батьків. На їхню думку: «При холодних стосунках з батьками діти виростають такими ж холодними, беземоційними. При владній, холодній матері та ласкавому або безвольному батькові хлопчики найчастіше набувають жіночих рис поведінки, а дівчата – хлопчачих – гіперактивність, грубуватість, нетерпимість та інше» [6, с. 41]. Дослідження С.Р. Григоряна, В.В. Кришталя [6] й О.Г. Луценко [1] показали, що у жінок (як власне і у чоловіків) з дисгармонійних сімей виявлено більше осіб з

ретардацією соматостатевого розвитку і затриманим, асінхроним психосексуальним розвитком.

Роботи ряду дослідників також демонструють, що у процесі статевого дозрівання наростає виборча чутливість репродуктивної системи до психологічних факторів. Одним з таких є фактор родини: відсутність гармонії в сімейних відносинах, порушені стилі виховання, сімейні конфлікти, розлучення, смерть одного з батьків та інше [114, 117, 118, 250, 251, 252].

Доведено (Л. Бурбо, Н.Ю. Дмитрієва, Д.М. Ісаєв, В. Лууле, Б.Є. Мікіртумов, І.Г. Малкіна-Пих, А. Менегетті, В.В. Синельников та інші), що серед етіологічних чинників різних дитячих захворювань порушення системи відносин у родині займає центральне місце, і якість відносин батьки/діти є головною прогностичною ознакою психосоматичного функціонування та розвитку особистості дитини [2, 56, 118, 119, 120, 121, 122, 245, 253].

З урахуванням сказаного, виникає необхідність вивчення фактора сім'ї як такого, що можливо предрисонує виникнення та посилює перебіг захворювань, пов'язаних з порушеннями менструальної функції у дівчат-підлітків, а саме: дослідити вплив особливостей батьківської сім'ї, повноти її функціонування у дівчат, які страждають на ПК і ВОМ. Для вирішення цього завдання нами була використана методика «Малюнок сім'ї» за Л. Корманом, статеворольова ACL-шкала А.В. Heilbrun для виявлення взаємозв'язку М/Ф утворень дівчат та їх батьків, а також методика семантичного диференціала для виявлення конотативного значення фігур матері й батька у всіх дослідницьких групах дівчат.

Звернемося спочатку до результатів порівняння графічних зображень і коментарів до них за методикою «Малюнок сім'ї» в групах дівчат-підлітків (дані були піддані аналізу за допомогою критерію кутового перетворення Фішера та представлені в таблицях 3.17, 3.18 і Додатку К). В ході аналізу малюнків дівчат-підлітків, які страждають на ПК, були виявлені специфічні особливості зображення сім'ї. Значно більша частина дівчат молодшої вікової групи (65,3%) використовує весь простір листа, з тенденцією виходу за межі аркуша, нібито малюнок ледве вписався у простір аркуша.

Таблиця 3.17

Значущі відмінності у зображеннях «Малюнок сім'ї» дівчат з ПК і КГ

Діагностичні ознаки малюнка сім'ї	Частота проявів,%				Достовірність відмінностей, φ	
	1 гр. ПК, (n=49)	2 гр. ПК, (n=50)	1 гр. КГ, (n=50)	2 гр. КГ, (n=50)	Гр. 1-1	Гр. 2-2
Розташування малюнка на аркуші:						
- на весь аркуш	65,3	40	14	10	2,54**	3,61**
- рівномірний розподіл	4,1	4	44	54	5,19**	6,18**
- займає малу центральну частину аркушу	24,5	24	2	10	2,88 **	1,99*
Місце розташування членів сім'ї:						
- тісне відносно один одного	28	24	2	18	3,7**	0,42
- невелика дистанція між членами сім'ї	70	34	76	80	0,49	4,84**
- розосереджені в різних місцях	2	42	20	2	5,42**	3,21**
- найбільш близьке розташування дитячої фігури до матері	4,1	34	8	10	0,82	3,01**
Невідповідність реальному складу сім'ї. Не малюють:						
- батька	4	8,3	35	9,1	2,59**	0,07
Величина фігур:						
- найбільша фігура матері	40	50	43	18,2	0,18	1,73*
- найменша дитяча фігура	64	0	2	18,2	5,42**	-
- найменша фігура матері	0	50	36	18,2	1,70*	1,73*
Відповідність дитячої фігури жіночій статі:						
- відповідає	88	66	100	100	3,52**	6,22**
Найбільш близьке розташування дитячої фігури до матері	4,1	34	8	10	0,82	3,01**
Виконання малюнка:						
- «якісний» малюнок	84	58,4	86	100	0,17	3,51**
На малюнку кожен член сім'ї зайнятий своєю справою	8	50	14	18,2	0,58	1,73*

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ;  $\phi$  – критерій кутового перетворення Фішера; у таблицю винесені тільки значущі відмінності (повний розрахунок наведений у Додатку К).

У КГ спостерігаються різні варіанти розташування сім'ї на малюнку: у нижній частині аркуша, у верхній, з правої сторони, рівномірний розподіл по всій площі аркуша.

Оскільки ця ознака відображає використання простору в цілому, можна говорити про те, що в сім'ях дівчат, які страждають на ПК, є спільний простір сім'ї, та немає власного простору кожного з членів сім'ї. Навіть решта дівчат з ПК (24,5%), яка зобразила родину в обмеженій центральній частині аркуша, демонструє відсутність в цих сім'ях місця для особистого простору – члени сім'ї намальовані маленькими та «притиснутими» один до одного (приклад подібного зображення відображений на рис. 3.10).

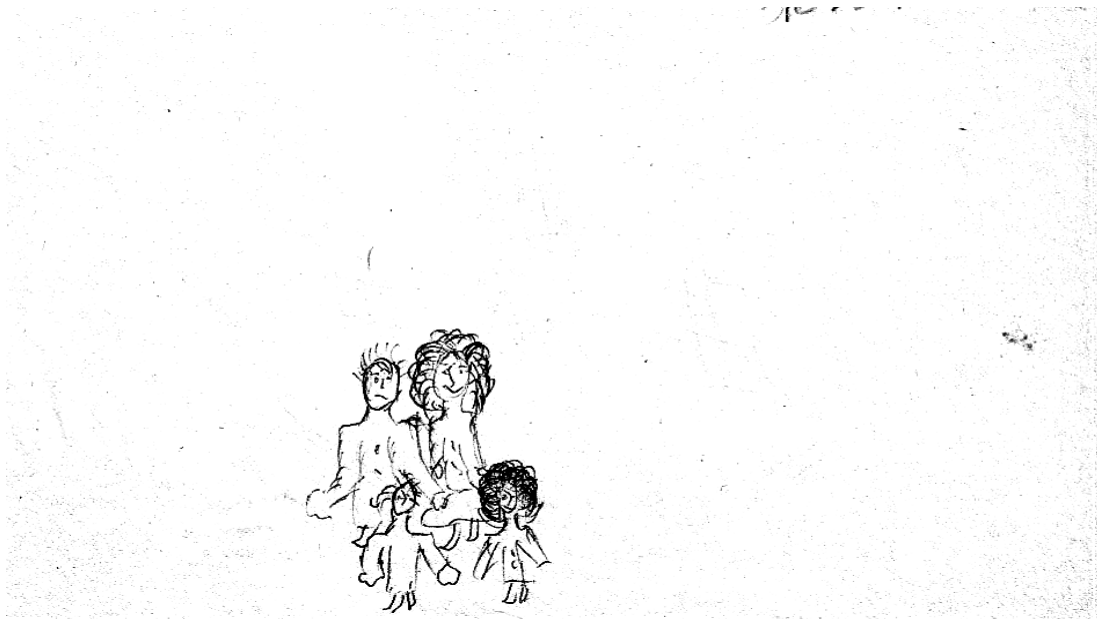


Рис. 3.10. Приклад графічного зображення тісно притиснутих один до одного членів сім'ї у дівчат з ПК

Варто відзначити, що тільки на малюнках дівчат, які страждають на ПК, члени сім'ї зображені тісно відносно один одного (28%), або ж дитяча фігура розташована ізольовано від інших членів сім'ї. При цьому, часто дитяча фігура на малюнку як би

тягнеться до інших членів сім'ї (8%), стаючи своєрідною сполучною ланкою. В цій якості в деяких випадках може виступати і сіблінг (8%). У КГ подібні тенденції не виявлені. Тут сім'я може бути розосередженою, коли кожен її член займається своєю справою, але, в більшості випадків, зв'язок з іншими залишається збереженим. Якщо звернути увагу на особливості розташування дитячої фігури щодо інших членів сім'ї, то можна бачити, що в КГ вона або перебуває на відносно рівномірній відстані від інших членів сім'ї, або зображена ближче до сіблінга. Це говорить про таку організацію сімейної структури, коли дитячий і батьківський холони мають зв'язок, але також і мають власний простір, збережені кордони, здорову незалежність [117, 254]. На малюнках дівчат з ПК, фігура дитини в 20% випадків наближена до фігури батька. При цьому, незважаючи на те, що фігури батьків і у здорових, і дівчат з ПК є одними з найбільших (тобто значущими), у групі дівчат, що страждають на ПК, у 32% випадків фігура матері малюється в останню чергу. Це свідчить про порушення у дівчат з ПК взаємозв'язку з матір'ю. Остання дистанційована, «витіснена», ставиться під загрозу необхідний процес ідентифікації з матір'ю і, отже, «здоровий» процес прийняття жіночої статевої ролі. Очевидно тому у 12% дівчат, які страждають на ПК, дитяча фігура не відповідає реальній статі. Таким чином, можна говорити про наявність у дівчат статеворольової інверсії.

Уточнення складу сім'ї досліджених дівчат після проведення методики «Малюнок сім'ї» виявило його невідповідність реальному складу сім'ї. Невідповідність пов'язана з тим, що у дівчат-підлітків зустрічаються пропущені фігури когось із членів сім'ї: себе, сіблінгів, батьків. При цьому в КГ значно більший відсоток (35%) малюнків, де пропущена фігура батька. Наступна за проведенням методики бесіда виявила, що це характерно для тих дівчат, в сім'ях яких мають місце конфлікти різного ступеня тяжкості, пов'язані з батьком. При цьому дівчата КГ включають в зображення сім'ї додаткові фігури: другорядні члени сім'ї (бабусі, дідусі, діти, тітки, чоловіки/дружини сестри/брати, двоюрідні брати і сестри та інші), домашні вихованці. Цей факт може розглядатися у якості захисного механізму при наявності дефіциту позитивних почуттів в реальних відносинах. У групі дівчат, що страждають на ПК «пропуск» членів сім'ї зустрічається вкрай рідко. Відсутні

випадки малювання додаткових фігур, так само як і випадки неможливості виконати «Малюнок сім'ї», що можна спостерігати в КГ (14%). При цьому вище описані особливості малюнків хворих дівчат свідчать про наявність прихованих і явних проблемних відносин в сім'ї. Підтвердженням цьому стає і той факт, що у 64% випадків дитяча фігура на малюнках є найменшою. Це демонструє обмеження потреб та інтересів дитини в рамках сім'ї, дитина як би не існує сама по собі, а скоріше є дисфункціональним стабілізатором сім'ї [249, 254]. Саме тому вона не може на усвідомленому рівні визнавати серйозність внутрішньосімейних конфліктів, порушення структури, цілісності сім'ї та інше, що можна спостерігати у КГ дівчат, які залишаються відносно незалежними і усвідомлюють проблематику сімейних взаємин.

Результати аналізу малюнків дівчат-підлітків старшої вікової групи, які страждають на ПК, також за багатьма ознаками значно відрізняються від КГ. Так, у всіх дівчат з ПК спостерігається не гармонійне використання простору листа. Велика частина дівчат (40%) розташовують малюнок на весь лист або у малій центральній його частині (24%). Це, як і у першій віковій групі, свідчить про наявність простору сім'ї, але відсутність особистого простору у кожного з її членів. У 16% малюнок розташовується в нижній частині листа, чого не спостерігається у старшій КГ і не було відзначено в молодшій віковій групі дівчат з ПК (прикладом може служити зображення на рис. 3.11). Таке «новоутворення» свідчить про оцінку дівчатами свого місця в родині: для них характерно відчуття себе приниженими, затиснутими певною сімейною диспозицією; можливо, відчуття тиску з боку іншого/інших членів сім'ї з батьківського холону. 16% дівчат розташовують сім'ю зліва, чого також не спостерігається у КГ. А 18% здорових дівчат розташовують малюнок справа, що можна розцінити як наявність в сім'ї ресурсу для руху в майбутнє. Дівчата з ПК напроти «повертаються у минуле» – виходячи з результатів додаткової бесіди після малювання, дівчат в минуле повертає або бажання повернутися в «краще», або фіксація на ранній травмі, пов'язаної «з взаємовідносинами з батьками...».



Рис. 3.11. Розташування малюнка у нижній частині листа

Незважаючи на те, що малюнки більшості дівчат, які страждають на ПК, демонструють відсутність особистого простору у членів сім'ї, у 42% випадків члени сім'ї, залишаючись «на загальній території», розосереджені по різних «зонах» (приклад такого малюнка наведено на рис. 3.12). Така особливість в КГ відсутня.

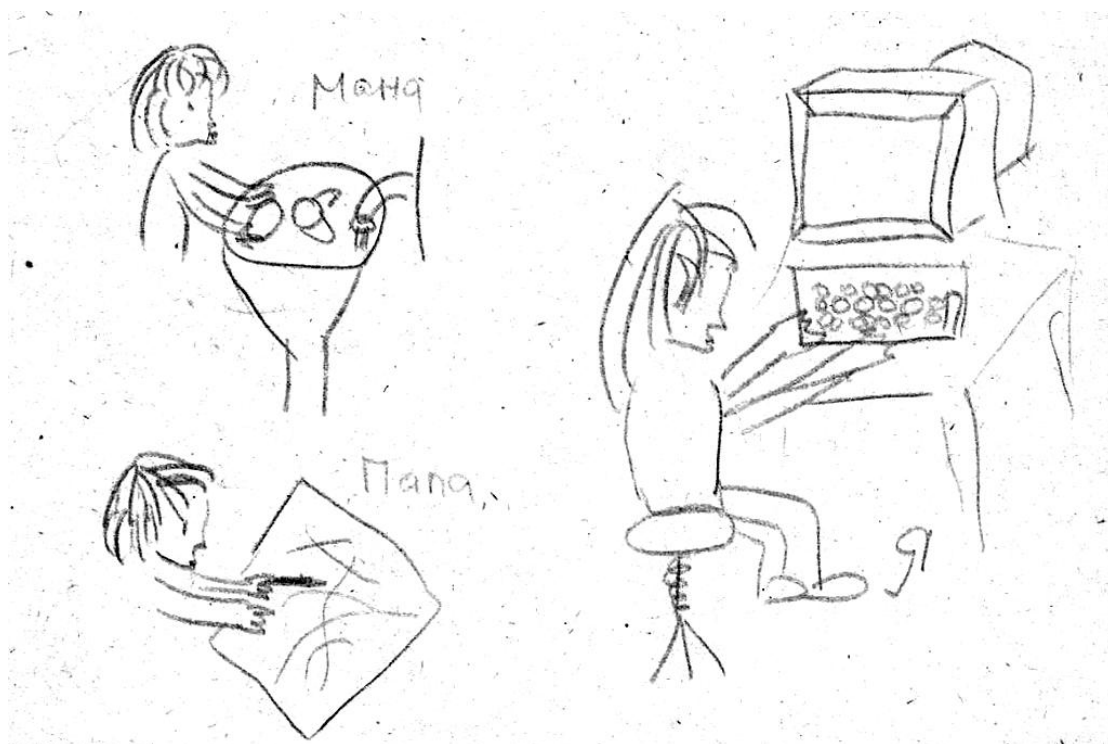


Рис. 3.12. Розташування членів сім'ї по різних «зонах»



При цьому члени родини дівчат з ПК на малюнках взагалі не займаються спільною справою (як це в 44% випадків зустрічається в КГ), а у 50% випадків займаються своєю справою чи є ізольованими (26%). Такий стан речей може пояснюватися наявністю психологічних бар'єрів між членами сім'ї, ізольованістю кожного з них. У даному випадку психологічні бар'єри можуть виконувати особливу функцію – захисту від «поглинання» кожного з членів сім'ї недиференційованим сімейним простором. Як наслідок, створюються штучні межі «Я».

Важливо також відзначити, що у 34% випадків на малюнках дівчат старшої групи з ПК спостерігається близьке розташування дитячої фігури до матері. При цьому близьке розташування до батька і сіблінгів, яке спостерігалось у першій віковій групі, відсутнє. Це може свідчити про травматичні відносини з батьками – початок підліткового віку пов'язаний з залученням батьківської уваги і, очевидно, дівчата, коли не отримують бажаного, «повертаються» до матері. Однак образ матері, відповідно до малюнків дівчат з ПК суперечливий: у молодшій групі 50% дівчат малюють мати в якості найбільшої фігури, а у старшій групі 50% – найменшою. У КГ спостерігається тенденція до зображення найбільшою фігурою батька (63,6%), що відповідає нормам європейської культури - домінуючий батько [122]. Таким чином, домінування матері в сім'ї призводить до порушення сімейної структури, оскільки відбувається інверсія ролей або інверсія домінування [232]. Це, в свою чергу, стає джерелом статеворольової інверсії у дівчат з ПК.

Промальовування матері в якості найменшої фігури свідчить про її незначущість, малоцінність в очах дочки, що стає серйозною перешкодою для ідентифікації з матір'ю. Як наслідок, у 34% дівчат дитяча фігура на малюнках не відповідає їх статі. Те ж саме спостерігалось і в молодшій групі. Однак на цьому віковому етапі проблема посилилася – домінуюча мати або пригнічує в дочки «жіноче начало», або не дає достатнього ресурсу для прийняття жіночої статевої ролі.

Отже, проблематика взаємин з обома батьками в групі дівчат з ПК є очевидною. Це підтверджується і тим, що 58,4% дівчат виконують малюнок своєї сім'ї недбало, «примітивно», ніякісно, на рівні «дитячого» малюнка. У 8% були труднощі із

зображенням матері і у 8% – з батьком, а в 16% випадків дівчата взагалі не змогли намалювати свою сім'ю.

Далі звернемося до аналізу малюнків дівчат, які страждають на ВОМ (таблиця 3.18).

За окремими ознаками особливості малюнків дівчат, які страждають на ВОМ, збігаються з малюнками дівчат з ПК. Наприклад, для них також характерно розташування малюнка на весь аркуш (у 50% випадках в молодшій групі); тісне розташування членів сім'ї відносно один одного (у 56,2% випадків в старшій віковій групі та у 25% випадках в молодшій). Як зазначалося вище, це властиво сім'ям, де порушені особисті кордони їх представників. Ще 25% дівчат молодшої вікової групи малюють дитячу фігуру ізольованою від інших членів сім'ї. Г.Я. Варга [249] вважала, що це може свідчити про відсутність задоволення «психічних потреб» дитини у сім'ї. Крім того, «... найменша людина в цій позиції може «обслуговувати» потреби дорослого, наприклад, улюбленої мами або коханого тата, не маючи можливості повноцінно пройти свої стадії психічного розвитку» [249, с. 11]. Подібні діагностичні параметри малюнка сім'ї були відзначені у дослідницькій роботі Є.В. Фролової [243] – вони були характерні для дівчат-підлітків з залежною структурою особистості.

Старшу вікову групу дівчат, які страждають на ВОМ, відрізняє наявність малюнків, де дитяча фігура зображується у нижній частині аркуша (що не помічено в КГ); в 14,3% випадках члени сім'ї розосереджені в різних «зонах» (що зустрічається значно частіше, ніж в КГ); сам малюнок в 70,1% випадків займає центральну частину аркушу. Це спостерігалось і в другій віковій групі дівчат, які страждають на ПК. Таким чином, дівчата реально оцінюють свої диспозиції в сім'ї – вони «знають своє місце» і свої функції. Оскільки не задовольняються психологічні потреби дівчат, проглядається спроба з їхнього боку продемонструвати свій стан, «виявитися у центрі уваги». А розосередження кожного члена сім'ї по своїх місцях, як зазначалося вище, може ставати своєрідним захистом від недиференційованого сімейного простору.

Таблиця 3.18

Значущі відмінності в зображеннях «Малюнок сім'ї»  
дівчат, які страждають на ВОМ і КГ

Діагностичні ознаки малюнка сім'ї	Частота проявів,%				Достовірність відмінностей, $\phi$	
	1 гр. ВОМ, (n=40)	2 гр. ВОМ, (n=48)	1 гр. КГ, (n=50)	2 гр. КГ, (n=50)	Гр. 1-1	Гр. 2-2
Розташування малюнка на аркуші:						
- на весь аркуш	50	2,1	14	10	3,78**	1,75*
- на нижній частині аркуша	30	14,6	14	2	1,54	2,47**
- рівномірний розподіл	2,5	2,1	44	54	5,31**	6,73**
- займає малу центральну частину аркушу	17,5	70,1	2	10	2,17*	6,71**
Місце розташування членів сім'ї:						
- тісне відносно один одного	25	56,2	2	18	3,03*	4,05**
- невелика дистанція між членами сім'ї	25	29,2	80	80	5,50**	5,31**
Найбільш близьке розташування дитячої фігури до матері	75	35,4	8	10	7,17**	3,12**
- дитяча фігура ізольована від інших	25	14,6	2	8	3,03**	1,04
Величина фігур:	100	35,8	43	18,2	4,91**	1,01
- найбільша фігура матері						
- найменша дитяча фігура	50	50	36	18,2	1,48	1,73*
Труднощі зображення одного з членів сім'ї:						
- матері	50	29,2	2	2	6,06**	4,24**
Відповідність дитячої фігури жіночій статі:						
- відповідає	75	50	100	100	4,93**	7,77**
- Виконання малюнка:						
- «примітивний» малюнок	30	50	4	2	1,94*	6,36**
- «якісний» малюнок	70	50	86	98	1,84*	5,78**

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ;  $\phi$  – критерій кутового перетворення Фішера; у таблицю винесені тільки значущі відмінності (повний розрахунок наведений у Додатку К).

Малюнки дівчат з ВОМ демонструють відсутність близьких відносин з братами/сестрами. Так, у 25% дівчат молодшої групи вони вимальовуються останніми і є одними з найменших фігур малюнка (50%). У старшій віковій групі відсутнє близьке розташування дитячої фігури до сіблінгів, а в 14,6% випадків сіблінга не малюють взагалі. У КГ, навпаки, спостерігаються тісні відносини з сіблінгами, що може розцінюватися як наявність внутрішньопоколінних зв'язків, горизонтальних коаліцій, що забезпечують «здорову» структуру сім'ї (див. рисунок 3.13.).

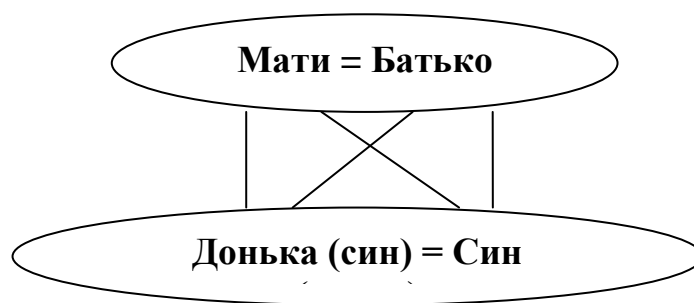


Рис. 3.13. Горизонтальні, функціональні коаліції у родині.

Для дівчат, які страждають на ВОМ характерні вертикальні, дисфункціональні коаліції – з матір'ю (іноді з бабусею). Так, відзначається найбільш близьке розташування дитячої фігури до матері у 75% дівчат у молодшій віковій групі (до бабусі у 25%) і у 35,4% (до бабусі у 7,1%) – в старшій, що значно відрізняє їх від КГ. У молодшій групі в 100% випадках мати представлена як найбільша, значуща фігура. Як і в групі старших дівчат з ПК, в сім'ях дівчат, які страждають на ВОМ, спостерігається домінування матері. Така позиція матері призводить до порушення розвитку не тільки всієї сімейної системи, а й розвитку дитини – як зазначалося вище, це стає причиною статевої інверсії у дівчат. При цьому якщо образ бабусі у дівчат завжди позитивний, то образ матері носить амбівалентний характер. Так, молодші дівчата значимо частіше у порівнянні з КГ, малюють її останньою (50%), обидві вікові групи відчувають труднощі при малюванні материнської фігури (відповідно в 50% і 29,2% випадках). Сильна матір «пригнічує» дівчину та її жіноче начало: дівчата молодшої групи значимо частіше у порівнянні з КГ (25%) малюють

дитячу фігуру першою, як би намагаючись звернути увагу на свої нереалізовані потреби; у 50% випадків обидві вікові групи промальовують її найменшою; у 25% молодших і 50% старших дівчат – дитяча фігура не відповідає статі. Необхідно відзначити той факт, що у дівчат з ВОМ найвищий відсоток неповних сімей – 67%, у яких не проживає батько. Цілком припустимо, що при домінантній позиції матері у дівчат має місце ефект відкидання батька [255], що погіршує становище дівчини в сім'ї. А.О. Макаренко в своїй роботі, присвяченій сексуально-імагінальній продукції залежних дівчат [256], стверджує, що мати і бабуся є вкрай важливими об'єктами, ключовими фігурами, за допомогою яких формується залежна особистість.

Слід також зазначити, що у малюнках дівчат з ВОМ відсутні додаткові фігури як, наприклад, двоюрідні брати/сестри, інші родичі, домашні вихованці, що значно відрізняє їх від КГ. Це, швидше за все, є наслідком того, що дівчата відчують свою незначимість у сімейній системі, відсутність особистого простору, обмеження їх інтересів. Вони не знаходять у сім'ї місця навіть для себе. Додаткові фігури можуть бути також своєрідним захисним механізмом, здатним компенсувати дефіцит емоційно-теплих стосунків у родині. У дівчат з ВОМ такі механізми відсутні. Підтвердженням цього стає «неякісність», а, отже, інфантилізація або регресія особистості (в 30% випадків – у молодшої групи, і в 50% – у старшій), що власне спостерігалось і у дівчат з ПК. Приклад такого зображення наведено на рис. 3.14, де фігури членів сім'ї створюють враження «примітивних чоловічків».

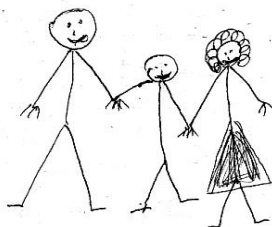


Рис. 3.14. Примітивний характер зображення сім'ї

В результаті аналізу особливостей сімейних відносин дівчат-підлітків, які страждають на ПК і ВОМ, можна відзначити, що у них існують певні структурні і функціональні зміни у сімейній системі, а саме:

а) недиференційованість особистісних меж кожного члена родини, узагальненість сімейного простору;

б) порушення особистого простору дитини або її ізоляція;

в) незбалансованість сімейної структури, яка стабілізується лише за рахунок дисфункції одного з членів сім'ї – дитини. Остання втрачає можливість задовольняти власні психічні потреби;

д) для сімей дівчат, які страждають на ВОМ характерні вертикальні дисфункціональні коаліції з матір'ю, а також слабкість захисних механізмів, покликаних компенсувати дефіцит емоційно-теплих стосунків у сім'ї;

е) у сімейній системі присутня інверсія домінування (матері) внаслідок чого відбувається порушення патріархальної (нормативної для європейської культури) структури сім'ї, що в свою чергу стає джерелом статеворольової інверсії у дівчат.

### **3.4.1. Значимість батьківських фігур для дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції**

Особливості дитячо-батьківських відносин є базою, основою для формування здорової статеворольової ідентичності або тієї, що відхиляється від норми, та особистості в цілому. Ідентифікація як процес побудови ідентичності розуміється як частково усвідомлюваний психічний процес, при якому особистість уподібнюється значимому іншому [75, ]. Формування статеворольової ідентичності являє собою процес засвоєння особистістю психологічних рис та особливостей поведінки, характерних для людей певної статі [257, 258]. Так, ідентифікація у ході розвитку з матір'ю й батьком має різне значення для формування статевої ідентичності дівчини. Успішна ідентифікація дівчини з матір'ю дозволяє їй інтегрувати реальні та ідеальні уявлення про мужність і жіночність. Успішна ідентифікація з батьком дає дівчині

можливість придбати риси мужності, які безконфліктно співіснують з рисами жіночності в структурі статевої ідентичності.

Д.Н. Ісаєв, В.Є. Каган та інші стверджують, що найбільший вплив на загальний і психосексуальний розвиток дитини має матір [5, 50, 52, 141, 207, 217]. Тісний контакт з матір'ю надзвичайно необхідний дитині у віці від 6-7 місяців до 3 років. Процес формування прихильності до матері є запорукою нормального психічного розвитку дитини, основою адекватних взаємодій з оточуючими. Після цього дитина звертається до батька – тільки поруч з ним дитина вперше пізнає кордони – власні та інших людей; саме батько є провідником дитини в соціум, забезпечує почуття захищеності й надійності, вкоріненості й безпеки. Сучасні дослідники пов'язують з недостатньою представленістю чоловічої функції у сучасній сім'ї багато психологічних проблем сучасної особистості: дифузність ідентичності, у тому числі статевої та статеворольової, емоційне неблагополуччя, антисоціальну поведінку та інше [75, 259]. Далі дівчина знову повертається до матері, щоб «стати такою як вона та бути коханою таким як батько». Як зазначає О.І. Захаров тільки батьки тієї ж статі можуть виступати в якості «... необхідної і найбільш доступною моделі навчання відповідної статі поведінки» [260, с. 215].

У зв'язку зі сказаним вище виникає закономірне питання про значимість та наповненість батьківських фігур у дівчат-підлітків, а також розгляд цих даних з позицій їх можливого впливу на виникнення порушень гінекологічної сфери. З цією метою ми провели наступну процедуру: використовуючи статеворольову шкалу А.В. Неілбрун, дівчата оцінили вираженість чоловічих і жіночих якостей щодо реального образу себе (Я), ідеального образу себе (Я<sub>ід</sub>) та батьківських фігур (мати й батько). Далі між зазначеними конструктами були виявлені кореляційні зв'язки, які показують ступінь близькості батьківських фігур до власного образу Я.

У таблицях 3.19-3.21 представлені розрахунки та значення коефіцієнтів кореляції, які відображають взаємозв'язки образу себе (реального Я і Я-ідеального) у дівчат-підлітків з трьох дослідницьких груп.

Згідно з таблицею 3.19 молодша група дівчат, які страждають на ПК, має значну позитивну кореляцію між усіма зазначеними конструктами.

Таблиця 3.19

Ступінь близькості образу себе з батьківськими фігурами  
у дівчат-підлітків, які страждають на ПК

Вікова група 13-14,5 років					
Показники М/Ф	Рівень зв'язку, $\tau$				
	Я/Я <sub>ід</sub>	Я/Мати	Я/Батько	Я <sub>ід</sub> /Мати	Я <sub>ід</sub> /Батько
М	0,51**	0,38**	0,21*	0,21*	0,36**
Ф	0,25**	0,47**	0,27**	0,42**	0,22*
Вікова група 15-17 років					
М	0,76**	0,29**	-0,11	0,29**	0,27**
Ф	0,17	-0,18	0,27**	0,29**	0,41**

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ;  $\tau$  – коефіцієнт кореляції Кенделла; Я – реальний образ себе; Я<sub>ід</sub> – ідеальний образ-Я.

Це може свідчити про те, що дівчата не диференціюють для себе значущість мужності та жіночності батьків, ідентифікуючи себе з обома батьками та з маскулініними і з фемінініними показниками. Таким чином, для дівчат цієї вікової категорії батьки є просто близькими людьми «не подільними» на «жінку» й «чоловіка». Така ж тенденція спостерігається і в КГ (див. Таблицю 3.20). Очевидно, це пов'язано зі ще нерозщепленою єдністю М/Ф утворень у структурі особистості молодших підлітків – наявністю континуально-ад'юнктивної статеворольової моделі, незрілої, але такої, що відповідає нормі у віці 13-14,5 років [65]. У другій віковій групі залишається позитивний зв'язок Я-ідеалу дівчат з батьківськими утвореннями М і Ф, але на рівні Я-концепції у дівчат спостерігаються значно позитивний зв'язок з М показниками матері та Ф показниками батька. Тобто ми спостерігаємо інверсію ідентичності у цих дівчат: їх маскулініність спирається на матернальну ідентичність, а фемінініність на патернальну. Я-ідеал, при цьому, значно пов'язаний з образом-Я за М показниками. Цей феномен можна



охарактеризувати як двоїсту реверсивну ідентичність. Ідентифікації такого плану можливі в сім'ях, де батько слабкий, або ж холодний і дистанційований.

Розглянемо особливості зв'язку образу себе з батьківськими фігурами дівчат з КГ.

Таблиця 3.20

Ступінь близькості образу себе з батьківськими фігурами  
у дівчат-підлітків КГ

Вікова група 13-14,5 років					
Показники М/Ф	Рівень зв'язку, $\tau$				
	Я/Я <sub>ід</sub>	Я/Мати	Я/Батько	Я <sub>ід</sub> /Мати	Я <sub>ід</sub> /Батько
М	0,45**	0,55**	0,64**	0,59**	0,55**
Ф	0,31**	0,37**	0,47**	0,32**	0,34**
Вікова група 15-17 років					
М	0,56**	0,12	0,25**	0,21*	0,27**
Ф	0,57**	0,39**	0,15	0,46**	0,21*

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ;  $\tau$  – коефіцієнт кореляції Кенделла; Я – реальний образ себе; Я<sub>ід</sub> – ідеальний образ-Я.

Таблиця 3.20 демонструє наявність прямого (Ф<sub>ід</sub> – Ф<sub>я</sub>; М<sub>ід</sub> – М<sub>я</sub>) та перехресного (Ф<sub>ід</sub> – М<sub>я</sub>; М<sub>ід</sub> – Ф<sub>я</sub>) контролю реальних утворень М, Ф ідеальними утвореннями. У жодній з груп дівчат, що мають гінекологічну патологію, такого зв'язку не спостерігається. Як зауважив О.С. Кочарян [89], даний факт вказує на інтегруючу роль ідеал-утворень, які міцно вкорінені у статеворольовій структурі та мають значимий позитивний зв'язок як з Я-утвореннями, так і з батьківськими М, Ф утвореннями. Таким чином, ідеал-утворення у КГ дівчат стають стрижневими, такими, що визначають структуру особистості. На рівні статеворольової Я-концепції спостерігаємо, що фемінінність дівчат спирається на матернальну ідентичність, а маскулінінність на патернальну ідентичність. Ця обставина свідчить про гармонійне

становлення статевої ідентичності, коли дівчина успішно ідентифікується з матір'ю та безконфліктно набуває рис мужності (при ідентифікації з батьком).

Далі представлені дані групи дівчат з ВОМ.

Таблиця 3.21

Ступінь близькості образу себе з батьківськими фігурами  
у дівчат-підлітків, які страждають на ВОМ

Вікова група 13-14,5 років					
Показники М/Ф	Рівень зв'язку, $\tau$				
	Я/Я <sub>ід</sub>	Я/Мати	Я/Батько	Я <sub>ід</sub> /Мати	Я <sub>ід</sub> /Батько
М	0,55**	0,67**	0,33**	0,23*	0,18
Ф	0,19	0,36**	0,87**	0,18	0,33**
Вікова група 15-17 років					
М	0,46**	0,34**	0,18	0,32**	0,15
Ф	0,20	0,29**	0,07	0,44**	0,09

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ;  $\tau$  – коефіцієнт кореляції Кенделла; Я – реальний образ себе; Я<sub>ід</sub> – ідеальний образ-Я.

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.21, молодші підлітки з ВОМ ідентифікують себе з обома батьками за М, Ф показникам, що було відзначено і в інших групах дівчат. Але, при цьому Я<sub>ід</sub> має позитивний взаємозв'язок за маскуліністю з образом Я і материнською фігурою, а за фемініністю з батьком, що ставить останнього у позицію «слабкого». Таким чином, у дівчат образ Я, ідеальні устремління і материнська фігура пов'язані з силою, ініціативністю, мужністю. У другій віковій групі також спостерігається позитивний зв'язок образу Я і Я ідеального по маскуліності, а також материнська статево-рольова ідентичність. Таким чином, мати представлена як домінуюча, а батько слабкий. Відповідно, риси мужності дівчинка набуває при ідентифікації з матір'ю, а не з батьком. Очевидно, що має місце розрив зв'язку між матір'ю і батьком. Це, в свою чергу, значно ускладнює ідентифікацію дівчини з матір'ю як з ідеал-образом жінки.

Н. Ейніш, К. Ельячєфф [217] описують два основних способи поведінки дівчат при доміантній/владній матері (при цьому, за зауваженням авторів, владність може проявлятися і в гіперопіці, і в м'якому, але постійному контролі): 1) *злиття з матір'ю* – як свідоме чи несвідоме ототожнення, слухняність, залежність від її установок і очікувань; 2) *протистояння* – боротьба за свою автономію і протест проти матері, ворожість до неї. Але і в першому, і в другому випадку донька залишається залежною.

Вище зазначалося, що у дівчат з ВОМ найвищий з усіх груп відсоток неповних сімей, які проживають без батька. Також було висунуто припущення, що батько відкидається сім'єю і дівчиною зокрема. Аналіз значущості батьківських фігур для дівчат, особливості їх статоворольової ідентичності підкріплює це припущення. Як зауважив О.С. Кочарян, дівчина, яка зростає без батька, повністю поглинається психологічним полем матері і не навчається диссоціюватися від неї, від її проблем та емоційних станів [261]. Психоаналітична традиція [49, 212, 220, 242, 262] вказує на те, що розвиток дівчини рухається від прихильності до матері у напрямку ідеалізації батька. За відсутністю батька такого руху не відбувається, оскільки орієнтири руху втрачені. І виявляється, що дитина не в змозі подолати вплив психічного поля матері. Навіть коли батько лає свою дружину, він тим самим сприяє сепарації дітей від психологічного поля матері, оскільки дозволяє поглянути на те, що відбувається під іншим кутом зору, змушуючи задуматися, а чи дійсно справа йде так, як каже мати [255]. Сказане вище дозволяє зробити висновок, що у неповних сім'ях часто відбувається формування надзалежності між матір'ю і дитиною. Діти у таких сім'ях погано справляються з побудовою власного «Образу-Я». Як зауважив Н. Чодороу «... для цього необхідний об'єктивний процес сепарації-індивідуації у відносинах з матір'ю» [262, с. 184].

Також в роботі було здійснено визначення конотативного значення (несвідомого змістовного і емоційного наповнення) батьківських фігур. З цією метою була виконана наступна процедура: дівчатам були запропоновані такі конструкти: Мати, Батько, Любов, Ненависть, Радість, Гнів, Страх, які вони оцінили за методикою семантичного диференціала. Далі за середнім значенням, який

отримав кожен конструкт в групі, були обчислені кореляційні зв'язки. Таким чином, ми можемо встановити з якими емоційно значущими почуттями і переживаннями асоціюються материнська та батьківська фігури. У нижче наведених таблицях (3.2-3.24) відображені дані щодо виявлених зв'язків.

Таблиця 3.22

Конотативні значення батьківських фігур  
у дівчат-підлітків, які страждають на ПК

Батьківські фігури	Позитивне конотативне значення		Негативне конотативне значення		
	Любов	Радість	Ненавість	Гнів	Страх
	Рівень зв'язку ( $\tau$ ) у віковій групі 13-14,5 років				
Мати	0,28**	0,18	0,13	0,21*	0,09
Батько	0,21*	0,23*	0,20	0,35**	0,17
	Рівень зв'язку ( $\tau$ ) у віковій групі 15-17 років				
Мати	0,33**	0,17	0,18	0,38**	0,12
Батько	0,25**	0,19	0,29**	0,35**	0,08

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ;  $\tau$  – коефіцієнт кореляції Кенделла.

Для наочності значущі зв'язки представлені у рисуночному вигляді (рис. 3.15).

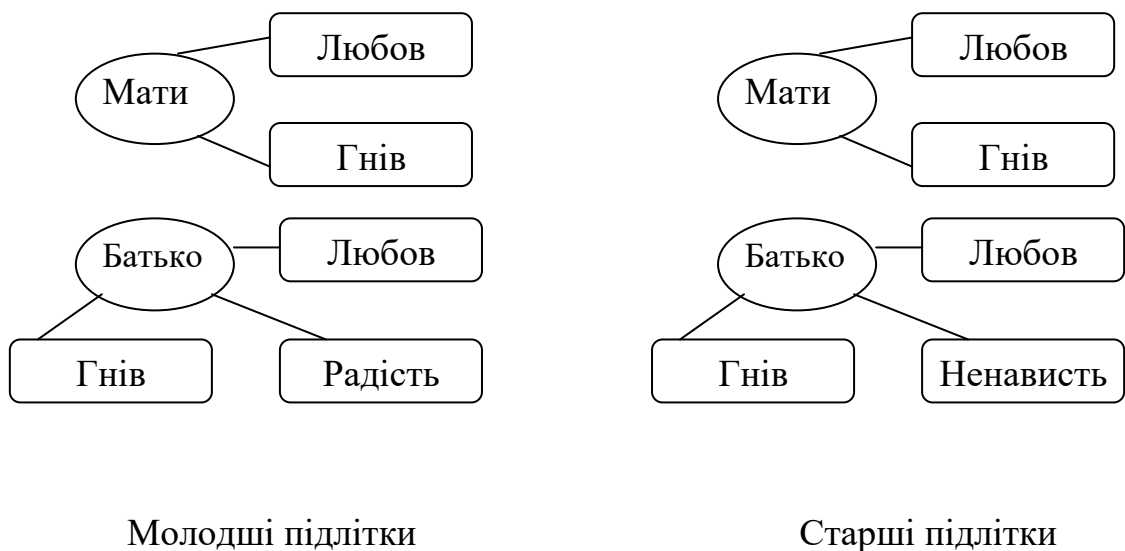


Рис. 3.15. Конотативне значення батьківських фігур у дівчат-підлітків з ПК

Таблиця 3.22 та рисунок 3.15 в першій віковій групі дівчат з ПК демонструє значний рівень зв'язку батьківських фігур з «Любов'ю». При цьому з батьком пов'язана і емоція «Радості». Але разом з тим і мати, і батько позитивно корелюють у дівчат з «Гнівом». У другій віковій групі залишається значно позитивний зв'язок з «Любов'ю» та «Гнівом». Але місце «Радості», пов'язаної з батьком у молодшій групі, займає «Ненависть». Інакше кажучи, дівчата з ПК відчувають суперечливі почуття по відношенню до батьків. Але до батька, при цьому, існує особливе ставлення – виражена любов до батька, очевидно у результаті травматичних відносин з ним, межує з ненавистю. Саме цим можна пояснити наявність в цій групі дівчат двоїстої реверсивної ідентичності. Так, дівчата з ПК, які є «глибинно» маскуліні (див. результати розділу 3.2) ідентифікуються з М-характеристиками матері (образ якої не настільки травматичний, як батьківський) і Ф-характеристиками батька (його приймаючою частиною).

У відповідності з таблицею 3.23 та рисунком 3.16 у дівчат першої вікової групи, які страждають на ВОМ, відзначається значуща кореляція батьківських фігур з конструктом «Любов».

Таблиця 3.23

Конотативні значення батьківських фігур  
у дівчат-підлітків, які страждають на ВОМ

Батьківські фігури	Позитивне конотативне значення		Негативне конотативне значення		
	Любов	Радість	Ненависть	Гнів	Страх
	Рівень зв'язку ( $\tau$ ) у віковій групі 13-14,5 років				
Мати	0,33**	0,28**	0,18	0,20	0,23**
Батько	0,25**	0,19	0,14	0,35**	0,10
	Рівень зв'язку ( $\tau$ ) у віковій групі 15-17 років				
Мати	0,28**	0,20	0,19	0,36**	0,24**
Батько	0,20	0,08	0,16	0,12	0,14

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ;  $\tau$  – коефіцієнт кореляції Кенделла.

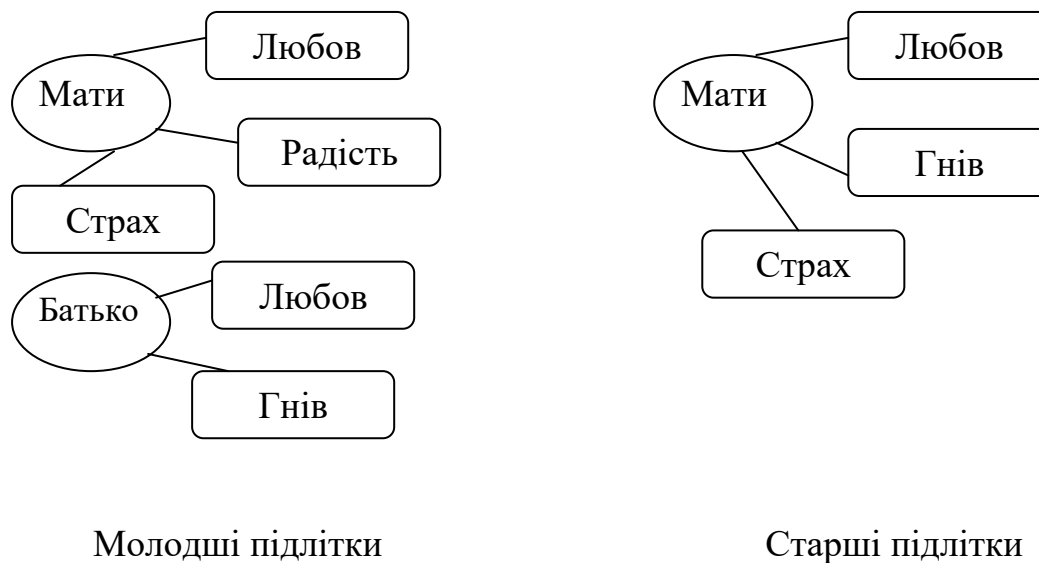


Рис. 3.16. Конотативне значення батьківських фігур у дівчат-підлітків з ВОМ

Мати також пов'язана з почуттям «Радості». Але одночасно спостерігається і зв'язок батьківських фігур з негативними емоціями – матері зі «Страхом», а батька з «Гнівом». Можна зробити висновок про наявність у дівчат амбівалентних почуттів по відношенню до батьків. Але якщо з батьком зазначена амбівалентність не настільки виражена (дівчина любить, але гнівається), то щодо матері дівчата відчують почуття глибокі, яскраво виражені та несумісні (дівчина любить, радіє й боїться матері). Мати виступає домінантною фігурою у сприйнятті дівчат з ВОМ. У другій віковій групі тенденція посилюється: в відносинах з матір'ю у дівчат втрачається «Радість», але додається «Гнів». Ймовірно він пов'язаний з усвідомленням причин «Страху», захистом від можливості бути «поглиненою» домінантною матір'ю, боротьбою за особисту автономність.

Що стосується батька, то конфлікт почуттів «люблю-гніваюся» відходить, і фігура батька взагалі не конотована емоційними значеннями. Швидше за все, дівчата просто винесли його за рамки значущих фігур в родині або відносини з ним трансформувалися з амбівалентних у холодні й дистанційні. Так дівчата залишаються в неадекватній, але тісній зв'язці з матір'ю.

Таблиця 3.24

Конотативні значення батьківських фігур  
у дівчат-підлітків КГ

Батьківські фігури	Позитивне конотативне значення		Негативне конотативне значення		
	Любов	Радість	Ненависть	Гнів	Страх
	Рівень зв'язку ( $\tau$ ) у віковій групі 13-14,5 років				
Мати	0,42**	0,38**	0,03	0,18	-0,09
Батько	0,26**	0,24**	0,11	0,15	0,21*
Рівень зв'язку ( $\tau$ ) у віковій групі 15-17 років					
Мати	0,33**	0,32**	0,09	0,20	0,18
Батько	0,24**	0,21*	0,05	0,11	0,10

Примітка: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ ;  $\tau$  – коефіцієнт кореляції Кенделла.

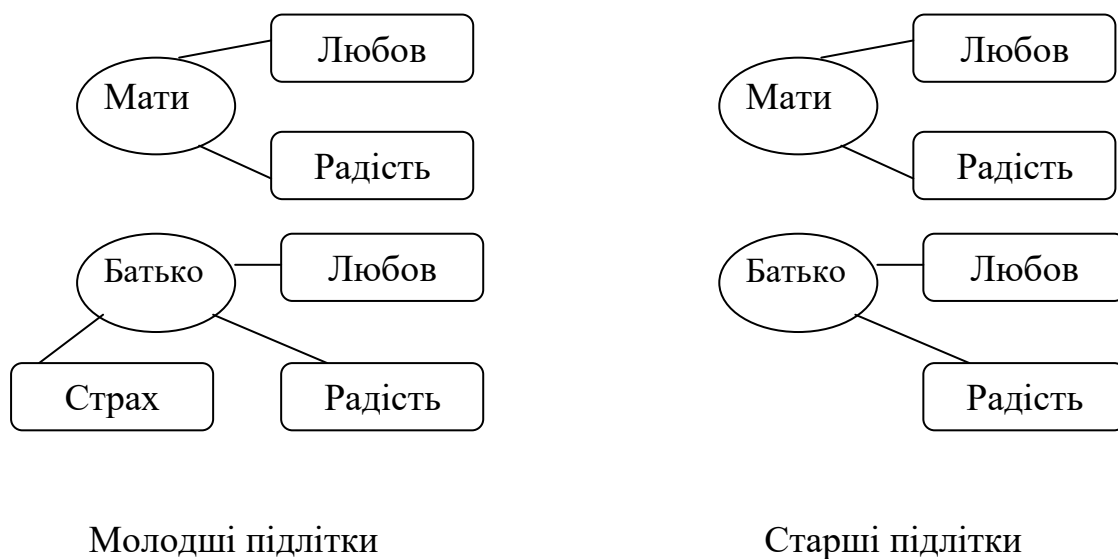


Рис. 3.17. Конотативне значення батьківських фігур у дівчат КГ

Згідно з таблицею 3.24 та рисунком 3.18, в обох групах здорових дівчат спостерігається значуща кореляція батьківських фігур з такими позитивними емоціями як «Любов» і «Радість». У першій віковій групі відзначений зв'язок батька

з емоцією «Страху», що, ймовірно, пов'язано з домінантною позицією батька у сімейній системі і може свідчити про патріархальну модель сім'ї. Вище нами зазначалося, що для європейської культури це є нормою. Більш того, така позиція батька сприяє більш адекватній статево-рольовій ідентифікації дівчини з матір'ю. О.С. Кочарян у своїх дослідженнях [89, с. 47] відзначав, що «... у психічно здорових жінок позитивне ставлення до матері значно вище, ніж до батька». В інших випадках виявляється порушення структури відносин, і, перш за все, страждають відносини з матір'ю, що спостерігається в групах дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції.

Аналіз отриманих даних дозволяє припускати наявність у хворих дівчат патогенетичної та/або предриспонує ролі фактора сім'ї у виникненні таких порушень менструальної функції як ПК і ВОМ. Підводячи підсумки за викладеними вище даними слід зазначити, що:

1. В результаті порушення взаємодії у системі батько-дитина страждає процес ідентифікації дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції з батьками, а саме:

а) у другій віковій групі дівчат з ПК відзначена двоїста реверсивна ідентичність, тобто матернальна ідентичність за маскуліністю і патернальна за фемініністю, коли батько представлений слабким, або ж холодним та дистанційованим;

б) у другій віковій групі дівчат з ВОМ відзначена матернальна статево-рольова ідентичність, де мати представлена домінантною, а батько слабким, і риси мужності дівчина набуває при ідентифікації з матір'ю, в результаті чого пригнічується її жіноче начало.

2. Образи батьків у дівчат носять суперечливий характер:

а) в групі з ПК в результаті травматичних відносин з батьком любов до нього межує з ненавистю;

б) в групі з ВОМ більш проблематичними є відносини з матір'ю – фігурою, яка «поглинає» і домінує.



3. В обох групах, в результаті доміантної позиції матері, має місце ефект відкидання батька, що значно ускладнює ідентифікацію дівчини з матір'ю як з ідеал-образом жінки.

Слід також зазначити, що будь-яке зближення з одним з батьків, яке шкодить відносинам з іншим, виявляється проблемним з точки зору статеворольового і, як наслідок, психосексуального розвитку.

Говорячи про складнощі у первинній соціалізації, яка відбувається в батьківській родині, слід враховувати, що батьки передають дітям певний тип поведінки, створюють свого роду рамки, згідно з якими дитина повинна рухатися і розвиватися. Такі поведінкові й ціннісні обмеження можна назвати сценарієм життя, який змушує дитину несвідомо реалізовувати закладену батьками програму поведінки, задовольняти їх, а не свої бажання. У зв'язку з цим будь-яка хвороба може бути реакцією на заданий батьківський план життя, а може ставати і «хорошим» стабілізатором, що забезпечує життєдіяльність сім'ї в цілому.

### **3.5. Аналіз ранніх спогадів дівчат-підлітків, які страждають на ПК і ВОМ**

Результати аналізу психосексуального розвитку (див. Розділ 3.1), статеворольової сфери (див. Розділ 3.2), особливостей сімейної соціалізації (див. Розділи 3.4 та 3.4.1) дівчат-підлітків з ПК і ВОМ свідчать про наявність у них проблеми статеворольової ідентичності. Остання, як правило, пов'язана з блокуванням певних частин особистості у результаті наявності раннього психотравмуючого досвіду – статеворольової травми. На думку ряду авторів [191, 197, 211, 214, 220] це може мати негативний вплив не тільки на психологічне, а й на соматичне здоров'я людини.

Ранній психотравмуючий досвід може бути зрозумілим за допомогою аналізу ранніх спогадів дівчат. Так, можливо припустити наявність у дівчат з ПК і ВОМ деяких фіксованих психологічних тем, що містять ранні травми і об'єднані загальним життєвим стилем. У даному випадку під життєвим стилем розуміються

стійкі форми життєдіяльності (сценарії, скрипти та інше), які мають властивість «повторної компульсії», тобто мають витoki в інфантильній психотравмі та нав'язливо відтворюються в житті людини [186, 191]. Таким чином, стиль життя – це прийнята людиною концепція життя, прийнятий нею патерн поведінки, для якого, на думку А. Адлера [191, с. 48], характерно: раннє формування, помилковість і стійкість. Стиль життя складається на все життя. Він відтворюється у різних ситуаціях і від повторення стає міцнішим [191, с. 49].

Для виявлення фіксованих тем у життєвому стилі дівчат-підлітків була використана методика ранніх спогадів, розроблена для психодіагностики життєвого стилю в рамках індивідуальної психології. Її перевагами є те, що, відповідаючи критеріям об'єктивного методу, вона дає «фундаментальну оцінку людиною самої себе та свого становища, це її суб'єктивна стартова точка, початок автобіографії, яку вона для себе створює...» [191, с. 73].

У таблицях Л.1., Л.2., Л.3., Л.4. Додатку Л представлені значущі відмінності за основними параметрами спогадів та фіксованими темами ранніх спогадів між групами дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції та КГ.

Отримані дані свідчать про те, що як між групами дівчат-підлітків, що страждають на ПК і ВОМ, так і при порівнянні їх з КГ, спостерігаються значні відмінності по багатьом елементам ранніх спогадів. Проведемо аналіз результатів по кожному захворюванню.

У порівнянні з КГ у дівчат першої вікової групи (13-14,5 років), які страждають на ПК, значимо високі показники за наступними типами подій ранніх спогадів (див. Таблиця Л.1. Додатку Л): розчарування й образи; ситуації приниження; потреба у підтримці друга; відкрита ворожість; проступки, крадіжки; переживання почуття провини і сорому.

Крім того, у дівчат даної групи домінує або позитивний, або негативний емоційний фон спогадів, рідше (що, втім, не досягає статистичної значущості у порівнянні з КГ) – амбівалентне ставлення до ситуації спогаду, і зовсім відсутні у спогадах ситуації, які були б емоційно нейтральні для дівчат. Таким чином, має місце безапеляційна градація на «добре» чи «погане» ставлення до мене – «люблять

– не люблять», «приймають – відкидають». При цьому негативні емоції у дівчат, які страждають на ПК, при порівнянні з КГ, більшою мірою пов'язані з братами, сестрами і представниками протилежної статі, тобто категорією людей безумовно значущою для них.

Наведемо деякі приклади спогадів.

*«Я влітку відпочивала у таборі. Спочатку мені було дуже весело. Потім з'явився новий директор, який вигнав мене з табору тільки через те, що ми з хлопцями одного разу вночі помазали інших дітей зубною пастою. Хлопці не попалися, а мені дісталось по повній. Я вирішила, що більше туди не поїду»* (спогад відноситься до віку 7 років).

Цей спогад відображає переживання образи за «несправедливе» покарання, приниження перед іншими дітьми за те, що її вигнали. Проглядається також завуальована зрада хлопців, які не зізналися у своїй провині. Це дало відчуття неприйняття, покинутості, самотності, що призвело до вираженої агресивної реакції, наслідком якої стає відштовхування дівчиною свого оточення у відповідь. Однак цей приклад демонструє також модель поведінки, яка провокує на те, щоб бути не прийнятою.

Ще один спогад, що відноситься до віку до 7 років: *«Це було влітку, але не пам'ятаю в якому році. Ми з сестрою дуже сильно посварилися, але потім помирилися. Ми стали рвати сливи, а коли зрозуміли, що не можемо до них дотягнутися, вирішили їх збивати палицями. І тут сестра як вдарить мене палицею по голові. Вона вибачилася, сказала, що ненавмисно. Але я так і не знаю – навмисно вона це зробила чи ні»*. Тут відображена позиція недовіри, прихованої образи, очікування розчарування, зради і, як наслідок, страх самотності (навіть по відношенню до рідної сестри). Такий стан речей, як і в першому прикладі, демонструє поведінкову модель, в якій дівчина дистанціюється, сама психологічно відштовхує від себе оточення, щоб запобігти повторення негативної ситуації з супутніми негативними переживаннями. Але тим самим формує навколо себе ситуацію неприйняття, покинутості, самотності. Різниця у тому, що якщо в першому прикладі дівчина активно (і агресивно) відштовхує від себе оточення, то тут позиція

пасивна, прихована. Підтвердженням цих припущень стає інший спогад тієї ж дівчини, що відноситься до віку 6-7 років: *«У початковій школі я сиділа за однією партою з хлопчиком, якому сподобалась. Він приносив мені солодощі і весь час кликав гуляти. Він набридав мені своєю увагою, я не знала куди від нього подітися».* У цьому спогаді проглядається гордість за те, що була визнана, прийнята, була центром уваги. Але увага з боку оточення стає небезпечним явищем – на неї слід відповідати, розкриватися, приймати іншу людину. А це не уявляється можливим, тому що є ймовірність знову потрапити у ситуацію розчарування й самотності.

Таким чином, можливо спостерігати подвійну позицію дівчат по відношенню до оточуючих: бажання бути прийнятою та страх бути залишеною. Необхідність прийняття добре відображають спогади двох інших дівчат:

1) *«Одного разу ми з хлопцями пішли в кіно. Після фільму один хлопчик вручив мені подарунок і запросив до себе на день народження»* (спогад 8 років);

2) *«Я згадала про свою подругу, з якою ми дружили з дитячого садка. Я завжди могла розповісти їй всі свої таємниці, вона ніколи мене не зраджувала, щоб я не зробила. І завжди підтримувала у важкі хвилини.*

Спираючись на теорії психоаналітичного напрямку (які більшою мірою займалися аналізом раннього травматичного досвіду), зокрема Л. Бурбо [32, 212, 213, 214, 217, 218, 220], картина, яку демонструють ранні спогади дівчат, може бути охарактеризована як переживання ними *травми покинутої з маскою залежного* (маска – служить захистом від болю, яку заподіює травма, пережита людиною. Чим глибше рана, тим частіше людина змушена носити свою маску [213, с. 11]). Л. Бурбо стверджує, що травма покинутої пробуджується у віці від 1 до 3 років, з батьками протилежної статі, коли вони могли бути занадто зайняті або замкнуті: *«Дитина вважає, що батько протилежної статі не цікавиться нею...»* [213, с. 12]. Таким чином, той, хто носить в собі травму «покинутого» постійно відчуває емоційний голод. Намагаючись приховати від себе травму, людина створює маску «залежного», який упевнений, що нічого не може досягти сам, що йому необхідна підтримка інших. Звідси народжується несвідома схильність ставати «жертвою», яка сама створює собі проблеми і, за твердженням Л. Бурбо, у тому числі й зі здоров'ям, щоб

привернути до себе увагу. Оскільки «покинутому» здається, що йому приділяється занадто мало уваги, він шукає будь-яку можливість відчутися важливим, щоб отримати підтримку «... він все занадто драматизує, що дає йому можливість не відчувати себе покинутим» [213, с. 12].

Людина з травмою «покинутого» частіше прагне прийняти на себе підтримуючу роль батька по відношенню до своїх братів та сестер або шукає нагоди врятувати когось, але робить це з єдиною метою – привернути до себе увагу. При цьому вона очікує отримати захоплення й визнання, а якщо її очікування не виправдовуються – психологічно залишає цю людини, «викреслює зі свого життя». Саме така тенденція по відношенню до сіблінгів спостерігається у дівчат, які страждають на ПК. Негативне ставлення до протилежної статі також можна пояснити образою на батька, який «покинув» дівчину.

Сум та самотність стають досить частими переживаннями дівчат, що змушує їх несвідомо відмовлятися від тих, кого хотілося б бачити поруч із собою. Вони не розкриваються, щоб прийняти людей, – зі страху, що будуть принижені й покинуті ними. Як тільки відносини стають тіснішими, дівчата шукають записів припинити їх. При цьому можуть використовуватися досить агресивні форми поведінки, що й має місце у групі дівчат з ПК.

Л. Бурбо [213] зазначає, що наявність травми покинутого часто супроводжується формуванням *травми зради (маска – контролюючого)*, що характерно для дівчат з ПК. Ця травма пробуджується у віці від 2 до 4 років і також пов'язана з батьками протилежної статі. Травма покинутого розвивається раніше, ніж травма зради: «Ті, хто в дитинстві прийняв рішення не бачити і не приймати свою залежну частину (травма покинутого), розвиває силу необхідну для маскуванню своєї травми покинутого. У цей період вони починають будувати маску контролюючого» [213, с. 29]. Так можна уявити собі дівчинку, яка відчуваючи себе покинутою, приймає рішення всіма доступними їй засобами спокусити батька, щоб привернути до себе його увагу і, головне, забезпечити собі його підтримку. Як зауважила Л. Бурбо [213, с. 31], чим наполегливіше дитина намагається контролювати батька таким чином, тим сильніше її очікування. Коли ж останні не

виправдовуються, вона переживає це як зраду. Як наслідок, дитина стає все більш і більш контролюючою: «Контролююча субособистість заохочує залежну субособистість стати незалежною» [213, с. 32]. Однак це породжує виражений страх *зречення*, що продемонстрований у наведених вище прикладах спогадів. При цьому дівчата самі не помічають як відрікаються від інших, не даючи шансу тому, хто якимось чином втратив їх довіру. Але не можна говорити про те, що ця позиція абсолютно проходить повз їх свідомість. На рівень свідомості вона проектується у вигляді переживання почуття провини й сорому, яке має місце у спогадах дівчат, що страждають на ПК. Л. Бурбо зазначає, що почуття провини і сорому є засобом для того, щоб усвідомити, що ми зраджуємо себе або інших людей [213, с. 36].

Переживання травми покинутої та приєднаної до неї травми зради властиво і для другої вікової групи дівчат (15-17 років), які страждають на ПК. З урахуванням того, що невирішена травма з віком стає глибше, на поведінковому рівні, у моделі взаємодії з оточуючими, у тілесних характеристиках вона набуває більш яскравих проявів, що і спостерігається у дівчат другої вікової групи.

Як можна бачити з таблиці Л.2. Додатку Л, у другій віковій групі дівчат при порівнянні з КГ значно більше спогадів, пов'язаних з нещасними випадками, смертю близьких, втратами, розставаннями, розчаруваннями та образами, ситуаціями приниження, з провинами й крадіжками, які вчиняються ними. На тлі наявності приблизно однакової частоти як позитивних, так і негативних спогадів, при порівнянні з КГ, у дівчат з ПК переважають спогади з негативним фоном. Приблизно таку картину ми спостерігали під час аналізу даних першої вікової групи дівчат, що страждають на ПК. Однак неприємні спогади тепер носять більш трагічний характер: присутня якась безвихідь, яка нівелюється агресією їй/або асоціальними вчинками. Але, при цьому ми вже не спостерігаємо вираженого почуття провини й сорому, які були властиві першій віковій групі – дівчата прийняли світ як небезпечний, загрозливий, відштовхуючий і звільнили себе від відповідальності за своє ставлення до оточуючих, намагаючись знайти для себе найбільш оптимальні варіанти «виживання». Наведемо один зі спогадів, який підтверджує це припущення: *«Пам'ятаю, як у 2-му класі один з хлопців весь час*

ганявся за дівчатами і то задирав сукні, то смикав за волосся, міг штовхнути, пробігаючи повз. Мене це дістало, я підмовила дівчат зі свого двору, і ми його здорово відлупцювали. Більше він жодну дівчинку в класі не чіпав» (спогад 8 років). Дівчина, яка написала спогад, переконана у правильності й навіть шляхетності цього вчинку. Насправді зворотний бік такої поведінки містить очікування бути неприйнятною, зрадженою, відкинутою, що і призводить до нівелювання цього страху за допомогою агресії «Я відштовхую вас сама».

Інтерес представляє відношення дівчат з ПК до представників протилежної статі. Як і у дівчат КГ, у них досить часто зустрічаються спогади, пов'язані з першою закоханістю, увагою з боку протилежної статі. Однак, у порівнянні зі здоровими дівчатами, у дівчат, що страждають на ПК, відсутній активний прояв інтересу до протилежної статі. Таким чином, ми спостерігаємо неоднозначне ставлення до чоловічої статі: необхідність її наявності й проявів інтересу та уваги з боку хлопців, і одночасне дистанціювання від протилежної статі, недовіра до її представників. Виникає відчуття, що дівчатам простіше розглядати чоловіків як якусь функцію, що дає можливість задоволення власних інтересів, але відчуття їх цінності, їх прийняття як значущих особистостей у житті немає. Важливим стає ще той факт, що при виявленні осіб, які пов'язані зі спогадами негативного емоційного фону, при порівнянні з КГ достовірно частіше спливає фігура батька. Як вказувалося вище виникнення травми покинутої та травми зради пов'язано з батьками протилежної статі. За твердженням Л. Бурбо [213], у дівчат, які страждають цими травмами, Едипів комплекс не знайшов свого нормального розв'язання. Прагнучи вилікувати травму покинутої, на едіпальній фазі дівчина намагається сильніше привернути до себе батька. І в разі не отримання очікуваної реакції, у останньої формується травма зради. Як зраду дівчина переживає і ту ситуацію, коли відчуває, що мати була ображена або зраджена батьком: «Дитина сприймає таку зраду так, немов зрадили її саму» [213, с. 42]. У досліджуваних дівчат спостерігається досить багато спогадів такого роду, наприклад:

1) Спогад семирічної дівчинки. *«Я пам'ятаю, як тато кричав на маму, мені було страшно і дуже шкода маму. Я не розуміла, чому він це робить»;*

2) Спогад п'ятирічної дівчинки. *«З мого дитинства мені запам'яталося, як мій батько пив, а ми з мамою чекали його вдома, стоячи біля вікна. А коли він приходив, то всю ніч сиділи та дивилися, щоб він не прокинувся. Тоді мені було дуже страшно за маму».*

Так, у першій віковій групі дівчат з ПК ми спостерігаємо негативне ставлення до протилежної статі, як проекцію травматичних відносин з батьком. У другій віковій групі ставлення до хлопців набуває амбівалентного характеру. Це пояснюється переходом до пубертатного періоду – статевого дозрівання, формування платонічного, еротичного та сексуального лібідо (III етапу психосексуального розвитку). На тлі інтенсивного функціонування ендокринної системи відбувається вибір об'єкта потягу. Однак переживання травми покинутої і травми зради призводить до того, що дівчата вибудовують свої відносини з представниками протилежної статі за дистанційованим типом: «...обирається дистанційований партнер, який з різних причин не може брати на себе зобов'язань і це стає гарним засобом приховати від себе самої власне не бажання брати відповідальність за відносини» [213, с. 47]. Оскільки дівчата, які переживають травму покинутої та травму зради схильні привертати до себе увагу і, контролюючи, утримувати її, їх відносини з протилежною статтю частіше виглядають наступним чином: хлопець спокушається дівчиною, а після насичення увагою й турботою, вона (частіше несвідомо) знаходить спосіб для того, щоб ідея розриву відносин першою прийшла у голову партнера, що, в свою чергу, не дозволить звинуватити її у зраді. Так, дівчина отримує необхідну їй увагу і водночас захищається від страху бути покинутою, зраженою. Однак, травми бувають настільки глибокими, що дівчата можуть надавати перевагу дружнім стосунками з протилежною статтю, аніж любовним.

Окрім аналізу основних параметрів ми спробували виділити теми ранніх спогадів, що дозволяють визначити особливості життєвого стилю дівчат, які страждають на ПК. Дані по першій віковій групі представлені на рисунку 3.18.



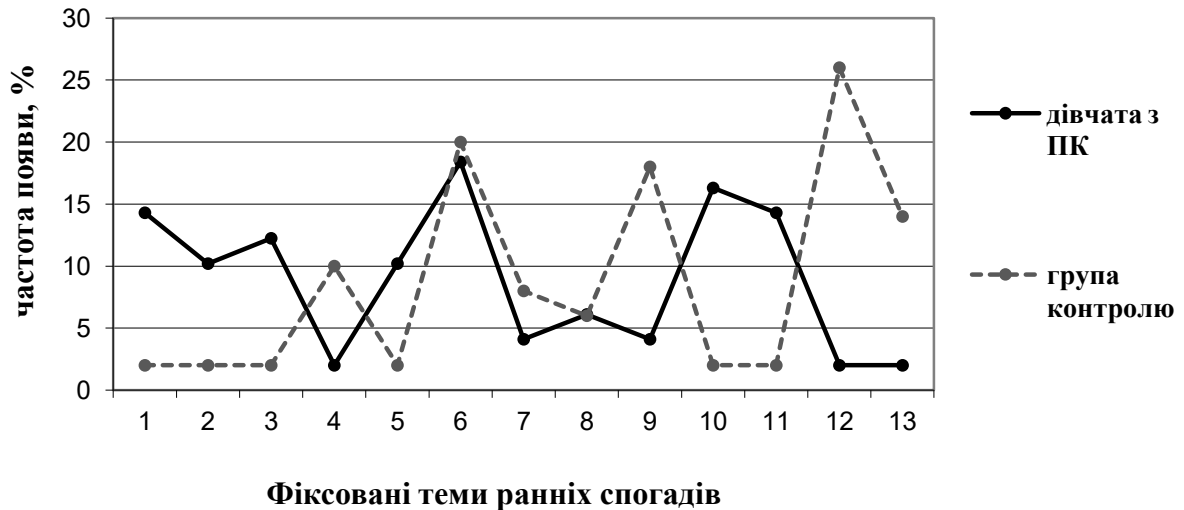


Рис. 3.18. Темі ранніх спогадів дівчат-підлітків 13-14,5 років, які страждають на ПК і КГ

Примітка: Негативні теми спогадів: 1 – «Я слабка і безпорадна»; 2 – «Я самотня, мене не розуміють»; 3 – «Світ страшний і небезпечний»; 4 – «Світ не безпечний»; 5 – «Я нікому не дам себе скривдити».

Позитивні теми спогадів: 6 – «Мене люблять і приймають»; 7 – «Я предмет гордості та захоплення»; 8 – «Мене цінують»; 9 – «Я гарна»; 10 – «Я подобаюся хлопцям»; 11 – «Я доросла і розумна»; 12 – «Світ сповнений цікавих речей»; 13 – «Якщо дуже сильно чогось бажати – це обов'язково збудеться».

Також можливо простежити теми ранніх спогадів першої вікової групи дівчат з ПК (див. Додаток Л, таблицю Л.3), частота яких достовірно вище у порівнянні з КГ (застосовувався критерій кутового перетворення Фішера):

- Я слабка і безпорадна ( $\varphi = 2,44$ ;  $p \leq 0,01$ );
- Я самотня, мене не розуміють ( $\varphi = 1,86$ ;  $p \leq 0,05$ );
- Світ страшний і небезпечний ( $\varphi = 2,14$ ;  $p \leq 0,05$ );
- Я нікому не дам себе скривдити ( $\varphi = 1,86$ ;  $p \leq 0,05$ );
- Я подобаюся хлопцям ( $\varphi = 2,72$ ;  $p \leq 0,01$ );
- Я доросла і розумна ( $\varphi = 2,44$ ;  $p \leq 0,01$ ).

При цьому у КГ в порівнянні з дівчатами, що страждають на ПК, превалюють такі теми: «Я гарна» ( $\varphi = 2,33$ ;  $p \leq 0,01$ ), «Світ не безпечний» ( $\varphi = 1,77$ ;  $p \leq 0,05$ ), «Світ

сповнений цікавих речей» ( $\varphi = 3,8$ ;  $p \leq 0,01$ ), «Якщо дуже сильно чогось бажати - це обов'язково збудеться» ( $\varphi = 2,44$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Таким чином, аналізуючи дівчат групи з ПК можливо припустити, що переживання травми покинутої і травми зради призводить при взаємодії з навколишнім світом до відчуття власної слабкості, беззахисності, очікуванню бути неприйнятною і, як наслідок, опинитися на самоті. Останнє є найбільш вираженим страхом. Таким чином, у дівчат формується двоїсте ставлення до оточуючих – з одного боку очікування зради та відчуття покинутості, з відповідним бажанням вчинити по відношенню до оточуючих так само; з іншого боку – бажання нівелювати страх самотності за допомогою залежності, отримання уваги, схвалення, прийняття інше.

У зв'язку з цим дівчата можуть вибирати кілька варіантів того, як можливо себе захистити:

1) демонстрація своєї слабкості, беззахисності, що дозволяє домогтися особливої уваги і турботи з боку оточуючих. Л. Бурбо [42] стверджує, що у багатьох людей буває декілька травм, але рівень болю від них не однаковий. З огляду на це зауваження, можна стверджувати, що дівчата, які обирають позицію «жертви», найбільший біль відчувають не від травми зради, а від більш ранньої травми покинутої. Типовим прикладом такої позиції може стати спогад «Про пораненого птаха», з яким згодом себе ідентифікувала шестирічна дівчинка, що написала його. Цей спогад важливий для формування загального стилю життя: *«Я прокинулася рано вранці і вийшла на вулицю. Там стояла і моя мама. У городі ми побачили голуба з перебитим крилом. Хтось завдав йому серйозну травму. З рани сочилася кров. Голуб був такий нещасний і безпорадний! Ми взяли його додому, накрили кошиком, щоб його не змогла з'їсти наша кішка. Разом з мамою я доглядала за ним. Зрештою, його крило зажило, ми випустили голуба, і він полетів».*

2) демонстрація своєї дорослості, сили, навіть агресії, здатності за себе постояти. Дівчата беруть на себе роль «пацанок», завжди оточених хлопцями, а, отже тих, що володіють силою і серйозною підтримкою. Прикладом може стати спогад семерічної дівчинки: *«Пам'ятаю, в школі було якесь свято. Всі метушилися*

після уроків. Раптом ми з хлопцями помітили, що старшокласники знуцаються над нашим приятелем. Не довго думаючи, ми їм як задали ... Було круто позмагатися з більш старшими. Тоді я зрозуміла, що можу постояти за себе і іншого, якщо треба». Загальною характерною рисою для дівчат, які обирають таку позицію, є сила, контроль, що маскують базову слабкість, вразливість і безпорадність. Як відомо, коли людина по-справжньому не вірить у свою силу, вона робить все, щоб переконати інших в її існуванні. Крім того, обираючи «хлоп'ячу» поведінку, як наслідок ідентифікації з людиною, що завдала травму – батьком – дівчата отримують можливість захистити себе від повторення болі при взаємодії з протилежною статтю, і в більшій мірі, з батьком – я така ж як ти, тому у тебе не буде можливості заподіяти мені болю.

3) демонстрація своєї привабливості, цінності для представників протилежної статі, друзів, що підвищує значущість дівчат у власних очах та очах інших а, отже, робить їх сильними й недосяжними. Типовим прикладом служить спогад семирічної дівчини: *«Коли ми з класом поїхали на екскурсію містом, я сиділа на задньому сидінні автобуса. Поруч сидів хлопчик, який мені подобався. Посеред екскурсії він закричав на весь автобус: «Я тебе люблю!».* У взаєминах з протилежною статтю відображується стійка модель поведінки дівчини з батьком – оволодіння його увагою, для того щоб впоратися з загрозливим страхом бути покинутою та зрадженою.

Теми ранніх спогадів другої вікової групи дівчат з ПК, на тлі КГ, відображені на рисунку 3.19.

Аналізуючи малюнок 3.19 та Додаток Л, таблиця Л.4, слід зауважити, що поряд з темами ранніх спогадів КГ, які демонструють реалістичне ставлення до навколишнього світу, впевненість в собі, активність, цінність власної особистості для себе та інших (включно з представниками протилежної статі), у другій віковій групі дівчат, які страждають на ПК, теми ранніх спогадів мають менш благополучні характеристики (для розрахунків застосовувався критерій кутового перетворення Фішера):

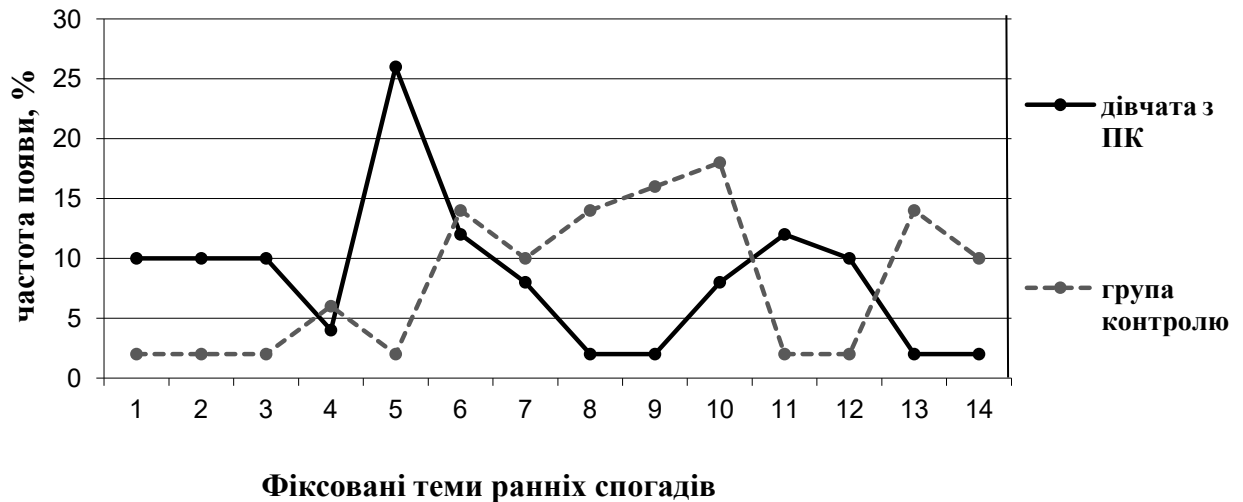


Рис. 3.19. Теми ранніх спогадів дівчат-підлітків 15-17 років, які страждають на ПК і КГ

Примітка: Негативні теми спогадів: 1 – «Я слабка і безпорадна»; 2 – «Мене не цінують»; 3 – «Світ страшний і небезпечний»; 4 – «Світ небезпечний»; 5 – «Щастя треба заслужити».

Позитивні теми спогадів: 6 – «Мене люблять і приймають»; 7 – «Я предмет гордості та захоплення»; 8 – «Мене цінують»; 9 – «Я гарна»; 10 – «Я подобаюся молодим людям»; 11 – «Я доросла і розумна»; 12 – «До життєвих труднощів я ставлюся з гумором»; 13 – «Світ сповнений цікавих речей»; 14 – «Я успішна».

- Я слабка і безпорадна ( $\varphi = 1,79$ ;  $p \leq 0,05$ );
- Мене не цінують ( $\varphi = 1,79$ ;  $p \leq 0,05$ );
- Світ страшний і небезпечний ( $\varphi = 1,79$ ;  $p \leq 0,05$ );
- Щастя треба заслужити ( $\varphi = 3,93$ ;  $p \leq 0,01$ );
- Я доросла і розумна ( $\varphi = 2,11$ ;  $p \leq 0,05$ );
- До життєвих труднощів я ставлюся з гумором ( $\varphi = 1,79$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Очевидно, що для дівчат з ПК старшого віку (як і для першої вікової категорії тієї ж групи) базовими є страх бути не прийнятою, покинутою, почуття власної незахищеності й слабкості. Інші теми, витісняючи відчуття, пов'язані з переживанням травм покинутої і зраженої, компенсаторно формують почуття власної

відповідальності, дорослості, мужності як необхідних якостей у боротьбі за своє існування. Таким чином, дівчат старшої групи з ПК можна умовно розділити на дві категорії: 1) які залишаються на інфантильній позиції, очікуючи підтримки й допомоги з боку інших: «Я слабка і беззахисна, а світ страшний і небезпечний»; 2) які демонструють зухвалість, емансипацію, свою перевагу над обставинами життя, нівелюючи власний страх. Яскравим прикладом останньої позиції стає спогад дівчини з ПК, що відноситься до 8-річного віку:

*«Кілька років тому ми з мамою відпочивали на морі. Одного разу, поки мама засмагала, я гуляла берегом і побачила величезну споруду. Вона тягнулася від берега в море метрів на 100, а в висоту була приблизно 50 м, а шириною приблизно 1,5-2 м. При цьому споруда була без поручнів. Я піднялася на неї і пішла до самого кінця. Я стояла на краю і мені було страшно так, що збивалося дихання і навіть живіт болів. Але я вирішила себе перевірити і встояти, дивлячись на божевільні хвилі, що бушували внизу. Це були небувалі відчуття ... ».*

Звернемося до аналізу ранніх спогадів дівчат, які страждають на ВОМ. Таблиця Л.1. Додатку Л вказує на той факт, що у першій віковій групі дівчат з ВОМ, у порівнянні з КГ, значно більше спогадів, пов'язаних з переживанням почуття провини, сорому, турботою рідних, в той час як для КГ характерні спогади про смерть близьких, спільну діяльність з батьками, курйозні випадки, що сталися з братами або сестрами, спогади про подарунки та приємні сюрпризи.

Можна припустити, що на ранніх етапах соціалізації дівчата КГ отримували необхідну підтримку з боку родини, що сприяло їх гармонійному розвитку та формуванню здорового почуття прихильності до рідних, переживання за їхню долю.

Що стосується дівчат, які страждають на ВОМ, поєднання почуття провини, сорому і частих спогадів про турботу з боку близьких (якої, судячи зі змісту спогадів, бракувало) може виявитися наслідком витісненої агресії, ненависті по відношенню до близьких, навіть бажання їхньої смерті.

Таким чином, у дівчат з ВОМ спостерігаються ознаки так званої базальної тривоги, описаної К. Хорні [128]. На думку останньої, вирішальним фактором у розвитку особистості є соціальні відносини між дитиною та батьками. З точки зору

К. Хорні дитинству характерні дві потреби: потреба у задоволенні і потреба у безпеці [128]. Задоволення охоплює всі біологічні потреби: у їжі, сні та інше. Але головною для розвитку дитини К. Хорні вважала потребу в безпеці, що включає у себе наступні мотиви – бути коханою, бажаною, захищеною від небезпеки або ворожого світу. У задоволенні цієї потреби, на думку К. Хорні, дитина повністю залежить від своїх батьків [128]. Якщо батьки виявляють справжню любов і тепло по відношенню до дитини, тим самим задовольняється її потреба у безпеці. Завдяки цьому формується здорова особистість. Багато моментів у поведінці батьків можуть фруструвати потребу дитини у безпеці: нестійка поведінка, глузування, невиконані обіцянки, надмірна опіка, а також надання явної переваги її братам або сестрам. Результатом подібного поганого поводження з боку батьків стає розвиток у дитини установки базальної ворожості: «У цьому випадку дитина знаходиться між двох вогнів: вона залежить від батьків і в той же час відчуває по відношенню до них почуття образи й обурення. Цей конфлікт приводить у дію такий захисний механізм як витіснення. У результаті поведінка дитини, яка не відчуває безпеки в батьківській родині, направляється почуттями безпорадності, страху, любові, провини й сорому, які виконують роль психологічного захисту, і мета яких – придушення ворожих почуттів по відношенню до батьків, щоб вижити» [44, с. 36 - 39]. Пригнічені почуття ворожості починають проявлятися у всіх взаєминах дитини з іншими людьми, як в сьогоденні, так і в майбутньому. У такому випадку говорять, що у дитини спостерігається базальна тривога.

Отже, якщо дитина відчуває любов та прийняття себе, вона відчуває себе у безпеці і, швидше за все, буде розвиватися нормально (що спостерігається у КГ дівчат). Якщо ж вона не відчуває себе в безпеці, у неї розвивається ворожість по відношенню до батьків, і ця ворожість, трансформувавши у базальну тривогу, буде спрямована на кожного.

При цьому між КГ і групою дівчат з ВОМ спостерігаються значні відмінності щодо осіб, з якими пов'язані негативні події у спогадах. Так, якщо у групи здорових дівчат негативні події більшою мірою пов'язані з ними самими (ситуації хвороби, травми, нещасних випадків, переживання власних невдач, помилок), то у дівчат, що

страждають на ВОМ, у спогадах з негативними подіями головну роль відіграють представники протилежної статі. Слід зазначити, що поряд з цим, загальна кількість спогадів (пов'язаних як з позитивними, так і з негативними емоціями) де присутні особи протилежної статі досить висока. Тобто має місце факт – протилежна стать значуща, цінна, але взаємодія з нею «завжди завершується пагано». Наведемо приклад типового для цієї групи раннього спогаду: *«Згадую свого друга Діму. Він був дуже хорошим другом, найкращим! А потім він поїхав в інше місто і забув про мене. Ось так!»*.

У другій віковій групі дівчат, які страждають на ВОМ, у порівнянні з КГ спогади також значно більше наповнені негативною тематикою (див. Таблицю Л.2. Додатку Л): нещасні випадки, втрати, розставання, смерть близьких, розчарування, образи, ситуації приниження. Як і у випадку дівчат з ПК спостерігається безвихідь та пригніченість, проте у даному випадку вона не супроводжується компенсаторною агресивною, асоціальною поведінкою. Навпаки, має місце пасивна приреченість та виражена ностальгія про турботу рідних.

Як і в першій віковій групі, дівчатам властиво відчувати себе маленькою, незначною у небезпечному світі, який може образити, принизити, зрадити та інше. Дівчата сприймають оточення як загрозу своєму цілісному розвитку і своїм бажанням та прагненням. Таким чином, наявність базової тривоги у дівчат з ВОМ підтверджується і в другій віковій групі.

Персоналіями спогадів, які зустрічаються найбільш часто, стають мачуха, мати та вітчим (помічено, що згадки про мачуху та вітчима характерні лише для групи дівчат з ВОМ). Але, останні двоє водночас значно частіше у порівнянні з КГ пов'язані зі спогадами негативного емоційного фону. Почуття провини й сорому, що були відзначені у першій віковій групі дівчат, які страждають на ВОМ, відходять на задній план. Дівчата нібито «змирилися» з відсутністю почуття безпеки, захищеності, перестали шукати таке необхідне раніше схвалення у близьких та прийняли позицію «жертви» по відношенню до «неминучо небезпечного й не приймаючого світу».

Щодо представників протилежної статі, у дівчат з ВОМ зберігається суперечливе ставлення, властиве і першій віковій групі – чоловік у спогадах представлений як емоційно холодний, лякаючий, недосяжний, але бажаний. Прикладом можуть ставати два різнопланових спогади однієї і тієї ж дівчини, пов'язані з батьком:

1) *«Пам'ятаю, що якимось чином падала зі сходів, що ведуть на горище, а тато мене спіймав. У мене якесь дивне ставлення до цього»* (вік 7 років);

2) *«Мої батьки розлучилися, коли мені було 9 років. Тато живе в іншому місті, але я часто приїжджаю до нього. Я роблю це із задоволенням, але одного разу (це було рік тому) я приїхала влітку і ми з татом і його компанією поїхали до лісу на відпочинок. Компанія багато пила. Мені було неприємно та страшно».*

Спогад іншої дівчини цієї вікової групи: *«Згадую, як в дитинстві ми з татом весело грали. Це було чудово! Але батько помер, і все скінчилося».* Такі суперечливі установки по відношенню до батька проєктуються і на взаємини з однолітками протилежної статі. Так, згідно з таблицею Л.2. Додатку Л, у дівчат хворих на ВОМ, як і у КГ, має місце інтерес до протилежної статі, бажання подібатися, привертати увагу до себе. Але при порівнянні зі здоровою групою дівчат у них відсутні спогади про перше кохання. Можна припустити присутність фантазії на тему «любові», але дівчата не можуть дозволити собі довіритися власним почуттям, повірити у прихильність хлопців до них і прийняти це.

Аналіз особливостей ранніх спогадів призводить до висновку про наявність у дівчат з ВОМ трьох поєднаних травм - *травми відкинутої, покинутої і приниженої*. Згідно з Л. Бурбо, зазначені травми виникають одна за одною [213]. Травма відкинутої є найглибшою з усіх травм і з'являється першою на проміжку від моменту зачаття до 1 року. Вона переживається з батьками своєї статі. Дитина у цьому випадку відчуває себе непотрібною, нікчемною, сумнівається у своєму праві на існування. Згодом це призводить до вироблення маски «втікача» – характер, що розвивається як засіб ухилення від страждань відкинутої – «не бути присутньою, щоб не страждати» [213, с. 8]. Дитина «тікаючи» живе в уявному світі, чому і буває частіше розумною, розважливою, тихою, що не створює проблем. Однак наслідком



цієї самотності стає бажання бути поміченою, щоб упевнитися у власному існуванні. Виражене бажання турботи з боку близьких у випадку дівчат з ВОМ стає засобом отримання знання – «Я є, Я існую». З урахуванням того, що травма відкинутої переживається з батьками своєї статі, цілком природним стає неприйняття матері аж до ненависті й навіть бажання смерті. Як зауважила Л. Бурбо «Для ненависті потрібно дуже багато любові. Ненависть - це сильна, але розчарована любов» [213, с. 8]. Рана відкинутого настільки глибока, що втікач надзвичайно сильно схильний до ненависті, яка в свою чергу пригнічується почуттям провини та сорому. Чим глибше травма, тим сильніше дитина притягує до себе обставини, в яких виявляється відкинутою або сама відкидає інших. А «... якщо її обирають, вона не вірить в це і сама себе відкидає, якщо ж її не обрали, вона відчуває себе знехтуваною іншими» [213, с. 9].

Отримавши досвід відкидання у взаєминах з матір'ю, дівчина несвідомо тягнеться до батька як суб'єкта, який має можливість захистити, не дозволити матері відкинути її. Однак, внаслідок або рідкого спілкування з батьком, або його емоційної холодності чи бездіяльності дівчина робить сумний висновок про те, що батько залишає її наодинці зі своїм болем – вона йому не цікава. Формується травма покинутої, докладно розглянута нами у групі дівчат з ПК. Біль покинутості змушує дівчину формувати ще одну маску – залежної, яка захищає її від повторення страждань. Одночасно, переживаючи травму покинутої, сама не приймає зі страху знову відчути біль неприйняття. Так дівчина приходять до позиції, яку описував Б. Уайнхолд - протизалежність [263]. Інші звинувачуються у тому, що її залишають, не помічаючи, як часто сама залишає їх (це спостерігалось і у хворих на ПК). Така позиція добре проглядається в амбівалентному ставленні дівчат з ВОМ до батька та інших представників протилежної статі. Відносини з ними супроводжуються у дівчини або депресією, або істеричними реакціями: «Я безпорадна, я не отримую тієї любові, на яку чекаю».

Таким чином, у дівчат з ВОМ спостерігається чітке поєднання травм відкинутої й покинутої – відкинута матір'ю, покинута батьком. Крім того, до зазначених травм додається ще одна – *травма приниженої*. Згідно з Л. Бурбо [213],

травма приниженої виникає у віці від 1 до 3 років, у момент, коли дитина відчуває, що хтось із батьків (у дівчат частіше мати) соромиться її або боїться осоромитися (при гостях чи родичах). Дитина відчуває себе приниженою, присоромленою, негідною навіть на фізичному рівні. Прикладом такого переживання може стати наступний ранній спогад: *«Я пам'ятаю, у мене був перший ювілей – п'ять років. Батьки вперше запросили гостей. Було багато дітей, було дуже весело. Мама спекла великий торт. Але коли настав час задувати свічки, я від хвилювання і радості його ненавмисно перекинула та ще й на якусь жінку (чуюсь маму). Вийшло, що я усім зіпсувала свято, особливо мамі – їй довелося чистити плаття жінки і довго вибачатися за те, що я така незграбна».*

На виникнення травми приниженої у дівчат з ВОМ також впливають вже сформовані травми відкинутої й покинутої. Л. Бурбо зазначає: «Роль батька однієї з нами статі полягає в тому, щоб навчити нас любити – любити себе і давати любов, роль батька протилежної статі – навчити нас дозволяти любити себе і приймати любов» [213, с. 58]. З урахуванням пережитих травм відкинутої й покинутої дівчата не навчаються ні того, ні іншого досвіду, що призводить до неадекватних моделей взаємодії з оточуючими. Дівчата тягнуться до інших і водночас через переживання травм відштовхують від себе, звинувачуючи при цьому оточення у неувважності, причинах розриву відносин. Ці події супроводжуються переживаннями, що їх не оцінили, не прийняли, що в свою чергу породжує відчуття приниженості, перш за все у своїх очах. Щоб сховатися від цього «більового симптому» дівчата одягають маску «мазохіста». Мазохіст притягує до себе ситуації, в яких він повинен за кимось доглядати, когось опікати. Поки він допомагає іншим, він упевнений, що йому нема чого соромитися, це дає йому можливість уникнути переживання та почуття приниженості. Але пізніше, він все одно відчуває приниження від того, що його використовували, вважає, що його послуги не були гідно оцінені [213]. Типовим прикладом такої позиції стає спогад однієї з дівчат семи років: *«Коли я навчалася у першому класі, в кінці навчального року до нас перевели одну дівчину з іншої школи. Вона була дуже гладка, і ніхто не бажав з нею сидіти за однією партою. Мені було її шкода, і я попросила вчительку посадити її зі мною. Ми подружилися, вона*

виявилася дуже смішливою. В другому класі я тяжко захворіла, лікувалась кілька місяців. А коли повернулася у школу виявилось, що Катя вже дружить з іншими дівчатами. Я тоді сильно засмутилася. Не очікувала від неї такого».

Мазохіст не усвідомлює, що активна увага до проблем інших людей не дозволяє йому відчувати власні потреби: «... нехтуючи собою, він, таким чином, забезпечує собі страждання, а, отже, підживлює травму приниження і маску мазохіста» [213, с. 62].

На рисунку 3.20 представлені теми ранніх спогадів першої вікової групи дівчат, які страждають на ВОМ, у порівнянні з КГ.

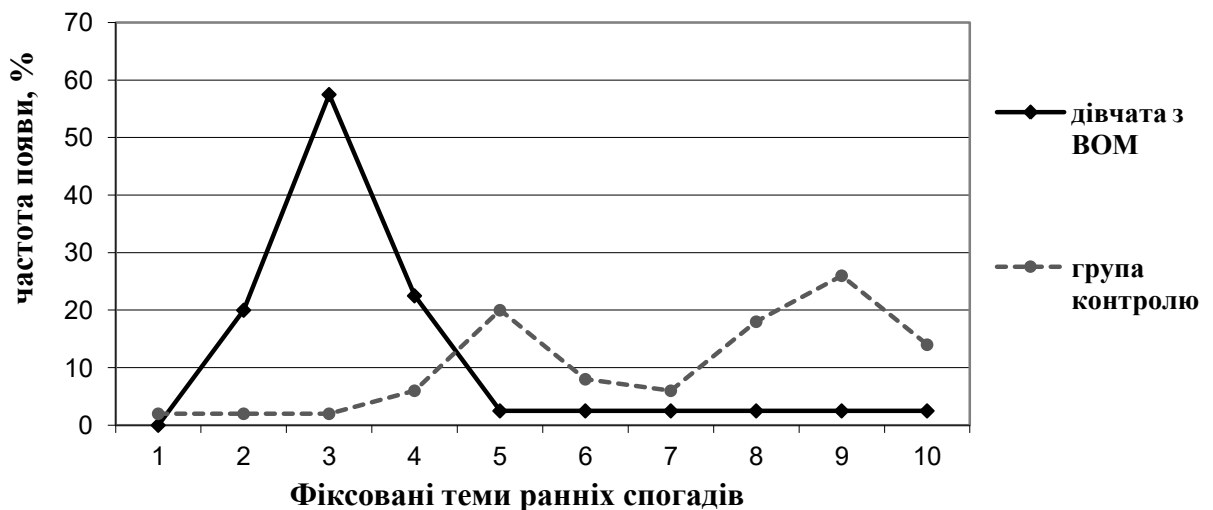


Рис. 3.20. Темы ранніх спогадів дівчат-підлітків 13-14,5 років, які страждають на ВОМ і КГ

Примітка: Негативні теми спогадів: 1 – «Я слабка і безпорадна»; 2 – «Я самотня, мене не розуміють»; 3 – «Мене не цінують, я гідна більшого»; 4 – «Світ не безпечний».

Позитивні теми спогадів: 5 – «Мене люблять і приймають»; 6 – «Я предмет гордості та захоплення»; 7 – «Мене цінують»; 8 – «Я гарна»; 9 – «Світ сповнений цікавих речей»; 10 – «Якщо дуже сильно чогось бажати - це обов'язково збудеться».

Рисунок 3.20 та таблиця Л.3 Додатку Л вказують на те, що для першої вікової групи дівчат з ВОМ характерні лише негативні теми ранніх спогадів, частота яких

достовірно вище (застосовувався критерій кутового перетворення Фішера), ніж у групі здорових дівчат:

- Я самотня, мене не розуміють ( $\varphi = 3,05$ ;  $p \leq 0,01$ );
- Мене не цінують, я гідна більшого ( $\varphi = 6,77$ ;  $p \leq 0,001$ );
- Світ не безпечний ( $\varphi = 2,33$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Можна припустити, що фіксація дівчат на травматичних ситуаціях являє собою загальну тенденцію життєвого стилю – зосереджуватися на негативних моментах у житті. Крім того, дівчата відчують гостру нестачу уваги, прийняття з боку оточуючих. Таким чином, з одного боку, дівчата намагаються заслужити увагу і добитися високої оцінки для себе, роблячи акцент на особистих досягненнях, а з іншого – простежується пригнічуване почуття образи, ненависті, бажання звинуватити оточуючих у нерозумінні, холодності, неприйнятті, що одночасно провокує появу почуття провини й сорому за себе як «негідну».

Таким чином, у тематиці спогадів також спостерігається відображення ранніх травм, характерних для дівчат, які страждають на ВОМ. Травма відкинутої несе за собою тему «Я незначна, я нікому не потрібна, мене ніхто не розуміє». Невіра у власну цінність призводить до того, що дівчата використовують всі засоби, щоб стати досконалою та знайти цінність як у власних очах, так і в очах оточуючих – прагнуть до інтелектуальності, досконалості в усьому, щоб не робилося. Тобто, оскільки вони не вірять у власну досконалість, то намагаються компенсувати це вдосконаленням того, що роблять. Відкинута дівчина, таким чином, плутає «бути» і «робити». Дівчатам з ВОМ властиво вважати, що якщо вони допустять помилку – їх засудять, а бути засудженою для них – бути відкинутою.

Травма пониженої несе за собою тему «Я винна перед вами за те, що така нікчемна, мені соромно за себе». Внаслідок цього травматичного досвіду дівчата прагнуть контролю над собою, ситуацією, іншими, щоб уникнути сорому, намагаються будь-якою ціною зберегти гідність, продемонструвати свою цінність для інших. Тому у них дуже розвинене почуття обов'язку.

Травма покинутої більшою мірою проявляється у відносинах з представниками протилежної статі. У цих відносинах також відбивається гра

хворобливих діад: я важлива я нікчемна, мене немає; я гідна – я не маю права на любов. Таким чином, загальна схема взаємодії дівчат, які страждають на ВОМ, з протилежною статтю може бути представлена наступною фразою одного зі спогадів, але характерною для всієї групи дівчат: *«Я готова була для нього на все..., а він мене не помічає».*

Рисунок 3.21. демонструє теми ранніх спогадів другої вікової групи дівчат, які страждають на ВОМ, у порівнянні з КГ.

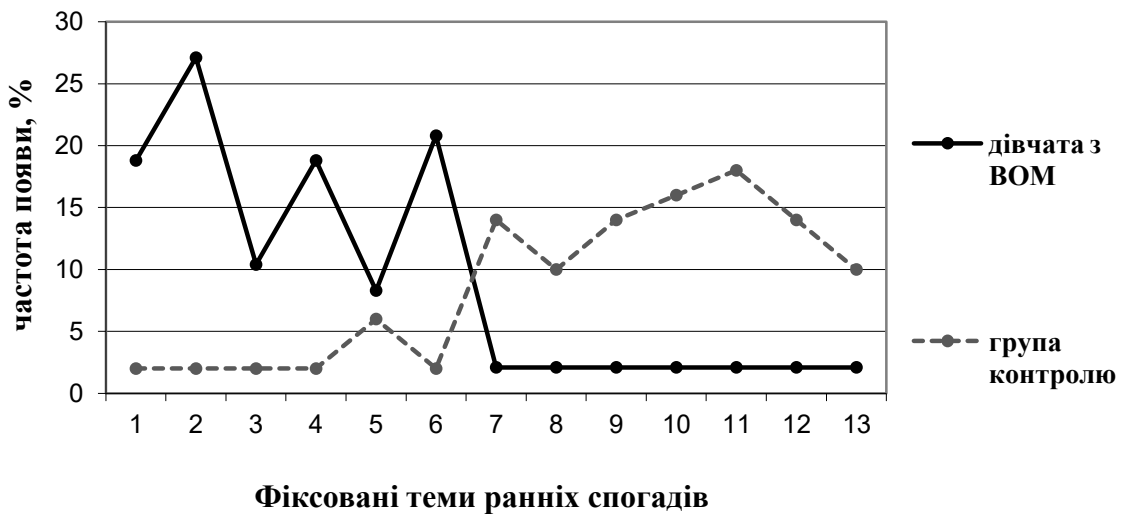


Рис. 3.21. Теми ранніх спогадів дівчат-підлітків 15-17 років, які страждають на ВОМ і КГ

Примітка: Негативні теми спогадів: 1 – «Я слабка і безпорадна»; 2 – «Я самотня, мене не розуміють»; 3 – «Мою свободу обмежують»; 4 – «Світ страшний і небезпечний»; 5 – «Світ не безпечний»; 6 – «Щастя треба заслужити».

Позитивні теми спогадів: 7 – «Мене люблять і приймають»; 8 – «Я предмет гордості та захоплення»; 9 – «Мене цінують»; 10 – «Я гарна»; 11 – «Я подобаюся хлопцям»; 12 – «Світ сповнений цікавих речей»; 13 – «Я успішна».

Як і у першій віковій групі, у старших дівчат, які страждають на ВОМ спостерігаються лише негативні теми ранніх спогадів (див. також таблицю Л.4

Додатку Л), частота яких достовірно вище, ніж у КГ (застосовувався критерій кутового перетворення Фішера):

- Я слабка і безпорадна ( $\varphi = 3,02$ ;  $p \leq 0,01$ );
- Я самотня, мене не розуміють ( $\varphi = 4,24$ ;  $p \leq 0,01$ );
- Мою свободу обмежують ( $\varphi = 1,84$ ;  $p \leq 0,05$ );
- Світ страшний і небезпечний ( $\varphi = 3,02$ ;  $p \leq 0,01$ );
- Щастя треба заслужити ( $\varphi = 3,28$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Зміст цих тем також прямо пов'язаний з трьома поєднаними ранніми травмами відкинутої, покинутої та приниженої.

Так, теми: «Я самотня, мене не розуміють» та «Світ страшний і небезпечний» свідчать про досвід відкидання. Дівчата у цьому випадку відчують себе непотрібними, сумніваються у своєму праві на існування. Ухиляючись від страждань відкинутої, йдуть у самотність. Вони вважають світ страшним і небезпечним місцем. Дівчата відчують, що не в змоззі захистити себе самотійно. Виражене бажання турботи з боку близьких (головна потреба, що проходить червоною лінією повз тематику спогадів дівчат групи WOM) стає і засобом отримання впевненості, що «Я є, Я існую», і засобом захисту від «страшного і небезпечного світу». Разом з тим, наявність бажання бути захищеною, покласти відповідальність за себе на плечі інших, поєднується з підозрами щодо добрих намірів інших людей. Це провокується травмою відкидання. Оскільки дівчатам потрібно якось позбутися від своєї тривоги, вони схильні розвивати певну невротичну поведінку прагнення до людей і відмова від них.

Однак, слід звернути увагу на один факт, який має місце при переході з першої вікової групи у другу. Спочатку дівчата відчують почуття незахищеності, неприйняття з боку близьких, результатом чого стає формування образи і агресії. Однак дівчина продовжує залишатися залежною від значущих оточуючих. Отже, виникає необхідність у витісненні негативних почуттів по відношенню до них, що здійснюється за допомогою почуття провини, сорому. Так, якщо у першій віковій групі дівчат, які страждають на WOM, спостерігалось амбівалентне ставлення до світу та близьких, що їх оточують, то у другій віковій групі вже простежується

стійка позиція «жертви». Дівчата яких «не розуміють» й «неприймають» йдуть у самотність, проєктуючи раніше властиве їм почуття провини і сорому на навколишній світ, який «не дає» та «відкидає»: «Ви винні у моїй самотності. Вам повинно бути соромно за своє ставлення до мене».

Наведемо приклад типового спогаду для цієї групи: *«Коли ми були з мамою у санаторії, трапилася дуже неприємна історія. Декількох малюків і мене запустили у скляну кімнату з димом (лікувальний дим для легенів). Мене посадили на червоний стілець з Буратінами. У цій кімнаті я не змогла висидіти й хвилини - стала задихатися, мені стало страшно. Я спробувала вибігти з кімнати, але у дверях стояв зелений стільчик, і я через нього стрімголов перелетіла. Найприкріше, що всі батьки сиділи та дивилися на дітей як у кінозалі. Тоді мені було 6 років, але я й досі добре це пам'ятаю. Асоціації з газовою камерою у мене залишилися надовго. І ніяк не вкладається в голову - як могли зі мною так вчинити».*

Тема «Я слабка і безпорадна» вказує на схильність до маніпуляції, капризам, шантажу та інше, щоб домогтися бажаного. Це властиво людям, що переживають травму покинутого. Приймаючи на себе роль жертви, дівчата схиляються до злиття з кимось або чимось, потребують присутності, уваги, підтримки, не можуть самостійно щось вирішити. В той же час вони прагнуть до незалежності. Ця тенденція видзначена у таких темах як «Щастя треба заслужити», «Мою свободу обмежують». Дівчата відчують загрозу знищення своєї індивідуальності, небезпеку бути позбавленими своєї волі. У даному випадку спостерігається активність травми приниженої. Як зазначає Л. Бурбо [213], найбільше значення для мазохіста (маска, яку одягає на себе людина, яка страждає травмою приниженої) має свобода: «Вона для нього означає, що він нікому нічого не винен, що його ніхто не контролює і він робить що хоче. Однак, свобода є і найбільшим жахом для мазохіста – він переконаний, що не зможе правильно використати свою свободу, накоїть ганебних речей (у соціальній, сексуальній сфері та іншій) і несвідомо влаштує все так, щоб не бути вільним».

Слід зазначити, що при порівнянні всіх груп дівчат, які страждають порушеннями менструальної функції, з КГ (і у першій віковій категорії, і у другій)

спостерігаються статистично значущі відмінності у прийнятті на себе активної та пасивної позиції в ситуації, яка ними згадується (див. Таблиці Л.1 та Л.2 Додатку Л). Різниця полягає у тому, що дівчата КГ більш активні, незалежні, а взаємини з іншими в цілому бачать як приймаючі. Ймовірно, це пов'язано з більш вдалим досвідом індивідуації, коли дівчині вдавалося за рахунок побудови більш адекватних моделей взаємодії зі значущими іншими не допустити переходу за межі фузії (злиття). Їх самостійність, здатність брати відповідальність за себе і близького іншого може спостерігатися навіть на основі спогадів про улюблені іграшки, що абсолютно не властиво групам дівчат, які страждають порушеннями менструальної функції. Так, улюблена іграшка у спогаді стає об'єктом турботи, уваги, об'єктом, за рахунок якого відбувається становлення впевненості у собі, незалежності, позиції «дорослої особистості». Дівчатам з ПК і ВОМ, навпаки, властива пасивність, відсутність відповідальності за свої вчинки і прийняті рішення. Це може бути пояснено наявністю ранніх травм, достовірно більшою кількістю неприємних подій у спогадах, ніж у дівчат КГ. Відповідно фіксування на неопрацьованих моментах минулого досвіду не дозволяє рухатися далі, формувати реалістичні цілі майбутнього, бути активними та брати на себе відповідальність за вибори, які здійснюються сьогодні.

Аналіз ранніх спогадів дівчат з порушеннями менструальної функції, представлений вище, дозволяє продемонструвати особливості стилю їх життя, описуючи загальне ставлення дівчат до себе, до світу та світу до себе.

Для аналізу стилю життя, страждаючих на ПК, скористаємось рисунком 3.22, який демонструє загальні для двох вікових груп дівчат теми спогадів.

У категорії «Ставлення до себе» чітко представлена базова негативна тематика сприйняття себе самотньою, непотрібною, яку ніхто не розуміє. Подібне самовідчуття компенсується за рахунок формування додаткових переконань у структурі самосприйняття, що відображаються у таких темах ранніх спогадів як «Я слабка і безпорадна», «Я подобаюся хлопцям», «Я доросла і розумна». У першій, хоча і негативній, темі спостерігається вибір захисної інфантильної позиції. У двох



наступних компенсація відбувається за допомогою псевдорослості та перебільшеної цінності власної привабливості у системі самосприйняття.

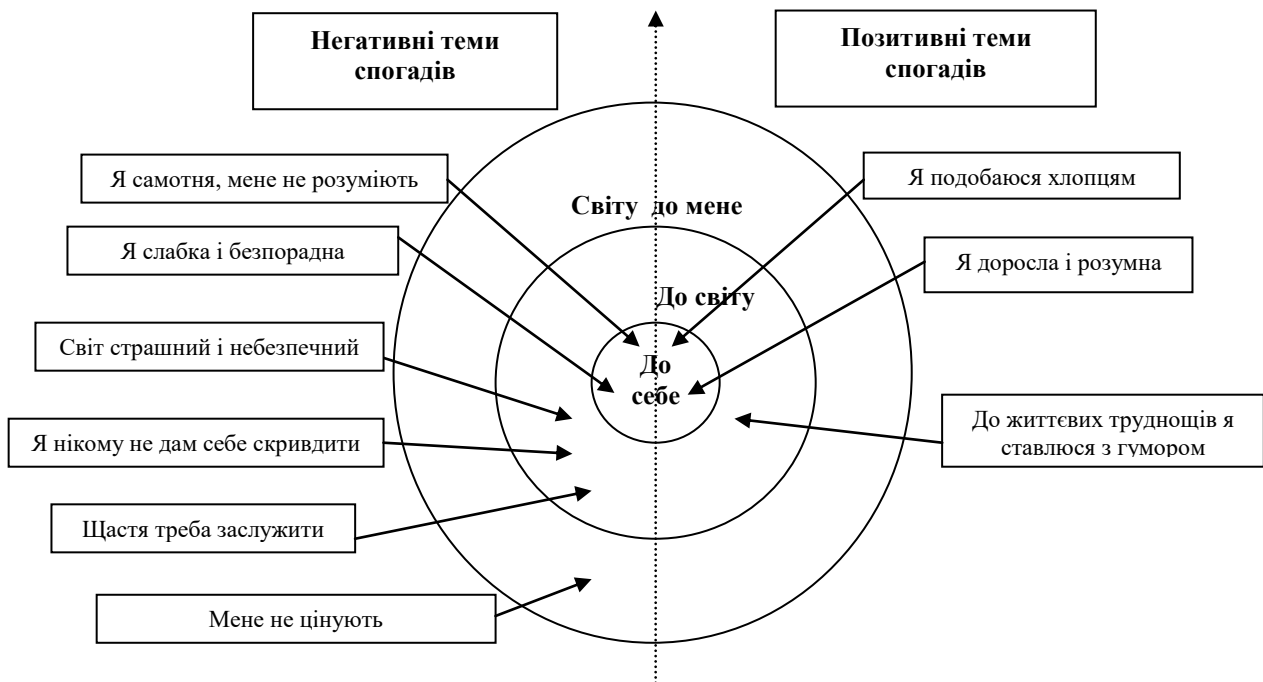


Рис. 3.22. Загальні теми ранніх спогадів, характерні для дівчат-підлітків, які страждають на ПК.

У категорії «Ставлення до світу», на наш погляд, провідною є одна з негативних тем – «Світ страшний і небезпечний». Вона поєднується з базовим сприйняттям себе у дівчат – «Я самотня, мене не зрозуміють». Якщо припустити, що ставлення до світу відображає проблемність у системі самосприйняття, то очевидно, що інші теми, які залишилися та пов'язані зі ставленням до світу, носять компенсаторний характер. Самотність і страх компенсуються за допомогою загрози, агресії спрямованої на соціум – «Я нікому не дам себе скривдити»; у негативній темі «Щастя треба заслжити» та позитивній темі «До життєвих труднощів я ставлюся з гумором» – за допомогою виклику, бравади.

Проблематика у системі самосприйняття і, як наслідок, «Відношення до світу» задає тон для формування специфічного сприйняття відношення світу до себе у дівчат з ПК – «Мене не цінують». Така форма сприйняття з одного боку стає для

дівчат доказом, що світ небезпечний, оточуючі можуть зрадити, покинути, принизити, і що в свою чергу виправдовує їх асоціальну поведінку, як захисну (йде відпрацювання ранніх травм). З іншого боку, така форма сприйняття дозволяє дівчатам залишатися у центрі уваги, що необхідно для нівелювання травматичних переживань.

Таким чином, життєва позиція дівчат зводиться до трьох основних моделей – *маскулінної* – демонстрація своєї сили, переваги над обставинами життя; *спокусниці* – демонстрація своєї привабливості; *інфантильної* – демонстрація своєї слабкості, прийняття на себе ролі «жертви» обставин. По суті, усі моделі демонструють «контролюючого маніпулятора».

Рисунок 3.23. містить загальні теми ранніх спогадів, які спостерігаються у дівчат з ВОМ, з урахуванням розподілу їх на категорії «Ставлення до себе», «Ставлення до світу», «Ставлення світу до мене».

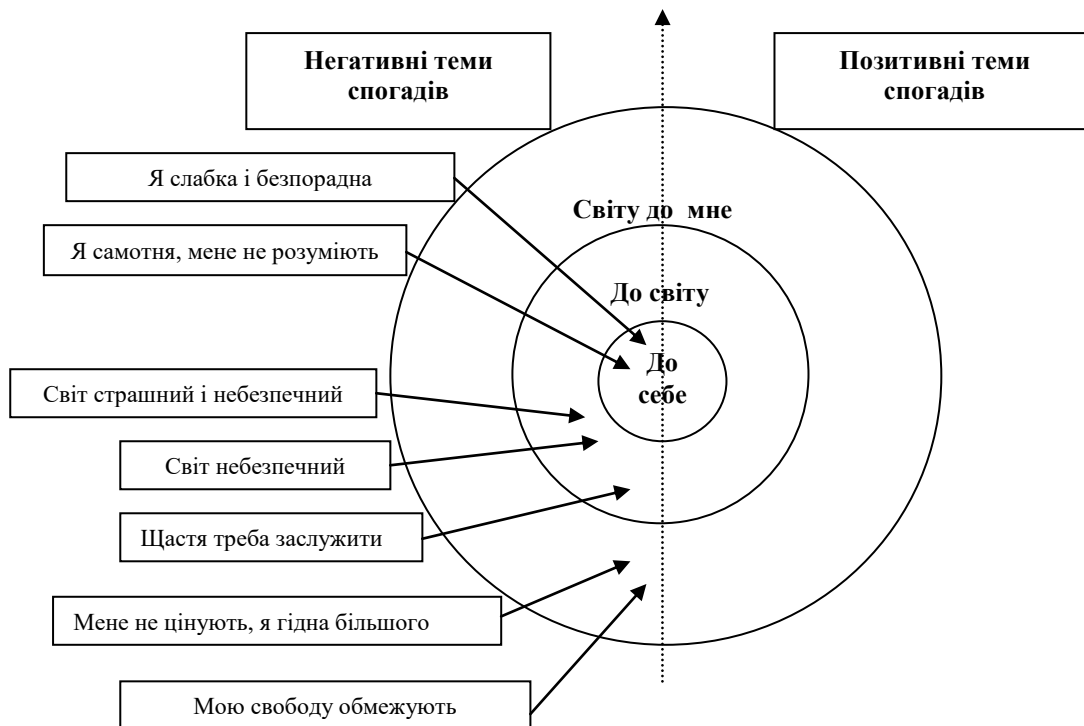


Рис. 3.23. Загальні теми ранніх спогадів, характерні для дівчат-підлітків, які страждають на ВОМ

Як і у дівчат з ПК, в категорії «Ставлення до себе» основною тематикою стає негативна – сприйняття себе як самотньої, яку ніхто не розуміє. Але, на відміну від групи з ПК, дівчата з ВОМ дане самовідчуття компенсують лише за рахунок формування такого додаткового переконання у структурі самосприйняття як «Я слабка і безпорадна». Таким чином, дівчата підходять до вибору інфантильної позиції жертви. У цьому стані вони прагнуть злиття з кимось або чимось, щоб позбутися почуття самотності, страху бути «ніким» для інших. Отримуючи увагу і підтримку, вони отримують право «на існування їх особистості» [213, с. 55].

У категорії «Ставлення до світу» провідними стають такі негативні теми – «Світ страшний і небезпечний», «Світ небезпечний» як більш м'яке ставлення до навколишнього середовища. Вони, як і в випадку з дівчатами, страждаючими на ПК, поєднуються з базовим сприйняттям себе – «Я самотня, мене не розуміють». Але якщо дівчата з ПК компенсують самотність і страх, відображені у темах за допомогою агресії, виклику по відношенню до навколишнього, то дівчата, страждаючі на ВОМ, обирають інший напрямок – перебуваючи у позиції жертви, вони намагаються вислужити у страшного і небезпечного світу своє щастя. Так тема «Щастя треба заслужити», що представлена у спогадах дівчат з ПК і ВОМ, несе за собою різний зміст. Для дівчат з ВОМ, щоб бути щасливою, необхідно бути гідною, сильною, розумною. І дійсно, судячи зі спогадів, дівчата використовують всі засоби, щоб стати досконалою, знайти цінність, як у власних очах, так і в очах оточуючих. Вони прагнуть до інтелектуальності, до досконалості в усьому, щоб не робилося. Для них «щастя» це щось, що необхідно заробити, вислужити за допомогою принесення себе у жертву. Такі особливості самосприйняття і ставлення до світу формують у дівчат з ВОМ хибне уявлення про ставлення світу до себе. Останній сприймається як пригнічуючий. Як би гідно дівчата себе не вели, вони все одно не досягають бажаного результату і опиняються у позиції «жертви/мученика». Ця лінія чітко простежується у такій темі ранніх спогадів як «Мене не цінують, я гідна більшого». Наслідком того, що дівчата (у прагненні позбутися почуттів самотності, страху бути «ніким») схиляються до злиття з кимось або чимось, стає виникнення іншого негативного відчуття – втрати своєї індивідуальності. Відповідальність за цю

проблематику дівчата покладають на навколишній світ, що відбивається у такій темі ранніх спогадів як «Мою свободу обмежують».

Таким чином, життєва позиція дівчат, які страждають на ВОМ, представлена у вигляді «жертви». Слід зазначити, що при описі стилю життєдіяльності дівчат з ПК, так само відзначалася схильність останніх приймати на себе роль жертви обставин. Однак, якщо дівчата з ПК *грають* роль жертви для отримання необхідного їм уваги, то дівчата з ВОМ *приносять себе у жертву*, щоб отримати необхідну увагу і прийняття з боку оточуючих.

Якщо звернутися до теорії А. Адлера [33, 191], в основі формування будь-якого стилю життя лежать почуття неповноцінності й компенсація. А. Адлер зтверджував: «... у дитинстві ми відчуваємо себе неповноцінними або в уяві, або у реальності, і це спонукає нас якимсь чином компенсуватися. Така поведінка, у свою чергу, стає стилем життя – комплексом поведінкової активності, спрямованої на подолання неповноцінності» [186, с. 60]. Таким чином, за теорією А. Адлера всі аспекти поведінки людини впливають з його стилю життя.

Найбільш коректно, на наш погляд, адлерівський «стиль життя» визначає Б.В. Зейгарник [264] як «види компенсації». Як вид компенсації почуття неповноцінності стиль життя може відрізнятися за успішністю адаптації людини до вимог суспільства. За цим критерієм виділяються три основні стилі.

1. *Вдала компенсація* – людина успішно адаптується до життя у суспільстві.

2. *Невдала компенсація* – людина долає почуття неповноцінності запособами, які не схвалюються суспільством (алкоголізм, злочинність), або йде у хворобу, що служить виправданням її неадаптивної поведінки. Почуття неповноцінності переходить у комплекс неповноцінності, який часто буває прихованим за комплексом переваги. У якості причин виникнення цього стилю виділяється як наявність органічних недоліків, так і неправильне виховання.

3. *Надкомпенсація* – у спробі подолання почуття неповноцінності у людини може формується гіперкомпенсація, внаслідок чого вона прагне домогтися переваги над іншими людьми.

Згідно з наведеним вище аналізом особливостей самосприйняття дівчат з ПК та ВОМ і особливостей їх взаємодії з навколишнім середовищем, їх стиль життя являє собою невдалу компенсацію [265, 266]. При цьому у дівчат, які страждають на ПК і ВОМ, почуття неповноцінності переходить у комплекс неповноцінності, який прихований за комплексом переваги [186]. Таким чином, у всіх дівчат з ПК та ВОМ має місце комплекс неповноцінності, викликаний наявністю ранніх травм. При цьому кожна з груп по-різному компенсує його за допомогою вибору власного специфічного стилю життя. Якщо звернутися безпосередньо до типології особистості А. Адлера – установки, пов'язані зі стилем життя [33], то дівчата, страждаючі на ПК, будуть ближче до *керуючого типу особистості*, а дівчата з ВОМ – до *беручого типу*. Характеристика представлених типів буде наступною [33, с. 173]:

– *керуючий тип* – люди самовпевнені й напористі, з незначним соціальним інтересом. Вони активні, але не в соціальному плані. Отже, їхня поведінка не передбачає турботи про благополуччя інших. Для них характерна установка переваги над зовнішнім світом. Стикаючись з основними життєвими завданнями, вони можуть вирішувати їх у ворожій, асоціальній манері;

– *беручий тип* – такі люди ставляться до зовнішнього світу швидше паразитично і задовольняють більшу частину своїх потреб за рахунок інших. Соціальний інтерес у них не виражений. Їх основне завдання в житті - отримати увагу, турботу і блага від інших людей. Однак, оскільки вони мають низький ступінь активності, то мало ймовірно, що вони заподіюють страждання іншим людям.

### **Висновки по розділу 3:**

1. Статевий розвиток особистості протікає у двох відносно незалежних сферах: соматосексуальній та психосексуальній. Особливості соматосексуального розвитку дівчат з порушеннями менструальної функції характеризується відсутністю виражених девіацій у молодшому підлітковому віці, а з 16-17-річного

віку відзначається затримка у вигляді становлення Ме та стійких девіантних характеристик менструальної функції.

2. Психосексуальний розвиток має особливості у проходженні кожного з етапів у дівчат з порушеннями менструальної функції. На етапі формування статевої самосвідомості виявлено своєчасне формування статевої самосвідомості, відповідного біологічній (жіночій) статі при недостатньому статевому диференціюванні поведінки й установок у дівчат з ПК і недостатньому закріпленні установок щодо статевої ідентичності у дівчат з ВОМ. Особливості проходження етапу формування стереотипу статеворольової поведінки демонструють труднощі у виробці жіночих статеворольових установок в обох групах дівчат з порушеннями менструальної функції. Особливістю розвитку дівчат з ПК є засвоєння чоловічих моделей статевої поведінки і як результат конфлікт між маскуліною орієнтацією та необхідністю прийняття жіночої статевої ролі. Особливістю розвитку дівчат з ВОМ є недостатнє вивчення й закріплення жіночих статевої ролі, що призводить до формування чоловічих моделей поведінки і конфлікту між небажанням і необхідністю прийняття жіночої статевої ролі. На етапі формування психосексуальних орієнтацій в обох групах спостерігається затримка формування в середньому на 2-4 роки (при ПК) або 2 роки (при ВОМ). Відзначається деформація структури лібідо у вигляді переважання його платонічного компонента, редукування еротичного та несформованості сексуального компонента лібідо. Разом з тим, це поєднується з сексуальною активністю більш ніж у половини дівчат, яка супроводжується почуттям провини і сорому.

3. Структурна організація симптомокомплексу маскулінності/фемінінності у дівчат з порушеннями менструальної функції характеризується дискордантністю на різних рівнях його організації, що свідчить про його внутрішню суперечливість. У дівчат, страждаючих на ПК, виявлено переважання біогенної маскулінності, що визначає їх маскулінність на поведінковому рівні та обмежує засвоєння фемінної Я-концепції. У дівчат, які страждають на ВОМ, при вираженій біогенної маскулінності відзначається гіперфемінінна поведінка і фемінінність на рівні Я-концепції. Міжрівневі зв'язки М/Ф утворень є недостатньо артикульованими, що

призводить до ригідності статеворольової поведінки, складнощів засвоєння широкого гендерного репертуару ролей, неадекватного образу-Я. При порушеннях менструальної функції у дівчат виявлено наявність неадекватних статеворольових моделей, що не відповідають віковим нормам. У дівчат з ПК зберігається інфантильна структура соціогенного рівня симптомокомплексу М/Ф, представлена континуально-ад'юнктивною моделлю, а андрогінна статеворольова модель залишається несформованою до віку 16-17 років. У дівчат, страждаючих на ВОМ, відзначено наявність андрогінної статеворольової моделі у більш ранньому віці (13,5-15 років), що відображає прискорення формування статеворольової зрілості.

4. Дівчата, які страждають на ПК і ВОМ, мають особливості в індивідуально-психологічних властивостях особистості. Молодші підлітки, незалежно від типу порушення менструальної функції, характеризуються зниженням інтелектуальних властивостей (більш низьким рівнем інтелекту в цілому, труднощами у засвоєнні нової інформації, пізнавальної ригідністю), зниженою самооцінкою, труднощами комунікативного характеру та внутрішньою конфліктністю. Старші підлітки мають труднощі у встановленні адекватного рівня самооцінки, у розвитку комунікативних та емоційно-вольових характеристик особистості (труднощі у встановленні контактів, внутрішня напруженість). Специфічними особистісними характеристиками дівчат з ПК є залежність, а дівчат з ВОМ – нормативність, почуття обов'язку.

5. Переважаючими типами акцентуацій у дівчат з ПК є епілептоїдний тип у групі молодших підлітків та істероїдний, епілептоїдний, епілептоїдно-істероїдний у групі старших підлітків. При ВОМ у молодшому підлітковому віці домінують лабільний та психастенічний типи акцентуації характеру, а у старшому – переважно розвиненими є лабільний, лабільно-істероїдний та шизоїдний типи акцентуації. Таким чином, виявлені особливості відображають або статеворольову трансформацію особистості дівчат з ПК (переважають «чоловічі типи» – епілептоїдний тип) або – невротизацію особистості і конверсійні механізми (лабільний, психастенічний типи при ВОМ та істероїдний при ПК).

6. У дівчат-підлітків, які страждають порушеннями менструальної функції, існують певні структурні та функціональні зміни у сімейній системі. Спільними рисами стають недиференційованість кордонів особистості кожного члена сім'ї, злиття сімейного простору; дефіцитарність у задоволенні потреб дитини; інверсія домінування, яка виступає джерелом статеворольової інверсії у дівчат. Специфіка сімей дівчат з ПК полягає у конфліктності відносин з батьком та дистанційованості матері, що ускладнює ідентифікацію дівчини з останньою. Для сімей дівчат, страждаючих на ВОМ характерні вертикальні дисфункціональні коаліції з матір'ю, інфантилізація та регрес особистості дівчат, загальна слабкість его-захисних механізмів, спрямованих на компенсацію дефіциту емоційно-теплих стосунків у сім'ї.

7. Роль батьківських фігур у конструюванні образу Я дівчат з ПК і ВОМ полягає в тому, що засвоєння маскулінних характеристик Я-концепції особистості відбувається під впливом матері, а фемінінних характеристик – в групі з ПК під впливом батька, а в групі з ВОМ під впливом матері. У відносинах «мати-донька» у дівчат з ВОМ має місце свержалежність й неможливість сепарації доньки від матері. Емоційна конотація батьківських фігур у дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції характеризується амбівалентністю матері та батька у молодшому підлітковому віці. В старшому у дівчат з ПК посилюється негативна конотація фігури батька, а у дівчат з ВОМ фігура батька втрачає своє емоційно-сміслові значення.

8. Аналіз ранніх спогадів дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції дозволив виявити особливості інфантильного травматичного досвіду, який має статеворольове навантаження, тобто основні травми розвитку переживаються з батьками протилежної статі. Дівчатам з ПК притаманні травми покинутості й зради, які формують специфічний стиль поведінки і побудови міжособистісних відносин за типом залежності й надконтролю, а також обумовлюють негативне ставлення до протилежної статі як проєкцію травматичних відносин з батьком. Дівчатам з ВОМ притаманне поєднання травм відкидання, покинутості й приниження, що формує відсутність переживання власної цінності, схильність до побудови відносин



залежного типу, страх самотності та базове відчуття власної ущербності/нікчемності. Зазначені особливості компенсуються трьома формами відносин з оточуючими людьми і світом в цілому: розвиненим почуттям обов'язку, прагненням зберегти гідність та стійкою позицією «жертви».

**Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора:** [207, 224, 225, 227, 240, 246, 250, 265, 266].

## РОЗДІЛ 4

# КОМПЛЕКС РЕКОМЕНДАЦІЙ З ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЇ СФЕРИ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Представлений нижче комплекс рекомендацій, орієнтований на допомогу психологічним службам медичних установ в розробці ефективної психодіагностичної та психокорекційної роботи з дівчатами-підлітками, які страждають порушеннями менструальної функції.

Правильний підбір психодіагностичних методів дає можливість для чіткого визначення психологічних предикторів порушень менструальної функції у підлітковому віці і, як наслідок, ефективного підбору психокорекційних технологій і консультаційних стратегій. З урахуванням сказаного комплекс рекомендацій представлений двома основними блоками: 1) психодіагностичним; 2) психокорекційним.

### 4.1. Психодіагностичний блок:

#### **напівструктуроване діагностичне інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків» (процедура застосування, аналіз можливостей)**

Як відомо, напівструктуроване діагностичне інтерв'ю передбачає використання як закритих, так і ряду відкритих питань. Так інтерв'юер має можливість частину питань формулювати в довільній формі, з урахуванням ситуації і особливостей особистості інтерв'юйованого, доповнюючи, поглиблюючи відповіді на закриті питання [37].

Напівструктуроване діагностичне інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків» розроблялося на основі періодизації психосексуального розвитку І.Л. Ботневої, Г.С. Васильченко та В.М. Маслової [6, 8]. У своїй нормативній таблиці «Формирование и динамика

сексуальности» [6, с. 280] автори виділяють етапи психосексуального розвитку і пов'язані з ними вікові періоди, а також основні прояви сексуальності. Останні, по суті своїй, є критеріями для виявлення наявності/відсутності новоутворень на кожному з етапів розвитку. Ці прояви сексуальності лягли в основу схеми напівструктурованого діагностичного інтерв'ю, яка відображена у Додатку А. Нас цікавили тільки три етапи психосексуального розвитку: I – формування статевої самосвідомості; II – формування стереотипу статевої поведінки; III – формування психосексуальних орієнтацій. Третій етап включає у себе 3 стадії: формування платонічного, еротичного та сексуального лібідо. Аналіз проходження останньої стадії для дівчат підліткового віку не може бути повним, тому що вони тільки входять в перехідний (віковий) період сексуальності (16-26 років).

Опорні питання по кожному з етапів, запропоновані в схемі інтерв'ю, являють собою діагностичні поведінкові ознаки (наприклад, цікавість, ігри, комунікації, діяльність, сексуальна активність та інше), які результуються в новоутвореннях, що визначають перехід до наступного етапу розвитку. Іншими словами вони несуть інформаційне навантаження про характер можливих порушень проходження кожного з етапів психосексуального розвитку.

Наведемо **процедуру застосування** напівструктурованого діагностичного інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків».

1. При підготовці до інтерв'ювання слід враховувати, що кожен з етапів та стадій психосексуального розвитку представлений 2 фазами: 1-а – виробка установки – включає у себе накопичення інформації щодо розуміння факту існування статей (на I етапі), власної статевої ролі й статевої ролі оточуючих (на II етапі), особливостей статевої поведінки (на III етапі); 2-а – вивчення та закріплення установки – на перших двох етапах набуваються навички в ігрових ситуаціях відповідно до своєї статі і статевої поведінки, а на III етапі йде реалізація статевого потягу. У зв'язку з цим, спираючись на схему інтерв'ю, слід задавати дівчатам питання так, щоб було можливо визначити вік появи установки та початок

її закріплення, реалізації. Також важливо відзначати частоту прояву новоутворення (Додатку А).

2. Для визначення, до якого вікового періоду, етапу психосексуального розвитку відноситься те чи інше новоутворення в нормі, слід звернутися до таблиці 4.1 (наведена у кінці психодіагностичного блоку). Вона є похідною від нормативної таблиці «Формирование и динамика сексуальности», представлені В.М. Масловим, І.Л. Ботневою та Г.С. Васильченко [6, с. 280].

3. Для визначення частоти прояву того чи іншого новоутворення, можливо скористатися наступними критеріями:

- Кілька разів на місяць (3-4 рази) і менш – низька частота (I);
- Кілька разів на тиждень (3-4 рази) – середня частота (II);
- Кожен день і більше – висока частота (III).

При виборі зазначених критеріїв ми спиралися на результати науково-дослідних робіт В.В. Беспалько, Д.Н. Ісаєва, В.Є. Кагана, М. Кле, І.С. Кона, В.В. Кришталя, А.М. Нагорної, А.А. Ткаченко, А. Dave, S. Dave, G.F. Kelly, J. Merrick, H.A. Omar, A. Tenenbaum, [2, 6, 11, 13, 16, 25, 26, 40, 65]. Слід зазначити, що при виборі критеріїв норми автори відштовхувалися не від середньостатистичної або так званої «вікової» норми, а від поняття оптимальної норми, тобто оптимального поєднання анатомо-фізіологічних, соціальних та психологічних проявів сексуальності.

Запропоноване напівструктуроване діагностичне інтерв'ю надає можливість досліджувати особливості проходження дівчатами-підлітками кожного з етапів психосексуального розвитку для виявлення наявності або відсутності:

- порушень психосексуального розвитку за темпами й строками (виявлення ретардації або передчасного розвитку);
- девіацій психосексуального розвитку (порушення статевої самосвідомості, стереотипу статевої поведінки, психосексуальної орієнтації);
- патогенних факторів (соматичних, психологічних, соціальних), які на кожному з етапів психосексуального розвитку можуть призводити до вище зазначених порушень.

Так, наприклад, на етапі формування статевої самосвідомості, при благополучному проходженні перинатального періоду, у подальшому індивідуальному розвитку можливий негативний вплив мікросоціального середовища. Останнє визначається, як правило, членами сім'ї, серед яких основну роль відіграє матір. Формування стереотипу статевої поведінки багато у чому визначається правильними статево-рольовими моделями батьків, спілкуванням з однолітками, діяльністю дитини. На етапі формування психосексуальних орієнтацій вибір об'єкта потягу у підлітків відбувається на тлі інтенсивного функціонування ендокринної системи, що обумовлює можливість збою на соматичному рівні. Таким чином, зміна співвідношення значимості біологічних, соціальних і психологічних факторів може призводити до різного роду негативних наслідків у процесі психосексуального розвитку підлітка.

Як було зазначено у розділі 3, в результаті проходження напівструктурованого психодіагностичного інтерв'ю, у дівчат з порушеннями менструальної функції були виявлені асинхронії психосексуального розвитку. Причини їх виникнення пов'язані з комбінованою взаємодією двох патогенних факторів: соціального і психологічного. Це призвело до необхідності організації додаткових психодіагностичних заходів з метою вивчення діючих патологічних факторів.

Залежно від завдань, поставлених психологічною службою медичного закладу, додатковими напрямками психодіагностики можуть ставати:

- діагностика психічного стану підлітків;
- діагностика особистісних особливостей;
- діагностика статево-рольової сфери особистості;
- діагностика інтелектуального стану підлітків;
- психологічне дослідження системи сімейних відносин;
- аналіз системи цінностей і сенс-життєвих орієнтацій підлітків;
- наявність раннього травматичного досвіду.

Таблиця 4.1.

### Норми психосексуального розвитку

Віковий період	Етапи психосексуального розвитку	Прояви сексуальності (новоутворення)
Парапубертатний (1-7 років)	<p>I етап: формування статевої самосвідомості</p> <p>1-а фаза – виробка установки</p> <p>2-а фаза – вивчення і закріплення установки</p>	<p>Усвідомлення статевої приналежності</p> <p>Цікавість, спрямована на статеві ознаки, в т. ч. вивчення статевих органів</p>
Препубертатний (7-12 років)	<p>II етап: формування стереотипу статевої поведінки</p> <p>1-а фаза</p> <p>2-а фаза</p>	<p>Виробка статевої поведінки</p> <p>Навчання статевої поведінки в іграх</p>
Пубертатний (12-18 років) перехідний період сексуальності (16-26 років)	<p>III етап: формування психосексуальних орієнтацій</p> <p><u>1 стадія</u> – формування платонічного лібідо</p> <p>1-а фаза</p> <p>2-а фаза</p> <p><u>2 стадія</u> – формування еротичного лібідо</p> <p>1-а фаза</p> <p>2-а фаза</p> <p><u>3 стадія</u> – формування сексуального лібідо</p> <p>1-а фаза</p> <p>2-а фаза</p>	<p>Обожнювання, платонічні мрії й фантазії</p> <p>Залицяння, платонічне спілкування</p> <p>Еротичні фантазії</p> <p>Еротичні ласки, ігри</p> <p>Сексуальні фантазії</p> <p>Початок статевого життя, мастурбації</p>

## **4.2. Психокорекційний блок: задачі, психокорекційні «мішені», техніки роботи**

Психокорекційний блок включає в себе завдання та психокорекційні «мішені» [267] для роботи зі статеворольовою дев'ятирічною дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції, а також факторами негативного впливу на їх психосексуальну сферу. Він також включає у себе орієнтовний психокорекційний матеріал - методи роботи, техніки й вправи, які вирішують завдання психокорекції дівчат-підлітків, які страждають на ПК і ВОМ.

Психокорекційна робота з дівчатами-підлітками може бути реалізована в індивідуальній та груповій формах. Вибір технік та кінцевої форми роботи визначається практичним психологом медичного закладу. Але при побудові психокорекційного блоку, на наш погляд, слід дотримуватися загальних принципів корекції, прийнятих у сучасній медичній психології: системності, диференційованості, послідовності, етапності [117]. Також слід враховувати розглянуті у даній дослідницькій роботі патогенні фактори, які відіграють передиспонуєчу роль у формуванні порушень менструальної функції та сприяють їх розвитку. Ними стали:

- дисгармонійне проходження кожної зі стадій психосексуального розвитку;
- наявність статеворольового конфлікту всередині особистості, розвиток трансформацій статеворольової поведінки і, як наслідок, «відхід» від жіночності або її засвоєння шляхом «повинності»;
- наявність специфічних особистісних особливостей: труднощі комунікативного характеру, емоційного, проблеми з самооцінюванням, наявність внутрішньої конфліктності, залежності, інвертних «чоловічих» типів характерологічних рис, невротичної організації особистості;
- структурні та функціональні зміни у сімейній системі, з порушеннями взаємодії на рівні «батьки-дитина»;
- наявність інфантильного травматичного досвіду, що має статеворольові навантаження (тобто пов'язаного з батьками протилежної статі).

Таким чином, завданнями психокорекційної роботи стають:

1. Прояснення і розвиток адекватного образу-Я у дівчат-підлітків.
2. Формування навичок самоспостереження, самоаналізу з метою нівелювання дисбалансу статевої сфери.
3. Формування адаптивних моделей статевої поведінки.
4. Формування адекватної самооцінки як основи ефективних міжособистісних відносин, у тому числі міжстатевих.
5. Реорієнтація життєвого стилю особистості дівчат-підлітків.
6. Формування сенс-життєвих орієнтацій та визначення мети.

У якості психокорекційних «мішеней» можна виділити наступні:

- Я-концепція особистості та її статева складова;
- Статева поведінка;
- Особливості взаємодії з протилежною статтю;
- Ранній психотравматичний досвід;
- Рольові сімейні диспозиції;
- Міжособистісні комунікації.

Зарпонований нижче психокорекційний матеріал ґрунтується на клієнт-центрованій, когнітивній, тілесно-орієнтованій психотерапії, в нього також увійшли елементи психоаналізу, гештальт-терапії, арт-терапії та символдрами [268, 269, 270, 271, 272].

Рекомендовані вправи й техніки є зразком та представлені у порядку опису психокорекційних «мішеней».

*Вправа «Історія імені» [272].*

Пропонується розповісти про своє ім'я: як і ким воно було обрано; що воно означає; чи має особливе значення для сім'ї; чи хотіла дівчина змінити своє ім'я, чому; чи були у неї прізвиська; бували випадки, коли називали ім'ям, яке не відповідає статі; які почуття відчуває зараз, думаючи про своє ім'я; як дівчина хотіла б, щоб її називали. Ця вправа несе багато інформації, оскільки з ім'ям пов'язана і історія людини, і його почуття. Під час робіт з групою вправу можна розширити –



учасниця може вибрати когось для виконання її ролі, використовувати дитячі прізвиська, імена, які вона не любила, і «відіграти» ситуації дитинства.

*Вправа «Я у символічній формі» [272, 273].*

Необхідні кольорові олівці та папір.

Інструкція: «Уявіть себе у вигляді якогось предмета або явища природи, тварини або рослини, того, що краще за все характеризує Вас, Ваш характер, стиль життя та інше. Потім намалюйте цей образ якомога більш детально». При індивідуальній роботі далі передбачається аналіз символічного Я за допомогою додаткових питань психолога. У груповій роботі малюнки не підписуються – вони змішуються і далі кожен з малюнків по черзі демонструється всім учасникам. Завдання останніх – виходячи зі змісту зображення, «відчути» й описати особливості цієї людини: відношення до себе, до інших, відмінні риси характеру, взаємини з протилежною статтю, ставлення до життя, перспективи, проблемні моменти особистості, «темні плями» минулого, все, що тільки можливо буде припустити за деталями малюнка. Головна героїня протягом цього часу зберігає мовчання і не видає себе. Після того, як аналіз малюнка завершено, слово надається автору, де він може внести правки, висловити свої міркування, висновки, почуття з приводу почутого.

*Вправа «Моє місце» [274].*

Психолог пропонує дівчатам уявну подорож. Для цього дівчата розташуватися якомога зручніше і закривають очі. Далі може слідувати наступна інструкція: «... виникає простір, в якому Ви бачите себе – це Ваш простір. Ви володієте таким простором у цій кімнаті, в будь-якому іншому місці, де Ви знаходитесь, але зазвичай, не помічаєте цього. Із закритими очима Ви можете відчути цей простір, в ньому знаходиться Ваше тіло і повітря навколо Вас. Це приємне місце, тому що це Ваш простір ... зробіть декілька глибоких вдихів ... я розповім Вам маленьку історію та запрошу зробити уявну подорож. Подумки уявляйте те, про що я розповідаю, і відмічайте, як Ви будете почувати себе. Уявіть собі, що Ви йдете лісом. Навколо дерева, співають птахи. Сонячні промені проходять крізь листя. Ви йдете стежкою. По боках від неї скелі ... Ви підіймаєтеся на одну з них. Коли доберетесь до

вершини, присядьте відпочити ... Ви дивитесь навколо себе. Світить сонце ... Прямо, через долину височіє гора, в якій видніється печера. Вам хочеться потрапити туди. Оскільки ми уявляємо, то можемо зробити те, що неможливо у житті - Ви злітаєте і легко добираєтесь до гори. Пошукайте вхід до печери. Бачите маленькі дверцята? Коли Ви потрапляєте всередину печери, Ви повільно йдете, розглядаючи стіни, і раптом помічаєте коридор, у якому безліч дверей. На кожній з них написано чиєсь ім'я. Ви підходите до дверей зі *своїм* ім'ям, стоїте перед ними розумієте, що скоро відчините їх ... Ви знаєте, що це буде Ваше місце, тільки ваш простір. Це може бути місце, яке Ви згадаєте, місце, про яке дізнаєтесь знову, місце, про яке Ви мрієте, місце, яке подобається Вам чи не подобається, місце, яке Ви ніколи не бачили. Але яке б воно не було, це буде Ваше місце. Отже, Ви переступаєте поріг і озираєтесь. Подивіться, що знаходиться навколо? Чи є тут люди, яких Ви знаєте або незнайомі? Або тут нікого немає? Як Ви відчуваєте себе в цьому місці? Добре чи не дуже добре? Походіть ... озирніться, відкрийте очі і Ви знову в кімнаті, з якої почали уявну подорож. Тепер намалюйте кольоровими олівцями те місце, у якому Ви були, *Ваше місце*».

Коли малюнок готовий, обговорюється зображене і почуття кожної з учасниць групи. Ця вправа має як діагностичний, так і психокорекційний ефект. Вона спрямована на відображення власних почуттів, активізацію самовідчуття, самосприйняття, сприйняття свого оточення. Процес фантазування, те, як людина розмірковує і діє у своєму фантастичному світі, відображає її мислення і поведінку в реальному житті.

При проведенні даної вправи у дівчат з ПК і ВОМ було відзначена слабка самоідентифікація: часто не мають власного місця, не відчувають себе та Свій простір, і, як наслідок, губляться у потоці емоцій й почуттів інших. «Не відчуваючи» себе, вони перестають контролювати свої почуття і свої реакції, зникає відчуття Власної перспективи, втрачається сенс.

*Вправа «Монолог» [272, 275].*

Наведено приклад проведення вправи у групі, але можлива і індивідуальна форма роботи.

Групі роздаються ручки і папір для нотаток. Всіх учасниць очікує 10-хвилинна фантазія на тему: «Якби я народилася хлопчиком, щоб зі мною зараз було?» Після продумування цієї уявної ситуації, зроблених записів, кожній дівчинці пропонується розповісти про результати своєї роботи в групі.

Обговорення:

- Наскільки складно було уявити себе у ролі протилежної статі?
- Які риси має Ваше придумане чоловіче Я?
- Чи мають місце ці якості у Вас? Як вони проявляються у Вашій поведінці та взаємодії з іншими, особами протилежної статі?

Питання можуть бути розширені.

Резюме про роботу кожної учасниці.

*Техніка «Акваріум»* [89, 276]. Робота в групі.

Робота в техніці «Акваріума» передбачає розділення групи на два кола – зовнішнє і внутрішнє. Техніка проводиться у 3 етапи: на першому – внутрішнє коло обговорює задану психологом тему дискусії, а зовнішнє тільки слухає, не маючи права вступати в діалог; на другому – кола міняються місцями, на третьому етапі пропонується спільне обговорення. Кожен етап роботи обмежений за часом до 30 хв. (в залежності від віку та згуртованості групи). Слід зазначити, що в такій роботі переплітаються тематичні, біографічні та інтеракціоністські компоненти. Пропонованими темами для дискусій дівчат-підлітків можуть бути: «Якою має бути ідеальна дівчина?», «Що незрозумілого у хлопцях?», «Моя поведінка та очікування оточуючих», «Як можна сподобатися хлопцеві?», «Про що говорить мій зовнішній вигляд?» та інше. Навколо заданої теми виникають додаткові запитання, які й обговорюються колом під керівництвом психолога.

*Техніка «Чоловік і жінка в мені»* [89, 277]. Для індивідуальної і групової роботи більш старших дівчат (16-17 років).

Це техніка спрямованої уяви – візуалізації чоловічого і жіночого начал. За допомогою цієї техніки породжуються символи, у нашій ситуації це чоловічий і жіночий образи. Попередньо учасницям дається інформація про наявність у кожного з нас двох начал – чоловічого і жіночого, їх функції, можливі варіанти взаємодії,

характер впливу на наші почуття, думки, поведінку, взаємини з протилежною статтю.

На першому етапі проводиться релаксування учасниць групи. На другому – психолог просить дівчат уявити жіночий образ всередині себе. Це може бути дівчинка, дівчина, доросла жінка, літня ... Образ необхідно візуалізувати настільки детально, наскільки це можливо – зовнішній вигляд, вік, настрій, поведінка, манера рухатися та інше. Далі просимо «повзаємодіяти» з цим образом: здійснити якусь дію з жіночим образом, яка буде бажана учасниці – поговорити, поплакати, обійнятися та інше. Необхідно запам'ятати ці відчуття, оскільки вони будуть дуже важливі для інтерпретації. На третьому етапі за тією ж схемою уявити і «повзаємодіяти» з чоловічим образом всередині нас.

Четвертий етап включає у себе уявлення чоловічого і жіночого образу разом. Як вони розташовані один щодо одного – близько, далеко, між ними щось або хтось знаходиться. Чи можуть вони «взаємодіяти» один з одним, якщо так, то як, хто з них проявляє активність, як вони сприймають один одного. Ці відчуття також важливо запам'ятати, оскільки характер взаємодії представлених образів важливий для аналізу поведінкової сфери дівчат, особливостей ставлення до протилежної статі, звичної моделі взаємодії з нею. Далі передбачається груповий аналіз, обговорення.

Наведемо приклад візуальних репрезентацій чоловічого і жіночого начал дівчини 16,5 років, яка страждає на ВОМ. Жіноче начало було уявлено з легкістю і детально. Уявлялася дівчина 18-20 років, яка була одягнена у гарну червону сукню, на ній були туфлі на високих підборах, в руках вишукана сумочка в колір туфель. Також детально описувались зачіска, макіяж, манікюр. Жіночий образ з'явився продуманим і «правильним». Тілесні відчуття виражені не були – тільки тяжкість у ногах «через високі підбори». Чоловічий образ був представлений у вигляді молодого чоловіка 25-27 років: «... дуже засмаглий, напевно багато працює на сонці, грубуватий, впертий і чимось незадоволений». Ставлення до образу негативне, тілесними відчуттями образ не був підкріплений. Уявити дівчину і молодого чоловіка поруч практично не вдалося: «вони не створені одне для одного», «йому нічого робити поруч з нею, може тільки допомагати у важкій або брудній роботі».

Цей приклад демонструє конфліктність статеворольової сфери дівчини - повністю приймається тільки зовнішня складова жіночого образу, що стосується чоловічого – він відкидається, але він необхідний для виконання «важкої роботи».

*Вправа «Моє погане почуття» [271, 272].*

На першому етапі дівчині надається інформація, що сильні почуття негативного порядку (такі як відкидання, ненависть, образа та інші), які ми носимо в собі, проєктуються нами на інших людей, а це руйнує відносини. На другому етапі, просимо назвати те негативне почуття, яке переслідує дівчину найчастіше, викликати у своїй уяві образ тієї людини, з яким це почуття сильніше за все пов'язано. Далі ініціюємо діалог (вголос) дівчини з репрезентованою людиною, переводячи його у конструктивну форму.

*Вправа «Визначення оцінки» [272].*

Просимо дівчат скласти список з трьох-чотирьох подій минулого, які їх дуже засмутили. Пропонуємо визначити ступінь їх внутрішнього розладу за 10-бальною шкалою та «втрати», які вона зазнала в результаті цих неприємних подій. Різницю слід проаналізувати.

Як правило, дівчата з ПК і ВОМ мають явно виражену різницю між ступенем розладу і «втратами». Їм треба пояснити, що наступного разу, коли вони будуть засмучені, їм важливо згадати, наскільки вони перебільшують події, і спробувати знизити свій негативний стан до реалістичного рівня.

*Техніка «Когнітивні карти» [186, 265, 266].*

I етап. Використовуючи виявлені у процесі дослідження теми ранніх спогадів дівчат, які страждають на ПК і ВОМ (див. Розділ 3), складаються картки. Далі вони розкладаються перед дівчиною і ставляться додаткові запитання психолога: «Чим схожі ці думки?», «У чому їх різниця?», «Яка думка йде спочатку, а яка за нею» та інше.

II етап. Стимулюємо дівчину позитивно переформулювати думки. Важливо підвести її до самостійних формулювань.

У якості приклада можуть виступити такі перетворення думок, які були відзначені у дівчат старшої вікової групи з ПК і ВОМ (Таблиця 4.2.):

Таблиця 4.2.

## Приклади переформулювання тем ранніх спогадів дівчат з ПК і ВОМ

Я самотня і мене не розуміють →	Неможливо щоб тебе зрозуміли інші, коли ти розмовляєш сама з собою
Мене не цінують →	Моя цінність залежить від ставлення до себе, а не від думок і вчинків інших людей
Світ страшний та небезпечний →	Світ може бути страшним і небезпечним, але я маю в собі сили впоратися з цією небезпекою

*Вправа «Подолання опору» [245].*

Просимо дівчат згадати якийсь день, наприклад, вихідний, який вони проводять з родиною: які звичні дії вона робить, що робить в обов'язковому порядку, як зазвичай проходить взаємодія з членами сім'ї (за обідом, у спільних домашніх справах та інше). Після докладної розповіді, просимо оцінити ступінь ефективності звичних дій в рамках сім'ї, чи отримують дівчата задоволення від них, хотіли б внести різноманітність, і яку саме, в сімейний розпорядок. Далі дівчатам пропонується пофантазувати та змінити сімейні звички і традиції:

- Які Ви можете внести зміни?
- Що станеться після цього?
- Чи зіткнетесь Ви з опором членів сім'ї?
- Які члени сім'ї будуть чинити опір і наскільки сильно?
- Чи зможете Ви впоратися з цим опором?
- Чи можуть ці зміни глобально змінити відносини між членами сім'ї?
- А як це змінить Вас?
- Чи потрібно іноді змінювати звичний хід подій у сімейній взаємодії?

Оскільки дівчата з ПК і ВОМ схильні до злиття, залежні, а для страждаючих ВОМ характерні і вертикальні дисфункціональні коаліції з матір'ю, ця вправа може допомогти: відчувати особистісні межі кожного члена сім'ї; можливо побачити свою

ізолюваність і зробити спробу змінити це; проаналізувати своє функціональне навантаження у сім'ї; прояснити наскільки задовольняються власні психічні потреби; оцінити свій вибір захисних механізмів для «виживання» в сімейному просторі – чи ефективні вони.

*Вправа «Розігрування ролей» [272, 245].*

Учасницям пропонується по черзі розіграти свої внутрішні конфлікти, які ними до кінця не усвідомлюються, але є очевидними для оточуючих. Наприклад, якщо дівчина, не помічаючи цього, надмірно часто вибачається, говорить тихим голосом, ніяковіє, то їй пропонується зіграти роль сором'язливої, боязкої людини. При цьому психолог просить декілька перебільшувати ті риси характеру, які у неї особливо виражені. Надалі, якщо учасниця усвідомлює свою поведінку і бажає її позбутися, їй можна зіграти роль людини з протилежними рисами характеру. Для розігрування ролі кожній учасниці дається по 5-10 хвилин. Решту часу необхідно залишити для аналізу поведінки. Ця вправа є дуже корисною і для відпрацювання проблемної статево-рольової поведінки, формування нових більш адаптивних поведінкових моделей.

*Вправа «Робочий зошит» [272].*

Вправа рекомендується дівчатам для регулярного фіксування процесів розвитку внутрішнього життя. Зовнішні події можуть записуватися, оскільки вони пов'язані з динамікою внутрішнього світу. Дівчатам пропонується записувати у зошит думки, які «накипіли» та які вони не наважуються вимовити вголос, плани, аналіз своєї поведінки у різних ситуаціях, реакції оточуючих на них. Крім тексту в зошит можна заносити малюнки, схеми, тільки дівчатам зрозумілі символи, все що може використовуватися для того, щоб глибше зрозуміти себе.

Представлені рекомендації впроваджено у медико-психологічний напрямок роботи ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків» НАМН України (акт впровадження від 05.06.2018р.). Елементи психокорекційного блоку апробовані на 107 дівчатах, які страждають на ПК і ВОМ, у результаті чого було отримано 90 позитивних результатів корекції, за наступними напрямками (Таблиця 4.3.).

Таблиця 4.3.

## Результати корекції дівчат-підлітків з ПК і ВОМ

Група з ПК	Група з ВОМ
Поява уявлень про цілісність свого-Я	
Посилена когнітивна складова Я-концепції - уявлень про себе	Посилена афективна (самооцінююча) складова Я-концепції
Диференціація чоловічих і жіночих статевих ролей (усвідомлення, самоаналіз)	
Закріплення фемінінних статево-рольових характеристик	Усвідомлення і прийняття в собі М-характеристик, що стає основою для відмови від «штучної», гіперфемінінної поведінки
Початок формування адекватних уявлень щодо понять «жіночність», «Я – дівчина»	
Усвідомлення своїх помилкових установок щодо представників протилежної статі	
Початок формування уявлень про зрілу та дисфункціональну сім'ю	
Усвідомлення впливу стійких негативних почуттів на взаємодію з оточуючими	
Початок формування навичок саморегуляції	Початок формування навичок до переформулювання думок негативного порядку

**Висновки по розділу 4:**

1. Розроблено і представлено психодіагностичний блок для роботи з дівчатами-підлітками, які страждають порушеннями менструальної функції. Він містить розгорнутий опис, процедуру застосування, аналіз можливостей напівструктурованого діагностичного інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків», яке



створювалося на основі періодизації психосексуального розвитку І.Л. Ботневої, Г.С. Васильченко та В.М. Маслова.

2. Рекомендовано орієнтовний психокорекційний блок для роботи з дівчатами, що страждають порушеннями менструальної функції. До нього увійшли завдання, психокорекційні «мішені» та орієнтовний психокорекційний матеріал, який включає в себе методи роботи, техніки й вправи для вирішення завдань психокорекції дівчаток з ПК і ВОМ.

3. Проаналізовано результативність психокорекційного матеріалу, рекомендованого психологічним службам медичних установ для роботи з дівчатами-підлітками. У 90-а випадках виявлена позитивна тенденція у психокорекційній роботі з дівчатами, які страждають на ПК і ВОМ.

**Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора: [265, 266].**

## ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення проблеми порушень психосексуального розвитку у дівчат-підлітків, що страждають порушеннями менструальної функції (на матеріалі ПК і WOM). Психологічні чинники формування порушень розглянуто з позицій статевої ролі підходу. У результаті дослідження дійшли висновків:

1. Психосексуальний розвиток особистості являє собою складний багатовимірний процес, що має певні стадії і специфічні механізми. Порушення психосексуального розвитку є наслідком інтеграції дії біогенних, соціогенних, психогенних і соціально-психологічних чинників та призводить до спотворення статевої поведінки, статевої структури особистості, гендерних ролей тощо.

Психологічними ланками формування соматичних розладів стають особистісні й емоційні особливості, внутрішньоособистісні конфлікти, девіації психосексуального розвитку, що стосуються установок щодо статевої приналежності, статевої ідентичності та формування психосексуальних орієнтацій. Порушення менструальної функції у дівчат-підлітків розглядаються як різні маніфестації спотворень у статевої сфері особистості, як соматичний «протест» проти прийняття жіночої статевої ролі, як наслідок статевої трансформації особистості.

2. Психосексуальний розвиток у дівчат з порушеннями менструальної функції має специфічні особливості. При своєчасному формуванні правильної статевої самосвідомості визначено недостатнє закріплення дівчатами установок щодо статевої приналежності (низька цікавість щодо вивчення статевої ознак, соціосексуальних ігор, статевого диференціювання поведінки). На етапі формування стереотипу статевої поведінки у дівчат з ПК відмічається статева інверсія, пов'язана із засвоєнням чоловічих поведінкових моделей (вибір хлопчачих ігор та видів спорту, відмова від суто жіночого образу в одязі, зачісці тощо). Проте на свідомому рівні спостерігається відмова від чоловічої ролі. Особливістю дівчат з

ВОМ є недостатнє вивчення й закріплення жіночих статевих ролей (через ігри з однолітками, вибір позашкільної діяльності). Разом з тим, на поведінковому рівні дівчата підкреслюють свою жіночу сутність. Результатом для обох груп стає статоворольовий конфлікт між маскулінною орієнтацією і необхідністю прийняття жіночої статевої ролі.

На етапі формування психосексуальних орієнтацій в обох групах спостерігаються деякі ознаки затримки психосексуального розвитку (на 2-4 роки): у формуванні і проявах платонічного лібідо (через інтерес до протилежної статі, фантазії, сновидіння, проявів кокетства, перші побачення тощо); у формуванні еротичного лібідо (через фантазії, сновидіння, інтерес до фільмів, творів, участь в іграх еротичного характеру з однолітками). Ретардоване формування платонічного й еротичного компонентів лібідо у дівчат поєднується з наявністю передчасної сексуальної поведінкової активності.

3. Структурна організація симптомокомплексу маскулінності/фемінінності у дівчат з порушеннями менструальної функції характеризується внутрішньою інконсистентністю. У дівчат, які страждають на ПК, виявлено феномени гіпермаскулінності та «злипання» статоворольової структури, коли переважання біогенної маскулінності визначає маскулінність на поведінковому рівні і обмежує засвоєння фемінінної Я-концепції і фемінінних моделей поведінки. У дівчат з ВОМ характер міжрівневих зв'язків також вказує на феномен «злипання» статоворольової структури, її недиференційність та залежність від біогенної маскулінності. Переважання показників фемінінності на поведінковому та соціогенному рівнях пояснюється гіперкомпенсацією, що проявляється у формі акцентованої жіночності. Аналіз структурних моделей організації симптомокомплексу М/Ф у дівчат з порушеннями менструальної функції вказує на феномени збереження незрілої континуально-ад'юнктивної моделі у старших підлітків групи з ПК і прискорення становлення андрогінної моделі у молодших підлітків групи з ВОМ.

4. Особистісний профіль дівчат з порушеннями менструальної функції характеризується незрілістю. Специфічними особливостями для дівчат з ПК є емоціональна нестабільність, залежність, несамостійність, маніпулятивність та

наднормативність. Дівчата з ВОМ характеризуються тривожністю, емоційною лабільністю, підозрілістю, соціальною нормативністю, почуттям обов'язку. Таким чином, профіль особистості дівчат з ПК можна позначити як емоційно-нестійкий, а дівчат з ВОМ як пасивно-залежний.

Переважаючі типи акцентуацій у дівчат з ПК відображають загострення «чоловічих рис» особистості – епілептоїдний тип у молодших дівчат-підлітків, у старших – епілептоїдно-істероїдний та істероїдний типи. У цьому випадку істероїдна акцентуація може бути формою маніпулятивної поведінки – декларації фемінінності. При ВОМ у молодших підлітків домінують лабільний і психастеничний типи акцентуації (виражена жіноча лінія поведінки), а у старших – лабільний, лабільно-істероїдний та шизоїдний типи. Нашарування істероїдних рис на емоційну лабільність може призводити до актуалізації механізму «конверсії» – перетворення психологічного конфлікту у соматичний симптом.

5. Структурні та функціональні зміни в сімейній системі дівчат з порушеннями менструальної функції, пов'язані з недифференційованістю особистісних меж членів сім'ї, злитістю сімейного простору, дефіцитарністю у задоволенні потреб дитини. Сімейна структура характеризується інверсією домінування, яка виступає джерелом статеворольової інверсії дівчат. Так у дівчат з ПК виявлено ідентифікацію з батьком за фемінінними структурами, а з матір'ю – за маскулінними. В групі з ВОМ у стосунках «мати-донька» мають місце вертикальні дисфункціональні коаліції, надзалежність і неможливість сепарації, що пояснює ідентифікацію дівчат з матір'ю за фемінінними та маскулінними характеристиками. Батько характеризується як слабкий та є виключеним з процесу ідентифікації.

6. Інфантильний досвід дівчат з порушеннями менструальної функції має статеворольове навантаження – основні травми розвитку пов'язані з батьком. У групі з ПК виявлено переживання травм покинутості й зради, які формують стиль міжособистісних стосунків за типом залежності й надконтролю та зводяться до 3-х компенсаторних моделей поведінки: «маскулінної», «спокусниці» та «інфантильної». Дівчатам з ВОМ притаманне поєднання травм відкидання, покинутості та приниження, що призводить до побудови стосунків залежного типу,

страху самотності і базового відчуття власної незначущості. Зазначені особливості компенсуються у розвиненому почутті обов'язку та стійкій позиції «жертви».

7. На основі результатів дослідження розроблено комплекс рекомендацій щодо психодіагностичної та психокорекційної роботи з дівчатами-підлітками, які страждають порушеннями менструальної функції. Основними завданнями є: своєчасна діагностика порушень психосексуального розвитку дівчат, корекція статевої ролі Я-концепції, статевої поведінки, неадаптивних когніцій, заснованих на ранньому психотравмуючому досвіді особистості та дисфункціональних стосунках у батьківській родині.

Ідеологічною основою психокорекційної роботи є людино-центрований підхід К. Роджерса. В інструментальному плані психокорекційна робота є еkleктичною, такою що задіює техніки когнітивної психотерапії, гештальт-терапії, арт-терапії та символдрами.

**Перспектива подальших досліджень** полягає в аналізі особливостей функціонування психосексуальної сфери хворих дівчат в подальшому дорослому житті, в залежності від типу перебігу хвороби, та у створенні психокорекційної програми для дівчат-підлітків, що страждають порушеннями менструальної функції.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Луценко А.Г. Ассинхронии психосексуального развития: монография. Харьков: Основа, 1996. 208 с.
2. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание детей. Ленинград: Медицина, 1988. 160 с.
3. Общая сексопатология / Г.С. Васильченко, И.Л. Ботнева, А. Нохуров [и др.]; под ред. Г.С. Васильченко. Москва: Медицина, 1977. 488 с.
4. Сексопатология: справочник / Г.С. Васильченко, Т.Е. Агаркова, С.Т. Агарков [и др.]; под редакцией Г.С. Васильченко. Москва: Медицина, 1990. 576 с.
5. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. Ленинград: Медицина, 1979. 183 с.
6. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология в 4-х частях. Харьков: Академия сексологических исследований, 1999. 1152 с.
7. Асанова Н.К. Теория психосексуального развития: цикл лекций для студентов по курсу «Психоаналитические концепции развития». Москва: Институт детской психотерапии и психоанализа, 1997. 28 с.
8. Маслов В.М., И.Л. Ботнева, Васильченко Г.С. Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология в 2-х томах: рук-во для врачей. Москва: Медицина, 1983. Т.2. С. 27–115.
9. Исаев Д.М., Каган В.Е. Психогигиена пола у детей. Ленинград: Медицина, 1986. 336 с.
10. Каган В.Е. Половая идентичность детей и подростков в норме и патологии: автореф. дис. доктора мед. наук: 19.00.04; 14.00.18. Ленинград, 1991. 33 с.
11. Кон И.С. Введение в сексологию: учебное пособие для студентов ВУЗов. Москва: Олимп, ИНФРА, 1999. 319 с.
12. Абраменкова В. Половая дифференциация и сексуализация детства // Вопросы психологии. Москва: Педагогика, 2007. №5. С. 7–8.

13. Ткаченко А.А., Введенского Г.Е. Аномальное сексуальное поведение. Санкт-Петербург: Питер, 2003. 256 с.
14. Собкин В.С., Баранова Е.В. Социально-психологические особенности переживания сексуального опыта в подростковом возрасте // Вопросы психологии, 2006. №3. С. 10–13.
15. Полеев А.М. Трудный подросток глазами сексолога: практическое руководство для родителей. Москва: Эксмо, 2015. 320 с.
16. Кле М. Психология подростка: психосексуальное развитие: [пер. с франц.]. Москва: Педагогика, 1991. 176 с.
17. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии: [пер. с англ.]. Санкт-Петербург: Издательство «Питер», 2000. 896 с.
18. Эриксон Э.Г. Детство и общество: [пер. с англ.]. Санкт-Петербург: ИТД «Летний сад», 2000. 416 с.
19. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual inadequacy. Boston, 1970. 366 p.
20. Handbook of sexology / Ed. J. Money, H. Musaph. Amsterdam - London - New York, 1977. 402 p.
21. Money J. Handbook of human sexuality / Ed. J. Money, B. Wolman. Prentice-Hall, 1980. 365 p.
22. Heilbrun A.B. Human sex role behavior. New York: Pergamon, 1981. X. 207 p.
23. Hofstede G. Masculinity/Femininity as a dimension of culture // Masculinity and Femininity. The taboo dimension of National Cultures; ed. by G. Hofstede. Thousand Oaks, CA, New Delhi, London: Sage Publications, Inc., 1998. P. 3–28.
24. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции: [пер. с англ.]. Москва: Наука, 1991. 456 с.
25. Merrick J., Tenenbaum A, Omar H.A. Human sexuality and adolescence. // Front Public Health, 2013. Vol. 1. P. 41.
26. Dave S., Dave A. Psychosexual development and human sexuality. New Delhi: In: Kar N, Kar GC, editors. Comprehensive Textbook of Sexual Medicine. 2nd ed. Jaypee Publishers, 2014. P. 42–53.

27. Чугунов В.В. Отечественная сексология в XIX-XX веках (истор.-теор. исследования) // Система сексологии. Харьков: Основа, 1995. Т.1. 346 с.
28. Психология и психоанализ сексуальности: учебное пособие для факультетов психологии, педагогики и социальной работы; под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ, 2003. 688 с.
29. Фрейд З. Психология бессознательного: сборник произведений. Москва: Просвещение, 1989. С. 122–199.
30. Фрейд З. «Я» и «Оно» / З. Фрейд. Тбилиси: «Мерани», 1991. Кн.1. С. 344–350.
31. Ермакова А.П. К теории полового влечения. Москва: МЦ «Система», 1989. С. 7–52.
32. Tyson Ph., Tyson R.L. Psychoanalytic theories of development: an integration. New York: Yale University, 1990. 393 p.
33. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности: [пер. с англ.]. Санкт-Петербург: Питер Ком, 1999. 608 с.
34. Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. Основы сексологии: [пер. с англ.]. Москва: Мир, 1998. 692 с.
35. Теория Пиаже: История зарубежной психологии: тексты / под ред. П.Я. Гальперина, А.Н. Ждан. Москва: Издательство МГУ, 1986. 470 с.
36. Обухова Л.Ф. Возрастная психология: учебник. Москва: Юрайт, 2016. 460 с.
37. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике: [3-е изд.]. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 688 с.
38. Эриксон Э.Г. Идентичность: Юность и кризис: [пер. с англ.]. Москва: Прогресс, 1996. 340 с.
39. Anders T.F., Anders T.F., Zeanah C.H. Early infant development from a biological point of view. In *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books, 1984. P. 55–69.
40. Нагорна А.М., Беспалько В.В. Репродуктивне здоров'я та статеве виховання молоді: монографія. Київ: Вид-во Європ. ун-ту, 2004. 407 с.



41. Свядош А.М. Женская сексопатология. Москва: Медицина, 1991. 184 с.
42. Исаев Д.Н. Сексология. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 512 с.
43. Кон И.С. Ребенок и общество. Москва: Наука, 1988. 342 с.
44. Haydon A.A., Herring A.H., Halpern C.T. Associations between patterns of emerging sexual behavior and young adult reproductive health // *Perspect Sex Reprod Health*, 2012. P. 27–44.
45. Васильченко Г.С. Проблемы сексопатологии и бесплодия. Киев: Здоровье, 1973. С. 119–123.
46. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Отклоняющееся полоролевое поведение у детей и подростков // *Нарушение поведения у детей и подростков*. Москва: Медицина, 1981. 118 с.
47. Stoller R.J. Sex and gender. New-York: Science House, 1968. 346 p.
48. Gartzia L., Lopez-Zafra E. Gender Research in Spanish Psychology: An Overview for International Readers // *Sex Roles*, June 2014. Volume 70, Issue 11–12. P. 445–456.
49. Митчелл Дж. Женская сексуальность. Введение: [пер. с англ.] // *Гендерные Исследования*. Харьков: Харьковский Центр Гендерных исследований, 2005. №1. С. 9–32.
50. Ефимкина Р.П. Детская психология. Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 1995. 36 с.
51. Бендас Т.В. Гендерная психология: учебное пособие. Санкт-Петербург: Питер, 2005. 431 с.
52. Дольто Ф. На стороне подростка: [пер. с франц.]. Екатеринбург: Рама Паблишин, 2016. 424 с.
53. Колесов Д.В., Сильверова Н.Б. Физиолого-педагогические основы полового созревания. Москва: Педагогика, 1978. 224 с.
54. Alpert-Gillis L.J., Pers J., Connel J.P. Gender and sex-role influences on children's self-esteem. 1989. 57. № 1. P. 98–114.
55. Полуди М. Психология женщины: [пер. с англ.]. Санкт-Петербург: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. С. 123–141.

56. Райгородский Д.Я. Подросток и семья. Самара: Бахрах-М, 2013. 656 с.
57. Буртянский Д.Л., Кришталь В.В., Смирнов Г.В. Медицинская сексология. Саратов: Изд-во СГУ, 1990. 272 с.
58. Дынник В.А., Щербина Н.А. Особенности гормонального обеспечения аномальных маточных кровотечений в подростковом возрасте в современном социуме и негормональные методы их лечения // Здоровье женщины, 2014. №5(91). С. 136–140.
59. Начетова Т.А., Беляева Е.Э., Кашкалда Д.А. Зависимость психологических особенностей девочек-подростков с гипоменструальным синдромом от уровней стресс-реализующих гормонов // Актуальные вопросы физиологии, патологии и организации медицинского обеспечения детей школьного возраста и подростков. Проблемные вопросы коморбидных состояний у детей и подростков: материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием. Харьков, 2017. С. 103–104.
60. Оленко Е.С., Киричук В.Ф., Деева М.А. Психофизиологические аспекты гендерной дифференциации // Психосоматические и интегративные исследования. Саратов: Из-во «Наука и инновации», 2016. Т.2. №1. С. 103.
61. Толстых Н.Н., Прихожан А.М. Психология подросткового возраста: учебник и практикум. Москва: Юрайт, 2016. 92 с.
62. Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія. Харків: Фоліо, 2008. 990 с.
63. Исаев Д.Н., Микиртумов Б.Е., Богданова Е.И. Сексуальные проявления у детей – симптомы нервно-психических расстройств // Актуальные проблемы психоневрологии детского и подросткового возраста. Москва: Медицина, 1986. 83 с.
64. Данильченко Г.В. Психологія статі. Ніжин: ТОВ Видавництво «Аспект-поліграф», 2006. 208 с.
65. Kelly G. F. Sexuality today: the human perspective. Clarkson University: Dushkin: Mc Graw-Hill, 1995. 648 p.
66. Masterson J. Psychotherapy of the borderline adult. New York: Brunner/Mazel, 1976. P. 114.

67. Omar H.A., Greydanus H.A., Tsitsika A.K., Patel D.R. *Pediatric and Adolescent Sexuality and Gynecology. Principles for the Primary Care Clinician*. New York: Nova Science, 2010. 69 p.
68. Геодакян В.А. Роль полов в передаче и преобразовании генетической информации // *Проблемы передачи информации*, 1965. №1. С. 105–112.
69. Рожановская З.В., Свядоц А.М. К вопросу об оргазме у женщин // *Вопросы сексопатологии*. Москва: Медицина, 1969. С. 128–130.
70. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. *Функциональная женская сексопатология*. Пермь: ТОО фирма «Репринг», 1994. 272 с.
71. Гуркин Ю.А., Суслопоров А.А., Островская Е.А. *Основы ювенильного акушерства*. Санкт-Петербург: Фолиант, 2001. 352 с.
72. Левенець С.О. Соціальні й медико-біологічні чинники ризику порушень функції статевої системи в дівчаток // *Український журнал дитячої ендокринології*. Київ: ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ» 2013. № 2. С. 47– 48.
73. Начетова Т.А. Сохранение женского репродуктивного здоровья - важная медико-социальная проблема // *Актуальні питання та перспективи розвитку медичної допомоги і соціальних послуг підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу» в Україні: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю*. Київ, 2016. С. 29.
74. Репина Т.А. *Проблемы полоролевой социализации детей*. Москва: Издательство Московского психолого-социального института, 2004. 288 с.
75. Яковлева А.В. Полоролевая идентификация и механизмы психологических защит у старших подростков // *Системная психология и социология: Всероссийское периодическое издание научно-практический журнал*. Москва: МГПУ, 2013. №7 (I). С. 140–143.
76. Latkin C.A. Gender roles in the experimental community // *Rajneeshpuram Sex Roles*, 1989. № 9–10. P. 629–652.
77. Левиной А.И., Куликова А.М. *Подростковая медицина: руководство*. Санкт-Петербург: Питер, 2006. 544 с.

78. Касьянова Н.С. Формирование представлений о полоролевом поведении старших дошкольников // Известия Уральского государственного университета, 2009. № 4(68). С. 163–168.
79. Кон И.С. Сексология: учебное пособие для студентов ВУЗов. Москва: Академия, 2004. 384 с.
80. Kohlberg L. A cognitive developmental analysis of childrens sex role concepts and attitudes. Stanford: Univ. Press, 1966. P. 25–32.
81. Мид М. Культура и мир детства: [пер. с англ.]. Москва: Наука, 1988. 310 с.
82. Money J. Linguistic resources and psychodynamic theory // British Journal of Medical Sexology, 1955. Vol. 20. P. 26–266.
83. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста: [пер. с англ.]. Санкт-Петербург: Питер, 2012. 816 с.
84. Хорни К. Психология женщины: [пер. с англ.]. Москва: Изд-во Эксмо, 2003. 352 с.
85. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. Санкт-Петербург: Восточно-европейский институт психоанализа и Б.С.К., 1997. 195 с.
86. Кон И.С. Психология половых различий // Вопросы психологии. Москва: Педагогика, 1981. № 2. С. 32–39.
87. Mead M. Sex And Temperament In Three Primitive Societies. New York: Morrow, 1935. P. 36.
88. Фрейд З. Кое-что о следствиях, вытекающих из анатомического различия полов: [пер. с нем.]. Москва: Наука, 1989. 112 с.
89. Кочарян А.С. Личность и половая роль. Харьков: «Основа», 1996. 127 с.
90. Fairbairn W. R. D. On the nature and aims of psychoanalytical treatment // International Journal of Psychoanalysis, 1958. № 39. P. 374–385.
91. Fairbairn W.R.D. Synopsis of an object-relations theory of the personality // Journal of psychoanalysis, 1963. № 44. P. 224–225.
92. Fairbairn W.R.D. Psychoanalytic studies of the personality. New York: Routledge, Chapman & Hall, 1974. P. 69–85.

93. Masterson J. The narcissistic and borderline disorders. New York: Brunner/Mazel, 1981. P. 55–64.
94. Bandura A. Agression: A Social Learning Analysis. New Jersey: Prentice-Hall-Inc., Englewood Cliffs, 1973. P. 42–60.
95. Michel W.A. Social learning view of sex differences in behavior. Stanford: Univ. Press, 1974. P. 24–33.
96. Bem S.L. The measurement of psychological androgyny // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974. № 42. P. 62–68.
97. Bem S.L. Sex role adaptability—one consequence of psychological androgyny // Journal of Pers. and Soc. Psychology, 1975. № 31. P. 634–643.
98. Maccoby E., Jacklin C. The psychology of sex differences. Stanford: Univ. Press, 1974. P. 25–32.
99. Jacklin C.N. The Psychology of Gender / C.N. Jacklin. New York: An Elgar Reference Collection, 1992. 362 p.
100. Maccoby E.E. The Two Sexes. Growing Up Apart, Coming Together Cambridge, Mass.: Belknap Press, 1998. P. 23–29.
101. Stockard J., Johnson M. Sex Roles. New York: Science House, 1980. P. 48.
102. Райгородский Д.Я. Психология семьи. Хрестоматия: учебное пособие для ВУЗов. Самара: Бахрах-М, 2007. 752 с.
103. Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека // Человек в системе наук. Москва: Наука, 1989. С. 171–189.
104. Хорни К. Женская психология. Санкт-Петербург: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1993. 222 с.
105. Bem S.L. Gender schema theory and its implications for child development // Journal of Women in Culture and Society, 1983. V. 8. № 4. P. 598–615.
106. Bem S.L. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing // Psychological Review, 1981. № 88. P. 354–364.
107. Bem S.L. Sex typing and androgyny // Journal of Personality and Social Psychology, 1975. № 31. P. 634–643.

108. Pleck J.H. Men's power with women, other men, and society. New York: Prentice-Hall, 1981. P. 69.
109. Кочарян А.С. Личность и половая роль: симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии: диссертация на соиск. учен. степени доктора психол. наук: 19.00.04. Харьков, 1996. 418 с.
110. Кочарян А.С. Полоролевое пространство личности // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2010. Вип. 44. № 913. С. 67–70.
111. Полоролевая психология / А.С. Кочарян, М.Е. Жидко, Н.Н. Терещенко, Е.В. Фролова; под редакцией А.С. Кочаряна. Харьков: Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, 2015. 236 с.
112. Маркова М.В., Беляева Е.Э., Михайлова Э.А. Образ болезни в рисунках подростков с ожирением в контексте их медико-психологического сопровождения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. N 6 (23).
113. Шестопалова Л.Ф., Козьякіна Н.В., Бородавко О.О. та інші. Особливості психічного розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності // Український вісник психоневрології. Харків: Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН наук України, 2015. Том 23. Вип. 4 (85). С. 97–100.
114. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 512 с.
115. Кулаков С.А. Основы психосоматики. Санкт-Петербург: Речь, 2003. 288 с.
116. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. Москва: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
117. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. Москва: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
118. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 400 с.

119. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: Навчальний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. 115 с.
120. Менегетти А. Психосоматика: [пер. с итал.]. Москва: БФ «Онтопсихология», 2009. 352 с.
121. Синельников В.В. Возлюби болезнь свою /. Москва: Центрполиграф, 2016. 416 с.
122. Виилма Л. Прощаю себе: полное собрание текстов в 2 т. Москва: АСТ, 2013. 716 с.
123. Фарид И.Б. Тезисы психосоматической медицины // Рациональная фармакология в Кардиологии, 2017. 13 (2). С. 221–228.
124. Минченков А.В., Елпидифоров Н.Б. Методы структурной психосоматики. Санкт-Петербург: Издательский дом «ЮВЕНТА»; Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2001. 409 с.
125. Беляева О.Е., Начетова Т.А. Особистісні особливості дівчат-підлітків із різними клінічними варіантами вторинної аменореї // Досягнення та перспективи експериментальної і клінічної ендокринології (П'ятнадцяті Данилевські читання): матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Харків, 2016. С. 14–15.
126. Могучая Н.В. Кризисное состояние соматического заболевания, как возможность развития жизненного пути субъекта // Психологический журнал: ежеквартальное научно-практическое издание. Минск: БГУ, 2014. №3–4(41–42). С. 46–50.
127. Соколова Э.А. Модели перехода к психосоматическому заболеванию через осознание психологической проблемы в разные временные фазы сознания // Психологический журнал: ежеквартальное научно-практическое издание. Минск: БГУ, 2014. №1–2(39–40). С. 43–47.
128. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Москва: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 256 с.
129. Кочарян А.С., Фролова Е.В., Дармостук Н.В. Метод исследования структурной организации полоролевой сферы личности // Вісник Харківського

національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. Харків, 2009. Вип. 42. № 857. С. 78–84.

130. Иванов И.Я. Популяционные нормы для определяемых с помощью ПДО показателей акцентуаций характера у подростков // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. Ленинград: изд. инст. им. Бехтерева, 1985. С. 44–46.

131. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. Санкт-Петербург: Речь, 2006. 284 с.

132. Запорожан В.М. Акушерство та гінекологія. Одеса: Одеський медичний університет, 2005. Т.1. 471 с.

133. Edwards M., Howley N.L. Women's health. Guilford: Dushkin: Mc Graw-Hill, 1998. X. 213 p.

134. Коколина В.Ф. Ювенильные маточные кровотечения // Российский медицинский журнал. 2006. №6. С. 11–14.

135. Akgül S., Kanbur N. Premenstrual disorder and the adolescent: clinical case report, literature review, and diagnostic and therapeutic challenges // Int. J. Adolesc Med Health, 2015. V. 27(4). P. 363–8.

136. Еганян Ш.А. Психокоррекционная программа для девочек-подростков с расстройствами гинекологической сферы // Медицинская сестра: научно-практический и публицистический журнал. Москва: Издательский дом «Русский врач», 2011. №8. С. 32–35.

137. Хащенко Е.П., Баранова А.В. Выраженность депрессивных симптомов у девочек подросткового возраста с расстройствами менструации // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. LXXII междунар. науч.-практ. конф. № 1(70). Новосибирск: СибАК, 2017. С. 56–69.

138. Борисенко М.Ю., Уварова Е.В. Клинико-лабораторные и психологические особенности девочек-подростков с различными формами гипоменструального синдрома // Репродуктивное здоровье детей и подростков. Научно-практический журнал. Москва: «ГЭОТАР–Медиа», 2015. № 6. С. 14–24.



139. Левенец С.А., Дынник В.А., Начетова Т.А. Нарушения менструальной функции у девочек-подростков. Харьков: Точка, 2012. 196 с.
140. Асланян И.Э. Гипоменструальный синдром в практике гинеколога детского и подросткового возраста // Репродуктивное здоровье детей и подростков. Москва: ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016. № 2. – С. 33–34.
141. Дынник В.А., Сулима Т.Н. Характер гипоталамо-гипофизарно-гонадных взаимоотношений при различных клинических вариантах течения пубертатных маточных кровотечений // Акушерство и гинекология. Тернополь: ТДМУ «Укрмедкнига», 2013 №12. С. 102–107.
142. Беляева О.Е. Психологічні особливості дівчат-підлітків із гіпоменструальним синдромом // Ендокринна патологія у віковому аспекті: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Харків, 2017. С. 13–14.
143. Беляева О.Е. Індивідуально-психологічні особливості дівчат-підлітків із порушеннями менструального циклу на тлі ожиріння // Український ендокринологічний журнал 2013. №2. С. 22–23.
144. Беляева О.Е., Кукуруза А.В., Кирилова О.О., Цилюрик С.М. Особливості образу здоров'я дівчат-підлітків із вторинною аменореєю // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, 2007. № 771. С. 18–22.
145. Дынник В.А., Дынник А.А. Патогенетические аспекты формирования аномальных маточных кровотечений в разные сроки от менархе // Досягнення та перспективи експериментальної і клінічної ендокринології Чотирнадцяті Данилевські читання): матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Харків, 2015. С. 57–58.
146. Можейко Л.Ф. Клинико-психологические особенности личности девочек-подростков в период становления репродуктивной функции // «Медицинская панорама». Минск, 2003. № 9. С. 45–46.
147. Родцевич О.Г. Психогенно обусловленные нарушения менструальной функции у девочек-подростков и их коррекция // Медицинские новости: Науч.-практ. информ.-аналит. журн. для врачей и рук. Здравоохранения, 2005. N12. С. 115–119.

148. Гришко А.А. Психологічні аспекти порушень репродуктивної функції у підлітковому віці // Наукові записки Харківського університету Повітряних Сил. Серія: Соціальна філософія, психологія. 2005. Вип. 2(23). С. 215–222.
149. Bomba M., Gambera A., Bonini L., Peroni M. Endocrine profiles and neuropsychologic correlates of functional hypothalamic amenorrhea in adolescents // *Fertil Steril*, 2007. V. 87(4). P. 876–85.
150. Деменкова І.Г., Удовікова Н.О. Роль спадковості у виникненні стійкої олігоменореї в перший рік після менархе // Ендокринна патологія у віковому аспекті: матеріали XII наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Харків, 2014. С. 25–26.
151. Левенец С.А., Новохатская С.В., Шелудько О.Ю. Факторы риска и клинические особенности вторичной олигоменореи у девочек-подростков // Лікарська справа: Науково-практичний журнал. Київ: Здоров'я, 2015. № 3–4. С. 128–131.
152. Деменкова І.Г., Верхошанова О.Г. Аналіз родоводів дівчат-підлітків із пубертатними матковими кровотечами на першому році після менархе // Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків. Проблеми реабілітації дітей з хронічної патологією: матеріали наук-практ. конф. з міжнар. участю. Харків, 2015. С. 34–35.
153. Новохатська С.В., Верхошанова О.Г. Клініко-анамнестичні особливості дівчаток-підлітків із вторинною олігоменореєю // Гіпоменструальний синдром у дівчат-підлітків (патогенез, профілактика, віддалені наслідки): матеріали наук. симп. з міжнар. участю. Харків, 2017. С. 41–42.
154. Stephan V., Cowan B.D., Seifer D.B. *Gynecology. Clinical reproductive medicine*. Philadelphia; New York: Lippincott-Raven, 1997. XI. 292 p.
155. Дынник В.А. Системный подход к анализу клинических проявлений аномальных маточных кровотечений у девушек-подростков // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Белгород: БелГУ, 2015. Вып.32. № 21(219). С. 66–72.
156. Левенець С.О. Роль сімейного лікаря в виявленні і профілактиці порушень менструальної функції у дівчаток / Східноєвропейський журнал

внутрішньої та сімейної медицини (Профілактика, діагностика та лікування в практиці сімейного лікаря: матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф. м. Харків). 2016. № 1. С. 19–20.

157. Bunevicius A., Rubinow DR., Calhoun A., Leserman J. The association of migraine with menstrually related mood disorders and childhood sexual abuse // *J. Womens Health (Larchmt)*, 2013. V. 22(10). P. 871–876.

158. Гришко А.А. Преморбідні особливості особистості дівчат-підлітків з ендокриннозалежними гінекологічними захворюваннями // *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія*. 2011. Вип.45. № 937. С. 55–59.

159. Страшок А.А. порушення статевого розвитку // *Ювенологія. Практикум з підліткової медицини*; под ред. Л.К. Пархоменко. Харків: «Факт», 2004. С. 686–713.

160. Haydon A.A., Herring A.H., Halpern C.T. Associations between patterns of emerging sexual behavior and young adult reproductive health // *Perspect Sex Reprod Health*, 2012. № 44. P. 218–27.

161. Левенец С.А. Ремитирующие пубертатные маточные кровотечения // *Здоровье Украины*, 2014. № 2(14). С. 28–29.

162. Laufer M., Laufer M.E. Adolescence and developmental breakdown: A psychoanalytic view. New Haven: Yale Univ. Press., 1994. P. 13.

163. Беляева Е.Э. Оценка самопонимания тревожности в системе медико-психологического сопровождения девушек-подростков с нарушениями менструального цикла // *Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания: материалы IV Конгресса педиатров стран СНГ*. Львов, 2012. С. 44.

164. Левенець С.О. Ранні клінічні прояви порушень функції жіночої репродуктивної системи // *Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар участю*. Харків, 2014. С. 34–35.

165. Чинники ризику формування розладів менструальної функції на першому році після менархе: інформ. лист / уклад. С.О. Левенець [та ін.]. Київ: ДУ «ІОЗДП НАМН», 2014. 3 с.
166. Лікування дівчат-підлітків із порушеннями статевого розвитку і менструальної функції: методичні рекомендації; укл. С.О. Левенець, Л.Ф. Кулікова, В.О. Диннік [та ін.]. Харків: Український науково-дослідницький інститут охорони здоров'я дітей та підлітків, 2001. 32 с.
167. Шевченко Н.Ф., Калюжна Є.М. Гіперфункція тривожності у підлітків: превентивна стратегія // Практична психологія та соціальна робота. Науково-практичний та освітньо-методичний журнал. Київ: компанія «Социс», 2007. №7. С. 17–22.
168. Кернберг О.Ф. Отношения любви: норма и патология. Москва: Независимая фирма «Класс», 2000. 285 с.
169. Микиртумов Б.Е., Кощавцева А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. Санкт-Петербург: Питер, 2003. 256 с.
170. Уварова Е.В., Буралкина Н.А. Современные представления о репродуктивном здоровье девочек (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. Научно-практический журнал. Москва: «ГЭОТАР–Медиа», 2010. N 2. С. 12–31.
171. Валиева Т.А., Азизова Р.А., Гиясова Р.Э. Этика и деонтология в работе среднего медицинского персонала // Молодой ученый. 2017. №11. С. 125–128. Режим доступа: URL <https://moluch.ru/archive/61/9043/>.
172. Левенець С.А., Дынник В.А. Нарушения менструальной функции у девочек-подростков. Харьков: ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины», 2012. 219 с.
173. Дынник В.А. Характеристика клинического течения аномальных маточных кровотечений пубертатного периода в зависимости от дебюта заболевания // Перинатология и педиатрия. Киев: ГУ «Институт педиатрии, акушерства и

гінекології Національної академії медичних наук України, 2015. № 2. С. 81–85.

174. Новохатская С.В. Клиническая картина вторичной олигоменореи у девочек-подростков // Внесок молодих вчених і спеціалістів у розвиток медичної науки і практики: нові перспективи: матеріали наук.-практ. конф. з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої дню науки. Харків, 2015. С. 62–63.

175. Левенец С.А., Удовикова Н.А., Новохатская С.В. Характер менструальной и репродуктивной функции у женщин с олигоменореей в периоде пубертата // Репродуктивное здоровье детей и подростков. Москва: ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016. №3. С. 38–39.

176. Левенець С.О. Перші клінічні ознаки ендокринзалежних гінекологічних захворювань у дівчаток // Ендокринна патологія у віковому аспекті: матеріали XII наук.-практ. конф. з міжнар.участю. Харків, 2014. С. 47–49.

177. Левенець С.О. Профілактика олігоменореї та вторинної аменореї у дівчат-підлітків // Український журнал дитячої ендокринології. Київ: ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ», 2017. № 2 (22). С. 29–33.

178. Уварова Е.В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода // Репродуктивное здоровье детей и подростков. Москва: ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2018. Т.14. №1. С. 64–91.

179. Падруль М.М., Антипьева С.П., Уточкин Ю.А., Махмудова С.Э. Некоторые аспекты формирования репродуктивного здоровья школьниц // Репродуктивное здоровье детей и подростков. Москва: ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2018. Т.14. №1. С. 58–63.

180. Гришко А.А. Асинхронии психосексуального развития у девочек-подростков с ювенильными маточными кровотечениями // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. Харків, 2011. Вип. 46. №959. С. 20–23.

181. Собчик Л.Н. Метод портретных выборов: практическое руководство. Москва: Институт прикладной психологии, 1993. 133 с.

182. Szondi L. Podrecznic eksperymentalnej diagnostiki popedow. Warszawa: ERDA, 1997. 269 p.
183. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Усовершенствование процедуры обработки результатов, полученных с помощью Патохарактерологического Диагностического Опросника для подростков. Ленинград: изд. инст. им. Бехтерева, 1981. С. 5–28.
184. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический Диагностический Опросник для подростков. Методика исследования. Санкт-Петербург: изд. инст. имени Бехтерева, 1992. 64 с.
185. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара: Изд. Дом «БАХРАХ-М», 2000. С. 240–260.
186. Сидоренко Е.В. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру. Санкт-Петербург: ООО Издательство «Речь», 2000. 352 с.
187. Психологические тест; под ред. Карелина А.А.: в 2 т. Москва: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. Т.2. С. 223–228.
188. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. Москва: Изд-во Эксмо, 2007. 416 с.
189. Sex-roles aspects of personal maturity in young women / Kocharyan A.S., Tereshchenko N.N., Favorova K.N., Kolpak T.V. // *Scientific enquiry in the contemporary world: theoretical basics and innovative approach*. San Francisco (CA, USA), 2014. P.108–115.
190. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла: учеб.-метод. пособие. Санкт-Петербург: Речь, 2006. 104 с.
191. Adler A. *What life should mean to you*. London: Georg Allen & Unwin Ltd., 1932. 300 p.
192. Петренко В.Ф. Метод семантического дифференциала. Гуманитарная энциклопедия [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2002-2018 (последняя редакция: 12.05.2018). Режим доступа: URL <http://gtmarket.ru/concepts/7035>.

193. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие: 3-е изд. Санкт-Петербург: Речь, 2007. 392 с.
194. Запорожан В.М. Акушерство та гінекологія. Одеса: Одеський медичний університет, 2005. Т.1. 471 с.
195. Stephan V., Cowan B.D., Seifer D.B. Gynecology. Clinical reproductive medicine. Philadelphia; New York: Lippincott-Raven, 1997. XI. 292 p.
196. Ильясов Ф. Н. Репрезентативность результатов опроса в маркетинговом исследовании // Социологические исследования. Москва: ФГУП «Издательство «Наука», 2011. № 3. С. 112–116.
197. Tanner J.M. Disorders of male puberty // Endocrine and genetic diseases of childhood. Philadelphia, 1975. V. 2. P. 12–14.
198. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии: [пер. с англ.]. Санкт-Петербург: Издательство «Питер», 2000. 896 с.
199. Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. Основы сексологии: [пер. с англ.]. Москва: Мир, 1998. 692 с.
200. Эриксон Э.Г. Детство и общество: [пер. с англ.]. Санкт-Петербург: ИТД «Летний сад», 2000. 416 с.
201. Elaine C. Defining Care and Masculinity: Beyond Gender Emotion Stereotypes // Sex Roles. January, 2014. Volume 70, Issue 1–2. P. 76–78.
202. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Отклоняющееся полоролевое поведение у детей и подростков // Нарушение поведения у детей и подростков. Москва: Медицина, 1981. 118 с.
203. Крайлюк А.И. Родительские установки: теоретический аспект. Кострома: Вестник Костромского государственного университета, 2015. №3. Т.21. С. 78–82.
204. Егорова У.Г. Родетельско-детские отношения в контексте психологической готовности родителей к возрастным кризисам ребенка // «Известия Самарского научного центра РАН». Самара, 2014. Вып.17. №1. С. 84–86.

205. Кочарян А.С., Фролова Е.В. Особенности структуры симптомокомплекса маскулинности/фемининности у женщин при синдроме межличностной зависимости // Украинський вісник психоневрології. Харків: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2007. Том 15. Вип. 1 (50). С. 195–196.
206. Психология и психоанализ сексуальности: учебное пособие для факультетов психологии, педагогики и социальной работы; под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ, 2003. 688 с.
207. Гришко А.А., Яковенко О.К. Вікові особливості психосексуальної сфери дівчат / А.А. Гришко // Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» / Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди. Харків: Вид-во «Діса плюс», 2015. С. 150–151.
208. Тайсон Ф., Тайсон Р. Психоаналитические теории развития: [пер. с англ.]. Екатеринбург: «Деловая книга», 1998. 386 с.
209. Abelin E.L. Some further observations and comments on the curliest role of the father // *Int. J. Psychoanal*, 1975. №56. P. 293–302.
210. Берлингейм Д. Доэдиповы отношения между отцом и ребенком: [пер. с англ.] // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций: Институт практической психологии, психоанализа, 2006. Вып. 2. 12 с.
211. Johnson St. Osobovosc symbiotyczna i jej leczenie. Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza, 1993. 189 p.
212. Brody S., Axelrad S. Mothers, fathers, and children: Explorations in the formation of character in the seven years. New York: Int. Univ. Press., 1978. P. 14–35.
213. Бурбо Л. Пять травм, которые мешают быть самим собой: [пер. с франц.]. Киев: «София»; Москва: «Гелиос», 2001. 263 с.
214. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика; под ред. К. Бейкер, А.Я. Варга. Москва: «Когито-Центр», 2005. 496.



215. Чекалина А.А. О влиянии родительских установок на формирование гендерной идентичности ребенка // Мир психологии. 2006. №2. С. 4–6.
216. Beebe В. Mother – infant mutual influence and precursors of self- and object-representations. In Empirical studies of psychoanalytic theories // Erlbaum. 1986. P. 26-48.
217. Эльячефф К, Эйниш Н. Дочки-матери: 3-й лишний? Москва: Институт Общегуманитарных исследований, 2008. 448 с.
218. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе: [пер. с англ.]. Москва: Независимая фирма «Класс», 2006. 480 с.
219. Anders T.F. Biological rhythms in development // Psychosom. Med., 1982. № 44. P. 61–72.
220. Блюм Г. Психоаналитические теории личности: [пер. с англ.]. Москва: «КСП», 1996. 185 с.
221. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей. Ленинград: Медицина, 1985. 416 с.
222. Крупко-Большова Ю.А. Патология развития девочек и девушек. Киев: Здоровье, 1990. 232 с.
223. Latkin С.А. Gender roles in the experimental community // Rajneeshpuram Sex Roles, 1989. № 9–10. P. 629–652.
224. Гришко А.А., Левенец С.А., Беляева Е.Э. Полоролевые аспекты нарушений менструальной функции в подростковом возрасте // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Психологічні науки». 2018. Вип. 1, Т. 2. С. 178–183.
225. Гришко А.А. Особенности переживаний полоролевой идентичности девочек-подростков, страдающих ювенильными маточными кровотечениями // Вісник Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2006. № 718. С. 142–145.
226. Каган В.Е. Семейные и полоролевые установки у подростков // Вопросы психологии. Москва: Педагогика, 1987. № 2. С. 54–61.

227. Grishko A. Features of the sex sphere of adolescent girls suffering from puberty hemorrhages // Scientific issue of «Knowledge, Education, Law and Management». Lodz: Fundacja «Oswiata i Nauka Bez Granic PRO FUTURO», 2017. № 1(17). P. 132–141.

228. Поспелова С.В. Особливості гендерної соціалізації дівчат з різними типами статевої ролі // Вісник Одеського національного університету імені Мечнікова. Серія: «Психологія», 2014. Т.9, Вип.1 (31). С. 262–269.

229. Фаворова К.М. Статевої ролі чинники особистісного функціонування у дівчат // Науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі»: Тези доповідей. Харків: Національний аерокосмічний університет М.Є. Жуковського «ХАІ», 2014. С. 31.

230. Кочарян О.С., Макаренко А.А., Яровая Н.А. Структурная организация симптомокомплекса маскулинности / феминности при разных уровнях психологического благополучия личности // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по материалам XL междунар. науч.-практ. конф. Новосибирск, 2014. №5(40). С. 158–172.

231. Кочарян А.С. Проблемы эффективности диагностики сложных психологических образований (на примере симптомокомплекса маскулинности/феминности) // Журнал практикующего психолога. Харьков, 2010. № 17. С. 136–147.

232. Ковалець Ю.К. Наслідки впливу маскуліної культури на становлення жіночої самоідентичності // Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: Видавництво «Плай» Прикарпатського університету, 2006. Вип. 6. Ч.1 С. 210–220.

233. Психология активности и поведения: курс лекций. Минск: БГУ, 2012. 188 с.

234. Кузьмин М.Ю., Миронова Е.И., Токарев А.В. Связь идентичности и субъективной картины жизненного пути у подростков и юношей // Современные исследования социологических проблем. Красноярск: Из-во «Инновационные исследования в социологии», 2016. №12(68). С. 203–207.

235. Кузьмин М.Ю. Динамика нормативного кризиса и собственного кризиса идентичности в подростковом возрасте // Ученые записки. Курск: Курский государственный университет, 2017. №1(41). С. 1–16.
236. Максименко С.Д. Механізми розвитку особистості // Проблеми сучасної психології. Кам'янець-Подільський: Подільський національний університет імені І. Огієнка, Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2014. Вип. 26. С. 7–21.
237. Ситников В.Л., В.В. Ильченко Добрачные половые установки девушек в поликультурной среде // Ученые записки. Чита: Забайкальский государственный университет, 2016. Т.11. №5. С. 107–114.
238. Asik M. Evaluation of affective temperament and anxiety-depression levels of patients with polycystic ovary syndrome // J. Affect. Disord., 2015. N12. P. 214–218.
239. Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков. Глава IV // Методы психологической диагностики и коррекции в кинике. Ленинград: Медицина, 1983. С. 81–102.
240. Гришко А.А. Особливості акцентуацій характеру у дівчат-підлітків з порушеннями статевого розвитку та менструальної функції // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2005. Вип.15. Ч.1. С. 38–46.
241. Егорова У.Г. Просвещение родителей в вопросах профилактики отклоняющегося поведения подростков // Вестник Самарского университета. Самара, 2014. №9 (120). С. 232–236.
242. Безрукова О.Н. Модели родительства и родительский потенциал: межпоколенный анализ // Журнал «Социологические исследования». Москва: Институт социологии РАН, 2014. №9. С. 85–97.
243. Фролова Є.В. Психологічні чинники і динаміка формування стосунків міжособистісної залежності у жінок: автореф. дис. на здобуття наук. ступеню канд. психол. наук: 19.00.01. Харків, 2008. 199 с.
244. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи: [пер. с англ.]; 3-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2002. 656 с.

245. Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия: Справочник практического психолога. Москва: Эксмо, 2005. 992 с.
246. Гришко А.А. Ранние психические травмы и их влияние на личность девочек-подростков, страдающих нарушениями полового развития и менструальной функции // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. Харків: ХНУ, 2010. № 913. С. 27–31.
247. Фомина Л.К. Понятие и типы детско-родительских отношений // Молодой ученый. 2014. №2. С. 704–707. Режим доступа: URL <https://moluch.ru/archive/61/9043/>.
248. Егорова У.Г. Психологическая готовность родителей к кризисам подросткового возраста: коммуникативный аспект // Вестник Государственного университета управления. Москва, 2013. №22. С. 221–226.
249. Варга А.Я., Драбкина Т.С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. Санкт-Петербург: Речь, 2001. 144 с.
250. Grishko A. Influence of parental family pattern on the origin of gynaecological pathology in teens // Scientific issue of «Knowledge, Education, Law and Management». Lodz: Fundacja «Oswiata i Nauka bez granic PRO FUTURO», 2014. № 2 (6). P. 128–137.
251. Дмитриева Н.Ю. Почему дети болеют?. Ростов: «Феникс», 2017. 153 с.
252. Аноприенко Е.В. Стиль родительского поведения как фактор хронического стресса у подростков // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота, 2014. №10. С. 8–13.
253. Сорокоумова Е.А., Маргун И.П. Позитивные детско-родительские отношения: сущность и специфика // Социально-гуманитарные знания. Москва: Министерство образования и науки РФ, 2014. №5. С. 184–191.
254. Черкасова О.В. Психолого-педагогические подходы к работе с родителями. Самара: Вестник Самарского государственного университета, 2014. №9 (120). С. 227–231.
255. Холмогорова А.Б., Калина О.Г. Роль отца в психическом развитии ребенка: монография. Москва: Форум, 2018. 112 с.

256. Макаренко А.О. Особливості сексуально-імагінальної продукції залежних дівчат // Збірник матеріалів VIII Міжнародної науково-практичної конференції «Людина, культура, техніка в новому тисячолітті». Харків: Національний аерокосмічний університет імені М.Є. Жуковського «ХАІ», 2007. С. 85.
257. Малкина-Пых И.Г. Гендерная терапия: Справочник практического психолога. Москва: Изд-во Эксмо, 2006. 928 с.
258. Вайсман С.Е. Паттерны взаимоотношений в родительской семье и их связь с полоролевыми установками женщин // Психология XXI столетия. Т.2; под ред. Козлова В.В. Ярославль: Изд-во ООО «Титул-Яр», МАПН, 2012. С. 145–147.
259. Бимбанов А.А. Ненасильственные половые преступления: монография. Москва: ООО «Проспект», 2017. 174 с.
260. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. Москва: Издательство ЭКСМО-Пресс, 2000. 448 с.
261. Кочарян А.С. Проведение психологического семейного консультирования: учебно-методические материалы по психологии семейных отношений. Харьков: Харьковский государственный университет, 1990. 26 с.
262. Чодороу Н. Воспроизводство материнства: Психоанализ и социология гендера. Москва: Издательство «Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН)», 2006. 315 с.
263. Уайнхолд Б., Уанхолд Дж. Противозависимость: бегство от близости: [пер. с англ.]. Каменец-Подольский: Аксиома, 2009. 328 с.
264. Зейгарник Б.В. Теории личности в зарубежной психологии. Москва: Книга по Требованию, 2013. 128 с.
265. Гришко А.А. Вивчення життєвого стилю дівчат-підлітків, що страждають ювенільними матковими кровотечами // Вісник Харківський національний університет імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2009. – Вип.31. С. 39–53.
266. Гришко А.А. Роль раннього психотравматичного опыта в формуванні порушень в репродуктивній системі у дівочек-подростков // Науковий вісник

Херсонського державного університету. Серія: «Психологічні науки». Херсон, 2016. № 5, Т. 2. С. 165–170.

267. Кочарян А.С., Кочарян С.А. Переживание как мишень психотерапии // Психотерапия как невербальная практика: коллективная монография; под ред. докт. психл. наук, проф. Кочаряна. Харьков: Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, 2014. 260 с. С. 17–30.

268. Кочарян А.С. Клиент-центрированная психотерапия как невербальная практика // Психотерапия как невербальная практика: коллективная монография; под ред. докт. психл. наук, проф. Кочаряна. Харьков: Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, 2014. С. 7–17.

269. Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия: модель психологической помощи, сфокусированная на переживании // Психологічне консультування і психотерапія. Харків, 2014 №1–2. С. 62–73.

270. Kocharyan I. Therapeutical strategies when correcting the system of psychical self-regulation by type “betrayal” // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія. Харків, 2014. Вип. 56, № 1121. С. 118–123.

271. Шавердян Г.М. Основы психотерапии. Санкт-Петербург: Питер, 2007. 208 с.

272. Золото Е.В. Психотерапевтические проблемы в гинекологии детей и подростков. Киев, 2014. 221 с.

273. Жидко М.Е. Медитация и активное воображение в практике субвербальной психотерапии // Психотерапия как невербальная практика: коллективная монография; под ред. докт. психл. наук, проф. Кочаряна. Харьков: Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, 2014. С. 56–124.

274. Булгакова Г.Г., Иванова Е.С. Первичный анализ жизненного сценария клиента техниками трансактного анализа и сказкотерапией // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. XIX междунар. науч.-практ. конф. № 10 (67). Новосибирск: СибАК, 2016. С. 47–53.

275. Tate Ch.Ch., Bettergarcia N., Brent M. Re-assessing the Role of Gender-Related Cognitions for Self-Esteem: The Importance of Gender Typicality for Cisgender Adults // *Sex Roles*. March 2015. Vol. 72. Is. 5–6. P. 221–236.

276. Коськина Д.А. Ролевые ожидания супругов с разным типом полоролевого взаимодействия // *Молодой ученый*. 2015. №2-6 (17). С. 411–416. Режим доступа: URL <https://moluch.ru/archive/61/9043/>.

277. Фаворова К.М., Кочарян О.С., Терещенко Н.М. Досвід застосування методу спрямованої уваги «Візуалізація і гармонізація чоловічого і жіночого начал» у психокорекційній роботі // *Збірник III Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання, Додаток 4 до Вип.31, Том1(9)*. 21–22 травня 2014 р.: тези доп. Київ, 2014. С.18–191.

## Додаток А

**Напівструктуроване діагностичне інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків»**

<b>Прояви психосексуального розвитку</b>	<b>Віковий період</b>	<b>Кількість дівчат, %</b>	<b>Частота прояву</b>
Усвідомлення статевої приналежності			
Ставлення до свого імені:			
- прийняття			
- неприйняття			
Цікавість, спрямована на вивчення статевих ознак			
Ігри, яким надавалася перевага у дитинстві:			
- ігри у «доньки-матері», «сім'ю»			
- ігри у «лікаря»			
- рухливі ігри («квач», «козаки-розбійники» та інше)			
- інтелектуальні ігри			
- ігри у війну, з машинками			
- комп'ютерні ігри			



У дитинстві частіше проводила час з:			
- обома батьками			
- мамою			
- батьком			
- бабусею/дідусем			
- сама			
Надавалася перевага спілкуванню з однолітками (до 12 років):			
- своєї статі			
- протилежної статі			
- обох статей			
Надавалася перевага роду занять у сім'ї:			
- маминому			
- батьківському			
Уподобання в одязі:			
- жіночий стиль			
- унісекс			
Уподобання в зачісці:			
- довге волосся			
- стрижка			

Надавалася перевага роду занять позанавчальною діяльністю:			
- танці			
- музика			
- малювання			
- вивчення мов			
- спорт			
- в'язання, шиття			
- відсутність інтересу до чого-небудь			
Інтерес до протилежної статі			
Бажання подібатися представникам протилежної статі			
Перші побачення			
Кокетство, загравання з представниками протилежної статі			
Демонстрація своєї привабливості, сексуальності			
Участь в іграх з однолітками, що носять еротичний характер			
Фантазії, пов'язані з представниками протилежної статі:			
- платонічної спрямованості			
- дотики, обійми			
- поцілунки			
- ласки			

- статевий акт			
- про майбутню родину (дім, чоловік, діти)			
Сновидіння, пов'язані з представниками протилежної статі:			
- сюжет не визначений			
- сюжет платонічного характеру			
- сюжет еротичного характеру			
- сюжет сексуального характеру			
- сни-жахіття			
Інтерес до кінофільмів, літературних творів романтичної спрямованості			
Інтерес до кінофільмів, літературних творів сексуально-еротичної спрямованості			
Ставлення до статевої близькості:			
- негативне			
- позитивне			
- амбівалентне			
- не визначено			
Сексуальна активність:			
- перший поцілунок			

- «справжні» поцілунки			
- ласки			
- петтінг			
- мастурбація			
• негативне ставлення до мастурбації			
• нейтральне ставлення до мастурбації			
• позитивне ставлення до мастурбації			
- початок статевого життя			

Примітка:

I - низька частота;

II - середня частота;

III - висока частота;

Домінуюча частота проявів визначається за порогом у 60%.

## Додаток Б

## Статеворольова ACL-шкала А.В. Neilbrun

ПІП \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Діагноз \_\_\_\_\_

**Інструкція:** «Оцініть за п'ятибальною системою вираженість наведених нижче якостей у себе сьогоднішньої, ідеального образу-Я, у своїх матері та батька. 1 бал - якість відсутня; 5 балів - якість виражена найбільшою мірою».

Якості	Я	Яід	М	Б	Бал	Якості	Я	Яід	М	Б	Бал
Агресивність						Розуміння інших					
Зарозумілість						Делікатність					
Самовпевнен- ність						Дії у згоді з іншими					
Владність						Залежність					
Надія на себе						Емоційність					
Цинічність						Легка збудливість					
Обережність						Тривожність					
Домінування						Жіночність					
Ініціативність						Непостійність					
Переконливість						Здатність прощати					
Передбачливість						Дружелюбність					
Відкритість						Легковажність					
Значущість						Прагнення допомагати					
Практичність						Скромність					

Працьовитість						Хвастощі					
Дотепність						Чутливість					
Винахідливість						Сентименталь- ність					
Мужність						Щирість					
Прямота						Покірність					
Проникливість						Співчуття					
Строгість						Балакучість					
Сила						Боязкість					
Витривалість						Теплота					
Мстивість						Дбайливість					

Примітка: Яід - Я-ідеальна; М - мати; Б - батько.

**Обробка результатів:** підраховується сума балів за маскулінними та фемінінними показниками.

## Додаток В

### Соматосексуальний розвиток дівчат-підлітків, які страждають порушеннями менструальної функції

Таблиця В.1.

Вікові норми щодо стадій статевого розвитку (J. Tanner, S. Frasier)

Стадії статевого розвитку	Молочні залози (Ma)	Оволосіння		Менархе (Me)	Вік
		лобкове (Pb)	пахвове (Ax)		
III	Ma2-3	Pb2-3	Ax2-3	Me1-2	13
IV	Ma3-4	Pb3	Ax3	Me2	14
V-a	Ma3-4	Pb3	Ax3	Me2-3	15
V-b	Ma4	Pb3	Ax3	Me3	16-17

Примітка: Ma2 - молочна залоза конусоподібної форми, сосок не підіймається (плоский), навколососкове кільце не пігментоване; Ma3 - «юнацькі груди»: молочна залоза округлої форми, сосок підіймається над пігментованим навколососковим кільцем; Ma4 - форма і розмір грудей типові для зрілої жінки; Pb2 - помірне лобкове оволосіння: рідке та довге волосся, що розташовується переважно у центральній частині лобка; Pb3 - виражене лобкове оволосіння: волосся на всьому трикутнику лобка довге, кучеряве, густе; Ax2 - помірне пахвове оволосіння: волосся рідке та довге у середній частині пахвовій западині; Ax3 - виражене пахвове оволосіння: волосся густе, кучеряве по всій пахвовій западині; Me1 - поява менархе у рік обстеження; Me2 - нерегулярні менструації; Me3 - наявність стійкого ритму менструацій.

Таблиця В.2.

Показники соматосексуального розвитку дівчат-підлітків  
з порушеннями менструальної функції

Статеві ознаки	Віковий період				
	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років
Показники статевого розвитку у дівчат з ПК, %					
Ах	Норма: 91,7 Низькі: 8,3	Норма: 100	Норма: 80 Низькі: 20	Норма: 100	Норма: 100
Рв	Норма: 100	Норма: 80 Низькі: 20	Норма: 100	Норма: 100	Норма: 100
Ма	Норма: 100	Норма: 100	Норма: 100	Норма: 100	Норма: 100
Ме	Норма: 100	Норма: 100	Норма: 80 Низькі: 20	Низькі: 100	Низькі: 100
Показники статевого розвитку у дівчат з ВОМ, %					
Ах	Норма: 100	Норма: 83,3 Низькі: 16,7	Норма: 100	Норма: 100	Норма: 100
Рв	Норма: 100	Норма: 83,3 Низькі: 16,7	Норма: 100	Норма: 100	Норма: 100
Ма	Норма: 100	Норма: 83,3 Низькі: 16,7	Норма: 100	Норма: 81,3 Низькі: 18,7	Норма: 100
Ме	Норма: 81,3 Низькі: 18,7	Норма: 58,3 Низькі: 41,7	Норма: 52,7 Низькі: 47,3	Низькі: 100	Низькі: 100



## Додаток Д

**Особливості психосексуального розвитку  
дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції та КГ**

Таблиця Д.1.

Данні за основними параметрами психосексуального розвитку дівчат з ПК

<b>Прояви психосексуального розвитку</b>	<b>Віковий період</b>	<b>Кількість дівчат, %</b>	<b>Частота прояву</b>
Усвідомлення статевої приналежності	2-3 роки	100	-
Ставлення до свого імені:	з 5-6 років	55,6	-
- прийняття			
- неприйняття		44,4	-
Цікавість, спрямована на вивчення статевих ознак	4-5 років	100	II
Ігри, яким надавалася перевага у дитинстві:			
- ігри у «доньки-матері», «сім'ю»	з 4-х років	29,3	I
- ігри у «лікаря»	з 4-5 років	27,3	II
- рухливі ігри («квач», «козаки-розбійники» та інше)	з 4-х років	29,3	III
- інтелектуальні ігри	з 6 років	11,1	II

- ігри у війну, з машинками	з 4-5 років	20,2	III
- комп'ютерні ігри	з 7-8 років	21,3	II
У дитинстві частіше проводила час з:			
- обома батьками		17,2	-//-
- мамою		28,2	-//-
- батьком		17,2	-//-
- бабусею/дідусем		19,2	-//-
- сама		18,2	-//-
Надавалася перевага спілкуванню з однолітками (до 12 років):			
- своєї статі	з 5-6 років	55,6	III
- протилежної статі		-	-
- обох статей		55,6	II
Надавалася перевага роду занять у сім'ї:			
- маминому	з 6-7 років	53,5	-//-
- батьківському		46,5	-//-
Уподобання в одязі:			
- жіночий стиль	завжди	26,3	-
- унісекс		73,7	-

Уподобання в зачісці:			
- довге волосся	завжди	52,5	-
- стрижка		47,5	-
Надавалася перевага роду занять позанавчальною діяльністю:			
- танці	з 6-7 років	22,2	I
- музика		10,1	-//-
- малювання		13,1	-//-
- вивчення мов		10,1	-//-
- спорт		19,2	-//-
- в'язання, шиття		13,1	-//-
- відсутність інтересу до чого-небудь		19,2	-
Інтерес до протилежної статі		з 10-11 років з 14-15 років	51,5 42,4
Бажання подібатися представникам протилежної статі	-//-	49,5 42,4	III
Перші побачення	з 11-12 років з 14-15 років	42,4 39,4	-//-
Кокетство, загравання з представниками протилежної статі	-//-	36,4 31,3	-//-

Демонстрація своєї привабливості, сексуальності	з 12-13 років	41,4	II
Участь в іграх з однолітками, що носять еротичний характер	-//-	58,6	I
Фантазії, пов'язані з представниками протилежної статі:	з 11-12 років	54,5	
- платонічної спрямованості	з 14-15 років	35,4	III
- дотики, обійми	-//-	53,5	-//-
		24,2	
- поцілунки	-//-	56,6	I
		24,2	
- ласки	-//-	41,4	-//-
		29,3	
- статевий акт	-//-	32,3	-//-
		29,3	
- про майбутню родину (дім, чоловік, діти)	з 13-14 років	24,2	II
Сновидіння, пов'язані з представниками протилежної статі:			
- сюжет не визначений	з 10-11 років	12,2	I
- сюжет платонічного характеру	з 10-11 років	34,3	-//-
	з 14-15 років	30,3	
- сюжет еротичного характеру	-//-	41,4	II
		35,4	

- сюжет сексуального характеру	з 12-13 років	49,5	I
- сни-жахіття	з 6-7 років	25,2	II
Інтерес до кінофільмів, літературних творів романтичної спрямованості	з 11-12 років	45,5	-//-
	з 14-15 років	21,2	
Інтерес до кінофільмів, літературних творів сексуально-еротичної спрямованості	-//-	27,3	I
		16,2	
Ставлення до статевої близькості:	з 7-8 років		
- негативне		33,3	-
- позитивне		16,2	-
- амбівалентне		33,3	-
- не визначено		17,2	-
Сексуальна активність:	з 13-14 років		
- перший поцілунок		66,7	-
- «справжні» поцілунки		69,7	I
- ласки		44,4	-//-
- петтінг	з 14-15 років	15,2	-//-
- мастурбація	-//-	5,1	-//-
• негативне ставлення до мастурбації	-//-	100	-
- початок статевого життя	-//-	12,1	I

Примітка:

I - низька частота;

II - середня частота;

III - висока частота;

-//- - той же показник;

- показник відсутній.

Домінуюча частота проявів визначається за порогом у 60%.

Таблиця Д.2.

Данні за основними параметрами психосексуального розвитку дівчат з ВОМ

<b>Прояви психосексуального розвитку</b>	<b>Віковий період</b>	<b>Кількість дівчат, %</b>	<b>Частота прояву</b>
Усвідомлення статевої приналежності	2-3 роки	100	-
Ставлення до свого імені:	з 5-6 років	38,6	-
- прийняття			
- неприйняття		61,4	-
Цікавість, спрямована на вивчення статевих ознак	4-5 років	31,8	II
Ігри, яким надавалася перевага у дитинстві:	з 4-х років	71,6	-//-
- ігри у «доньки-матері», «сім'ю»			

- ігри у «лікаря»	з 5 років	39,8	I
- рухливі ігри («квач», «козаки-розбійники» та інше)	з 4-х років	39,8	II
- інтелектуальні ігри	з 5 років	55,7	-//-
- ігри у війну, з машинками	з 4-5 років	7,9	I
- комп'ютерні ігри	з 7-8 років	36,4	II
У дитинстві частіше проводила час з:			
- обома батьками		23,9	-//-
- мамою		44,7	-//-
- батьком		-	-//-
- бабусею/дідусям		7,9	-//-
- сама		39,8	-//-
Надавалася перевага спілкуванню з однолітками (до 12 років):			
- своєї статі	з 5-6 років	62,5	-//-
- протилежної статі		-	-
- обох статей		37,5	II
Надавалася перевага роду занять у сім'ї:			
- маминому	з 6-7 років	46,6	-//-
- батьківському		-	-
- материнському та батьківському		14,8	II

- нічийому		38,6	-
Уподобання в одязі:	завжди		
- жіночий стиль		26,1	-
- унісекс		73,9	-
Уподобання в зачісці:	завжди		
- довге волосся		54,5	-
- волосся середньої довжини		45,5	-
Надавалася перевага роду занять позанавчальною діяльністю:	з 5-6 років		
- танці		22,7	II
- музика		38,6	III
- малювання		14,8	II
- вивчення мов		14,8	I
- спорт		39,8	III
- в'язання, шиття		15,9	II
- відсутність інтересу до чого-небудь		7,9	-
Інтерес до протилежної статі	з 10 років	95,5	II
Бажання подібатися представникам протилежної статі	з 10-11 років	100	-//-
Перші побачення	з 12 років	47,7	-//-
Кокетство, загравання з представниками протилежної статі	з 11 років	55,7	-//-



Демонстрація своєї привабливості, сексуальності	з 13 років	15,9	-//-
Участь в іграх з однолітками, що носять еротичний характер	-//-	23,9	I
Фантазії, пов'язані з представниками протилежної статі:			
- платонічної спрямованості	з 11-12 років	76,1	II
- дотики, обійми	з 12 років	68,2	-//-
- поцілунки	-//-	63,6	-//-
- ласки	з 13 років	13,6	-//-
- статевий акт	-//-	13,6	-//-
- про майбутню родину (дім, чоловік, діти)	з 11-12 років	31,8	-//-
Сновидіння, пов'язані з представниками протилежної статі:			
- сюжет не визначений	-//-	23,9	I
- сюжет платонічного характеру		39,8	-//-
- сюжет еротичного характеру		47,7	-//-
- сюжет сексуального характеру	з 13-14 років	13,6	-//-
- сни-жахіття	з 7-8 років	39,8	-//-
Інтерес до кінофільмів, літературних творів романтичної спрямованості	з 10-11 років	22,7	II
Інтерес до кінофільмів, літературних творів сексуально-еротичної спрямованості	з 11-12 років	22,7	-//-
Ставлення до статевої близькості:			

- негативне	з 7-8 років	-	-
- позитивне		12,5	-
- амбівалентне		47,7	-
- байдуже		39,8	-
Сексуальна активність:			
- перший поцілунок	з 12-13 років	87,5	-
- «справжні» поцілунки	-//-	79,5	II
- ласки	з 13-14 років	79,5	-//-
- петтінг	з 14-15 років	25	-//-
- мастурбація	з 13-14 років	31,8	-//-
• негативне ставлення до мастурбації		17,9	-
• нейтральне ставлення до мастурбації		82,1	-
- початок статевого життя	з 14-15 років	47,7	II

Примітка:

I - низька частота;

II - середня частота;

III - висока частота;

-//- - той же показник;

- показник відсутній.

Домінуюча частота проявів визначається за порогом у 60%.

Таблиця Д.3.

Данні за основними параметрами психосексуального розвитку дівчат КГ

<b>Прояви психосексуального розвитку</b>	<b>Віковий період</b>	<b>Кількість дівчат, %</b>	<b>Частота прояву</b>
Усвідомлення статевої приналежності	2-3 роки	100	-
Ставлення до свого імені:	з 4-5 років	81	-
- прийняття			
- неприйняття		19	-
Цікавість, спрямована на вивчення статевих ознак	4-5 років	100	II
Ігри, яким надавалася перевага у дитинстві:			
- ігри у «доньки-матері», «сім'ю»	з 4-х років	90	III
- ігри у «лікаря»	з 4-5 років	90	II
- рухливі ігри («квач», «козаки-розбійники» та інше)	з 4-х років	84	III
- інтелектуальні ігри	з 5-6 років	36	II
- ігри у війну, з машинками	з 4-5 років	3	I
- комп'ютерні ігри	з 7-8 років	48	II

У дитинстві частіше проводила час з:			
- обома батьками		35	-
- мамою		60	-
- батьком		5	-
Надавалася перевага спілкуванню з однолітками (до 12 років):			
- своєї статі	з 5-6 років	97	III
- протилежної статі		3	II
- обох статей	з 7 років	62	-//-
Надавалася перевага роду занять у сім'ї:			
- материнському	з 6-7 років	95	III
- батьківському		5	I
Уподобання в одязі:			
- жіночий стиль	завжди	64	-
- унісекс		36	-
Уподобання в зачісці:			
- довге волосся	завжди	63	-
- волосся середньої довжини		20	
- стрижка		17	-

Надавалася перевага роду занять позанавчальною діяльністю:			
- танці	з 5 років	43	II
- музика	з 5-6 років	37	-//-
- малювання	-//-	22	-//-
- вивчення мов	з 6-7 років	16	-//-
- спорт	-//-	22	-//-
- в'язання, шиття	-//-	40	-//-
- відсутність інтересу до чого-небудь		9	-
Інтерес до протилежної статі	з 6-7 років	100	II
Бажання подобатися представникам протилежної статі	з 7-8 років	100	-//-
Перші побачення	з 10-11 років	86	-//-
Кокетство, загравання з представниками протилежної статі	з 8-9 років	95	-//-
Демонстрація своєї привабливості, сексуальності	з 13-14 років	51	-//-
Участь в іграх з однолітками, що носять еротичний характер	з 12-13 років	85	-//-
Фантазії, пов'язані з представниками протилежної статі:			
- платонічної спрямованості	з 9-10 років	100	-//-
- дотики, обійми	-//-	83	-//-
- поцілунки	з 10-11 років	89	-//-
- ласки	-//-	78	-//-

- статевий акт	з 14-15 років	79	III
- про майбутню родину (дім, чоловік, діти)	з 9-10 років	84	II
Сновидіння, пов'язані з представниками протилежної статі:			
- сюжет не визначений	з 9 років	59	-//-
- сюжет платонічного характеру	з 9-10 років	81	-//-
- сюжет еротичного характеру	з 10-11 років	78	-//-
- сюжет сексуального характеру	з 13-14 років	69	-//-
- сни-жахіття	з 8 років	21	I
Інтерес до кінофільмів, літературних творів романтичної спрямованості	з 9-10 років	96	II
Інтерес до кінофільмів, літературних творів сексуально-еротичної спрямованості	з 11-12 років	100	-//-
Ставлення до статевої близькості:			
- негативне	з 10 років	-	-
- позитивне		58	-
- амбівалентне		13	-
- байдуже		29	-
Сексуальна активність:			
- перший поцілунок	з 13-14 років	68	II
- «справжні» поцілунки	з 14-15 років	73	-//-

- ласки		73	I
- петтінг		-	-
- мастурбація	з 10-11 років	76	I
• негативне ставлення до мастурбації		9,2	-
• нейтральне ставлення до мастурбації		67,4	-
• позитивне ставлення до мастурбації		23,4	
- початок статевого життя	з 15-16 років	67	I

Примітка:

I - низька частота;

II - середня частота;

III - висока частота;

-//- - той же показник;

- показник відсутній.

Домінуюча частота проявів визначається за порогом у 60%.

## Додаток Е

## Результати проходження дівчатами з ПК та ВОМ етапів психосексуального розвитку (у порівнянні з КГ)

Етапи психосексуального розвитку	Підсумки щодо проходження етапів психосексуального розвитку в різних групах дівчат		
	ПК	ВОМ	КГ
<i>I етап:</i> формування статевої самосвідомості	<p><i>1 фаза:</i> Своєчасне усвідомлення своєї статевої приналежності.</p> <p><i>2 фаза:</i> Недостатнє вивчення і закріплення установок, пов'язаних зі статевою приналежністю.</p>	<p><i>1 фаза:</i> Своєчасне усвідомлення своєї статевої приналежності.</p> <p><i>2 фаза:</i> Недостатнє вивчення і закріплення установок, пов'язаних зі статевою приналежністю.</p>	<p><i>1 фаза:</i> Своєчасне усвідомлення своєї статевої приналежності.</p> <p><i>2 фаза:</i> Достатнє вивчення і закріплення установок, пов'язаних зі статевою приналежністю.</p>
<i>Висновок:</i>	При правильній статевої самосвідомості, недостатнє статеве диференціювання в установках та поведінці. Прояв	При правильній статевої самосвідомості, недостатнє статеве диференціювання в установках. Робиться акцент на	Правильна статева самосвідомість, достатнє статеве диференціювання в установках та поведінці. Прагнення до



	інтересу до статевої відмінностей на тілесному рівні.	статевої відмінностей на поведінковому рівні.	сегрегації (формування одностатевої компанії в іграх) як необхідного фактору при завершенні етапу.
<i>II етап:</i> формування стереотипу статевої ролі поведінки	<i>1 фаза:</i> Ускладнена виробка жіночих статевої ролі установок при усвідомленні моделей мужності й жіночності. <i>2 фаза:</i> Навчання статевої ролі поведінці протилежної статі при формальній відмові від чоловічої ролі.	<i>1 фаза:</i> Ускладнена виробка жіночих статевої ролі установок при усвідомленні моделей мужності й жіночності. <i>2 фаза:</i> Недостатнє вивчення й закріплення жіночих статевої ролі. Поведінкова активність за чоловічим типом.	<i>1 фаза:</i> Має місце виробка жіночих статевої ролі установок, усвідомлення та прийняття моделей мужності й жіночності. <i>2 фаза:</i> Навчання статевої ролі поведінці за жіночим типом.
<i>Висновок:</i>	Виникнення конфлікту між маскуліною статевої ролі орієнтацією та необхідністю прийняття жіночої статевої ролі. Метафора поведінки: «Боротьба	Виникнення конфлікту між небажанням та необхідністю прийняття жіночої статевої ролі: «Відхід від жіночності».	Безконфліктне прийняття жіночої статевої ролі.

	з усім чоловічим».		
<i>III етап:</i> формування психосек- суальних орієнтацій <i>Перша стадія:</i> формування платонічного лібідо	<i>1 фаза:</i> Затримка формування у середньому на 2-4 роки (від КГ). Новоутворення невиражені, свідчать про суперечливе ставлення до протилежної статі.  <i>2 фаза:</i> Початок формування лібідо зливається з його реалізацією, що призводить до неадекватних взаємин із протилежною статтю: має місце суперництво або байдужість (як інструмент маніпуляції).	<i>1 фаза:</i> Затримка формування у середньому на 2 роки (від КГ). Новоутворення невиражені, свідчать про суперечливе ставлення до протилежної статі.  <i>2 фаза:</i> У частині дівчат (55,7%) початок формування лібідо зливається з його реалізацією, що призводить до неадекватних взаємин із протилежною статтю: виявляється суперництво. У решти (44,3%) реалізація затягується, внаслідок уникнення представників протилежної статі. Суперництво і уникнення супроводжуються	<i>1 фаза:</i> Повсюдна поява новоутворень, пов'язаних з формуванням платонічного лібідо з 9-10 років. Домінує позитивне й нейтральне ставлення до представників протилежної статі.  <i>2 фаза:</i> Спостерігається послідовне формування платонічного лібідо. Залицяння, платонічне спілкування, зустрічі як критерії його реалізації проявляються з 10-11 років у переважної більшості дівчат.

<p><i>Друга стадія:</i></p> <p>формування еротичного лібідо</p>	<p><i>1 фаза:</i></p> <p>Затримане, дисгармонійне формування лібідо. Новоутворення невиражені, супроводжуються почуттям сорому, що призводить до витіснення думок еротичного характеру.</p> <p><i>2 фаза:</i></p> <p>При відсутності готовності до реалізації лібідо, мають місце взаємини еротичного характеру (на рік раніше КГ). Їх мета - привернути увагу протилежної статі, маніпуляція.</p>	<p>вираженим почуттям образи.</p> <p><i>1 фаза:</i></p> <p>Затримане формування лібідо. Новоутворення відсутні або не виражені. Супроводжуються почуттям провини й сорому, що призводить до витіснення думок еротичного характеру.</p> <p><i>2 фаза:</i></p> <p>При відсутності готовності до реалізації лібідо, мають місце взаємини еротичного характеру (на 2 роки раніше КГ). Їх мета - відчути себе сміливою й дорослою з одного боку, та відчути прийняття й опіку з іншого.</p>	<p><i>1 фаза:</i></p> <p>Наявність новоутворень, що характеризуються помірною частотою та виразністю. Супроводжуються позитивними емоційними реакціями.</p> <p><i>2 фаза:</i></p> <p>Спостерігається послідовне формування еротичного лібідо. Початок його реалізації відзначається у 12 років. При цьому домінує позитивне ставлення до представників протилежної статі.</p>
<p><i>Третя стадія:</i></p> <p>формування</p>	<p><i>1 фаза:</i></p> <p>Новоутворення відсутні або не</p>	<p><i>1 фаза:</i></p> <p>Новоутворення відсутні або є</p>	<p><i>1 фаза:</i></p> <p>Поява новоутворень</p>

<p>сексуального лібідо</p>	<p>виражені. Супроводжуються почуттям сорому, що призводить до неприйняття своєї сексуальності.</p> <p><i>2 фаза:</i></p> <p>При відсутності готовності до реалізації лібідо, 55,6% дівчат сексуально активні (на рік раніше КГ) - заради наявності відносин з протилежною статтю. Активність супроводжується почуттям провини й сорому, що робить осіб протилежної статі і об'єктом маніпуляції, і винуватцями.</p> <p><i>Висновок:</i> Дисгармонійний розвиток на кожній стадії: затримка виробки установок, відсутність готовності</p>	<p>рідкими та невираженими. Супроводжуються почуттям провини і сорому, що призводить до неприйняття своєї сексуальності.</p> <p><i>2 фаза:</i></p> <p>При відсутності готовності до реалізації лібідо, 50% дівчат сексуально активні (на рік раніше КГ) - заради наявності відносин з протилежною статтю. Активність супроводжується почуттям провини й сорому, що викликає образу на осіб протилежної статі та робить їх винуватцями.</p> <p>Дисгармонійний розвиток на кожній стадії: затримка виробки установок, відсутність готовності</p>	<p>відзначається у 13-14 років. Вони характеризуються помірною та високою частотою проявів. Домінує позитивне або нейтральне ставлення до них.</p> <p><i>2 фаза:</i></p> <p>Спостерігається послідовне формування сексуального лібідо. Початок його реалізації у більшості дівчат відзначається у 15 - 16 років. При цьому прагнення до статевої близькості залишається слабо вираженим.</p> <p>Платонічне й еротичне лібідо збережені. Сексуальний компонент лібідо скорочений до</p>
----------------------------	---	--	--

	<p>до реалізації лібідо. Фіксація на платонічної стадії розвитку призводить до редукування еротичного та сексуального компонентів лібідо. Наслідком стають неадекватні взаємини з протилежною статтю.</p>	<p>до реалізації лібідо. Фіксація на платонічної стадії розвитку призводить до редукування еротичного компоненту лібідо, а сексуальний стає практично несформованим. Наслідком є неадекватні взаємини з протилежною статтю.</p>	<p>елементарних проявів. Взаємини з протилежною статтю не мають конфліктного характеру.</p>
--	---	---	---

## Додаток Ж

**Результати вивчення особистісних особливостей дівчат-підлітків,  
які страждають на ПК і ВОМ**

Таблиця Ж.1.

Достовірність відмінностей у показниках між КГ та дівчатами,  
страждаючими на ПК за методикою Кеттелла

Фактори	1 вікова група			2 вікова група		
	ПК	КГ	Значення t- критерія Стьюдента	ПК	КГ	Значення t- критерія Стьюдента
MD	6,71	8,02	2,87**	7,63	6,10	2,81**
A	7,29	7,38	0,21	8,23	8,74	0,75
B	3,41	4,66	2,80**	3,61	3,76	0,35
C	6,16	7,94	3,16**	6,27	7,50	2,98**
E	4,95	6,68	3,33**	5,74	6,54	2,07*
F	5,64	6,92	2,94**	6,14	5,96	0,37
G	6,75	7,72	2,58*	7,67	7,66	0,14
H	6,39	8,00	3,42**	7,94	8,62	1,99*
I	5,67	7,24	3,57**	7,17	7,60	0,68
L	4,65	3,94	2,09*	4,92	4,60	0,47
M	5,68	6,24	0,3	7,05	7,02	0,09
N	5,68	5,01	1,99*	3,88	4,66	1,99*
O	6,02	6,04	0,08	6,06	6,42	0,47
Q1	5,41	7,44	3,80**	5,75	7,38	3,36**
Q2	4,35	4,64	0,32	4,2	4,36	0,36
Q3	5,54	7,06	3,45**	7,04	7,44	0,54
Q4	5,43	4,58	2,56*	5,69	6,08	0,43

Примітка: \* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Таблиця Ж.2.

Достовірність відмінностей у показниках між КГ та дівчатами,  
страждаючими на ВОМ за методикою Кеттелла

Фактори	1 вікова група			2 вікова група		
	ВОМ	КГ	Значення t- критерія Стьюдента	ВОМ	КГ	Значення t-критерія Стьюдента
MD	6,25	8,02	3,47**	7,03	6,10	1,99*
A	7,25	7,18	0,18	7,70	8,74	2,11*
B	3,75	4,66	2,06*	4,14	3,76	0,28
C	5,75	7,94	3,78**	6,79	7,40	0,75
E	6,25	6,68	0,56	6,35	6,54	0,21
F	6,50	6,92	0,57	6,04	5,96	0,19
G	8,75	7,72	2,69**	8,39	7,06	2,59*
H	7,50	8,00	0,61	6,75	8,62	3,85**
I	5,00	7,24	2,54*	6,79	7,70	2,06*
L	6,50	3,94	4,01**	5,85	4,60	2,36*
M	6,25	6,24	0,06	6,00	7,02	2,02*
N	3,50	5,10	3,87**	5,02	4,66	0,34
O	7,75	6,04	3,99**	6,97	6,42	0,64
Q1	6,25	7,44	2,27*	5,97	7,38	2,54*
Q2	6,75	4,64	3,62**	5,42	4,36	2,61*
Q3	6,75	7,06	0,24	5,75	7,44	3,25**
Q4	6,25	4,58	3,34**	6,02	6,08	0,17

Примітка: \* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ .

## Додаток 3

**Акцентуації характеру дівчат-підлітків  
з порушеннями менструальної функції у порівнянні з КГ**

Таблиця 3.1.

Розподіл типів акцентуації характеру у першій віковій групі дівчат

Тип акцентуації	Частота прояву, %			Імовірність відмінностей, ф		
	1 гр. (n=49)	2 гр. (n=40)	3 гр. (n=50)	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Гіпертимний	2,04	20,0	44,0	3,00**	5,7**	2,46**
Гіпертимно-істероїдний	-	2,5	-	-	-	-
Гіпертимно-нестійкий	-	2,5	-	-	-	-
Гіпертимно-циклічний	-	-	-	-	-	-
Епілептоїдний	53,1	2,5	14,0	6,17**	4,30**	2,1**
Епілептоїдно-істероїдний	10,2	-	6	-	-	-
Епілептоїдно-нестійкий	2,04	-	-	-	-	-
Лабільний	6,1	25,0	14,0	2,56**	1,33	1,32
Лабільно-істероїдний	2,04	20,0	6,0	3,0**	1,03	2,03*
Лабільно-циклічний	2,04	-	-	-	-	-
Лабільно-сенситивний	-	-	6,0	-	-	-



Лабільно-нестійкий	-	2,5	-	-	-	-
Шизоїдний	2,04	-	6,0	-	-	-
Шизоїдно-істероїдний	-	-	-	-	-	-
Шизоїдно-епілептоїдний	2,04	-	-	-	-	-
Істероїдний	4,08	-	2,0	-	-	-
Психастенічний	10,2	25,0	2,0	1,86*	1,82*	3,59**
Психастеніко-астенічний	-	-	-	-	-	-
Нестійкий	4,08	-	-	-	-	-

Примітка: \* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ ;

1 гр. - страждаючі на ПК;

2 гр. - страждаючі на ВОМ;

3 гр. - КГ.

Таблиця 3.2.

Розподіл типів акцентуації характеру у другій віковій групі дівчат

Тип акцентуації	Частота прояву, %			Імовірність відмінностей, ф		
	1 гр. (n=50)	2 гр. (n=48)	3 гр. (n=50)	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Гіпертимний	-	6,25	4	-	-	-
Гіпертимно-істероїдний	10	-	4	-	-	-
Гіпертимно-нестійкий	2	-	-	-	-	-
Епілептоїдний	16	8,3	10	1,18	0,89	0,29
Епілептоїдно-істероїдний	14	2	10	2,3*	0,61	1,75*
Лабільний	8	19	20	1,62*	1,76*	0,12
Лабільно-істероїдний	6	19	26	2,01*	2,87**	0,82
Лабільно-циклічний	2	-	-	-	-	-
Лабільно-сенситивний	-	-	2	-	-	-
Лабільно-астенічний	-	-	4	-	-	-
Лабільно-нестійкий	-	-	4	-	-	-
Шизоїдний	2	18,75	2	3,02**	-	3,02**
Шизоїдно-істероїдний	4	2	4	-	-	-
Шизоїдно-епілептоїдний	2	-	-	-	-	-

Шизоїдно-психастенічний	-	-	-	-	-	-
Істероїдний	24	4,1	2	2,55**	3,7**	1,10
Істероїдно-астенічний	2	-	-	-	-	-
Істероїдно-нестійкий	-	-	-	-	-	-
Психастенічний	8	8,3	8	-	-	-
Сенситивний	-	2	-	-	-	-
Сенситивно-психастенічний	-	8,3	-	-	-	-
Нестійкий	-	2	-	-	-	-

Примітка: \* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ ;

1 гр. - страждаючі на ПК;

2 гр. - страждаючі на ВОМ;

3 гр. - КГ.

## Додаток К

**Дані за основними параметрами малюнка сім'ї  
дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції та КГ**

Таблиця К.1.

Значущі відмінності у зображеннях «Малюнок сім'ї»  
дівчат, які страждають на ПК і КГ

Діагностичні ознаки малюнка сім'ї	Частота прояву, %				Достовірність відмінностей, ф	
	ПК1 (n=49)	ПК2 (n=50)	КГ1 (n=50)	КГ2 (n=50)	Гр. 1-1	Гр. 2-2
Розташування малюнка на аркуші:						
- на весь аркуш	65,3	40	14	10	2,54**	3,61**
- на нижній частині аркуша	0	16	14	0	-	-
- на верхній частині аркуша	0	0	14	9,1	-	-
- з правого боку	0	0	18	18,2	-	-
- з лівого боку	8	16	0	0	-	-
- рівномірний розподіл	4,1	4	44	54	5,19**	6,18**
- займає малу центральну частину аркушу	24,5	24	2	10	2,88 **	1,99*
Місце розташування членів сім'ї:						
- тісно відносно один одного	28	24	2	18	3,7**	0,42
- невелика дистанція між членами сім'ї	70	34	76	80	0,49	4,84**
- розосереджені у різних місцях	2	42	20	2	5,42**	3,21**

- найбільш близьке розташування дитячої фігури до матері	4,1	34	8	10	0,82	3,01**
- найбільш близьке розташування дитячої фігури до батька	20	0	0	18,2	-	-
- найбільш близьке розташування дитячої фігури до сиблінгів	0	0	26	18,2	-	-
- дитяча фігура ізольована від інших	12	26	0	9,1	-	1,09
Руки на малюнку захovanі за спину:	16	8,3	7	27,3	0,86	1,29
- у всіх						
- крім дитячої фігури	8	0	0	0	-	-
- крім сиблінга	8	8,3	0	0	-	-
- крім батька	4	0	7	0	0,39	-
- крім матері	0	0	0	0	-	-
Невідповідність реальному складу сім'ї. Не малюють:	4	8,3	35	9,1	2,59**	0,07
- батька						
- матір	8	0	21	0	1,13	-
- сиблінга	8	0	14	0	0,58	-
- дитячу фігуру	8	33,4	14	27,3	0,58	0,33
Невідповідність реальному складу сім'ї. Додані:	8	8,3	0	0	-	-
- батько						
- сиблінг	0	8,3	0	0	-	-
Малювання додаткових фігур:						

- бабусі, дідусі	0	8,3	21	9,1	-	0,07
- двоюрідні брати, сестри	0	0	0	9,1	-	-
- домашні тварини	-	16,7	28	36,4	-	1,13
Послідовність малювання:						
- перша дитяча фігура	16	0	0	9,1	-	-
- перша фігура батька	32	41,6	43	36,4	0,68	0,28
- перша фігура матері	40	41,6	43	54,5	0,18	0,65
- перша фігура сиблінга	12	16,8	14	0	0,18	-
- остання фігура батька	28	16,7	14	18,2	1,04	0,10
- остання фігура матері	32	25	0	18,2	-	0,42
- остання фігура сиблінга	4	25	72	45,4	4,87**	1,08
- остання дитяча фігура	36	33,3	14	18,2	1,56	0,87
Величина фігур:						
- найбільша фігура батька	40	25	36	63,6	0,25	1,10
- найбільша фігура матері	40	50	43	18,2	0,18	1,73*
- найбільша фігура сиблінга	8	16,7	7	18,2	0,11	0,10
- найбільша дитяча фігура	12	8,3	14	0	0,18	-
- найменша фігура батька	36	25	19	9,1	1,01	1,09
- найменша фігура матері	0	50	36	18,2	1,70*	1,73*
- найменша фігура сиблінга	0	16,7	0	18,2	-	0,10
- найменша дитяча фігура	64	0	2	18,2	5,42**	-
- найменша фігура домашньої тварини	0	8,3	43	36,3	-	1,77*
Відповідність дитячої фігури жіночій статі:						
- відповідає	88	66	100	100	3,52**	6,22**
- не відповідає	12	34	0	0	-	-
Виконання малюнка:						
- «примітивний» малюнок	8	41,6	3	0	0,67	-

- «якісний» малюнок	84	58,4	86	100	0,17	3,51**
- намальовані тільки голови	8	0	11	0	0,31	-
Труднощі зображення одного з членів сім'ї:	0	8	0	0	-	1,30
- батька						
- матері	4	8	0	0	1,02	1,30
- дитячої фігури	8	0	7	0	0,11	-
На малюнку члени сім'ї зайняті однією діяльністю	8	0	7	44	0,11	-
На малюнку кожен член сім'ї зайнятий своєю справою	8	50	14	18,2	0,58	1,73*
Не змогли намалювати свою сім'ю	0	16	14	9,1	-	0,57

Примітка:  $\phi$  - критерій кутового перетворення Фішера;

\* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ ;

- діагностична ознака малюнка відсутня.

Таблиця К.2.

Значущі відмінності у зображеннях «Малюнок сім'ї»  
дівчат, які страждають на ВОМ і КГ

Діагностичні ознаки малюнка сім'ї	Частота прояву, %				Достовірність відмінностей, $\phi$	
	ВОМ1 (n=40)	ВОМ2 (n=48)	КГ1 (n=50)	КГ2 (n=50)	Гр. 1-1	Гр. 2-2
Розташування малюнка на аркуші:						
- на весь аркуш	50	2,1	14	10	3,78**	1,75*
- на нижній частині аркуша	30	14,6	14	2	1,54	2,47**

- на верхній частині аркуша	0	14,3	14	9,1	-	0,41
- з правого боку	25	0	14	18,2	0,48	-
- рівномірний розподіл	2,5	2,1	44	54	5,31**	6,73**
- займає малу центральну частину аркушу	17,5	70,1	2	10	2,17*	6,71**
Місце розташування членів сім'ї:	25	56,2	2	18	3,03*	4,05**
- тісно відносно один одного						
- невелика дистанція між членами сім'ї	25	29,2	80	80	5,50**	5,31**
- розосереджені у різних місцях	50	14,3	21	0	1,05	-
- найбільш близьке розташування фігури до матері	75	35,4	8	10	7,17**	3,12**
- найбільш близьке розташування фігури до батька	0	14,3	0	18,2	-	0,26
- найбільш близьке розташування фігури до сиблінгів	0	0	26	18,2	-	-
- дитяча фігура ізольована від інших	25	14,6	2	8	3,03**	1,04
Руки на малюнку заховані за спину:	0	0	7	27,3	-	-
- у всіх						
- крім батька	0	7,1	7	0	-	-
Невідповідність реальному складу сім'ї. Не малюють:	0	0	35	9,1	-	-



- батька						
- матір	0	0	21	0	-	-
- сиблінга	0	14,3	14	0	-	-
- дитячу фігуру	25	21,4	14	27,3	0,48	0,35
Невідповідність реальному складу сім'ї. Додані:						
- батько	0	14,3	0	0	-	-
Малювання додаткових фігур:						
- бабусі, дідусі	25	7,1	21	9,1	0,16	0,19
- двоюрідні брати, сестри	0	0	0	9,1	-	-
- домашні тварини	0	0	28	36,4	-	-
Послідовність малювання:						
- перша дитяча фігура	25	14,3	0	9,1	-	0,41
- перша фігура батька	50	35,7	43	36,4	0,24	0,04
- перша фігура матері	25	50	43	54,5	0,65	0,23
- перша фігура сиблінга	0	0	14	0	-	-
- остання фігура батька	25	21,4	14	18,2	0,48	0,20
- остання фігура матері	50	14,3	0	18,2	-	0,26
- остання фігура сиблінга	25	21,4	72	45,4	1,66*	1,30
- остання дитяча фігура	0	42,9	14	18,2	-	1,37
Величина фігур:						
- найбільша фігура батька	0	50	36	63,6	-	0,69
- найбільша фігура матері	100	35,8	43	18,2	4,91**	1,01
- найбільша фігура сиблінга	0	7,1	7	18,2	-	0,86
- найбільша дитяча фігура	0	7,1	14	0	-	-
- найменша фігура батька	0	0	21	9,1	-	-
- найменша фігура матері	0	14,3	0	18,2	-	0,26
- найменша фігура сиблінга						

	50	35,7	0	18,2	-	1,00
- найменша дитяча фігура	50	50	36	18,2	1,48	1,73*
- найменша фігура домашньої тварини	0	0	43	36,3	-	-
Відповідність дитячої фігури жіночій статі:						
- відповідає	75	50	100	100	4,93**	7,77**
- не відповідає	25	50	0	0	-	-
- Виконання малюнка:						
- «примітивний» малюнок	30	50	4	2	1,94*	6,36**
- «якісний» малюнок	70	50	86	98	1,84*	5,78**
- намальовані тільки голови	0	0	11	0	0	-
Труднощі зображення одного з членів сім'ї:						
- батька	0	7,1	0	0	-	-
- матері	50	29,2	2	2	6,06**	4,24**
- дитячої фігури	0	7,1	7	0	0,80	1,19
На малюнку члени сім'ї зайняті однією діяльністю	25	50	7	45,4	0,87	0,23
На малюнку кожен член сім'ї зайнятий своєю справою	25	7,1	14	18,2	0,48	0,86
Не змогли намалювати свою сім'ю	0	0	14	9,1	1,20	1,38

Примітка:  $\phi$  - критерій кутового перетворення Фішера;

\* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ ;

- діагностична ознака малюнка відсутня.

## Додаток Л

**Дані за основними параметрами ранніх спогадів дівчат-підлітків  
з порушеннями менструальної функції та КГ**

Таблиця Л.1.

Достовірність відмінностей за основними параметрами спогадів  
між групами дівчат-підлітків 13-14,5 років

Основні параметри спогадів	Частота прояву, %			Достовірність відмінностей, φ		
	1 гр. (n=49)	2 гр. (n=40)	3 гр. (n=50)	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Присутні у спогадах:						
Мати	8,2	10,8	6,3	0,41	0,37	0,77
Батько	6,5	11,3	7	0,79	0,1	0,71
Обоє батьків	5,4	10,8	9,3	0,94	0,76	0,24
Я та мої батькі	5,9	10,4	10	0,78	0,77	0,06
Сиблінги	7	0	8,7	-	0,31	-
Інші родичі	5,9	8,3	7,4	0,43	0,3	0,16
Ровесники	21	12,1	12	1,13	1,23	0,02
Представники протилежної статі	16,7	12,1	13,3	0,61	0,48	0,17
Сторонні	6,7	13,4	7	1,06	0,06	1,01
Тварини	6,5	0	8,3	-	-	-
Одна у спогадах	10,2	10,8	10,7	0,09	0,08	0,02
Тип події:						
Нещасні випадки	4	6,7	5,3	0,57	0,31	0,28
Хвороби, травми	6,7	7,4	5,3	0,12	0,29	0,40
Ситуації страху, тривоги	5,9	6,7	4,3	0,16	0,37	0,49

Смерть близьких	0	0	3,3	-	-	-
Втрати, розставання	0	0	0	-	-	-
Розчарування, образи	10,04	5,0	4,0	2,14**	2,82**	0,55
Досвід бути неприйнятною іншими	4	7,1	3,7	0,63	0,08	0,71
Ситуація приниження	3,1	0	0	-	-	-
Конфлікти, сварки	3,1	7,1	3,7	0,87	0,17	0,71
Відкрита ворожість	4	0	0	-	-	-
Провини, крадіжки	4,8	0	0	-	-	-
Переживання почуття провини, сорому	3,4	6,7	0	0,72	-	-
Потреба у підтримці друга	3,4	-	-	-	-	-
Спільна діяльність з батьками	2,8	0	4,7	-	0,51	-
Турбота рідних	1,6	10,0	2,7	0,86	4,30**	3,64**
Курйозні випадки, що сталися з братом або сестрою	0	0	4,6	-	-	-
Особисті досягнення	4	6,7	4	0,39		0,57
Отримання уваги, похвали	4,8	7,4	7	0,51	0,47	0,07
Подарунки, приємні сюрпризи	3,7	0	5	-	0,32	-
Ситуації веселощів, радості	9	15,4	14,7	0,93	0,89	0,09

Нові життєві ситуації	8,5	8,3	12	0,04	0,58	0,58
Прояв інтересу до протилежної статі	4,8	6,7	8,4	0,39	0,73	0,30
Увага з боку протилежної статі	5,4	7,1	11	0,33	1,04	0,64
Перше побачення	3,1	0	2	-	0,35	-
Перша закоханність	3,1	0	1	-	0,77	-
Емоційний фон спогадів:						
Позитивний	41	28,4	41	1,25	-	1,25
Негативний	39	25,4	19,3	1,38	2,19**	0,69
Нейтральний	1,6	23,3	20	8,22**	7,85**	0,93
Амбівалентний	18,4	22,9	19,7	0,33	0,04	0,37
Негативні події пов'язані:						
Мати	11,3	11,5	7	0,03	0,75	0,73
Батько	7	11,5	10,3	0,73	0,59	0,18
Обоє батьків	7,8	11,5	12	0,59	0,71	0,07
Сиблінги	8,7	0	0	-	-	-
Інші родичі	6	9,8	17,3	0,67	1,82*	1,04
Ровесники	17,4	16,4	10,3	0,13	1,04	0,85
Представники протилежної статі	12,2	13,1	2	0,42	4,96**	5,35**
Сторонні	7	16,4	10	1,40	0,86	0,59
З самою собою	22,6	9,8	31,1	1,66*	0,96	2,57**
Активність-пасивність дівчат у спогадах:						
Активна	48,2	48,3	50,3	0,04	0,03	0,06
Пасивна	49,8	49,2	26,7	0,03	2,43**	2,32**
Характер спрямованості не визначений	2,0	2,5	23	0,36	8,35**	7,88**

Примітка: \* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ ;

1 гр. - страждаючі на ПК;

2 гр. - страждаючі на ВОМ;

3 гр. - КГ.

Таблиця Л.2.

Достовірність відмінностей за основними параметрами спогадів  
між групами дівчат-підлітків 15-17 років

Основні параметри спогадів	Частота прояву, %			Достовірність відмінностей, $\varphi$		
	1 гр. (n=50)	2 гр. (n=48)	3 гр. (n=50)	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Присутні у спогадах:						
Мати	10,7	11,8	8	0,17	0,46	0,62
Мачуха	0	5,6	0	-	-	-
Батько	7,7	7,6	9,3	0,01	0,29	0,29
Відчим	0	5,6	0	-	-	-
Обоє батьків	4,6	0	7,7	-	0,65	-
Я та мої батькі	6,7	6,9	7,7	0,04	0,19	0,15
Сиблінги	5,3	8	7,7	0,53	0,49	0,06
Інші родичі	6,3	6,9	6,7	0,12	0,09	0,04
Ровесники	15,7	9	10,7	1,01	0,75	0,05
Представники протилежної статі	10,7	9,4	12	0,21	0,21	0,41
Сторонні	8,3	6	8	0,44	0,05	0,39
Тварини	4,3	7,6	5,6	2,05*	0,3	0,39
Улюблені іграшки	0	0	5,6	-	-	-
Одна у спогадах	19,7	15,6	11	0,53	1,22	0,67
Тип подій:						

Нещасні випадки	5	6,6	0	0,34	-	-
Хвороби, травми	6	4,9	4,4	2,19**	0,36	0,11
Ситуації страху, тривоги	7,7	7,6	5	0,01	0,56	0,53
Смерть близьких	4,3	3,8	0	0,13	-	-
Втрати, розставання	5	5,1	0	0,02	-	-
Розчарування, образи	5	6	0	0,22	-	-
Досвід бути неприйнятною іншими	2,3	6,2	3,3	0,98	0,31	0,68
Ситуація приниження	2,7	3,1	0	0,12	-	0
Конфлікти, сварки	3,7	4,5	4,6	0,20	0,23	0,02
Відкрита ворожість	3,7	3,5	3,7	0,05	-	0,05
Провини, крадіжки	5,3	0	0	-	-	-
Переживання почуття провини, сорому	0	0	0	-	-	-
Потреба у підтримці друга	0	3,5	4,4	-	-	0,23
Турбота рідних	2,3	3,8	0	0,43	-	-
Турбота про рідних	2,7	3,5	4,4	0,23	0,47	0,23
Особисті досягнення	8,3	4,9	7,4	0,68	0,17	0,51
Отримання уваги, похвали	4,3	4,9	6	0,14	0,39	0,24
Подарунки, приємні сюрпризи	3,3	4,2	6	0,24	0,65	0,40
Ситуації веселощів, радості	10,7	7,3	15,6	0,58	0,73	1,29
Нові життєві ситуації	6,7	6,2	12,7	0,10	1,03	1,11
Звичайні ситуації	0	0	0	-	-	-

Прояв інтересу до протилежної статі	0	3,8	6	-	-	0,50
Увага з боку протилежної статі	3,7	3,5	5,6	0,05	0,46	0,49
Перша закоханність	2,3	0	5,6	-	0,87	-
Сексуальна активність: поцілунки, обійми, ласки	5	3,1	5,3	0,48	0,07	0,54
Емоційний фон спогадів:						
Позитивний	39,4	25,3	41,7	1,48	0,24	1,72*
Негативний	37,3	35,8	19	0,15	2,06**	1,87*
Нейтральний	3,3	18,8	21	3,75**	7,16**	0,68
Амбівалентний	20,0	20,1	18,3	0,38	0,62	0,23
Негативні події пов'язані:						
Мати	8,9	12,6	3,5	0,59	1,15	1,72*
Батько	12,5	8,7	3,5	0,61	1,74*	1,09
Відчим	0	4,9	0	-	-	-
Обоє батьків	8	5,8	5,3	0,43	0,55	0,10
Сиблінги	6,3	6,8	10,5	0,10	0,77	0,65
Інші родичі	8,9	6,8	7	0,38	0,35	0,04
Ровесники	9,8	8,7	8,8	0,19	0,18	0,01
Представники протилежної статі	13,4	7,8	7	0,90	1,07	0,15
Сторонні	8	5,8	10,5	0,43	0,43	0,85
Тварини	7,2	6,8	3,5	0,07	0,84	0,74
З самою собою	17	25,3	40,4	0,99	2,64**	1,59*
Активність-пасивність дівчат у спогадах:						
Активна	49,7	40	49	1,08	0,4	0,69
Пасивна	47	56,5	26,3	1,08	2,24*	5,20**



Характер спрямованості не визначений	3,3	3,5	24,7	8,24**	0,93	8,05**
--	-----	-----	------	--------	------	--------

Примітка: \* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ ;

1 гр. - страждаючі на ПК;

2 гр. - страждаючі на ВОМ;

3 гр. - КГ.

Таблиця Л.3.

Достовірність відмінностей за темами ранніх спогадів  
між групами дівчат-підлітків 13-14,5 років

Теми ранніх спогадів	Достовірність відмінностей, ф		
	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Негативні теми			
Я слабка і безпорадна	3,35**	3,36**	1,07
Я самотня, мене не розуміють	2,44**	1,69*	4,06**
Мене не цінують, я гідна більшого	7,79**	-	7,79**
Світ страшний і небезпечний	2,43**	2,54**	-
Світ небезпечний	4,35**	2,12**	2,32**
Я нікому не дам себе скривдити	2,43**	2,54**	-
Я боюся, що зі мною може щось трапитись	-	-	-
Позитивні теми			
Мене люблять і приймають	3,86**	0,23	4,06**
Я предмет гордості	1,92*	0,81	2,40**

та захоплення			
Мене цінують	2,35**	0,02	2,03*
Я гарна	1,92*	2,29**	3,98**
Я подобаюсь хлопцям	3,61**	3,76**	-
Я доросла і розумна	3,36**	3,49**	-
Світ сповнений цікавих речей	1,04	3,85**	4,73**
Якщо дуже сильно чогось бажати - це обов'язково збудеться	-	3,45**	3,31**

Примітка: \* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ ;

1 гр. - страждаючі на ПК;

2 гр. - страждаючі на ВОМ;

3 гр. - КГ.

Таблиця Л.4.

Достовірність відмінностей за темами ранніх спогадів  
між групами дівчат-підлітків 15-17 років

Теми ранніх спогадів	Достовірність відмінностей, $\phi$		
	Гр. 1-2	Гр. 1-3	Гр. 2-3
Негативні теми			
Я слабка і безпорадна	1,24	2,91**	4,09**
Я самотня, мене не розуміють	5,06**	-	5,06**
Потреба у схваленні	-	-	-
Мою свободу обмежують	2,16**	-	2,16**
Мене не цінують	1,67*	1,70*	-
Навколо мене все буденно і нудно	-	-	-

Світ страшний і небезпечний	1,24	2,91**	4,09**
Світ небезпечний	0,89	0,46	0,44
Щастя треба заслужити	0,60	5,04**	4,33**
Позитивные теми			
Мене люблять і приймають	3,16**	0,30	3,45**
Я предмет гордості та захоплення	2,50**	0,35	2,85**
Мене цінують	-	3,52**	3,45**
Я гарна	-	3,80**	3,72**
Я подобаюсь молодим людям	2,50**	1,51	3,98**
Я доросла і розумна	2,50**	2,56**	-
До життєвих труднощів я ставлюся з гумором	2,85**	2,91**	-
Світ сповнений цікавих речей	-	3,52**	3,45**
Я успішна	-	2,56**	2,50**

Примітка: \* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ ;

1 гр. - страждаючі на ПК;

2 гр. - страждаючі на ВОРМ;

3 гр. - КГ.

## Додаток М

### СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА:

• *Наукові праці, у яких опубліковано основні наукові результати дисертації у фахових виданнях України:*

1. Гришко А.А. Особливості акцентуацій характеру у дівчат-підлітків з порушеннями статевого розвитку та менструальної функції // Вісник Харківського національного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2005. Вип.15. Ч.1. С. 38–46.
2. Гришко А.А. Особенности переживаний полоролевой идентичности девочек-подростков, страдающих ювенильными маточными кровотечениями / А.А. Гришко // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2006. №718. С. 142–145.
3. Гришко А.А. Вивчення життєвого стилю дівчат-підлітків, що страждають ювенільними матковими кровотечениями // Вісник Харківського національного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2009. Вип.31. С. 39–53.
4. Гришко А.А. Ранние психические травмы и их влияние на личность девочек-подростков, страдающих нарушениями полового развития и менструальной функции // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2010. №913. С. 27–31.
5. Гришко А.А. Преморбідні особливості обистості дівчат-підлітків з ендокриннозалежними гінекологічними захворюваннями // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2011. Вип.45. №937. С. 55–59.
6. Гришко А.А. Асинхронии психосексуального развития у девочек-подростков с ювенильными маточными кровотечениями // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Психологія. 2011. Вип.46. №959. С. 20–23.
7. Гришко А.А. Роль раннего психотравматического опыта в формировании нарушений в репродуктивной системе у девочек-подростков // Науковий вісник

Херсонського державного університету. Серія: «Психологічні науки». 2016. №5, Т.2. С. 165–170.

8. Гришко А.А., Левенец С.А., Беляева Е.Э. Полоролевые аспекты нарушений менструальной функции в подростковом возрасте // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Психологічні науки». 2018. Вип.1, Т.2. С. 178– 183.
- *Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у зарубіжних спеціалізованих виданнях:*
9. Grishko A. Features of the sex sphere of adolescent girls suffering from puberty hemorrhages // Scientific issue of “Knowledge, Education, Law and Management”. Lodz: Fundacja “Oswiata i Nauka Bez Granic PRO FUTURO”. 2017. №1(17). P. 132–141.
10. Grishko A. Influence of parental family pattern on the origin of gynaecological pathology in teens // Scientific issue of “Knowledge, Education, Law and Management”. Lodz: Fundacja “Oswiata i Nauka bez granic PRO FUTURO”. 2014. №2(6). P. 128–137.
- *Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*
11. Гришко А.А. Психологічні аспекти порушень репродуктивної функції у підлітковому віці // Наукові записки Харківського університету Повітряних Сил. Серія: Соціальна філософія, психологія. 2005. Вип.2(23). С. 215–222.
12. Гришко А.А. Симптомокомплекс маскуліності/фемініності у дівчат-підлітків з порушеннями статевого розвитку і менструальної функції // Наукові записки Харківського університету Повітряних Сил. Серія: Соціальна філософія, психологія. 2006. Вип.1(25). С. 218–226.
13. Гришко А.А. Особенности полоролевой сферы девочек-подростков с нарушениями репродуктивной функции // Збірник наукових праць II Міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я». Харків: Екограф, 2008. С. 109–110.
14. Гришко А.А. Асинхронії психосексуального розвитку у дівчат-підлітків з синдромом полікістозних яєчників // Збірник наукових праць Всеукраїнської

науково-практичної конференції «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки фахівців за соціономічним профілем» / Хмельницький національний університет. Хмельницький, 2011. С. 251– 153.

15. Гришко А.А. Профиль личности девочек-подростков, страдающих синдромом поликистозных яичников // Сборник научных статей 2-й Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности» / ГОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет». Владивосток, 2013. С. 163– 168.
16. Гришко А.А., Яковенко О.К. Вікові особливості психосексуальної сфери дівчат // Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» / Вісник Харківського національного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2015. С. 150–151.

## ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Результати дослідження доповідалися на семінарах для аспірантів кафедри психології гуманітарного факультету Національного аерокосмічного університету імені М.Є. Жуковського «ХАІ», зборах Харківського товариства медичної психології та сексології (2010-2017), наукових конференціях всеукраїнського та міжнародного рівнів: Міжнародна науково-практична конференція «Розвивальна освіта та багатовимірний досвід особистості» (Полтава-Харків, 2005); I Всеукраїнський конгрес психологів (Київ, 2005); Всеукраїнська науково-практична конференція «Проблеми психосоматики в сучасній науці та практиці» (Харків, 2007); II Міжнародна науково-практична конференція «Гендер. Екологія. Здоров'я» (Харків, 2008); II Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми психосоматики: системний погляд» (Харків, 2009); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми практичної психології» (Херсон, 2008; 2009; 2010); Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки фахівців за соціальним профілем» (Хмельницький, 2011); II Межрегіональна науково-практична конференція з міжнародною участю «Особистість в екстремальних умовах і кризових ситуаціях життєдіяльності» (Владивосток, 2013); II Міжнародна науково-практична конференція «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» (Харків, 2015).

## ДОВІДКА №42

про набір матеріалу для дисертаційної роботи Гришко Аллою Анатоліївною  
на базі ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

На підставі договору про співробітництво (№1 від 09.06. 2017 р.) між Національним аерокосмічним університетом ім. М.Є. Жуковського «Харківський авіаційний інститут» та ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» на базі відділення дитячої гінекології Гришко Аллою Анатоліївною було проведено набір матеріалу для дисертаційної роботи «Особливості психосексуального розвитку дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції» щодо вивчення особливостей психосексуального розвитку дівчат-підлітків, що страждають на пубертатні кровотечі й вторинну олігоменорею. Було обстежено 187 дівчат віком від 13 до 17 років. Анкетні матеріали зберігаються на кафедрі психології Національного аерокосмічного університету ім. М.Є. Жуковського «Харківський авіаційний інститут».

Зав. відділенням дитячої гінекології  
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей  
та підлітків НАМН України», к.мед.н.



О.Г. Верхошанова

Вчений секретар  
д.мед.н.

05.06.2018р.



В.О. Диннік



**ВСЕУКРАЇНСЬКА  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ  
«ІНСТИТУТ КЛІЄНТ-ЦЕНТРОВАНОЇ ТА ЕКСПІРІЕНТАЛЬНОЇ  
ПСИХОТЕРАПІЇ»**

*м. Харків, вул. Суздальські ряди, 12. тел. 095 8606393 E-mail://:info@psa.kh.ua*

30.10.2017 № 03-34  
на № \_\_\_\_\_

**АКТ**

**впровадження результатів наукового дослідження**

Даним актом підтверджується, що результати дисертаційної роботи Гришко Алли Анатоліївни «Особливості психосексуального розвитку дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції» на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04. – медична психологія, науковим керівником якої є д.психол.н., проф. Кочарян Олександр Суренович, впроваджено у практичну діяльність Інституту клієнт-центрованої та експірієнтальної психотерапії.

Термін впровадження січень 2017 р. – жовтень 2017 р.

Форма впроваджених результатів: використання комплексу рекомендацій з діагностики та корекції психосексуальної сфери дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції в індивідуальних консультаціях, у базових курсах психотерапії для професійної підготовки та у навчальних курсах рішення особистісних проблем.

Характеристика масштабу впровадження: впроваджено у практичну діяльність Всеукраїнського Інституту клієнт-центрованої та експірієнтальної психотерапії в групову та індивідуальну психотерапевтичну практику.

Новизна впроваджених результатів: вперше визначено характер впливу девіацій психосексуального розвитку особистості на формування гінекологічної патології у підлітковому віці та розроблено напівструктуроване діагностичне інтерв'ю «Виявлення особливостей проходження етапів психосексуального розвитку у дівчат-підлітків».

Ефективність впровадження: в Інституті клієнт-центрованої та експірієнтальної психотерапії проведено методичні семінари, на яких розглядалися результати дисертаційної роботи, групові та індивідуальні психотерапевтичні роботи з використанням комплексу рекомендацій з діагностики та корекції психосексуальної сфери дівчат-підлітків.

Заступник директора  
Всеукраїнської громадської організації  
«Інститут клієнт-центрованої  
та експірієнтальної психотерапії»  
к.психол.н., доцент

Вчений секретар  
Всеукраїнської громадської організації  
«Інститут клієнт-центрованої  
та експірієнтальної психотерапії»  
к.психол.н., доцент



І.О. Кочарян

*Handwritten signature*

Н.М. Терещенко

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

ДУ « Інститут охорони здоров'я  
дітей та підлітків НАМН

України»



Носова О.М.

« 05 » 06 2018 р.

**АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ** *№02-45/306*

**1. Назва пропозиції:** рекомендації щодо психодіагностики, індивідуальної та групової психокорекційної роботи з дівчатами-підлітками, страждаючими на пубертатні кровотечі та вторинну олігоменорею.

**2. Ким запропоновано, адреса виконавця:** кафедра психології гуманітарного факультету Національного аерокосмічного університету ім. М.С. Жуковського «Харківський авіаційний інститут», м. Харків. Автор: Гришко Алла Анатоліївна.

**3. Джерела інформації:** результати дисертаційного дослідження «Особливості психосексуального розвитку дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції», поданого на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 - медична психологія.

**4. Де і коли було введено:** відділення дитячої гінекології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» з грудня 2017 р. по травень 2018 р.

**5. Строки впровадження:** грудень 2017 р. - травень 2018 р.

**6. Загальна кількість спостережень:** 107 дівчат-підлітків.

**7. Результати використання методу:** грудень 2017 р. - травень 2018 р.  
позитивні (кількість спостережень) - 90; негативні (кількість спостережень) - 7;  
невизначені (кількість спостережень) - 10.

**8. Ефективність впровадження:** висвітлені дослідницею основні теоретичні ідеї та результати емпіричного дослідження успішно використовуються у науково-дослідницьких роботах ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», психологічних корекційних та розвиваючих програмах. Репрезентовані емпіричні дані й засоби психокорекційної роботи, орієнтовані на статеворольову структуру особистості, що стало новим поглядом на проблему й напрямом роботи з дівчатами із порушеннями менструальної функції. Також в ході дослідження розроблено авторське напівструктуроване діагностичне інтерв'ю для вивчення особливостей психосексуального розвитку дівчаток підліткового віку.

Зав.відділенням дитячої гінекології  
ДУ « Інститут охорони здоров'я дітей  
та підлітків НАМН України», к.мед.н.

О.Г. Верхошанова

« 05 » 06 2018 року

Особливості психосексуального розвитку дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції

ВСТАНОВЛЮЄТЬСЯ

Місце, дата та підпис



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
 НАЦІОНАЛЬНИЙ АЕРОКОСМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
 ІМ. М.Є. ЖУКОВСЬКОГО «ХАРКІВСЬКИЙ АВІАЦІЙНИЙ ІНСТИТУТ»  
 Вул. Чкалова, 17, м. Харків, 61070, тел. (057) 315-10-56, факс (057) 315-11-31  
 E-mail: khai@khai.edu, код ЄДРПОУ 02066769

А № 223/18 П

На № від 31.05.18

АКТ

впровадження результатів наукового дослідження

Даним актом підтверджується, що результати дисертаційної роботи Гришко Алли Анатоліївни за темою «Особливості психосексуального розвитку дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції» на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 - медична психологія, впроваджені в навчальний процес на кафедрі психології гуманітарного факультету Національного аерокосмічного університету ім. М.Є. Жуковського «Харківський авіаційний інститут».

Термін впровадження: жовтень 2017 р. - травень 2018 р.

Форма впроваджених результатів: складові частини навчальних дисциплін «Основи сексології і сексопатології. Психологія статі і гендерних відносин», «Клінічна психологія» (навчально-кваліфікаційний рівень «Бакалавр»); «Основи психосоматики», «Діагностика і корекція дітей та підлітків» (навчально-кваліфікаційний рівень «Магістр»).

Характеристика масштабу впровадження: впроваджено у навчальний процес кафедрою психології Національного аерокосмічного університету ім. М.Є. Жуковського «Харківський авіаційний інститут» на постійній основі у вигляді лекційних та практичних занять.

Новизна впроваджених результатів: вперше на багатомірній основі представлено цілеспрямоване і диференційоване вивчення статсворольових, психосоціальних і особистісних характеристик дівчаток-підлітків, предрисуючих до розвитку гінекологічної патології.

Ефективність впровадження: на кафедрі психології виконуються дипломні та курсові роботи у зазначеному напрямку, проводяться аспірантські семінари, на яких розглядаються результати дисертаційної роботи.

Т.в.о. проректора з наукової роботи  
 Декан гуманітарного факультету  
 Завідувач кафедри психології



В.П. Колесник  
 В.О. Копилов  
 Б.С. Гульман