

КИЇВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

На правах рукопису

КОЧАРЯН ОЛЕКСАНДР СУРЕНОВИЧ

**ОСОБИСТІТЬ І СТАТЕВА РОЛЬ:
СИМПТОМОКОМПЛЕКС
МАСКУЛІННОСТІ/ФЕМІНІННОСТІ
В НОРМІ ТА ПАТОЛОГІЇ**

19.00.04 — медична психологія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття вченого ступеня
доктора психологічних наук

Київ — 1996

АВ 35.991

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Харківському державному університеті

Науковий консультант:

Член-кореспондент АПН України, професор **Л.Ф. БУРЛАЧУК**

Офіційні опоненти:

Доктор психологічних наук **Л.Ф. ШЕСТОПАЛОВА**

Доктор психологічних наук, професор **В.В. ГУЛЬДАН**

Доктор медичних наук, професор **В.В. КРИШТАЛЬ**

Провідна установа:

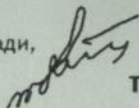
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Захист відбудеться " 5 " грудня 1996 р. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.01.01.36 при Київському університеті імені Тараса Шевченка за адресою 252017, м. Київ, вул. Володимирська, 60.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Київського університету імені Тараса Шевченка.

Автореферат розісланий " 1 " листопада 1996 р.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради,
кандидат психологічних наук, доцент



Т.С. КИРИЛЕНКО

ЛНБ України ім.В.Стефаніка



00751713 (0)

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми дослідження. Психологія в Україні і країнах СНД довгий час розвивалася як "безстатева психологія" індивіда без статі (І.С. Кон, 1981), що часто створювало безвихідь у науково обгрунтованому розв'язанні ряду соціальних та педагогічних завдань (В.А. Геодакян, 1989). До сьогодні чинник статі не став важливою дослідницькою змінною, і систематичні дослідження з питань психології статі у країнах СНД залишаються надто нечисленними (В.Ю. Каган, 1991 та ін.). Сучасний стан розробки проблеми статі можна охарактеризувати як незадовільний. Одне із ключових місць у психології статі посідає статево-рольова ідентичність. Як багаторівневий утвір, вона може продуктивно розумітися в системній методології. Проте, як справедливо зазначають Д.М. Ісаєв та В.Ю. Каган (1986), "більшість досліджень присвячено окремим характеристикам маскуліності/фемінінності за явної недостатності якщо не системного, то хоча б комплексного їх співвіднесення". Існує явний дефіцит їхньої концептуалізації як цілісного феномена.

Статево-рольові властивості, пронизуючи всю особистість, є її стрижневими характеристиками. На рівні ж конкретних досліджень статево-рольова сфера особистості є деяким окремим утвором, а не базовою структурою, яка визначає соціальне й психічне благополуччя людини. Пошук глибинних внутрішньо-особистісних ланок патогенезу неврозів, психосоматичних розладів та виражених порушень поведінки став надто актуальним тоді, коли дослідники відчували розчарування при виявленні "виразкової", "коронарної", "астматичної" і т.п. особистостей (Ю.М. Губачов із співавт., 1977), коли не вдалося також побудувати і модель "злочинної" особистості (М.Косовський, 1977). Пози-
 цій Університету
 Ф. Дун-

bar "профілю особистості", F. Alexander "специфічного емоційного конфлікту", R. Rosenman та M. Friedman "типу поведінки" та ін.) відкрили широкий діапазон для досліджень, але результати часто не були задовільними. Б.Д. Карвасарський (1990), відзначаючи необхідність доповнити нозоцентричний підхід антропоцентричним, орієнтує на пошук, у тому числі й внутрішньоособистісних механізмів неврозопородження та симптомування.

В літературі (З. Фрейд, 1989; К. Хорні, 1993; Ю.М. Губачов із співавт., 1990; D. Kubacka-Jasiecka, 1975 та ін.) є прямі й непрямі, хоч і розрізнені свідчення того, що дисбаланс статевої ролі є патогенетичним та (або) передиспозуючим чинником формування неврозів, психосоматичних розладів та кримінальної поведінки. Разом з тим порушення структури та функції статевої ролі утворів маскуліності (М) і фемініності (Ф) та їхня патогенетична роль у розвитку зазначеної патології не були предметом самостійного всебічного дослідження. Не вивчено механізми становлення структури статевої ролі в онтогенезі, а також основні форми порушення цієї структури. Відсутні рекомендації щодо діагностики маскуліності та фемініності на різних біосоціальних рівнях, а також психотерапевтичної корекції неврозів, орієнтованої на статево-рольові структури.

Об'єкт цього дослідження — психологічний симптомокомплекс маскуліності/фемініності (М/Ф-симптомокомплекс). Останній може розглядатися у двох аспектах: структурному та функціональному і являє собою набір психологічних властивостей та якостей особистісного та психодинамічного рівнів.

Предметом дослідження є структурні та функціональні особливості М/Ф-симптомокомплексу в нормі та патології,

закономірності його вікової динаміки, багаторівневість забезпечення його функціонування, а також можливості його психодіагностичної оцінки та корекції. Робота ґрунтується на двох базових принципах: принципі аналізу М/Ф-симптомокомплексу в контексті порівняння норми й патології та принципі багаторівневість забезпечення статеворольової сфери особистості.

Мета роботи полягає в тому, щоб поглибити теоретичні уявлення про структуру та функцію статеворольової сфери особистості, підвищити ефективність діагностики М/Ф-утворів та психотерапії неврозів на основі всебічного вивчення М/Ф-симптомокомплексу, побудованого на системно-структурному та функціональному підходах.

Гіпотези дослідження полягають у тому, що: 1) існує закономірна вікова динаміка структурної організації М/Ф-симптомокомплексу; 2) існують відхилення від нормативних структури та функцій розглядуваного симптомокомплексу при ряді патологічних станів — неврозах, психосоматичних розладах і порушеннях поведінки докримінального та кримінального рівнів; 3) психологічний М/Ф-симптомокомплекс має багаторівневе забезпечення свого функціонування.

Завдання дослідження:

1. Розкрити особливості структурної та функціональної організації М/Ф-симптомокомплексу в нормі: статеворольові моделі та їхню вікову динаміку; роль маскулітності/фемінітності у процесах соціальної адаптації та забезпеченні когнітивного функціонування.

2. Виявити особливості структури та функції М/Ф-симптомокомплексу при неврозах, психосоматичній патології, а також при делінквентній та девіантній поведінці.

3. Вивчити особливості багатомірного забезпечення функціонування психологічного М/Ф-симптомокомплексу (гене-

тичні, ендокринні та психофізіологічні), а також виявити психодинамічні аспекти М/Ф — утворів.

4. Визначити узагальнені характеристики (за “мішенями”, рівнями, механізмами оцінювання, а також імпліцитними концепціями маскулінності, покладеними в основу методик) різних статеворольових шкал і побудувати карту оцінки ними різних біосоціальних рівнів маскулінності та фемінінності.

5. Розробити ряд технік і програму групової психотерапії, що орієнтовані на статеворольові структури.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше:

- М/Ф-симптомокомплекс став предметом спеціального психологічного дослідження, в рамках якого розглядались структурні та функціональні аспекти організації зазначеного симптомокомплексу. Виявлено інтегративну роль ідеальних уявлень про мужність і жіночність (далі у тексті — “ідеал-утворення”) у структурі розглядуваного симптомокомплексу;

- показано обмеженість андрогінної статеворольової моделі і створено континуально-ад'юнктивну статеворольову модель;

- виявлено закономірність вікової динаміки структурної організації М/Ф-симптомокомплексу;

- описано структурні зміни М/Ф-симптомокомплексу при неврозах, психосоматозах та порушеннях поведінки докримінального і кримінального рівнів. Виявлено патогенну і/або предриспонууючу до формування неврозів та психосоматичних розладів роль порушень структури М/Ф-симптомокомплексу;

- виявлено функціональну роль М/Ф-симптомокомплексу в забезпеченні соціальної адаптації і когнітивних процесів;

- описано й проаналізовано характер багатомірного забезпечення функціонування розглядуваного симптомокомплексу: його психогенетичні, ендокринні та психофізіологічні аспекти;

— дано узагальнену характеристику статеворольових шкал на підставі аналізу "мішеней", рівнів, механізмів оцінювання та концепцій маскулінності і фемінінності, що лежать в основі цих шкал. Розроблено опитувальник особистісних типів, що відповідає психометричним вимогам;

— розроблено техніки й програма групової психотерапії неврозів, орієнтовані на статеворольові структури.

Теоретична цінність дослідження полягає в тому, що реалізовано системно-структурний підхід до аналізу статеворольової сфери особистості. Обґрунтовано концепцію багатомірного забезпечення статеворольової функції. Виявлено девіантні статеворольові структури у хворих на неврози та психосоматози. Поставлено питання про патогенетичну і/або предиспонуючу роль статеворольових структур у формуванні зазначеної патології. Вікова динаміка структури симптомокомплексу дає змогу розглядати континуально-альтернативну та андрогінну моделі як окремі прояви цієї динаміки, кожна з яких істинна для певного вікового етапу. Описано континуально-ад'юнктивну статеворольову модель. Виявлено регулятивні властивості М/Ф-симптомокомплексу в забезпеченні когнітивної та соціальної поведінки. Показано існування багато-багатозначних зв'язків біогенних рівнів із психологічним рівнем маскулінності/фемінінності. Дано узагальнену характеристику статеворольових методик за критеріями "мішені", рівня та механізму психодіагностики, а також концепції маскулінності/фемінінності, покладеної в основу методики. Запропоновано обґрунтування відсутності зв'язків між окремими статеворольовими методиками.

Практичне значення роботи полягає у створенні технік та програми групової психотерапії неврозів, орієнтованих на

статеворольові структури; в розробці психодіагностичного опитувальника, що відповідає психометричним вимогам. Обґрунтовано програму рівневої (на біосоціальному континуумі) діагностики М/Ф-утворів.

Отримано нормативні показники для ACL-шкали А.В. Heilbrun. Здобуті в роботі дані можуть стати основою для розробки психотерапевтичних програм для психосоматичних хворих. Висновки стосовно регулятивної ролі М/Ф-симптомокомплексу у подружніх відносинах можуть бути використані сімейними консультантами для прогнозу успішності шлюбу. Шкільні психологічні служби при розробці відповідних статоворольових тренінгів для важких підлітків можуть скористатися висновками про роль М/Ф-симптомокомплексу в генезі девіантної поведінки. Отримані в роботі дані можуть бути корисними для забезпечення тестового відбору до класів диференційованого навчання: запропоновані інтелектуальні тестові методики та виявлено рівень прогнозу ними навчальної успішності.

На захист виносяться такі основні положення:

1. Статоворольові утвори маскулінності і фемінінності являють собою симптомокомплекс властивостей різного рівня, який має структурні та функціональні характеристики, закономірну вікову динаміку, нормальні варіанти структурної організації і такі, що відхиляються від норми.

2. Порушення структури та функції М/Ф-симптомокомплексу є однією з ланок патогенезу і/або предиспонуєчим чинником до розвитку неврозів, психосоматичної патології і розладів поведінки докримінального та кримінального рівнів. Не існує повної відповідності між клінічною формою неврозу і типом порушення М/Ф-симптомокомплексу. Механізми участі статоворольової сфери особистості в розвитку психосоматичної

патології різноманітні: гіпермаскулінна компенсація неврастеничного та стеничного типів, підвищене почуття провини і низька самооцінка у сполученні з підвищеною фемінінністю, соматичне псевдорозв'язування статеворольового конфлікту тощо.

3. Психологічний рівень М/Ф-симптомокомплексу має багатомірне (генетичне, ендокринне та психофізіологічне) забезпечення свого функціонування.

4. Різні психодіагностичні статеворольові шкали "чутливі" до різних біосоціальних рівнів маскулінності/фемінінності. Створена психодіагностична карта дає змогу оцінити вираженість маскулінності/фемінінності на цих рівнях, а також їхню міжрівневу узгодженість.

5. Запропоновані техніки та програма групової психотерапії неврозів, орієнтовані на статеворольові структури, є терапевтично ефективними.

Впровадження результатів досліджень. Результати досліджень впроваджено в лікувальну та діагностичну роботу відділення неврозів ЦКЛ № 5 м. Харкова, консультативної поліклініки ХНМТ (АТЗТ "Медицина") м. Харкова, кафедри медичної сексології та медичної психології Харківського інституту удосконалення лікарів (ХІУЛ), відділення сімейного лікарсько-психологічного консультування при обласному психоневрологічному диспансері, у практику психологічного консультування шкільної психологічної лабораторії при НВК № 116 та служби "Сім'я та шлюб" м. Харкова, а також у навчальний процес підготовки психологів у Харківському державному університеті та Київському університеті імені Тараса Шевченка та на курсах спеціалізації медичних психологів на кафедрі медичної сексології та медичної психології ХІУЛ.

Апробація роботи. Основний зміст роботи доповідався на I регіональній школі-семінарі "Психологія-практиці" (Вологда, 1989), на Всесоюзній науковій конференції "Проблеми психології творчості в роботі з людьми" (Гродно, 1990), на Міжнародній конференції "Психологія травматичного стресу сьогодні" (Київ, 1992), на Українській науково-практичній конференції "Теоретичні та клінічні питання дитячої кардіології" (Харків, 1993), на I (Харків, 1993) і II (Харків, 1995) Міжнародних психологічних читаннях, на міжнародній конференції "Медицина та психологія в холистичному підході до здоров'я та хвороби" (Санкт-Петербург, 1994), на XXIII Workshop'і крос-культурної комунікації (Польща, 1994), на Міжнародній науково-практичній конференції "Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості" (Луцьк, 1994), на Українській конференції "Психологія в ціннісному вимірюванні" (Київ, 1994), на VI Форумі клієнт-центрованого підходу К. Роджерса (Греція, 1995), на XXVI Інтернаціональному Конгресі з психології (Канада, 1996), на I Всеукраїнському конгресі невропатологів, психіатрів та наркологів (Харків, 1996), на II з'їзді товариства психологів України (Київ, 1996), на засіданнях кафедри медичної та прикладної психології Харківського держуніверситету (1993-1996) і засіданнях кафедри психодіагностики та медичної психології Київського університету імені Тараса Шевченка (1995-1996), на засіданні лабораторії наукових основ практичної психології інституту психології АПН України (жовтень, 1996).

Особистий внесок автора в розробку наукових положень, що виносяться на захист, полягає в постановці проблеми, статистичній обробці, аналізі та інтерпретації експериментального матеріалу, у створенні ряду психотерапевтичних

методик і програми групової психотерапії неврозів, орієнтованих на статеворольові структури.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 28 праць.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається із вступу, семи розділів, закінчення, висновків, списку літератури і додатків. Роботу викладено на 416 сторінках машинопису з використанням 440 джерел літератури, в тому числі 281 — іноземною мовою. Дисертація містить таблиць — 81, рисунків — 15, додатків — 10.

Роботу виконано в межах двох НДР: "Біохімічні та гемодинамічні критерії оптимального функціонування серцево-судинної системи у спокої і при навантаженні у хворих на ІХС та гіпертонічну хворобу" (№ 0194U021409 держ. реєстрації) та "Сучасні технології розвиваючого навчання та формування особистості (№ 0194U017500 держ. реєстрації), а її частину включено до дослідницької програми Центрально-Європейського університету (Прага) "Aggressive behaviour of children and adolescents: sex-role aspects of genesis, function and correction" ("Агресивна поведінка дітей та підлітків: статеворольові аспекти генезису, функціонування та корекції" (№ 609/1996).

ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 973 чоловіка, з них 115 хворих на невроз, 190 психосоматичних хворих, 17 чоловіків, хворих на синдром тривожного очікування сексуальної невдачі, 75 підлітків чоловічої статі, котрі відбувають покарання за зґвалтування та вбивство, 20 важких підлітків чоловічої статі, 40 подружніх пар тощо. Віковий діапазон обстежених 11-53 роки. Усі клінічні та кримінальні групи зіставлялися з відповідними контрольними. У роботі використано такі методи дослідження:

1) психодіагностичні: статеворольові методики (ACL-шкала А.В. Heilbrun, шкала К. Ахмед, опитувальник D. Vaucot, 5-а шкала MMPI, показник m-f ПДО, опитувальник T.G. Gygier, метод Dur-Moll L. Szondi), ряд проєктивних методик (тест кольорових пірамід R. Heiss, тест Люшера, тест L. Szondi, методика семантичного вибору, СДФ) та опитувальників (16 PF Кеттелла, опитувальник задоволеності шлюбом Ю.С. Альошиної із співавт., опитувальник соціально-психологічної адаптації Rogers і Dymond та ін.), інтелектуальні тести (загальний тест класифікації, тест "технічне мислення", тест квадратів) і методики діагностики когнітивних стилів (методика вільної оцінки невербальної поведінки В.А. Лабунської, тест прихованих фігур (EFT) Віткіна, тест сортування об'єктів Гарднера, методика послідовного пред'явлення кіл тощо);

2) методи діагностики біогенного рівня: психогенетичні (метод "індексу головного гену" та оцінка "ефективного числа локусів", що детермінують мінливість ознаки), радіоімунологічні (визначення у плазмі крові лютеїнізуючого, фолікулоstimулюючого, адренкортикотропного гормонів, пролактину, кортизолу, дегідроепіандростерону, тестостерону, естрадіолу), радіоферментні та радіорецепторні (визначення 5- α редуктази в гомогенаті шкіри лобка та інтенсивності поглинання цим гомогенатом ^3H -тестостерону), морфологічні (визначення типів соматичного статевого диференціювання та будови тіла);

3) психотерапевтичні методи (метод К. Роджерса, фокусинг, метод психотерапевтичного крику, метод спрямованої уяви та внутрішнього діалога, групова психотерапія).

Математико-статистична обробка здобутих даних здійснювалася методами параметричної та непараметричної, а також

багатомірної (кореляційний, кластерний та факторний аналізи) статистики за програмою Statgraphics (версія 2.6).

Результати дослідження та їх обговорення.

У вступі обґрунтовується актуальність дослідження, визначаються предмет, об'єкт, мета та основні завдання дослідження, розкривається наукова новизна, теоретична та практична цінність роботи, наведено положення, що виносяться на захист.

Перший розділ "Маскулінність/фемінінність як психологічна проблема" містить аналіз маскулінності (М) та фемінінності (Ф) в різних теоретичних контекстах: психоаналітичному (З. Фрейд, 1989; К. Хорні, 1993; W. Fairbairn, 1958, 1963, 1974; J. Masterson, 1976, 1981), аналітичній психології К. Юнга (1991, 1992, 1994, 1995), трансперсональному (Є. Весельницька, 1993) та перинатальному (С. Гроф, 1993) підходах, в еволюційній теорії статі (В.А. Геодакян, 1989) та ін. Аналіз наведеної літератури дає підставу зробити висновки, що: 1) концептуальні схеми генезису та функціонування чоловічої та жіночої поведінки, особистості тощо лежать у зовсім різних площинах — від трансперсональних через перинатальний досвід та інфантильну біографію до соціально-рольових; це дозволяє ставити питання про маскулінність/фемінінність як різнорівневих феноменах, що мають багатомірну детермінацію; 2) між М- та Ф-утворами можуть існувати відносини як конкуренції та боротьби, так і комплементарності; 3) одні концепції припускають, що психіка людини не може водночас містити як маскулінні, так і фемінінні елементи. Якщо же ці два різних елемента й існують у психіці, то вони не рівноцінні: один елемент являє собою зрілі тенденції, а другий — інфантильні або регресивні; за іншими концеп-

ціями, навпаки, вважається, що ознакою психічного здоров'я є співіснування двох рівноправних психічних елементів — маскулінності та фемінінності; 4) одні автори розглядають як первинний елемент маскулінність, інші — фемінінність; 5) дисбаланс між маскулінністю та фемінінністю є чинником, сприятливим для розвитку неврозу.

В літературі (Д.М. Ісаєв, В.Ю. Каган, 1986; А.В. Heilbrun, 1981) виділяють три статеворольові моделі: дихотомічну, континуально-альтернативну та андрогінну. При цьому останнім часом істинною як у концептуальному, так і у психологічному планах вважається андрогінна модель. Тим часом ряд експериментальних даних (D. Vaucou, 1976; S. Bem, 1974; А.В. Heilbrun, 1981 тощо) цього не підтверджують.

Не з'ясовано умови функціонування різних статеворольових моделей, а також закономірності їхньої вікової динаміки.

У другому розділі "Симптомокомплекс маскулінності/фемінінності в нормі" розглядаються особливості структурної та функціональної організації М/Ф-симптомокомплексу в нормі. У таблиці 1 наведено коефіцієнти кореляцій М та Ф параметрів у групах жінок різного віку.

Таблиця 1
Зв'язок маскулінності та фемінінності на різних вибірках
(ACL-шкала А.В. Heilbrun)

ЖІНКИ					
Опис вибірки	Дівчатка 11-12 р. n=28	Дівчатка 15-16 р. n=35	Дівчатка 16-172 р. n=18	Дівчатка 17-18 р. n=28	Дорослі жінки n=27
Рівень зв'язку	r=0.43*	p=-0.17	r=0.23	r=0.11	p=0.25

* p<0.05; r-коефіцієнт кореляції Пірсона; p-коефіцієнт кореляції Спірмена.

Як видно з таблиці 1, у групі молодших підлітків жіночої статі зв'язок М- та Ф-утворів є значуще позитивним, що зовсім не вписується ні в андрогінну, ні в континуально-альтернативну моделі. Досить очевидно, що ці дані можна трактувати як наявність ще не розщепленої єдності мужності і жіночності у структурі особистості молодших підлітків. Дослідження статево-рольових стереотипів у цьому віці саме й фіксують "розпушення" меж між стереотипами чоловічої та жіночої поведінки. Відносини між М- та Ф-утворами у дівчат цього віку характеризуються ад'юнктивною функцією (і те, і інше), що дозволило нам назвати статево-рольову модель, яка описує такий тип взаємозв'язку зазначених утворів, континуально-ад'юнктивною. Ця модель відбиває незрілу структуру М/Ф-симптомокомплексу у дівчаток раннього пубертатного віку. У рамках цієї моделі маскуліність складає внутрішню єдність із фемініністю. Разом з тим така єдність є суперечливою: з одного боку, дівчата критикують і негативно оцінюють свою стать, переоцінюючи в той самий час чоловічу; з другого — вони солідарні з "жіночою моделлю" поведінки в той момент, коли йдеться про їхнє власне майбутнє, про їхню самореалізацію як майбутніх жінок. Починаючи з періоду статевої сегрегації (9-10 років), відбувається підготовка до розщеплення М- та Ф-утворів: пубертатний розвиток, пов'язаний із зростанням бажання у дівчаток подобатися хлопчикам, при цьому виявляються жіночі форми поведінки й пригнічуються чоловічі. На 15-16 років процес розщеплення маскулічних та фемінічних структур завершується.

В чоловічій вибірці спостерігається та сама закономірність, що й у жіночій: на 15-16 років психологічні М- та Ф-утвори стають незалежними. Інакше кажучи, континуально-альтернативна модель статево-рольових властивостей у молодших

підлітків у зазначеному вище віці змінюється андрогінною. Континуально-альтернативна модель пов'язана з етапом статевої сегрегації, який є досить жорстким маскуліним фільтром. Тому хлопчики в цьому віці на рівні Я-концепції заперечують у собі фемінінні якості. Таким чином, існує вікова динаміка структурних моделей організації статеворольової сфери особистості (рисунок 1).

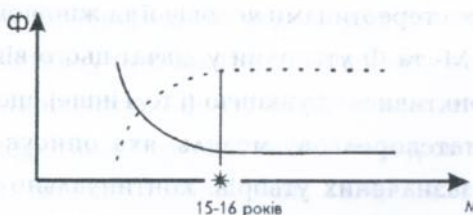


Рисунок 1

Вікова динаміка зв'язку М- та Ф-параметрів у групах чоловіків (безперервна лінія) та жінок (пунктирна лінія).

Отже, можна думати, що андрогінна модель має місце лише з 15—16-річного віку як у жіночій, так і в чоловічій популяціях. Незважаючи на існуючі за кордоном експериментальні докази істинності андрогінної моделі (див., напр., H.W. Marsh і G.E. Richards, 1989), остання, як видно, має вікові обмеження. Таким чином, варто припустити, що андрогінна (ортогональна) модель статеворольових властивостей — окремий випадок взаємозв'язку зазначених параметрів. Істинність моделі не визначається абстрактно: для різних вікових (а далі, як буде показано, й клінічних) груп вона різна. Нами (1993) виявлено феномен прискорення становлення зрілих відносин у рамках М/Ф-симптомокомплексу. Зокрема, виявилось, що для підлітків із порушеним ліпідним обміном характерна відсутність зв'язку між М-

та Ф-структурами, в той час, коли в їхніх однолітків у контрольній групі такий зв'язок мав місце. Надалі обговорюватиметься патогенетична роль такого прискорення в розвитку серцево-судинної патології.

Було досліджено зв'язки реальних (Мя, Фя) та ідеальних (Мід, Фід) М- та Ф-утворів. На рисунку 2 представлено кореляційну пляяду М/Ф-симптомокомплексу.

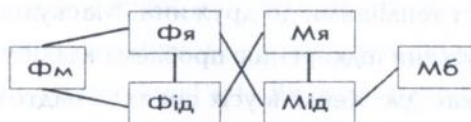


Рисунок 2

Структура зв'язків у рамках М/Ф-симптомокомплексу.

Позначення: Мя — власна маскуліність, Фя — власна фемінінність, Мід — ідеальна маскуліність, Фід — ідеальна фемінінність, Фм — фемінінність матері, Мб — маскуліність батька.

Як видно з рисунка 2, у групі психічно здорових осіб сфери маскуліності та фемінінності пов'язані між собою. При цьому зв'язуючими (інтегруючими) компонентами в цій структурі є ідеальні М- та Ф-утвори. Це підтверджує ідею О.К. Дуса-вицького (1992) про особливу (в даному випадку саногенну) роль ідеал-утворів особистості. Структура, де є опосередкований ідеал-утворами зв'язок реальних М- та Ф-утворів, має відносно незалежність М- та Ф-властивостей особистості, котра концептуалізується як андрогінна модель статеворольових властивостей. Таким чином, М/Ф-симптомокомплекс у дорослих психічно та соматично здорових осіб одночасно є інтегрованим та диференційованим, що дає змогу розглядати його як складну структуру. Виявлено важливість фемінінних утворів для

чоловіка в забезпеченні подружньої адаптації. Зокрема, виявилося, що в межах подружнього життя існує принципове протиріччя: чоловіки задоволені шлюбом за високих показників власної маскулінності, жінки ж у такому випадку шлюбом не задоволені. Чинником, що розв'язує це протиріччя, є фемінінні ідеал-утвори чоловіка. Регулятивну роль останніх можна пояснити двояко: 1) фемінінні якості чоловіків роблять їх уважнішими, емоційнішими і теплішими до дружини. Маскулінний чоловік вимагає від дружини підкорення: проблема влади у традиційній сім'ї (а як вважає Дж. Хейлі, в усіх сім'ях) є надто актуальною. Чим краще чоловік "справився" з дружиною, тим більше він задоволений шлюбом. Чоловік вимагає від жінки еволюції в бік жіночої зрілості (Р.А. Джонсон, 1996). Звичайно, це болісний для неї процес. При цьому жінка відчуває до чоловіка амбівалентні почуття (любов і ненависть). Очевидно, чим м'якше протікає цей процес, тим більше задоволена шлюбом жінка; 2) як тільки чоловік виявляє в собі внутрішню жіночність, він припиняє вимагати від жінки, яка поряд, щоб вона жила лише заради нього (Р.А. Джонсон, 1996). Чоловік без виражених якостей фемінінності більшою мірою потребує постійного прийняття та позитивної оцінки з боку жінки. При цьому відносини стають напруженими: чоловік чекає від жінки (дружини) постійного підтвердження своєї спроможності. Таким чином, ідеальні Ф-утвори у дорослих чоловіків виконують важливі регулятивні функції.

У результаті проведеного факторного аналізу виділено 4 фактори. Задоволеність шлюбом дружини (фактор IV) містить з негативними навантаженнями як її власну маскулінність (факторне навантаження -0,85), так і маскулінність її чоловіка (-0,82). Інакше кажучи, високі показники маскулінності і в чоловіка, і

у жінки знижують задоволеність шлюбом у неї. Дружина задоволена шлюбом за умови високих показників фемінінності в себе (0,84) і в чоловіка (0,47). Це підтверджує ідею, що дружина задоволена шлюбом за відповідності її статеворольової структури традиційно-нормативній.

Теоретики процесу ідентифікації виходять із того, що початкові прихильності дитини фіксуються на жіночому образі, тому у хлопчиків довгий час залишаються сліди жіночої ідентифікації, що утруднюють становлення їхньої статеворольової ідентичності (М. Кле, 1991). Як свідчать наші дані, високу фемінінну орієнтацію в чоловіків не можна розглядати тільки як психологічний рудимент або як інфантильний утвір, якого слід позбавитися. Виявлена нами закономірність полягає у зміщенні регулятивних функцій фемінінності з реальних утворів у підлітків на ідеал-утвори у дорослих чоловіків.

Розроблено опитувальник особистісних типів, що відповідає основним психометричним вимогам. Теоретичною базою опитувальника є векторно-топографічна концепція подружньої сумісності (Р.Л. Акоф та Ф.І. Емері, 1974).

Дослідження показало, що рівень соціально-психологічної адаптації (СПА), який являє собою сумарний показник за шкалами опитувальника СПА, негативно пов'язаний ($r = -0,37$; $p < 0,05$) із рівнем маскулінності дівчат 15-16 років, що збігається з наведеними вище даними про зв'язок рівня маскулінності жінок з їхньою подружньою адаптацією. Тим часом, коли було проаналізовано зв'язок рівня маскулінності дівчат з окремими шкалами опитувальника СПА, то виявилось, що він негативно пов'язаний із 1-ою (прийняття-неприйняття себе) і позитивно — із 2-ою (прийняття — конфлікт з іншими) шкалами опитувальника. Ці дві шкали являють собою два різних аспекти адап-

таційних процесів: психічний та соціальний. Таким чином, можна думати, що маскуліність жінок негативно пов'язана із психічною адаптацією і позитивно — з соціальним аспектом адаптації — прийняттям інших. Виявилось, що маскуліність дівчат на значущому рівні позитивно корелює з їх діловим (0,48) та емоційним (0,43) статусами у групі хлопчиків. Це підтверджує ідею соціальної адаптивності маскуліності. Разом із тим високий рівень маскуліності спричиняє досить напружений внутрішній статево-рольовий конфлікт, що сприяє зниженню рівня психічної адаптованості. Виявлений нами зв'язок між маскуліністю, з одного боку, та страхом і соромом — з другого (рівень тенденції, $p=0,1$) підтверджує, що маскуліність у дівчат сприяє психічній дезадаптації. Отримано також свідчення культурного релятивізму соціально-адаптивної функції маскуліності в міжкультурному дослідженні пакистанських дівчат — підлітків.

Було розглянуто зв'язок поведінки в конфлікті з М/Ф-утворами. Виявилось, що високомаскулінні чоловіки значно більш орієнтовані на суперництво ($U=2$; $n_1=n_2=5$; $p<0,05$), а низькомаскулінні чоловіки значно частіше вдаються до стратегії відхилення як способам розв'язання конфліктних ситуацій ($U_p=2,16$; $p<0,05$). Крім того, як виявилось, високофемінінні чоловіки більш схильні до стратегій компромісу ($U_p=2,16$; $p<0,05$) та відхилення ($U_p=2,16$; $p<0,05$). Додаткова інформація, отримана із здобутих даних, дозволяє зрозуміти причини того, що задоволеність шлюбом дружин негативно пов'язана з маскуліністю чоловіка: маскулічний чоловік схильний до суперництва і відхиляється від компромісу при розв'язуванні конфліктних ситуацій у подружньому житті.

Виявлено регулятивну функцію М/Ф-симптомокомплексу в когнітивній сфері. Підтвердився факт незалежності параметрів "інтелект" та "маскулінність", установлений М. Choynowski (1980). Разом із тим М. Choynowski розглядає "маскулінність/фемінінність як біполярний конструкт, тобто і маскулінність, і фемінінність ортогональні щодо інтелекту. В нашому дослідженні, проте, виявилось, що фемінінність негативно пов'язана з інтелектуальними проявами. Так, факторний аналіз дав змогу виділити три фактори, внесок яких у результати тестування склав 78,3%. Факторні навантаження інтелектуальних показників найвищі за I фактором. Завантаженість цим фактором показника фемінінності становить "-0,31". Цей факт є непрямим аргументом на користь андрогінної, а не біполярної концепції структури М/Ф-симптомокомплексу. Найвищу факторну вагу за II фактором (академічна успішність) виявлено за такими показниками: успішність з математики (0,79) та російської мови (0,42). Завантаженість цим фактором М-показника становить 0,36. Можна гадати, що маскулінність негативно пов'язана з навчальною успішністю через меншу слухняність та посадиючість маскулінних індивідів. Було також виявлено регулятивні властивості М/Ф-симптомокомплексу в забезпеченні соціальної перцепції та когнітивних стилів.

У **третьому розділі** "Симптомокомплекс маскулінності/фемінінності при неврозах та психосоматичних розладах" виявлено структурні особливості організації М/Ф-симптомокомплексу при неврозах. Для нього характерні або "зчепність" М- та Ф-утворів ($r=0,43$), або їхнє повне розщеплення. Ідеальні М/Ф-утвори не мають функції інтеграції симптомокомплексу. На рисунку 3 наведено кореляційну плеяду симптомокомплексу при неврозах.

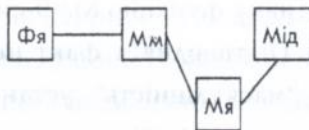


Рисунок 3

Структура М/Ф-симптомокомплексу при неврозах.

Позначення як на рисунку 2. Мм — маскулінність матері.

Таким чином, невротичну статеворольову структуру слід розглядати як інфантильну.

A. Lowen (1992) зазначав, що механізм захисту на рівні "ego" набуває форми ідеалу "ego". Цей "ідеал" зриває (пригнічує, обмежує) прагнення особистості до контакту, людської близькості та кохання. Виходячи з цієї ідеї, ми порівняли дистанції Фя-Фід, Мя-Мід із врахуванням знаку за окремими якостями М- та Ф-шкал у групах невротиків і контрольній. В результаті виявилось, що у хворих на неврози ідеал-утвори нібито занижені в порівнянні з реальними М- та Ф-утворами, які ніби помінялися місцями. Отже, Я-ідеал — це захисні утвори у невротиків, які орієнтують не на розвиток, а на позитивну самооцінку. У групі психічно здорових жінок можна припустити наявність механізму прямого (Мід-Мя; Фід-Фя) та перехресного (Мід-Фя; Фід-Мя) контролю реальних М- та Ф-утворів ідеальними, що свідчить про інтегративну функцію останніх. Ідеал-утвори у групі здорових жінок "укорінені", добре "сидять" у статеворольовій структурі і мають зв'язки як із Я-утвореннями, так і з батьківськими утвореннями маскулінності та фемінінності. У групі невротиків ідеал-утвори ніби "зависають", не пов'язуються з іншими компонентами симптомокомплексу. Отже, можна гадати, що функції контролю та інтеграції у ідеал-

утворів у хворих на невроз знижені, а розвиваюча їх роль заміщена захисною.

Розглянуто візуальні образи "чоловічого" та "жіночого" начал у жінок, хворих на істеричний невроз, за допомогою техніки спрямованої уяви. У хворих виявилось амбівалентне ставлення до чоловічого образу. З одного боку, він є сильно вираженим, пригнічує жіноче начало і до нього хворі ставляться негативно, а з другого — раціоналізують необхідність бути сильною (бути чоловіком): "мені доводиться бути чоловіком, бо чоловік — "легкодуха людина", "у мене така робота, що доводиться бути чоловіком", "...я гарний керівник, і те, що я — жінка, мені лише заважає" тощо. Було розраховано зв'язки між конструктами "Я", "справжня жінка", "справжній чоловік", "мати", "батько" за показниками сили, оцінки та активності (методика СДФ). У групі хворих на істеричний невроз оцінка "справжнього чоловіка" і оцінка матері позитивно корелюють одна з одною на високому рівні значущості. Сила матері та батька пов'язані значуще негативно. При цьому сила матері значуще вище оцінюється хворими, ніж сила батька ($t=2,8$; $f=28$; $p<0,001$). Таким чином, мати в свідомості хворих сприймається сильнішою за батька, а її образ тісно пов'язаний з образом "справжнього чоловіка".

У зазначеній категорії хворих було виявлено такі психосемантичні особливості поділу світу на "чоловіче" та "жіноче": 1) мотиваційна "сплутаність", або наявність мотивів-мікстів. Основні мотиваційні тенденції (любов, воля, суперництво, володіння та престиж) є взаємозв'язаними. Центральною мотиваційною тенденцією є суперництво; 2) амбівалентність основних мотиваційних тенденцій: воля пов'язана і з радістю, і зі страхом, і з приниженням. Любов спричиняє радість і водночас зв'язана зі страхом; володіння дає волю, але разом із тим спричиняє

страх; 3) змішування інтимно-особистісної та ділової сфер життєдіяльності: по-перше, нерозчленованість "ділових" та екзистенціально-особистісних мотиваційних тенденцій (кохання і волі, з одного боку, і престижу, володіння та суперництва — з другого); по-друге, обидві сфери життєдіяльності мають виражену емоційну складову ("ділова" мотивація у психічно здорових жінок більш периферійна щодо екзистенціально-особистісної). Це означає неможливість диференціації невротиками дружніх стосунків та ділових; 4) статеворольова інверсія материнського образу. До чоловічого симптомокомплексу входить мати, що підтверджує ідею маскулінізованості матерів невротиків. Крім того, виявлено значущу кореляцію в системі "мати-влада". Статеворольова інверсія образу матері, а також наявність суперництва як центральної мотиваційної тенденції дає змогу говорити про ідентифікацію хворих жінок зі своїми маскулініними матерями. Це підтверджує ідею З. Фрейда про те, що ідентифікація з маскулініними матерями є одним із механізмів формування комплексу маскуліності у жінок і не збігається з концепцією К. Хорні. Зазначені вище особливості поширюються й на "жіночий" симптомокомплекс.

Було отримано узагальнену характеристику статеворольової сфери жінок, хворих на неврози різних форм (таблиця 2).

Таблиця 2

Характеристика статеворольової сфери хворих на неврози

Форма неврозу	Соціогенна маскуліність (ACL-шкала)	Соціогенна фемініність (ACL-шкала)	Біогенна маскуліність (Шкала Dur-Moll)
Істеричний	висока	висока	висока
Неврастенія	висока	висока	середня
Нав'язливих станів	низька	середня	середня

Класифікація хворих на неврози різних форм дала змогу виділити за статеворольовими ознаками 2 кластери, перший з яких, як виявилось, є специфічним і включає 80% хворих на істеричний невроз; другий кластер об'єднує хворих двох інших нозологічних груп практично з однаковою частотою (таблиця 3).

Таблиця 3

Розподіл хворих за кластерами (абс.вел. / %)

Форма неврозу	I кластер	II кластер
Істеричний	12/80	3/20
Неврастенія	5/20	20/80
Нав'язливих станів	2/10	18/90

Таким чином, ми не повною мірою розділяємо тезис В.Ю. Кагана (1991) щодо того, що існує зв'язок структури статеворольової ідентичності з провідним типом невротичного конфлікту. Цей тезис сповна поширюється лише на істеричний невроз, при якому спостерігаються більш глибокі ураження статеворольової сфери в порівнянні з іншими формами неврозів. Тим часом із врахуванням того, що особистісні конфлікти багатомірні (Б.Д. Карвасарський, 1990), вичленення власно невротичного моноконфлікту є досить проблематичним. Тому йдеться скоріше про зв'язок форми неврозу з певним типом розладу статеворольової структури.

Було виявлено особливості М/Ф-симптомокомплексу при ряді психосоматичних розладів.

1. *Виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки.* Було визначено значущі відмінності групи виразкових хворих у порівнянні з контролем за 16 PF Кеттелла, що створює загальну картину їхньої емоційної нестійкості (С-), підозрливості (L+), м'якосердя (I+), несумлінності (G-), мрійливості (M+), імпульсив-

ності (Q3-), боязкості (Н-), гіпотимії (О+), ізольованості (Q2+), фрустрованості (Q4+). Наші результати не зовсім узгоджуються з даними Ю.М. Губачова із співавт. (1990), які виявили у хворих низьку здатність до абстрактного мислення (В-) та їхню високу соціабельність (Q2-). Цю неузгодженість даних можна пояснити відмінністю груп контролю: в нашому дослідженні — це офіцери, які поряд із високомаскулінними показниками мають виражену соціабельність (специфіка армійської служби). В цілому здобуті нами дані дають змогу дійти висновку про більшу вираженість фемінінності осіб з виразковою хворобою шлунку та 12-палої кишки в порівнянні з контролем. Результати факторизації простору 16 PF разом із статеворольовими шкалами (таблиця 4) дозволяють говорити про маскулінно-фемінінний дисбаланс особистості обстежуваних хворих.

Таблиця 4

Факторна структура особистісного та стеворольового простору виразкових хворих

I фактор "фемінінність"	II фактор "маскулінність"
- емоційна нестійкість (-0.95)	- несумлінність (-0.92)
- гіпотимія (0.94)	- маскулінність (0.80)
- фрустрованість (0.88)	(за L. Szondi)
- низька маскулінність (за А.В. Heilbrun) (-0.85)	- мрійливість (0.71)
- підозрілість (0.77)	- м'якосердя (0.69)
- імпульсивність (-0,61)	- імпульсивність (-0.69)
- м'якосердя (0.57)	III фактор "сміливість"
	- соціабельність (-0,90)
	- сміливість (0.89)

Виділилося три фактори: "фемінінність" (зчеплена з невротичністю), "маскулінність" (зчеплена з фемінінністю) та сміливість.

Зчепленими між собою були неузгоджувані (звичайно несумісні) риси маскулінності та фемінінності (маскуліність та м'якосердя, мрійливість). Як ми з'ясували раніше, нероздільність М- та Ф-структур є проявом незрілості статеворольової сфери. Зв'язок М- та Ф-утворів становив $-0,37$ ($p < 0,05$). Таким чином, М/Ф-симптомокомплекс у даної категорії хворих характеризується рисами інфантильної організації і вписується в континуально-альтернативну модель. Індекс маскулінності біогенного рівня склав 51,2% за норми 66,6%, що свідчить про статеворольову трансформацію зазначених хворих на глибинному біогенному рівні, про їхню первинну фемінінність. Отже, можна говорити про незрілість статеворольової структури виразкових хворих, в основі якої лежить фемінінність, що компенсується гіпермаскуліною поведінкою. Така структура свідчить про бажання підкреслити маскулінні та нівелювати свої фемінінні властивості. Саме це було підтверджено в наступному дослідженні, коли порівнювались ідеальні М/Ф-утвори з реальними. Виявилось, що хворі бажають бути значуще більш маскулініними та менш фемінініними (критерій знаків, $p < 0,01$). Здобуті дані деякою мірою узгоджуються із ствердженнями, що зустрічаються в літературі (Ю.М. Губачов із співавт., 1990), ніби базовий конфлікт у виразкових хворих — це конфлікт неврас-тенічного типу, що може розглядатися як психологічна ланка патогенезу виразки шлунку та 12-палої кишки.

2. *Ішемічна хвороба серця (ІХС)*. Обстежено чоловіків віком 39-45 років у стадії ремісії. Цей вік нами було обрано у зв'язку з тим, що саме у цьому періоді життя поведінковий тип А найбільше пов'язаний з ІХС (К.А. Mathews, 1977). Виявлено негативний значущий зв'язок між маскуліністю та фемінінністю ($-0,26$), що свідчить, як і у випадку виразкових хворих,

про інфантилізм статеворольової структури. Така структура, як зазначалося вище, характерна для підлітків чоловічої статі до 15/16-річного віку. В літературі (А. Гоштаутас із співавт., 1977; М. Friedman, R.H. Rosenman, 1974) показано, що поведінковий тип А сприяє розвитку ІХС. Дані про зв'язок маскуліності з поведінковим типом А суперечливі. Нами встановлено, що цей зв'язок модулюється параметром "емоційна нестійкість" і при середніх його показниках — позитивний, а при низьких — негативний.

Таким чином, оцінюючи зв'язки маскуліності/фемінінності з поведінковим типом А, слід зважати на модулюючий вплив на них параметра "емоційна нестійкість".

Було проведено дослідження психологічних особливостей підлітків із порушенням жировим обміном (ПЖО). Останній, як відомо, є важливою ланкою в патогенезі атеросклерозу та ІХС. На моделі ПЖО розглянуто можливі статеворольові ланки патогенетичного механізму розвитку серцево-судинної патології. Виявлено, що у підлітків із ПЖО статистично вірогідно переважає ерготропний тонус (методика Люшера) в порівнянні з контрольною групою ($t = 2,2$; $f = 30$; $p < 0,05$), тобто вони більш активні і стеничні. Активність і стеничність є чинниками постійного психом'язового напруження, яке може бути патогенетичною ланкою захворювання. Таке напруження зумовлює необхідність його зниження. За методикою ПДО підлітки з ПЖО мають статистично більш виражену готовність до алкоголізації, ніж підлітки контрольної групи ($t = 2,5$; $f = 34$; $p < 0,01$). Крім того, виявлено також більш високі показники фемінінності у підлітків з ПЖО за ACL-шкалою А.В. Heilbrun ($t = 2,1$; $f = 31$; $p < 0,05$). Це свідчить про більш високу емоційну та соціальну контактність, а також схильність до відчуття вини, сорому та тривоги. Між тим, відсутні статистично значущі відмінності у

тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна між основною та контрольною групами. Можливим поясненням цього слабкого усвідомлення власних емоцій є феномен алекситимії. Ці дані вказують ще на одну можливу ланку виникнення психом'язового напруження. Структура М/Ф-симптомокомплексу у підлітків із ПЖО відрізняється від такої у підлітків контрольної групи. Так, якщо в контрольній групі зв'язок М-та Ф-рис є значуще негативним ($r = -0,38$; $p < 0,05$), то в групі підлітків із ПЖО він відсутній. Психологічно за цим стоїть відсутність прагнення у підлітків із ПЖО заперечувати у власній Я-концепції жіночні риси. Гіпотетичний механізм тут такий: для підлітків характерна увага до власного тіла, оцінка себе через оцінку свого тіла собою та іншими (Х. Ремшмідт, 1994). Підлітки з ПЖО мають надмірну вагу, через що вони переживають труднощі із прийняттям власного тіла, отже, й себе, дають собі низьку самооцінку. Низька самооцінка призводить до того, що вони цілком припускають в собі фемінінні риси, не заперечують їх. Низька самооцінка часто поєднується з меншою симпатією з боку оточуючих, меншою рівноваженістю та впевненістю в собі, більшою боязкістю.

Ще один можливий механізм — дисбаланс внутрішньої м'якості, "жіночності" і зовнішньої рішучості, "мужності", який породжує внутрішньоособистісний конфлікт, сполучений із психоемоційним та м'язовим напруженням. Нами (1987) було розвинуто ідею А. Фрейд (1993) та N. Haan (1965, 1969) про розрізнення механізмів внутрішнього та зовнішнього захисту і розроблено концепцію психологічних функціональних системних механізмів. Згідно з цією концепцією поведінка людини уявляється як вектор у 5-мірному просторі, створеному механізмами захисту, компенсації, подолання, розрядки та маніпуляції.

Спираючись на цю концепцію, ми разом із Г.С. Кочаряном (1986) запропонували евристичну модель формування синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі як психосоматичного розладу. Згідно з нею формування синдрому розглядається як динамічне взаємовідношення конкурентних механізмів психологічного захисту та подолання. При цьому кожний механізм реалізується в конкретних поведінкових стратегіях. Якщо на рівні захисту реалізується стратегія приковування до симптому, то долаючою стратегією буде стратегія "відволікання". У психотерапевтичному розумінні важливе формування спільних стратегій, коли захисна стратегія доповнюється аналогічною долаючою. Особливий інтерес тут становить розробка проблем симптомоутвору при психосоматичній патології з точки зору функціонування системних функціональних механізмів та конкретних поведінкових стратегій, що їх реалізують.

3. *Ювенільні маточні кровотечі (ЮМК).* Хворі склали 2 вікові групи: 1) 11-14 років; 2) 15-17 років. У межах другої групи ніхто до 15 років не мав зазначеної патології. Статистичні відмінності між цими групами отримано за двома типами акцентуацій: у 1-й групі статистично значуще більше виражена епілептоїдна акцентуація, а у 2-й групі — істероїдна. Епілептоїдний тип акцентуації в жіночій популяції зустрічається рідко (за даними Н.Я. Іванова у 2% підлітків віком 14-15 років). Найявність епілептоїдної акцентуації може бути непрямим доказом статевої трансформації в 1-й групі обстежених, оскільки, по-перше, цей тип акцентуації в 4 рази частіше зустрічається в чоловічих популяціях, а, по-друге, рівень маскулінності у епілептоїдних дівчаток 1-ої групи значуще перевищує популяційні норми маскулінності. Можна припустити, що в епілептоїдних дівчаток виникає конфлікт між маскулінною

статеворольовою орієнтацією та необхідністю прийняття нею жіночої статевої ролі. Цей конфлікт, очевидно, може "розв'язатися" у формі ювенільних маточних кровотеч як своєрідний протест організму, як небажання прийняти жіночу статеву роль. У 2-й групі у дівчаток з істероїдною акцентуацією вищі рівні маскулінності ($M=3,1$ при популяційній нормі 1,4) та фемінінності ($F=4,4$ при популяційній нормі 3,1). У генезисі істероїдний характер пов'язаний із встановленням прихованого еротичного зв'язку з батьком (S. Jonson, 1993). Дівчинка, з одного боку, привертає увагу батька (M. Siems, 1992), а з другого — має виражений комплекс маскулінності (боротьба з усім чоловічим). Тому в структурі істероїдної особи існує статоворольовий дисбаланс: зовнішнє підкреслювання своєї жіночої сутності (фемінінності) при первинній маскулінності. Припустимо, що ЮМК можуть бути формою псевдорозв'язання цього конфлікту: привертанням уваги батька та пригніченням інцестуозних бажань. Таким чином, переважання епілептоїдної та істероїдної акцентуацій у патогенезі ювенільних маточних кровотеч можна гіпотетично пояснити статоворольовою трансформацією. Разом із тим для точнішої перевірки цих висновків необхідно включити у дослідження вегетативні та ендокринні ланки регуляції.

У четвертому розділі "Симптомокомплекс маскулінності/фемінінності при девіантній та делінквентній поведінці" проведено порівняльне дослідження статоворольової сфери осіб, які відбувають покарання за вчинення згвалтування, та осіб, засуджених за вчинення вбивства. У групі "гвалтівників" існує позитивний зв'язок маскулінності та фемінінності, що досягає значущого рівня. Цей зв'язок такий самий, як у групі дівчаток-піддітків, що описується континуально-ад'юнктивною моделлю. І, таким чином, у цьому випадку ми натрапляємо не просто на

незрілу статеворольову структуру, а й трансформовану. У порівнянні з контрольною групою гвалтівники та вбивці, з одного боку, мають вираженіші "ядерні" маскулінні якості (агресивність), з другого — вираженіші "ядерні" фемінінні якості (жіночність, покірність, прагнення допомагати). Хоч за загальним рівнем маскулінності та фемінінності групи не розрізняються, є статистично значущі відмінності за "ядерними" М- та Ф-якостями з групою контролю. Інакше кажучи, статеворольова структура особистості злочинців характеризується М/Ф-дисбалансом: співіснуванням у структурі особистості несумісних (дискордантних) маскулінних та фемінінних якостей. "Склеювання" чоловічих та жіночих якостей до 15—16-річного віку характерне для жіночої популяції. Це саме ми спостерігаємо в групі "гвалтівників" (0,38; $p < 0,05$), що дає змогу припустити наявність у них трансформації статеворольової структури. Було проведено процедуру факторного аналізу особистісного простору статеворольових ознак. Як виявилось, в один фактор (І-й) входять як М-, так і Ф-структури, що свідчить про їхнє зчеплення. У групі "гвалтівників" "наскрізною" ознакою, що входить до обох виділених факторів, є ідеальна фемінінність, а в групі "вбивць" — власна маскулінність. Це підтверджує наявність у групі "гвалтівників" статеворольової трансформації. Таким чином, гвалтівники мають інфантильну та трансформовану, а вбивці — інфантильну статеворольову структуру.

17 гвалтівників і 13 убивць пройшли багатократне тестування за методикою L. Szondi. В результаті було виділено корінні, тобто патогенні психологічні чинники кримінальної поведінки. В цілому для вбивць характерні первинна агресивність і необхідність стримуватися у виявленні власних потреб. Постійне стримування спричиняє кумуляційний ефект: агресивна розрядка

не настає "по дрібницях" у легкій формі, а відбувається в жорстких, брутальних формах, коли людина вже не в змозі стримуватися. Наявність гомосексуальних тенденцій, потреби в ніжності, у приєднанні до матері свідчить про статеворольову трансформацію, фемінінний характерологічний радикал у групі "гвалтівників". Гвалтівники відчують патологічну інфантильну прихильність до матері, від якої вони, з одного боку, бажають звільнитися, а з другого — бояться цього. Взаємовідносини гвалтівників із близьким оточенням характеризуються амбівалентністю, наявністю любові та ненависті водночас. Вони "віддають себе на поталу" іншим, служачи їм. Таким чином, гвалтівники мають фемінінні риси. Вбивці характеризуються втраченою зв'язків із близьким оточенням (матір'ю), сильним впливом утраченого зв'язку на актуальну поведінку, інфантилізмом у контактах, терплячим ставленням до близьких людей, які мордують їх (мазохістичні риси). Отже, вбивці — це люди, "кинуті" (у психологічному розумінні) матерями, які втратили з ними близький контакт, інфантильні та приречені на ранню самостійність. Але це інфантильна, а не зріла самостійність.

Нами було перелічено індекси маскулінності генетичного рівня за методом психосексуальної пропорції L. Szondi. Середній індекс маскулінності в групі "гвалтівників" становить $X = 45,8\%$; $S = 9,9$, у групі "вбивць" - $X = 59,4\%$; $S = 4,1$. Виявлено значуще зниження показників маскулінності у групі "гвалтівників".

Поведінка кримінальних груп описується синдромом інфантилізму П. Пена, який включає 4 основні симптоми (первинних) і 2 вторинних (похідних). До первинних симптомів належать безвідповідальність, тривога, самотність, статеворольовий конфлікт, до вторинних — нарцисизм та чоловічий шовінізм.

Аналіз особливостей статеворольової сфери особистості важких підлітків показав наявність функціонального зв'язку маскулінності з тенденцією до делінквентності (у нормальних підлітків такого зв'язку не виявлено), а також проблем в ідентифікації з батьком і з матір'ю. За тестом Зонді встановлено значущі відмінності важких підлітків (D) та підлітків контрольної групи (N) у векторі "С" (вектор контактів). Зокрема, це відмінності у структурах "d0 m0" (підлітків з такою структурою значуще більше у групі D, $U_p=2,03$; $n_1=n_2=19$; $p<0,05$) та "d+m-" (значуще частіше зустрічається у групі N, $U_p=2,52$; $p<0,01$). Структура "d0 m0" — інфантильна структура, що відбиває ізолюваність, недостачу контактів. Структура "d+m-" відтворює "пошук нового об'єкта після звільнення від старого". Очевидно, в першому випадку ми натрапляємо на регресивну комунікативну структуру, а в другому — на прогресивну. Таким чином, у групі важких підлітків набагато частіше, ніж у "нормі", спостерігаються незрілі, регресивні комунікативні структури.

У п'ятому розділі "Маскулінність та фемінінність як різнорівневі феномени" розглядається багатомірне забезпечення психологічного М/Ф-симптомокомплексу. Виявлено, що існує його генетична регуляція: спадковість перебуває на невисокому рівні, становить 28-44%. Було проведено факторний аналіз (метод Varimax) ознакового простору, який включає рівень статевих гормонів в плазмі крові, регуляторів їх синтезу, рівень зв'язування ^3H -тестостерону, концентрацію 5α -редуктази, а також рівень маскулінності (5-а шкала MMPI). У таблиці 5 наведено факторну матрицю із змінними, що мають значущу факторну вагу.

Таблиця 5

Факторна матриця після ротації

I фактор	II фактор	III фактор	IV фактор
ЛГ (0.49)	ДГЕА (0.56)	Тс (0.74)	М (0.90)
ДГЕА (-0.70)	Е ₂ (0.72)	ФСГ (0.88)	ЛГ (0.64)
Кортизол(0.97)	ПРЛ (0.55)	—	—
АКТГ (0.98)	СТГ (0.87)	—	—
—	Тс/Е ₂ (-0.83)	—	—

Як видно з таблиці 5, до IV фактора ввійшли маскулінність та лютеїнізуючий гормон (ЛГ), який стимулює синтез тестостерону (Тс). Використовуючи метод медіани, ми розділили вибірку на дві частини за рівнем Т-показників п'ятої шкали MMPI: 1) фемінінні чоловіки; 2) маскулінні чоловіки. Далі було перелічено відмінності між цими двома частинами вибірки за ендокринними показниками. Виявилось, що між маскулінними та фемінінними чоловіками існують значущі відмінності за рівнем ЛГ, АКТГ (адренкортикотропіну) і ПРЛ (пролактину). При цьому виявляється, що у маскулінних чоловіків вище рівні концентрації ПРЛ та АКТГ і нижчий рівень ЛГ, ніж у фемінінних. Можна припустити, що у фемінінних чоловіків більш напружені механізми синтезу Тс, оскільки рівний рівень Тс в обох групах забезпечується підвищенням рівня ЛГ (як стимулятора синтезу Тс) у фемінінних чоловіків. Крім того, вищий рівень ПРЛ у маскулінних чоловіків, очевидно, можна пояснити тим, що цей гормон збільшує кількість рецепторів андрогенів у тканинах простати та сім'яних пухирців і тим самим підвищує чутливість цих тканин до андрогенів.

Було здобуто й непрямі дані про ендокринне забезпечення психологічного М/Ф-симптомокомплексу. Зокрема, нами було обстежено 20 чоловіків віком 18-20 років без ендокринної

патології. З одного боку, виявлялися тип соматичного статевого диференціювання (супінація передпліччя за чоловічим типом "V" або за жіночим типом "Y") і тип будови тіла (інфантильний та євнухoidний), а з другого — вираженість маскулітних рис за рядом статеворольових шкал. Було проведено факторний аналіз зазначеного ознакового простору. До 4-го фактора із значущими навантаженнями ввійшли маскулітність за методикою L. Szondi (0,75) та євнухoidний тип будови тіла (0,79). Як відомо, євнухoidність (переважання довжини ніг у структурі росту) зумовлюється низькою концентрацією Тс у плазмі крові в період пубертату. В рамках норми це може бути пов'язано із затримкою пубертатного розвитку або в'ялим його перебігом, що відбиває факт тестикулярної недостатності доклінічного рівня. Отже, висока маскулітність (за методикою L. Szondi) виключає євнухoidність будови тіла і пов'язана з високим рівнем тестостерону, який секретується.

В літературі (Х. Ремшмідт, 1994) висловлюється гіпотеза про те, що андрогени лише запускають фазу статевої активності (пубертат), але після дозрівання особливості поведінки та особистості визначаються вихованням та власним досвідом. Наші дані підтверджують цю гіпотезу. Відносна незалежність статеворольової ідентичності та статеворольової поведінки від концентрації статевих гормонів у плазмі крові, добре узгоджуючись із теорією подвійної статеворольової ідентичності L.H. Chusmir та Ch. Koberg (1990), залишає місце для соціогенних впливів на формування статеворольової ідентичності.

N. Geschwind (1985) висловив гіпотезу, згідно з якою підвищена концентрація тестостерону у крові матері в ранні терміни вагітності сприяє правопівкулевому домінуванню. Це, на думку N. Geschwind, відбувається тому, що високий вміст тестостерону

в період внутрішньоутробного розвитку уповільнює зростання лівої півкулі у чоловічого плода і сприяє відносно більшому розвитку в нього правої півкулі. В результаті формується ліворукість, яка частіше (що зрозуміло в контексті наведеного механізму) зустрічається в чоловіків.

В цьому дослідженні зроблено спробу виявити зв'язки М/Ф-симптомокомплексу з функціональною мозковою асиметрією. Статеворольова поведінка формується у препубертатному періоді (7-13 років) психосексуального розвитку. Тому об'єктом обстеження було обрано дітей старшого шкільного віку, які, пройшовши період становлення статевої самосвідомості, не завершили статорольову соціалізацію. Ця обставина й обумовила вибір об'єкта дослідження дітей старшого дошкільного віку, тим більше що на 5-6 років латералізація мозкових функцій уже практично завершена. І в групі хлопчиків, і в групі дівчаток спостерігається та ж сама закономірність: особи з переважанням лівопівкулевих функцій менш маскулінні, ніж особи, в яких виявляється правопівкулеве домінування. Здобуті нами дані цілком вписуються у наведену вище "тестостеронну теорію".

У роботі виявлено, що М/Ф-симптомокомплекс має психодинамічні — темпоритмічні характеристики. Застосовувалася методика діагностики відчуття ритму (M. Stambak, 1974), яке після десятого року життя є стійкою індивідуалізованою характеристикою, пов'язаною з темпераментом.

У шостому розділі "Концептуально-методичні проблеми оцінки маскуліності та фемінінності" проаналізовано статорольові шкали за "мішенями", рівнями та механізмами оцінювання, а також імпліцитними концепціями М/Ф, які лежать в їх основі (див. таблицю 6).

Таблиця 6

Узагальнена характеристика статеворольових шкал

Статеворольові шкали	Об'єкт оцінювання	Рівень оцінювання	Механізм оцінювання	Концепція М/Ф
1. ACL	О	С	ПС	ІЕ
2. ПДО	П, Н, ЕР	СБ	НО	СН
3. ММРІ	П, Н, ЕР	СБ	НО	ІЕ
4. D.Vaucsom	П, Н, ЕР	СБ	НО	СН
5. L. Szondi	ЖР	Б	НП	БМ

Позначення: О — особистість; П — поведінка; Н — настанови; ЕР — емоційні реакції; ЖР — жорсткість реакції; С — соціальний; СБ — соціально-біологічний; Б — біологічний; ПС — пряме самооцінювання; НО — непряме оцінювання; НП — несвідома проекція; ІЕ — інструментально-експресивна; СН — соціально-нормативна; БМ — біогенна модель.

Факторизація ознакового простору статеворольових шкал (таблиця 7) дала змогу виділити два фактори, які пояснюють 88,6% дисперсії.

Таблиця 7

Факторна матриця після ротації

Фактори	ММРІ	ПДО(м)	ПДО(м-ф)	ACL (м)	ACL(ф)	Vaucsom
I фактор	0.08	0.84*	0.80*	0.08	-0.2	0.29*
II фактор	-0.39*	0.01	0.32*	0.01	-0.26	0.57*

* $p < 0,01$

До I фактора із значущою вагою ввійшли методики D. Vaucsom та ПДО, а до II — ММРІ, D. Vaucsom та ПДО. Результати факторного та кореляційного аналізів дають змогу зробити висновок, що методики D. Vaucsom, ПДО та ММРІ є близькими за психологічною природою. При цьому найтісніший зв'язок виявляється між методиками ПДО та D. Vaucsom. ACL-шкала

та шкала Dur-Moll є ізольованими: не пов'язані між собою та з іншими зазначеними методиками. На основі цих даних було розроблено психодіагностичну карту різних біосоціальних рівнів маскулінності/фемінінності, яка містить зв'язки методик, накладені на "біологічний" (Б) та "соціальний" (С) простори. Здобуто основні психометричні характеристики ACL-шкали на нормативній вибірці.

У **сьомому розділі** "Психотерапія, орієнтована на статево-рольові структури" розроблено дві техніки групової психотерапії в межах клієнт-центрованого підходу.

Техніка "акваріума". Для розвитку статево-рольових властивостей особистості та їх гармонізації ми фасилітуємо тематичні групи: "Мій досвід бути жінкою (чоловіком)", "Що в мені не приваблює чоловіків (жінок)", "Хто такий ефективний чоловік (жінка)" тощо. Психотерапевтичні групи можуть бути як одностатеві, так і змішані. У змішаній групі ми застосовуємо методику "акваріума": внутрішнє коло (одностатеве) обговорює тему групової дискусії, а зовнішнє (протилежне за статтю внутрішньому) лише слухає й позбавлене права вступати у дискусію. Проводяться три сесії: в першій дискусію веде внутрішнє коло, у другій — кола міняються місцями, в третій — йде спільне обговорення. Очевидно, що в ряді випадків для проведення цієї статево-рольової психотехніки необхідно більше, ніж три сесії. Кожна сесія обмежена 1,5-2 годинами (залежно від стану хворих). Техніка фасилітації такої групи є традиційною для так званих роджеріанських груп. Слід зазначити, що в таких групах переплітаються біографічні, тематичні та інтеракціоністські компоненти. Доля кожного залежить від ступеня довіри в групі, від її готовності до терапевтичного контакту тощо. Після такого циклу групових сесій клієнти займаються технікою автобіографії.

Техніка автобіографії. Сутність техніки полягає в тому, що дається домашнє завдання написати автобіографію без дотримання певної хронологічної послідовності. Важливо ввійти до потоку переживань, навіяних тематичними груповими сесіями, і розглянути своє життя під кутом зору запропонованої на групі теми. На груповій сесії член групи зачитує свою автобіографію. Всі члени групи слухають, не перебиваючи і не перепитуючи. Ця вимога є обов'язковою, оскільки в протилежному випадку людину, яка працює із своєю біографією, може бути "вибито" із процесу переживання. Зачитування автобіографії триває десь хвилин тридцять. Далі починається другий етап групової сесії: члени групи починають обмінюватися думками, фантазіями та емоціями з приводу автобіографії одного з членів групи, який при цьому мовчить. У груповому матеріалі можуть бути і власне думки з приводу автобіографії, і випадки з особистого життя тощо. На третьому етапі групової сесії один із членів групи передає іншому для зачитування вголос свою автобіографію. Нарешті на четвертому етапі групової сесії автор автобіографії говорить, що він почув, чого дізнався, що відчув тощо.

В роботі запропоновано метафору "дитячої улюбленої іграшки", яка дозволяє пацієнту регресувати до дитячого віку. Ця метафора використовується нами в сесіях фокусингу та у психотерапії криком.

У роботі описано окремі психотерапевтичні підходи стосовно до роботи із статеворольовими проблемами: клієнт-центрована психотерапія, техніка спрямованої уяви (з елементами кататимного переживання), фокусинг, психотерапія криком і партнерська психотерапія.

Запропоновано програму групової психотерапії, що включає перелічені психотерапевтичні практики і розрахована на

10 сесій. Всього спостерігалось 45 чоловік. Позитивні результати відзначено у 38, що становить 84,4%, невизначені — у 7 чоловік, негативних результатів не зафіксовано. Ефективність психотерапії оцінювалась лише за критерієм симптоматичного поліпшення, який, звичайно, не є вичерпним.

ВИСНОВКИ

1. Статеворольова сфера особистості описується континуально-альтернативною, континуально-ад'юнктивною та андрогінною моделями. Перші дві моделі описують незрілі структури, відповідно у хлопчиків та у дівчаток, і на 15-16 років вони трансформуються у зрілу андрогінну модель. Зріла структура має якості складності: вона водночас інтегрована і диференційована. Функцію інтеграції зрілого М/Ф-симптомокомплексу виконують ідеальні утвори маскулінності (ІУМ) та фемінінності (ІУФ).

2. М/Ф-симптомокомплекс здійснює регуляцію процесів соціальної адаптації та когнітивного функціонування. Виражену адаптогенну властивість у чоловіків мають утвори фемінінності. При цьому вікова закономірність полягає у зміщенні регулятивних функцій із власно Ф-утворів на ІУФ. У підлітків Ф-утвори послаблюють тенденцію до делінквентності, а у чоловіків ІУФ виконують функцію інтеграції подружньої пари. Високий рівень маскулінності сприяє низькому соціальному інтелекту (когнітивній простоті соціальної перцепції, низькій чутливості до емоційних станів комунікативного партнера), а також суперництву як способу розв'язання конфлікту.

Маскулінність не пов'язана з показниками вербального та невербального інтелекту, а фемінінність виявляє з ними значущий негативний зв'язок.

3. При неврозах спостерігаються структурні зміни М/Ф-симптомокомплексу. Останній характеризується інфантильністю (описується незрілою статеворольовою моделлю) і існує у двох формах: недиференційоване "склеювання" або неінтегроване "розщеплення" М- та Ф-утворів. При цьому ІУМ та ІУФ позбавлені функції інтеграції структури симптомокомплексу, як у психічно здорових осіб.

4. Найглибші зміни М/Ф-симптомокомплексу відзначаються при істеричному неврозі: хворі виявляють високі показники маскулінності як на рівні Я-концепції, так і на більш глибокому біогенному рівні. При неврастенії спостерігається підвищення маскулінності та фемінінності на рівні Я-концепції; глибинних статеворольових порушень не виявлено. При неврозі нав'язливих станів відзначається зниження маскулінності без суттєвих порушень на біогенному рівні.

Не існує повної відповідності між клінічною формою неврозу і типом статеворольової ідентичності.

5. Для хворих на істеричний невроз характерним є ряд психосемантичних особливостей статеворольової структури: а) психосемантична сплутаність (наявність мотивів-мікстів) та амбівалентність основних мотиваційних тенденцій; б) змішування інтимно-особистісної та ділової сфер життєдіяльності невротика (тотальна інтимізація його життя); в) емоційна насиченість ділової сфери; г) статеворольова інверсія образів батька та матері; д) конфліктність "чоловічих" і "жіночих" утворів особистості.

6. У осіб з виразковою хворобою шлунку та 12-палої кишки виявлено статеворольовий дисбаланс: а) неузгодженість фасадної маскулінної та первинної фемінінної "Я"-концепції; б) поєднання у статеворольовій сфері особистості звичайно несполучуваних (дискордантних) якостей, що робить особистісну

структуру цих хворих внутрішньоконфліктною. Хворі виявляють компенсаторну гіпермаскуліну поведінку, яка не відповідає їхнім енергетичним та психологічним можливостям, обумовлюючи тим самим внутрішньоособистісний конфлікт неврас-тенічного типу, який сприяє формуванню зазначеної патології.

7. Параметр "емоційна нестійкість" справляє модулюючий вплив на зв'язок маскуліності/фемінінності з поведінковим типом А. Статеворольова сфера хворих ІХС є незрілою і пов'язана з функціонуванням захисної гіпермаскуліності. Механізми участі статеворольових утворів у патогенезі серцево-судинної патології різноманітні: гіпермаскуліна компенсаторна поведінка і сполучені з ним гіперактивність і гіперстенічність, що лежать в основі постійного психом'язового напруження; схильність до переживання відчуття вини; понижена самооцінка, поєднана з проблемами у взаємовідносинах тощо.

8. Статеворольова трансформація є однією з ланок патогенезу ювенільних маточних кровотеч психогенного генезу. Цей вид розладів є формою соматичного псевдорозв'язування внутрішнього статеворольового конфлікту. Існують два варіанти цього конфлікту, пов'язаних із віком хворих. Для молодших пубертатних підлітків це конфлікт епілептоїдної особистості, а для старших — істероїдної.

9. Статеворольовій сфері гвалтівників притаманний фемінінний характерологічний радикал; структура їхнього М/Ф-симптомокомплексу є недиференційованою в розумінні розщеплення маскуліних та фемінінних утворів. Статеворольова сфера вбивць характеризується інфантилізмом. Психологічними криміногенними чинниками у гвалтівників є: незадовільнені потреби єдності з близькими людьми (з матір'ю), в любові та ніжності, а також, можливо, в реалізації гомосек-

суальних тенденцій, в залежності від близьких, у самодемонстрації; у вбивць: незадовільнені потреби в самодемонстрації, в залежності від близьких, в агресії, постійна необхідність стримуватися й витіснити ті потреби, котрі сприймаються оточуючими як такі, що не відповідають моралі та ідеалам суспільства.

10. Параметри "маскулінність" та "фемінінність" у групах "нормальних" і "важких" підлітків мають різні функції у структурі особистості та поведінки. Так, у "нормальних" підлітків чинник фемінінності послаблює тенденції до делінквентності, а в девіантних підлітків фемінінність такої функції не виконує. Лише у девіантних підлітків маскулінність сприяє делінквентності. "Важкі" підлітки менш фемінінні і більш маскулінні, ніж їхні "нормальні" однолітки. У групі "важких" підлітків має місце проблема ідентифікації підлітка з батьком та матір'ю, і значно частіше, ніж у "нормі", спостерігаються незрілі, регресивні комунікативні структури.

11. Психологічний М/Ф-симптомокомплекс має багатомірне (генетичне, ендокринне та психофізіологічне) забезпечення свого функціонування.

М/Ф-утвори перебувають під незначним генетичним контролем; низька маскулінність у чоловіків сполучена з більш напруженими механізмами синтезу тестостерону. Виявлено негативний зв'язок рівня маскулінності з євнухоїдним типом будови тіла, за яким стоїть рівень концентрації тестостерону у плазмі крові в період пубертату.

Механізми парного функціонування мозкових півкуль пов'язані з типом статевої ідентичності. Переважання правопівкульових функцій сполучене з більш високим рівнем маскулінності у жінок та чоловіків.

12. М/Ф-утвори, поряд із "змістовними", мають психодинамічні характеристики, зокрема, темпоритмічні. Високий темпоритм та низька толерантність до монотонії є стійкими маскулініними утворами.

13. Статеворольові шкали розрізняються чотирма параметрами: об'єктом, рівнем та механізмом оцінювання, а також концепцією маскуліності/фемініності, покладеної в основу методики. ACL-шкала А.В. Neilbun діагностує переважно соціальний аспект маскуліності/фемініності; ПДО, методика D. Baucot та MMPI як психодіагностичну "мішень" мають соціальний та біологічний рівні М/Ф; шкала Dur-Moll L. Szondi спрямована на біологічний рівень і, як виявилось, чутлива до тестикулярної недостатності доклінічного рівня. Найближчими за психологічною природою є методики ПДО та D. Baucot. Запропоновано психодіагностичну карту різних біосоціальних рівнів маскуліності/фемініності.

14. Розроблено опитувальник особистісних типів, що відповідає основним психометричним вимогам. Запропоновані програма та техніки групової психотерапії неврозів, орієнтовані на статорольові структури, зарекомендували себе як терапевтично ефективні.

Список праць, опублікованих за темою дисертації.

1. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. — М.: Медицина, 1994. — 224 с. (співавт. Кочарян Г.С.).
2. Личность и половая роль (симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии). — Х.: Основа, 1996. — 127 с.
3. Проведение психологического семейного консультирования. Учебно-методическое материалы по психологии семейных отношений. — Харьков: Изд-во Харьковского ун-та, 1990. — 26 с.

4. Механизм манипуляции и личность: обзор и психотерапевтические приложения // Вестник Харьковского университета. — 1992, No. 366. — С. 15—20.
5. Организация симптомокомплекса маскулинности и феминности при истерическом неврозе // Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. No. 3, вип.1. — С. 276—280.
6. Полоролевая структура личности больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки // Український вісник психоневрології. — 1996. — Т. No. 4, вип.2 (9). — С. 156—160.
7. Симптомокомплекс "маскулинность/фемининность" у мужчин с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи: эндокринные аспекты // Український вісник психоневрології. — 1996. — Т. No. 4, вип.2 (9). — С. 236—241 (співавт. Кочарян Г.С.).
8. Особенности полоролевого развития лиц, совершивших преступления // Український вісник психоневрології. — 1996. — Т. No.4, вип.2 (9). — С.284—289.
9. Патогенез синдрома ожидания неудачи и общие принципы его психотерапии в концепции психологических функциональных системных механизмов // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. I-й Всесоюз. конф. сексопатологов. — М., 1986. — С. 86—88 (співавт. Кочарян Г.С.).
10. Некоторые вопросы консультирования супружеских затруднений // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи. Тез. докладов. — Харьков, 1987. — С. 117—119.
11. Семейное консультирование: социальная или психическая адаптация // Психология — практике. Тез. докладов I региональной школы-семинара. — Вологда, 1989. — С. 116—119.
12. Психосексуальное развитие личности и коммуникативное творчество // Проблемы психологии творчества в работе с

людьми. Тез. докладов и выступлений на всесоюзной научной конференции. Часть II. — Гродно, 1990. — С. 50—52.

13. Конфликт в психотерапевтической ситуации // Конфликт в конструктивной психологии. Тез. докл. и сообщений на 2-й научно-практической конференции. — Красноярск, 1990. — С. 178—182.

14. Структурный подход к групповому обучению в супружеской психотерапии // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами // Тез. докл. и выступлений IV областн. научно-практической конференции. — Харьков, 1990. — С. 186—187.

15. Структура интеллекта: прогноз успешности в классах дифференцированного обучения // Актуальные проблемы современной психологии. Материалы научных чтений, посвященных 60-летию Харьковской психологической школы. — Харьков, 1993. — С. 223—225 (співавт. Мозговий В.І.).

16. "Маскулинность-фемининность" и супружеская адаптация // Актуальные проблемы современной психологии. Материалы научных чтений, посвященных 60-летию Харьковской психологической школы. — Харьков, 1993. — С. 345—347.

17. Генетические аспекты маскулинности и фемининности // Актуальные проблемы современной психологии. Материалы научных чтений, посвященных 60-летию Харьковской психологической школы. — Харьков, 1993. — С. 347—349. (співавт. Атраментова Л.А., Родина С.А.).

18. Генетический анализ агрессивности у человека // Актуальные проблемы современной психологии. Материалы научных чтений, посвященных 60-летию Харьковской психологической школы. — Харьков, 1993. — С. 368—369. (співавт. Шустикова М.В., Атраментова Л.А.).

19. Психологические особенности подростков с нарушенным липидным обменом // Теоретические и клинические вопросы детской кардиологии. Тез. докладов Украинской научно-практической конференции. — Харьков, 1993. — С. 160—161 (соавт. Трикоза М.І.).
20. Метафори розвитку особистості в психотерапії // Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості. Тез. доповідей та матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. I частина, III розділ. — 1994. — С. 472—474.
21. Некоторые проблемы андрогинной модели полоролевых свойств личности // Сучасна психологія в ціннісному вимірі. Матеріали 3-х Костюківських читань. — Київ, 1994. — С. 190—191.
22. Peculiarities of the symptomocomplex structure of masculinity and femininity with neuroses // Медицина и психология в холистическом подходе к здоровью и болезни. — Санкт-Петербург, 1994.
23. Личностные особенности девочек с нарушением менструального цикла в форме ювенильного маточного кровотечения // Актуальні проблеми сучасної психології. Матеріали других міжнародних психологічних читань. Медична психологія та психокорекція. — Харків, 1995. — С. 45—46. (співавт. Московцева О.В.).
24. Особенности полоролевого развития лиц, совершивших изнасилование // Актуальні проблеми сучасної психології. Матеріали других міжнародних психологічних читань. Медична психологія та психокорекція. — Харків, 1995. — С. 77—78.
25. Особенности эмоциональной сферы язвенных больных // Актуальні проблеми сучасної психології. Матеріали других міжнародних психологічних читань. Медична психологія та психокорекція. — Харків, 1995. — С. 88—89 (співавт. Мозговий В.І.).

26. Характерологічний преморбід жінок, що хворіють на істеричний невроз // Український вісник психоневрології. — 1996. — Т. No. 4, вип. 5(12). — С. 367—368.
27. Особливості статево-рольової сфери хворих на виразку шлунка та дванадцятипалої кишки // Український вісник психоневрології. — 1996. — Т. No. 4, вип. 5(12). — С. 369—370 (співавт. Мозговий В.І.).
28. Sex-role peculiarities of hysteric women-patients // International Journal of Psychology. Abstracts of the XXVI International Congress of Psychology. — 1996. — v. 31, issue 3 and 4. — P. 394.

АННОТАЦІЯ

Кочарян А.С. Личность и половая роль: симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии.

Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук, специальность 19.00.04 — медицинская психология. Киевский университет имени Тараса Шевченко: Киев, 1996 г.

Исследуется полоролевая структура личности, закономерности ее возрастной динамики, регулятивная роль в обеспечении социальной адаптации и когнитивных процессов. Рассмотрены особенности нарушения полоролевой структуры личности при неврозах, психосоматических расстройствах и выраженных нарушениях поведения докриминального и криминального уровней. Обнаружены некоторые особенности многомерного обеспечения функционирования симптомокомплекса маскулинность/фемининность. Построена психодиагностическая карта различных уровней маскулинности/фемининности. Разработаны техники и программа групповой психотерапии неврозов, ориентированная на полоролевые структуры. Результаты

исследования внедрены в практику диагностической, психотерапевтической и консультативной работы.

SUMMARY

Kocharyan A.S. Personality and sex-role: symptomocomplex of masculinity/femininity in norm and pathology.

Thesis for Doctor's Degree (Psychology), speciality 19.00.04 — Medical psychology, The Taras Shevchenko University. Kiev, 1996.

Sex-role structure of personality, its tendency of age dynamics and regulative role in providing social adaptation and cognitive processes are investigated. Peculiarities of disturbances of sex-role structure in neuroses, psychosomatic disorders, and in considerable disturbances of behaviour of undercriminal and criminal levels are considered. Some peculiarities of polydimensional provision of symptomocomplex of masculinity/femininity are revealed. The psychodiagnostic map of various levels of masculinity/femininity are constructed. Technics and programme of group psychotherapy of neuroses, which are oriented on sex-role structures, are worked out. The results of studies have been introduced into the practice of diagnostic, psychotherapeutic and counselling work.

Ключові слова: маскуліність, фемініність, неврози, психосоматичні розлади, девіантна та делінквентна поведінка, психотерапія.

Підписано до друку 10.10.96 Формат паперу 60x84x1/16
Друк офсетний Об'єм 2 др. ар.
Зам. № 12. Тираж 100 прим. Безкоштовно

"Центр Освітніх Ініціатив".
31002, м. Харків, вул. Сумська 37, к. 11.

11 1352

AB 35.991