

УДК: 159.923:616

© Дин Шао Цзе, 2015 г.

<http://orcid.org/0000-0001-5664-3257>

Дин Шао Цзе
Национальный университет
имени В.Н. Каразина, г. Харьков

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОРОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ

Цель статьи – изучение полоролевой сферы личности женщин с гиперпластическими заболеваниями матки. Методы – ACL-шкала А.В. Heilbrun, шкала Dur-Moll в методике L. Szondi, 5-я шкала ММРІ. В результате проведенного исследования были сделаны выводы о том, что полоролевая сфера женщин с миомой матки характеризуется полоролевым конфликтом, блокированием построения адекватной женской идентичности, маскулинностью. Полоролевая сфера женщин с эндометриозом характеризуется конфликтом полоролевых структур, который блокирует построение адекватной женской идентичности, маскулинностью, незрелостью полоролевой сферы.

Ключевые слова: полоролевая сфера; миома матки; эндометриоз.

Дін Шао Цзе

ОСОБЛИВОСТІ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ ЖІНОК З ГИПЕРПЛАСТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАТКИ

Мета статті – вивчення статеворольової сфери особистості жінок з гіперпластичними захворюваннями матки. Методи – ACL-шкала А.В. Heilbrun, шкала Dur-Moll в методиці L. Szondi, 5-а шкала ММРІ. В результаті проведеного дослідження були зроблені висновки про те, що статеворольова сфера жінок з міомою матки характеризується статеворольовим конфліктом, блокуванням побудови адекватної жіночої ідентичності, маскулінністю. Статеворольова сфера жінок з ендометріозом характеризується конфліктом статеворольових структур, що блокує побудову адекватної жіночої ідентичності, маскулінністю, незрілістю статеворольової сфери.

Ключові слова: статеворольова сфера; міома матки; ендометріоз.

Ding ShaoJie

THE SPECIAL FEATURES OF PERSONALITY GENDER-ROLE ASPECT OF FEMALE WITH HYPERPLASTIC HYSTEROPATHY

The purpose of the article is to study the personality gender-role aspect of women with uterus hyperplastic disease. The methods used are A.V. Heilbrum's ACL-scale, Dur-Moll scale in the L. Szondi technique, the 5th MMPI scale. The results of the conducted research have led us to conclusions that gender-role aspect of women with hysteromyoma is characterized by gender-role conflict, blocked construction of adequate feminine identity, by masculinity. Gender-role aspect of women with endometriosis

characterized by conflict of gender-role structures, which blocks adequate feminine identity, by masculinity, immaturity of gender-role aspect.

Key words: gender-role aspect, hysteromyoma, endometriosis.

В последние годы наблюдается рост числа гинекологических заболеваний, которые ставят женщину в ситуацию жизненного кризиса [6; 7 и др.]. Любое заболевание дезорганизует социальную и психологическую жизнь и может, в ряде случаев, переживаться даже более остро, чем нарушения соматического функционирования. Длительное гинекологическое заболевание ведет к психоэмоциональным нарушениям, к нарушению системы значимых отношений, сужению круга контактов с людьми, меняет женскую и социальную роль, позицию по отношению ко всем жизненным ситуациям. Гинекологические заболевания маркированы переживаниями вины, стыда, тревоги, чувством неполноценности.

Тяжесть течения гинекологического заболевания, его хронизация, отношение к лечению во многом зависят от личностных особенностей пациенток [1; 2; 8 и др.]. Для более эффективной помощи гинекологическим больным необходимы исследования психологических аспектов проблемы. Изучение психологических особенностей женщин с гинекологической патологией позволит создать программу психотерапевтической помощи с учетом дезадаптивных составляющих, а также с опорой на личностные ресурсы женщин. Установление конкретных психологических особенностей, свойственных той или иной гинекологической патологии, необходимо для определения мишеней психокоррекции.

Описание выборки исследования. В исследовании приняли участие 54 женщины с миомой матки и 49 женщин с эндометриозом. Основная группа. Группа 1 – 54 женщины с миомой матки, продолжительность заболевания от 1 до 9 лет, возраст от 29 до 49 лет. Группа 2 – 49 женщин с эндометриозом, продолжительность заболевания от 1 до 8 лет, возраст от 27 до 45 лет. Контрольная группа. Гр.3 – 50 женщин без диагностированного гинекологического заболевания, в возрасте от 25 до 50 лет, 45 женщин состоят в браке, 46 женщин имеют детей, 45 женщин имеют высшее образование, 2 – неоконченное высшее, 2 – среднее образование, все женщины на момент исследования имели трудовую занятость.

Цель статьи – изучение полоролевой сферы личности женщин с гиперпластическими заболеваниями матки.

Для изучения полоролевой сферы женщин с наличием гинекологического заболевания мы исследовали три уровня функционирования маскулинности/фемининности, которые были описаны в работе А.С. Кочаряна [5]: социогенном, поведенческом и биогенном. В группе женщин с забо-

леванием «Миома матки» была получена трехфакторная матрица, которая объясняет 83,42 % дисперсии (табл.1).

Таблица 1

Факторная структура полоролевой сферы женщин с миомой
матки

| Фактор 1 «Полоролевая адьюнкция» | Фактор 2 «Дискондартная полоро- левая сфера» | Фактор 3 «Маскулинность» |
|---|---|--|
| Маскулинность социогенного уровня (0,85) Фемининность социогенного уровня (0,59) | Фемининность социогенного уровня (0,69) Маскулинность поведенческого уровня (0,78) Фемининность поведенческого уровня (-0,87) | Маскулинность социогенного уровня (0,84) Маскулинность поведенческого уровня (0,59) Фемининность поведенческого уровня (-0,89) |
| Информативность фактора 31,19 | Информативность фактора – 28,10 | Информативность фактора – 24,13 |

Фактор 1, который объясняет 31,19 % дисперсии, получил название «Полоролевая адьюнкция». Переменные, которые составили фактор, отображают незрелую модель полоролевой сферы, о чем говорят связи между образованиями маскулинности и фемининности социогенного уровня. В таком случае маскулинность и фемининность одновременно потенцируют друг друга, что порождает полоролевой конфликт у женщин с миомой матки. Фактор 2, объясняющий 28,10% дисперсии, согласно вошедшим в него переменным получил название «Дискондартная полоролевая сфера». Фактор отображает конфликт фемининной «Я-концепции» и поведенческой маскулинности, такой конфликт блокирует построение адекватной женской идентичности. Фактор 3, который объясняет 24,13 % дисперсии, получил название «Маскулинность». Фактор составили переменные: маскулинность социогенного уровня, маскулинность поведенческого уровня и с обратным знаком фемининность поведенческого уровня. Таким образом, полоролевая сфера в данном случае свободна от конфликта, Я-концепция и паттерны поведения составляют единое маскулинное целое.

В группе женщин с патологией «Эндометриоз» была получена трехфакторная матрица, которая объясняет 80,32% дисперсии (табл.2). Как видно из таблицы 2, доминирующим фактором в группе женщин, больных эндометриозом, является фактор 1 «Дискондартная полоролевая сфера» (30,10% дисперсии). Фактор отображает конфликт фемининной «Я-

концепции» и поведенческой маскулинности, такой конфликт блокирует построение адекватной женской идентичности.

Таблица 2

Факторная структура полоролевой сферы женщин с миомой
матки

| Фактор 1 «Дискондартная полоролевая сфера» | Фактор 2 «Маскулинность» | Фактор 3 «Полоролевая адьюнк- ция» |
|---|--|--|
| Фемининность социогенного уровня (0,81) Маскулинность поведенческого уровня (0,86) Фемининность поведенческого уровня (-0,67) | Маскулинность социогенного уровня (0,80) Маскулинность поведенческого уровня (0,62) Фемининность поведенческого уровня (-0,79) | Маскулинность социогенного уровня (0,80) Ф социогенного уровня (0,61) |
| Информативность фактора – 30,10 | Информативность фактора – 28,13 | Информативность фактора – 22,09 |

Фактор 2 «Маскулинность» (28,13 % дисперсии) составили такие переменные: маскулинность социогенного уровня, маскулинность поведенческого уровня и с обратным значением фемининность поведенческого уровня. Таким образом, полоролевая сфера в данном случае свободна от конфликта, Я-концепция и поведенческие паттерны составляют единое целое.

Фактор 3, который объясняет 22,09 % дисперсии, получил название «Полоролевая адьюнкция». Переменные, которые составили фактор, свидетельствуют о незрелой модели полоролевой сферы. В данном случае маскулинность и фемининность потенцируют друг друга, что порождает полоролевой конфликт.

В группе контроля получена двухфакторная матрица, объясняющая 68,34 % дисперсии (табл.3). Фактор 1, объясняет 36,29% дисперсии, получил название «Фемининность», данный фактор отображает, что полоролевая сфера в данном случае свободна от конфликта, Я-концепция и поведенческие паттерны составляют единое фемининное образование.

Фактор 2, который объясняет 32,05 % дисперсии, получил название «Маскулинность». Полоролевая сфера в данном случае свободна от конфликта, Я-концепция и поведенческие паттерны составляют единое целое.

Таблица 3

Факторная структура полоролевой сферы женщин группы контроля

| Фактор 1 «Фемининность» | Фактор 3 «Маскулинность» |
|---|---|
| Фемининность социального уровня (0,57) Фемининность поведенческого уровня (0,78) | Маскулинность социального уровня (0,74) Маскулинность поведенческого уровня (0,90) Фемининность поведенческого уровня (-0,59) |
| Информативность фактора – 36,29 | Информативность фактора – 32,05 |

Выводы. Полоролевая сфера женщин с миомой матки характеризуется полоролевым конфликтом, блокированием построения адекватной женской идентичности, маскулинностью. Полоролевая сфера женщин с эндометриозом характеризуется конфликтом полоролевых структур, который блокирует построение адекватной женской идентичности, маскулинностью, незрелостью полоролевой сферы.

Литература

- 1.Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Александр. Ф.; пер. с англ. — М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004. — 333 с.
- 2.Брехман Г.И. Синдром психоэмоционального напряжения и миома матки / Брехман Г.И. // Акушерство и гинекология. — 1990. — №2. — С. 13-17.
- 3.Бройтигам В. Психосоматическая медицина/ Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.; пер. с англ. — М.: Гэотар Медицина,1999. — 376 с.
- 4.Ковалев В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В.В. Ковалев // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. — М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1972. — С. 102-114.
- 5.Кочарян А.С. Личность и половая роль / А.С. Кочарян. — Х.: Основа, 1996. — 127 с.
- 6.Сидорова И.С. Современный взгляд на патогенез миомы матки / И.С. Сидорова, А.С. Левакова // Акушерство и гинекология. — 2006. — Приложение. — С. 30-33.
- 7.Стрижаков А.Н. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, В.А. Лебедев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2008. — №7. — С. 7-18.

8.Хомуленко Т.Б. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти / Т.Б.Хомуленко, Я.О. Василенко, М.В. Коваленко // Вісник ХНПУ імені Г.С.Сковороди. — Психологія. — Вип. 49. — Х.: ХНПУ, 2014. — 176-192.