

## OSOBLIWOŚCI ROLI PŁCIOWEJ U DZIEWCZYN-NASTOLATEK, CIERPIĄCYCH NA KRWAWIENIA W OKRESIE DOJRZEWANIA

W artykule są rozpatrywane aktualne zagadnienia dotyczące poznania patogenezы takich nieprawidłowości ginekologicznych jak krwawienia w czasie dojrzewania. Powyższe dolegliwości są najczęstszymi schorzeniami wśród nastolatek. Wyniki badań świadczą o szeregu deformacji w ramach symptomu łączonego maskulinizmu/ feminizmu, co pozwala wnioskować o obecności u chorych dziewczyn transformacji roli płciowej. To może być jednym z czynników patogenicznych kształtowania choroby ginekologicznej m. in. w postaci krwawienia w okresie dojrzewania.

**Słowa kluczowe:** okres dojrzewania; krwawienie w okresie dojrzewania; rola płciowa; maskulinizm; feminizm; androgynizm; czynniki patogeniczne.

### FEATURES OF THE SEX-SPHERE OF ADOLESCENT GIRLS SUFFERING FROM PUBERTY HEMORRHAGES

The article deals with topical issues of studying the pathogenesis of such violations of the gynecological sphere as pubertal hemorrhages, which have a significant prevalence among gynecological diseases of adolescent girls.

The results of the study indicate a number of deformations within the symptom complex of masculinity / femininity, which makes it possible to talk about the presence of sex-role transformation of girls. This can become one of the pathogenic factors in the formation of diseases of the gynecological sphere, in particular pubertal hemorrhages.

**Keywords:** adolescent period, pubertal hemorrhages, sexual role, masculinity, femininity, androgyny, pathogenic factors.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ СФЕРИ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ПУБЕРТАТНІ КРОВОТЕЧІ.

У статті розглядаються актуальні питання вивчення патогенезу таких порушень гінекологічної сфери як пубертатні кровотечі. Останні мають значну поширеність серед гінекологічних захворювань у дівчат-підлітків. Результати дослідження вказують на ряд деформацій у рамках симптомокомплексу маскулінності/фемінінності, що дозволяє говорити про наявність у хворих дівчат статеворольової трансформації. Це може ставати одним з патогенних чинників формування захворювань гінекологічної сфери, зокрема пубертатних кровотеч.

**Ключові слова:** підлітковий період, пубертатні кровотечі, статева роль, маскулінність, фемінінність, андрогінність, патогенні чинники.

**Постановка проблеми.** В последние десятилетия резко возросла значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в детском возрасте [6]. Одной из самых распространенных форм гинекологической патологии у девочек-подростков являются пубертатные кровотечения (далее ПК), которые составляют 20-30 % среди всех гинекологических заболеваний [3, 5, 6]. Причем число случаев подобной патологии неуклонно растет,



**Alla Hryshko**  
starszy wykładowca  
Katedry Psychologii,  
Wydziału  
Humanistycznego  
Narodowego  
Uniwersytetu  
Aerokosmicznego  
"Charkowski Instytut  
Awiacji"  
im. M. Żukowskoho  
(m. Charków, Ukraina)

увеличивается удельный вес тяжелых форм маточных кровотечений, представляющих угрозу жизни подростка [1, 4, 5, 6].

**Анализ проблемы.** В литературе можно встретить указания на целый ряд этиологических факторов, способствующих возникновению ПК - они чрезвычайно разнообразны. Среди медико-социальных аспектов, влияющих на возникновение и течение подобных патологий в репродуктивной системе выделяют: неблагоприятное течение антенатального периода развития, наличие хронических инфекций, частые острые респираторные вирусные инфекции, а также физические травмы, неблагоприятные бытовые условия, неправильное питание, физическое и психическое переутомление, стрессы, психологические травмы [1, 3, 4, 5]. Однако следует отметить, что исследований, посвященных медико-психологическим аспектам этой проблемы, крайне мало. А между тем, многие авторы сообщают о значительной роли психогенных факторов в генезе ПК [1, 2, 4]. В том числе, по замечанию ряда авторов, картину подобных заболеваний вполне могут определять нарушения полоролевой идентичности [2, 4, 6]. Так А.С. Кочаряном выявлено, что наличие девиаций в структуре полоролевой сферы также является фактором, предрасполагающим к развитию гинекологической патологии, в частности при ПК [2]. По его мнению: «Полоролевые образования являются срежневыми в структуре личности, и конституируют всю систему личности, являясь одним из определений психологического и психосоматического здоровья» [2, стр. 46]. С учетом сказанного возникает необходимость изучения нарушений в репродуктивной системе и в полоролевом контексте.

Как отмечает А.С. Кочарян [2], полоролевая сфера личности репрезентована симптомокомплексом маскулинности/фемининности (далее М/Ф) и, как следствие, нарушения данной сферы могут касаться следующих ее аспектов:

- 1) структурных характеристик М/Ф (имеющейся полоролевой модели личности - континуально-альтернативной, континуально-адьюнктивной и андрогинной);
- 2) уровневых характеристик М/Ф (социогенном или уровне Я-концепции, биогенном и поведенческом);
- 3) особенностей межуровневых связей М/Ф образований.

Таким образом, при изучении полоролевой сферы девочек, страдающих ПК, мы опирались на анализ уровневого распределения М/Ф образований и на определение адекватности полоролевой модели личности возрастному периоду.

**Цель исследования.** Изучить особенности полоролевой сферы девочек-подростков, страдающих ПК (в сравнении со здоровой группой девочек), и ее возможное влияние на развитие и течение заболевания.

**Методы исследования.** Для изучения особенностей структуры и функции симптомокомплекса «маскулинности/фемининности» использовался ряд полоролевых шкал – ACL-шкала полоролевого поведения А.В. Heilbrun, шкала Dur-Moll в методике L. Szondi, шкалой m/f ПДО-2 А.Е. Личко. При обработке данных применялся критерий углового преобразования Фишера и корреляционный метод Тау Кендалла.

**Описание выборки.** Исследование проводилось на базе гинекологического отделения Украинского Научно-исследовательского института охраны здоровья детей и подростков, а также общеобразовательных школ г. Харькова. В исследовании приняли участие девочки, страдающие ПК, и здоровые девочки. Все они были разделены на две возрастные подгруппы: 13-14,5 лет и 15-17 лет. Общее количество девочек-подростков составило 199 человек.

**Результаты исследования.** По каждой из исследуемых групп было установлено процентное соотношение типов полоролевой идентичности в соответствии с уровнями М/Ф симптомокомплекса (таблица 1), и проведен сравнительный анализ с группой здоровых девочек.

Таблица 1.

**Уровневое распределение М/Ф образований у больных девочек первой и второй возрастных групп в сравнении со здоровыми**

Уровни М/Ф симптомо-комплекса		1 возрастная группа			2 возрастная группа		
		Частота в %		Уровень различий, $\phi$	Частота в %		Уровень различий, $\phi$
		ПК n=49	ЗГ n=50		ПК n=50	ЗГ n=50	
Социогенный	М	0	6	2,48**	0	0	0
	Ф	45,1	34	1,14	23,5	26	0,29
	А	39,2	48	0,89	76,5	70	0,73
	Н	15,7	12	0,54	0	4	2,02*
Поведенческий	М	73,6	38	3,8**	62	20	4,43**
	Ф	26,4	62	3,8**	38	80	4,43**
Биогенный	М	78,4	64	1,6*	82,4	42	4,33**
	М!	0	12	3,22**	5,9	12	1,08
	Ф	21,6	36	1,6*	17,6	58	4,33**
	Ф!	3,9	12	1,55	0	8	2,56**

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ ;

ЗГ – здоровая группа девочек;

$\phi$  - критерий углового преобразования Фишера;

А – андрогинный тип; М – маскулинный тип; Ф – фемининный тип; Н – недифференцированный в полоролевом отношении; М! – коэффициент  $M=100\%$ ; Ф! – коэффициент  $F=100\%$ .

Из таблицы 1 можно видеть, что девочки первой возрастной группы, страдающие ПК, на социогенном уровне чаще определяют себя как фемининные (45,1%), а также как андрогинные (39,2%). Данные показатели не отличают их от группы здоровых девочек. Однако у девочек с ПК, наблюдается отсутствие маскулинного типа полоролевой идентичности, что указывает на отрицание маскулинных характеристик на уровне Я-концепции. При этом на поведенческом и биогенном уровнях, у страдающих ПК, значимо выражены показатели маскулинности (соответственно 73,6% и 78,4%), в то время как у здоровых девочек на поведенческом уровне доминируют показатели фемининности, а на биогенном - фемининные характеристики представлены значимо чаще. Таким образом, мы можем наблюдать межуровневую несогласованность: поведенческая маскулинность опирается на биогенную (глубинную) маскулинность, но на уровне Я-концепции она не принимается, и девочки оценивают себя как фемининных. При этом в здоровой группе младших подростков отмечается межуровневое согласование: «андрогинные» (48%) и «фемининные» (34%) девочки на поведенческом уровне имеют значимо высокие показатели фемининности. А девочки с высокой биогенной маскулинностью (64%) имеют возможность ее компенсировать. А.С. Кочарян в своих работах отмечал наличие

межуровневой компенсации [2]. А это означает, что люди, имеющие выраженные маскулинные (или фемининные) характеристики на биогенном уровне, могут обнаруживать фемининные (или маскулинные) черты на поведенческом уровне и на уровне полоролевой идентичности (социогенном).

Не смотря на то, что во второй возрастной группе больных девочек особенности межуровневого распределения М/Ф образований схожи с первой возрастной группой, следует отметить ряд отличительных моментов. Так для группы с ПК, на социогенном уровне характерно увеличение количества девочек, оценивающих себя как андрогинных (76,5%). При этом наблюдается отрицание маскулинных характеристик на уровне Я-концепции. Такие же показатели отмечаются и в группе здоровых девочек. Высокий процент «андрогинных» девочек-подростков может объясняться, во-первых, возрастными изменениями, завершением расщепления образований М/Ф к 15-16 годам – на фоне интенсивного функционирования эндокринной системы наблюдается рост желаний у девочек нравиться мальчикам, в норме проявляя при этом женские формы поведения и подавляя мужские; формирование эротического и сексуального либидо (1 фаза), выбор объекта влечения. Во-вторых, это может быть следствием интроекции маскулинных ценностей, принятых в европейской культуре. А.С. Кочарян утверждал, что культурные нормы женского поведения являются «искусственными», и отмечал существование разрыва между глубинной, биогенной фемининностью и ее презентацией на уровне Я-концепции [2]. Однако, если у здоровых девочек андрогинная полоролевая концепция согласуется с преобладающей поведенческой и биогенной фемининностью, то в группе с ПК, наблюдается увеличение процента девочек со значимо доминирующей маскулинностью как на поведенческом (62%), так и на биогенном уровнях (82,4%). При этом среди 17,6% девочек с биогенной фемининностью нет ни одной с  $\Phi=100\%$  по шкале Dur-Moll L. Szondi.

Характер внутривидовых связей М/Ф образований определяют модель организации симптомокомплекса М/Ф: континуально-альтернативную, андрогинную и континуально-адьюктивную. При этом, опираясь на замечание А.С. Кочаряна [2] о том, что андрогинная и континуально-адьюктивная модели функционируют только на социогенном уровне симптомокомплекса, нами изучались взаимосвязи М и Ф показателей полоролевой шкалы А.В. Нейлбрун (диагностирующей полоролевую «Я – концепцию» личности).

В таблице 2 представлены коэффициенты корреляций М и Ф параметров в группах больных девочек разного возраста.

**Таблица 2**

**Связь М/Ф образований в разных возрастных группах девочек-подростков, страдающих ПК**

Описание выборки	ПК	
	Девочки 13-14,5 лет n = 49	Девочки 15-17 лет n = 50
Уровень связи, $\tau$	0,36**	0,003

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$

$\tau$  - коэффициент корреляции Кенделла.

Как видно из таблицы 2 в первой возрастной группе девочек-подростков, страдающих ПК, связь М/Ф образований значимо положительна, что характерно для континуально-адьюктивной полоролевой модели. Т.е. имеет место нерасщепленное внутреннее единство мужественности и женственности в структуре личности девочек данной группы. Эта модель является нормативной для девочек до 15-16 летнего возраста и представляет собой незрелую структуру симптомокомплекса раннего пубертата. А.С. Кочарян отмечает, что единство М и Ф образований в рамках этой модели является противоречивым: с одной стороны, девочки негативно оценивают, критикуют представительниц своего пола, переоценивая мужской; с другой стороны, - девочки принимают стереотипы, модели поведения, характерные для женского пространства [2].

Начиная с периода половой сегрегации можно наблюдать начало подготовки к расщеплению М/Ф образований. В это время девочки желают нравиться противоположному полу, проявляют женские формы поведения и подавляют мужские. И уже к 15-16 годам расщепление М и Ф структур завершается – наблюдается переход к зрелой андрогинной полоролевой модели. Здесь между М/Ф показателями возникают отношения независимости, что мы и наблюдаем во второй возрастной группе девочек, страдающих ПК. Таким образом, можно говорить, что полоролевые модели девочек с ПК отвечают возрастным нормам (данные совпадают с показателями по группам здоровых девочек: 1-я возрастная группа - 0,42\*\*; 2-я возрастная группа - 0,19).

**Выводы.** Приведенные выше результаты исследования позволяют утверждать:

1. Для девочек, страдающих ПК, характерно наличие полоролевых моделей, отвечающих возрастным нормам: в 1-й возрастной группе - континуально-адыюктивная, во 2-й – андрогинная полоролевая модель. Однако, данные модели функционируют только на социогенном уровне симптомокомплекса М/Ф и действуют лишь в рамках «Я-концепции» личности.

2. При анализе уровневых характеристик М/Ф образований, их межуровневых связей отмечается ряд деформаций. В 1-й возрастной группе имеет место межуровневая несогласованность: поведенческая маскулинность опирается на биогенную (глубинную) маскулинность, но на уровне Я-концепции она не принимается, и девочки оценивают себя как фемининных. Так на социогенном уровне мы наблюдаем правильную полоролевую модель – континуально-адыюктивную, но внутри личности имеется полоролевой дисбаланс, что приводит к ригидности полоролевого поведения, сложностям усвоения широкого гендерного репертуара ролей. С возрастом картина кардинально не меняется. Во 2-й возрастной группе на уровне «Я-концепции» увеличивается количество андрогинных девушек, что обеспечивает соответствующую возрасту андрогинную полоролевую модель. Однако межуровневая несогласованность остается: подчеркивание своей женской сущности на социогенном уровне, при первичной маскулинности (биогенный уровень) и высоких показателях маскулинности на поведенческом уровне. Таким образом, у девочек можно констатировать неадекватный образ-Я, что приводит к полоролевому конфликту.

3. Анализ результатов указывает на наличие полоролевой трансформации у девочек, страдающих ПК. Это, в свою очередь, позволяет предполагать, что ПК могут становиться формой псевдоразрешения конфликта в полоролевой сфере.

Сделанные выводы дают возможность ставить вопрос о влиянии полоролевых девиаций личности на формирование патологий гинекологической сферы.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Исаев Д.М. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Д.М. Исаев. - СПб.: Издательство «Питер», 2000. - 512 с.
2. Кочарян А.С. Личность и половая роль / А.С. Кочарян. – Харьков: «Основа», 1996. – 127 с.
3. Лікування дівчат-підлітків із порушеннями статевого розвитку і менструальної функції. Методичні рекомендації / Під ред. С.О. Левенець; Український науково-дослідницький інститут охорони здоров'я дітей та підлітків. – Х., 2005. – 38 с.
4. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
5. Нагорна А.М. Репродуктивне здоров'я та статеве виховання молоді: Монографія / А.М. Нагорна, В.В. Беспалько. – К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2004. - 407 с.
6. Радзинский В.Е. Девушки-подростки: современные тенденции формирования репродуктивного потенциала / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина. - Сибирский медицинский журнал, 2010. - Том 25. - № 4. - Выпуск 2. - С. 43 – 51.

---

**FEATURES OF THE SEX-SPHERE OF ADOLESCENT GIRLS SUFFERING FROM PUBERTY HEMORRHAGES****A. GRISHKO**

*Formulation of the problem.* In recent decades, the importance of the problem of protecting reproductive health of children and adolescents, the prevention and treatment of gynecological diseases in childhood has dramatically increased [6]. One of the most common forms of gynecological pathology in adolescent girls is pubertal hemorrhage (hereinafter PC), which accounts for 20-30% of all gynecological diseases [3, 5, 6]. And the number of cases of such pathology is steadily growing, the specific gravity of severe forms of uterine bleeding, which threaten the life of a teenager [1, 4, 5, 6].

*Analysis of the problem.* In the literature, you can find indications of a number of etiological factors that contribute to the emergence of PCs - they are extremely diverse. Among the medical and social aspects affecting the occurrence and course of similar pathologies in the reproductive system, there are: unfavorable course of the antenatal period of development, the presence of chronic infections, frequent acute respiratory viral infections, as well as physical trauma, adverse living conditions, malnutrition, physical and mental fatigue, Stress, psychological trauma [1, 3, 4, 5]. However, it should be noted that there are very few studies devoted to the medical and psychological aspects of this problem. Meanwhile, many authors report a significant role of psychogenic factors in the genesis of PC [1, 2, 4]. Incidentally, according to a number of authors, a picture of such diseases can be fully determined by violations of sex role identity [2, 4, 6]. So A.S. Kocharyan found that the presence of deviations in the structure of the sex-role sphere is also a factor that predisposes to the development of gynecological pathology, in particular, with PC [2]. In his opinion: "Polaroid formations are core in the structure of the personality, and they constitute the entire personality system, being one of the definitions of psychological and psychosomatic health" [2, p. 46]. With this in mind, there is a need to study violations in the reproductive system and in the sex-role context.

As A.S. Kocharyan [2], the sex-role sphere of personality is represented by the symptom-complex of masculinity / Ofemininity (hereinafter M / F), and as a result, violations of this sphere can concern its following aspects:

- 1) the structural characteristics of M / F (the existing sex role model of the personality - continual-alternative, continual-adjuvant and androgyne);
- 2) level characteristics of M / F (sociogenic or level of self-concept, biogenic and behavioral);
- 3) features of inter-level links of M / F formations.

Thus, in studying the sex-role sphere of girls suffering from PC, we relied on the analysis of the level distribution of M / F formations and on the adequacy of the sex role model of the personality to the age period.

*Purpose of the study.* To study the characteristics of the sex-role area of adolescent girls suffering from PC (in comparison with a healthy group of girls), and its possible impact on the development and course of the disease.

*Methods of research.* To study the features of the structure and function of the "masculinity / femininity" symptom complex, a number of sex scales were used - the ACL-scale of gender role behavior A.B. Heilbrun, the Dur-Moll scale in the L. Szondi technique, the m / f scale of the PDO-2 AE. Licko. When processing the data, the Fisher angular conversion criterion and the Tay Kendall correlation method were applied.

*Description of the sample.* The study was conducted on the basis of the gynecological department of the Ukrainian Scientific Research Institute for the Health of Children and Adolescents, as well as the comprehensive schools of Kharkov. The study involved girls suffering from PC, and healthy girls. All of them were divided into two age groups: 13-14.5 years and 15-17 years. The total number of teenage girls was 199 people.

*Results of the study.* For each of the study groups, the percentage of gender identity was established in accordance with the M / F levels of the symptom-complex (Table 1), and a comparative analysis was carried out with a group of healthy girls.

Table 1.

**Level distribution of M / F formations in patients of girls of the first and second age groups in comparison with healthy**

Levels of M / F symptom complex		1 age group			2 age group		
		Frequency in%		The level of differences, $\varphi$	Frequency in%		The level of differences, $\varphi$
		ПК n=49	ЗГ n=50		ПК n=50	ЗГ n=50	
Sociogenic	M	0	6	2,48**	0	0	0
	Ф	45,1	34	1,14	23,5	26	0,29
	A	39,2	48	0,89	76,5	70	0,73
	H	15,7	12	0,54	0	4	2,02*
Behavioral	M	73,6	38	3,8**	62	20	4,43**
	Ф	26,4	62	3,8**	38	80	4,43**
Biogenic	M	78,4	64	1,6*	82,4	42	4,33**
	M!	0	12	3,22**	5,9	12	1,08
	Ф	21,6	36	1,6*	17,6	58	4,33**
	Ф!	3,9	12	1,55	0	8	2,56**

Note: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ ;

ZG is a healthy group of girls;

- Fisher's angular transformation criterion;

A - androgynous type; M - masculine type; F - feminine type; H - undifferentiated in the sexo relation; M! - coefficient M = 100%; F! - coefficient  $\Phi$  = 100%.

From Table 1 it can be seen that the girls of the first age group suffering from PC at the sociogenic level more often define themselves as feminine (45.1%), and also androgynous (39.2%). These indicators do not distinguish them from a group of healthy girls. However, in girls with PC, there is no masculine type of gender identity, which indicates a denial of masculine characteristics at the level of the self-concept. At the same time, at the behavioral and biogenic levels, in those suffering from PC, the masculinity indicators are significant (73.6% and 78.4%, respectively), while in healthy girls the femininity index dominates at the behavioral level, and on the biogenic - the feminine characteristics are presented Significantly more often. Thus, we can observe a cross-level inconsistency: behavioral masculinity is based on biogenic (deep) masculinity, but at the level of the I-concept it is not accepted, and girls evaluate themselves as feminine. In the healthy group of younger adolescents, inter-level coordination is noted: "androgynous" (48%) and "feminine" (34%) girls at the behavioral level have significantly high rates of femininity. And girls with high biogenic masculinity (64%) have the opportunity to

compensate for it. A.S. Kocharyan in his works noted the existence of inter-level compensation [2]. And this means that people who have pronounced masculine (or feminine) characteristics at the biogenic level, can detect feminine (or masculine) traits at the behavioral level and at the level of gender identity (sociogenic).

In spite of the fact that in the second age group of sick girls the features of the inter-level distribution of M / F formations are similar to the first age group, a number of distinctive features should be noted. So for the group with PC, at the sociogenic level, an increase in the number of girls evaluating themselves as androgynous (76.5%) is characteristic. In this case, there is a negation of the masculine characteristics at the level of the H-concept. The same indicators are also observed in the group of healthy girls. A high percentage of "androgynous" adolescent girls can be explained, firstly, by age changes, by the completion of the cleavage of M / F formations by the age of 15-16 - against the background of intensive endocrine system functioning, there is a growing desire for girls to like boys, Forms of behavior and suppressing masculine; The formation of erotic and sexual libido (1 phase), the choice of the object of attraction. Secondly, this may be a consequence of the introjection of the masculine values adopted in European culture. A.S. Kocharyan argued that the cultural norms of women's behavior are "artificial", and noted the existence of a gap between deep, biogenic femininity and its presentation at the level of the self-concept [2]. However, if in healthy girls the androgenic sex-role concept is consistent with the prevailing behavioral and biogenic femininity, then in the group with PC, an increase in the percentage of girls with a significantly dominant masculinity is observed in both behavioral (62%) and biogenic (82.4%) . Moreover, among 17.6% of girls with biogenic femininity there is none with F = 100% on the scale of Dur-Moll L. Szondi.

The nature of the intra-structural bonds of the M / F formations determines the model of the organization of the M / F symptom complex: the continual-alternative, androgenic and continual-adiective. In this case, relying on the remark of A.S. Kocharyan [2] that the androgynous and continual-adjunctive models function only at the sociogenic level of the symptom complex, we studied the interrelations of M and F of the parameters of the A.B. Heilbrun (diagnosing sex-role "I am a concept" of personality).

Table 2 presents the correlation coefficients of M and F parameters in groups of girls of different ages.

Table 2

**Connection of M / F formations in different age groups  
Teenage girls suffering from PC**

Description of the sample	ПК	
	Girls 13-14,5 years oldn = 49	Girls 15-17 years oldn = 50
Communication level, $\tau$	0,36**	0,003

Note: \* - p <0.05, \*\* - p <0.01

$\tau$  - is the Kendall correlation coefficient.

As can be seen from Table 2 in the first age group of adolescent girls suffering from PC, the association of M / F formations is significantly positive, which is characteristic of the continual-adiective sex-role model. Those. There is an undivided inner unity of masculinity and femininity in the structure of the personality of the girls of this group. This model is normative for girls up to 15-16 years of age and represents an immature structure of the symptomatic complex of early pubertal. A.S. Kocharyan notes that the unity of M and F formations within the framework of this model is controversial: on the one hand, girls negatively assess, criticize the representatives of their gender, overestimating the male; On the other hand, - girls adopt stereotypes, behavior patterns, characteristic for women's space [2]. Beginning with the period of sexual segregation, one can observe the beginning of preparation for the cleavage of M / F formations. At this time, girls want to like the opposite sex, show female forms of behavior and suppress the male. And by the age of 15-16 the splitting of M and F structures is completed - a transition to a mature androgynous sex-role model is observed. Here between M / F indices there are relations of

independence, which we observe in the second age group of girls suffering from PC. Thus, we can say that sex-role models of girls with PC meet age norms (the data coincide with the indicators for healthy girls: the 1st age group is 0.42 \*\*, the 2nd age group is 0.19).

**Conclusions.** The above research results allow us to state:

1. For girls suffering from PC, the presence of sex-role models corresponding to age norms is characteristic: in the first age group - continual-adjutant, in the 2nd - androgyne sex-role model. However, these models function only at the sociogenic level of the M / F symptom complex and act only within the framework of the "self-concept" of the individual.

2. When analyzing the level characteristics of M / F formations, their inter-level links, a number of deformations are noted. In the first age group, there is an inter-level inconsistency: behavioral masculinity is based on biogenic (deep) masculinity, but at the level of the self-concept it is not accepted, and girls evaluate themselves as feminine. So at the sociogenic level we observe the correct sex-role model - continual-adjunctive, but within the personality there is a sex-role imbalance, which leads to the rigidity of sex-role behavior, the difficulties of mastering a broad gender repertoire of roles. With age, the picture does not change dramatically. In the 2nd age group, the number of androgynous girls increases at the level of the "I-concept", which provides the age-appropriate androgyne sex-role model. However, inter-level inconsistency remains: emphasizing its feminine essence at the sociogenic level, with primary masculinity (biogenic level) and high masculinity at the behavioral level. Thus, girls can identify an inadequate image of self, which leads to sex-conflict.

3. Analysis of the results indicates the presence of sex-role transformation in girls suffering from PC. This, in turn, suggests that the PC can become a form of pseudo-resolution of the conflict in the sex-sphere.

The conclusions make it possible to raise the question of the influence of gender role deviations on the formation of pathologies of the gynecological sphere.

#### REFERENCE:

1. Isayev D.M. Psikhosomaticheskiye rasstroystva u detey: rukovodstvo dlya vrachey / D.M. Isayev. - SPb.: Izdatel'stvo «Piter», 2000. - 512 s.
2. Kocharyan A.S. Lichnost' i polovaya rol' / A.S. Kocharyan. - Khar'kov: «Osnova», 1996. - 127 s.
3. Likuvannya dívchat-pídlítív íz porushennyami statevogo rozvitku í menstrual'noí funktsíi. Metodichni rekomendatsíi / Píd red. S.O. Levenets'; Ukraíns'kiy naukovo-doslídnits'kiy ínstitut okhoroni zdorov'ya dítey ta pídlítív. - KH., 2005. - 38 s.
4. Malkina-Pykh I.G. Psikhosomatika: Spravochnik prakticheskogo psikhologa / I.G. Malkina-Pykh. - M.: Izd-vo Eksmo, 2005. - 992 s.
5. Nagorna A.M. Reprodukativne zdorov'ya ta stateve vikhovannya molodí: Monografiya / A.M. Nagorna, V.V. Bepal'ko. - K.: Vid-vo Évropey. un-tu, 2004. - 407 s.
6. Radzinskiy V.Ye. Devushki-podrostki: sovremennyye tendentsii formirovaniya reprodukativnogo potentsiala / V.Ye. Radzinskiy, M.B. Khamoshina. - Sibirskiy meditsinskiy zhurnal, 2010. - Tom 25. - № 4. - Vypusk 2. - S. 43 - 51.