

Кафедра общей и клинической психологии

Заведующая кафедрой общей и
клинической психологии, доктор
психологических наук, профессор,
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГЭК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа на тему:

*Эмоциональные особенности и гендерные установки женщин с
альгодисменореей*

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
студент 6 курса
отделения клинической психологии
Жилякова Александра Андреевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
Ассистент кафедры
Пахомова Фетиса Васильевна
_____ (подпись)
рекомендуемая оценка: _____

Санкт-Петербург
2024

Оглавление

Оглавление	2
Введение	3
1. Теоретические основы данной работы	5
1.1 Понятие альгодисменореи	5
1.2 Психологические особенности пациенток с альгодисменореей	15
1.3 Гендерно-ролевой конфликт	20
2. Организация и методы исследования	32
2.1 Описание выборки	32
2.3 Описание методов исследования	37
2.3.2 Экспериментально-психологический метод	37
2.3.3 Методы математико-статистической обработки данных	42
3. Описание результатов исследования	42
3.1 Анализ показателей боли у девушек с альгодисменореей по опроснику Мак-Гилла	42
3.2 Анализ показателей боли у девушек с альгодисменореей по ВАШ	44
3.3 Сравнительный анализ уровня тревоги и депрессии у девушек с альгодисменореей и без альгодисменореи	45
3.4 Сравнительный анализ локуса ролевого конфликта у девушек с альгодисменореей и без альгодисменореи	46
3.6 Сравнительный анализ сексуальных установок и маскулинности феминности у девушек с альгодисменореей и без альгодисменореи	49
3.7 Корреляционный анализ	51
3.14 Обсуждение результатов	54
4. Выводы	55
Заключение	57
Список использованной литературы	58

Введение

Альгодисменорея – это заболевание, представляющее собой схваткообразные или ноющие боли в первые дни менструаций, возникающие на фоне общего недомогания (Синчихин С.П. и др., 2010). В МКБ-10 термин «Альгодисменорея» считается нозологическим синонимом диагноза дисменорея неуточнённая (N94.6).

Данное состояние по разным источникам встречается у российских женщин в случаях от 12% до 90%, а у 10-25% женщин фертильного возраста встречается тяжёлая форма альгодисменореи, которая сопровождается острыми болями внизу живота, тошнотой, общим недомоганием (Исенова С.Ш., Сапаралиева А.М., Абдыкалыкова Б.И., 2020). На ряду с этим существует мало психологических исследований альгодисменореи.

По данным исследований Кучмой В.Р. у девушек-подростков с альгодисменореей есть психологические особенности: склонность к невротическим реакциям, чрезмерная реакция на учебный стресс. Согласно Насыровой Р.Ф. и Сотниковой Л.С. (2009), у девушек с альгодисменореей наблюдается стабильная негативная динамика, связанная с различными факторами, такими как неблагоприятная экологическая обстановка, неравновесная учебная нагрузка, хронический стресс, неправильный образ жизни и наличие вредных привычек

Цель: выявить эмоциональные особенности и гендерные установки у женщин с альгодисменореей.

Гипотеза:

У женщин с альгодисменореей присутствует гендерно-ролевой конфликт между гендерными характеристиками и реальным гендерным статусом, и он сопровождается снижением их эмоционального фона.

Задачи:

1) Выявить степень выраженности и особенности восприятия болевого синдрома у женщин с альгодисменореей.

2) Выявить уровень тревоги и депрессии у женщин с альгодисменореей, сравнить его с уровнем тревоги и депрессии у женщин без альгодисменореи.

3) Выявить гендерные представления и стереотипы у женщин с альгодисменореей и сравнить с женщинами без альгодисменореи.

4) Выявить особенности отношения к сексуальной жизни у женщин с альгодисменореей, и сравнить их с особенностями отношения к сексуальной жизни у женщин без альгодисменореи.

5) Выявить локус ролевого конфликта у женщин с альгодисменореей и сравнить его с локусом ролевого конфликта у женщин без альгодисменореи.

Объект исследования: женщины с альгодисменореей.

Предмет исследования: гендерные, сексуальные и эмоциональные особенности девушек с альгодисменореей.

Методики:

1. Анкета.
2. Болевой опросник Мак-Гилла в модификации Кузьменко В.В.
3. Визуально аналоговая шкала интенсивности боли.
4. Шкала депрессии Бека
5. Шкала тревоги Бека.
6. Шкала локуса ролевого конфликта.
7. Опросник установок к сексу Г.Айзенка.
8. Анкета «Гендерные характеристики личности».

В качестве статистических методов применялся программный пакет Statistika 10.0.

1. Теоретические основы данной работы

1.1 Понятие альгодисменореи

Альгодисменорея – серьезная проблема, с которой может столкнуться женщина. Альгодисменорея – это заболевание, представляющее собой схваткообразные или ноющие боли в первые дни менструаций, возникающие на фоне общего недомогания (Синчихин С.П. и др., 2010).

Холлингуорт Т. (2018) описывает альгодисменорею, как патологическое состояние, проявляющееся у женщин в период менструации и характеризующееся острыми болями, утратой работоспособности, эмоциональной нестабильностью.

Кроме того, альгодисменорея (альгоменорея, дисменорея) это циклический патологический процесс. При альгодисменорее появляются менструальные боли внизу живота, они могут сопровождаться эмоционально-психическими, вегетативными, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными симптомами (Лебедев В. А. и др., 2020).

Альгодисменорея – проявление нарушения менструального цикла. Ведущий симптомом альгодисменореи является болевой синдром в виде болей во время менструации внизу живота, в области крестца, поясницы. Он сопровождается общим недомоганием и психовегетативными нарушениями (De Sanctis V., Soliman A, Bernasconi S. P, 2015)

Согласно исследованиям Самигуллиной (2009), наиболее распространенными причинами специфических функциональных нарушений у девушек являются нерегулярные менструальные циклы и альгодисменорея. Эти нарушения можно назвать наиболее характерными среди современных девушек.

Более подробные научные исследования за последние десятилетия показывают ухудшение состояния здоровья подростковых девушек в большинстве стран мира. Доля здоровых девочек и девушек снижается, а

уровень функциональных нарушений и хронических заболеваний увеличивается (Баранов, Лапин, Яковлева, 2011).

Исследование, проведенное Исеновой, Сапаралиевой и Абдыкалыковой (2020), подняло вопрос о распространенности альгодисменореи, основываясь на анализе литературных источников. Исследователи пришли к выводу, что данное заболевание является широко распространенным. Дисменорея занимает основное пространство среди гинекологических задач в репродуктивном возрасте, частота ее модифицируется от 12% до 90%. Тяжелая форма дисменореи встречается у 10-25% женщин в возрасте, способном к зачатию. Статистические материалы обычно предусматривают только те эпизоды дисменореи, которые значительно понижают активность женщины и требуют врачебной консультации. Однако эти материалы могут недостаточно всесторонне отражать фактическое распределение альгодисменореи. Это объясняется двумя условиями (Аян и др., 2012)

1. Недостаток однозначных и стандартизированных критериев диагностики и определения альгодисменореи приводит к различным трактовкам настоящего состояния. Разные изыскания употребляют различные спектры - от случайных менструальных спазмов до боли, которая кардинально ограничивает ежедневную активность и требует лечебного облегчения.

2. Так как женщины воспринимают боль во время менструаций нормой – статистические показатели занижены, не все женщины входят в исследовательскую выборку.

Алиханова Е. С. (2019) отмечает, что Важными факторами риска развития первичной дисменореи считаются:

- Ранний возраст начала менструаций (ранее 11 лет);
- Большая продолжительность менструального цикла (более 45 дней у подростков и более 38 дней у женщин репродуктивного возраста);
- Наследственность;

- Курение.

Довольно часто в литературе встречается разделение альгодисменореи по клиническим проявлениям на первичную и вторичную. Первичная альгодисменорея начинается в подростковом возрасте. Обычно, она не связана с заболеваниями женских половых органов и сопровождается болью во время менструации, не связанной с патологией малого таза (Chia CF et al, 2013). Вторичная альгодисменорея как правило развивается после 30 лет, причём развивается она на фоне воспалительных или невоспалительных гинекологических заболеваний, после осложненных родов, грубых абортов и т. д. (Grandi G et al, 2012).

В соответствии с исследованием Синчихина С. и соавторов (2010), первичная дисменорея, также общераспространенная как спазматическая, спастическая, идиопатическая или эссенциальная маточная "стенокардия", представляется функциональной конфигурацией дисменореи, при которой отсутствует присутствие органических патологий половых органов.

Есть различные классификации первичной дисменореи. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. (1999) приводят следующие классификации:

Первичная дисменорея 2 видов:

- эссенциальная – из-за низкого болевого порога, психогенная – из-за страха ожидания менструации.

Если исходить из интенсивности боли, патология бывает:

- компенсированная – интенсивность симптомов и сами симптомы не изменяются из года в год, декомпенсированная – со временем болезненность протекания менструаций и выраженность симптомов усиливается.

По тяжести течения:

1. Лёгкая (1 степень) – лёгкая, кратковременная болезненность которая не приводит к потере трудоспособности;

2. Средняя (2 степень) – наблюдается умеренное снижение трудоспособности, вместе с болью внизу живота могут быть дополнительные симптомы - слабость, тошнота, озноб, учащённое мочеиспускание, психоэмоциональная нестабильность;

3. Тяжёлая (3 степень) – трудоспособность утрачивается полностью, боль внизу живота интенсивная и нестерпимая, также наблюдается боль в пояснице, присоединяются значительные нейровегетативные и обменно-эндокринные нарушения - потеря сознания, рвота, боли в сердце и т.д.

В развитии первичной альгодисменореи могут быть следующие причины, согласно Синчихину С. П. и др. (2010):

- Механические нарушения включают в себя различные аномалии развития матки, такие как нарушения положения матки (гиперантефлексия), атрезия шейки матки и другие патологические состояния. Эти состояния создают препятствия для нормального оттока менструальной крови.

- Эндокринные причины – связанные с чрезмерно активным синтезом простагландинов и замедленным процессом их распада.

- Нейропсихогенные факторы включают в себя индивидуальное снижение порога болевой чувствительности, а также отрицание сексуальных аспектов жизни и самоидентификацию в роли женщины и матери.

По конституциональным причинам (таким как инфантилизм) возникает недостаточное развитие матки, а также недостаток в развитии миометрия, что ограничивает способность органа к растяжению во время менструации. В результате возникает повышенное давление на стенки матки, раздражение чувствительных нервных волокон и возникновение болевого синдрома.

Боли при первичной альгодисменореи, согласно Джобаву Э. М. и Логиновой К. Б. (2014), имеют следующий патогенез: «в своей основе

возникает гиперпродукция простагландинов с возможным нарушением их соотношения. Недостаточная концентрация прогестерона в лютеиновой фазе менструального цикла способствует увеличению секреции простагландинов. Завершение формирования болевого синдрома происходит с участием вегетативной нервной системы, которая вносит свой вклад в разнообразие симптоматики и связанных жалоб».

Исследование Сметника В.П. и Тумиловича Л.Г. (2001) указывает, что приобретенная альгодисменорея, также называемая органической дисменореей, характеризуется появлением болезненных ощущений в нижней части живота во время менструации, которые вызываются различными гинекологическими заболеваниями. Наиболее распространенными причинами приобретенной дисменореи, согласно исследованиям, являются:

- Эндометриоз,
- Миома и опухоли яичников,
- Воспалительные процессы внутренних половых органов,
- Применение внутриматочной контрацепции,
- Пороки развития гинекологических органов,
- Разрывы заднего листка широкой связки матки (синдром Алена-Мастерса),
- Варикозное расширение пристеночных тазовых вен или вен в области собственной связки яичников,
- Спаечный процесс в малом тазу.

Жалобы пациентов, страдающих этой патологией, связаны с болью и ухудшением общего состояния, которые могут возникать одновременно с началом менструации или за несколько часов до ее начала. В соответствии с мнением Межевитиновой Е.А. и Прилепской В.Н. (2001), боли в большинстве случаев бывают схваткообразными, реже – тянущими, ноющими или распирающими, и могут излучаться в область поясницы, паха, промежности, прямой кишки или верхней части внутренней поверхности бедер.

Интенсивность болевого синдрома при альгодисменорее может варьировать. Бывают умеренные боли, которые не существенно влияют на работоспособность и хорошо поддаются обычным анальгетикам или спазмолитикам, а также чрезвычайно интенсивные боли, требующие профессиональной медицинской помощи.

Выделяют периферический и центральный механизмы развития болевого синдрома (Czajkowska M., Droszol-Cop A., Gałazka B., 2015):

1. Периферический механизм связан с происхождением изменений в тонусе сосудов органов малого таза, что ведет к нарушению поступления кислорода в клетки и накоплению вредных веществ, таких как гистамин, серотонин, катехоламины, кинины и простагландины. Раздражение от ноцирецепторов тканей передается по нервным путям в ядра гипоталамуса и другие структуры центральной нервной системы. В результате этого приключается увеличение синтеза простагландинов, что провоцирует спастические сокращения гладкой мускулатуры матки и повышает чувствительность ноцирецепторов к различным стимулам.

2. Центральный механизм разворачивается из-за нарушения адаптационных способностей в области таламуса и гипоталамуса, а также приумножения возбуждения ноцирецептивной системы. Это приводит к снижению порога болевой чувствительности и, соответственно, происхождению болевых чувств в ответ на физиологические процессы, приключающиеся в организме. Как пишут Синчихин и др. (2010), функциональная дисменорея сопровождается комплексом:

Эмоционально-психические проявления могут наблюдаться, такие как изменение настроения, раздражительность, лишение аппетита, депрессия, сонливость, бессонница, булимия, увеличенная чувствительность к запахам, модифицирование пищевкусовых предпочтений и другие. Кроме того, могут обнаруживаться вегетативные симптомы, включающие тошноту,

регургитацию, икоту, онемение, чувство жара, увеличенное потоотделение, увеличение температуры тела, сухость во рту, нередкие позывы к мочеиспусканию, чувство неполного сброса, вздутие живота и другие. Также замечаются симптомы, объединенные с вегетативно-сосудистой системой, например обмороки, головная боль, головокружение, убыстренное или замедленное сердцебиение, экстрасистолия, боли в области сердца, оледенение конечностей, онемение рук и ног, отеки век и лица и другие. Кроме того, вероятны симптомы, связанные с нарушением обменно-эндокринной системы, такие как рвота, ощущение "ватных" ног, общее впечатление слабости, зуд кожи, боли в суставах, отеки, увеличенное мочеотделение и т.

Согласно Алихановой Е. С. (2019) диагностика альгодисменореи основывается на:

1. Клинических симптомах (жалобах пациента),
2. Данных анамнеза (истории заболевания и жизни)
3. Лабораторно-инструментальных методах исследования.

Для оценки состояния пациента проводят измерение индекса массы тела и окружности талии. Кроме того, проводится влагалищно-абдоминальное исследование. Для более объективной оценки болевых ощущений, так как их восприятие субъективно, используется шкала ВАШ (Визуальная Аналоговая Шкала, VAS - visual analogue scale). Шкала ВАШ позволяет количественно оценить интенсивность боли по градации от 0 (отсутствие боли) до 10 (невыносимая боль) баллов, а также учесть многогранность болевых ощущений (Альфонсин М.М. и др., 2019). После того как специалист соберет жалобы и уточнит анамнез, выполняется гинекологический осмотр. Далее пациентку с альгодисменореей направляют на комплексное обследование, включающее УЗИ органов малого таза, общие анализы крови и мочи, исследование на наличие инфекций, передающихся половым путем, а также

измерение уровня гормонов. При необходимости для дополнительной информации может быть выполнено КТ и МРТ малого таза.

Как пишут Синчихин и др. (2010), комплекс, сопровождающий функциональную дисменорею, включает:

Вероятны психические и эмоциональные проявления, такие как изменение настроения, раздражительность, потеря аппетита, депрессия, сонливость, бессонница, булимия, повышенная чувствительность к запахам и изменение пищевкусовых предпочтений. Также могут обнаруживаться вегетативные симптомы, такие как тошнота, регургитация, икота, онемение, чувство жара, увеличенное потоотделение, увеличение температуры тела, сухость во рту, нередкие позывы к мочеиспусканию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, вздутие живота и другие подобные проявления. Кроме того, вероятны симптомы, связанные с вегетативно-сосудистой системой, такие как обмороки, головная боль, головокружение, убыстренное или замедленное сердцебиение, экстрасистолия, боли в области сердца, чувство холода, окостенение рук и ног, отеки век и лица. И наконец, могут обнаруживаться симптомы, связанные с нарушениями обменно-эндокринной системы, такие как рвота, чувство "ватных" ног, общая слабость, зуд кожи, боли в суставах, отеки, убыстренное мочеотделение и другие сходственные проявления. Согласно Алихановой Е. С. (2019), диагностика альгодисменореи основывается на:

1. Клинических симптомах (жалобах пациента);
2. Данных анамнеза (истории заболевания и жизни);
3. Лабораторно-инструментальных методах исследования.

Перед началом обследования альгодисменореи проводится измерение индекса массы тела и окружности талии. Неотъемлемой частью процедуры является влагалищно-абдоминальное исследование. Для более объективной оценки болевых ощущений применяется шкала ВАШ (Визуальная Аналоговая

Шкала, VAS – visual analogue scale), поскольку восприятие боли является субъективным. Шкала ВАШ оценивает интенсивность боли от 0 (отсутствие боли) до 10 (непереносимая боль) баллов, учитывая при этом разнообразные аспекты болевого синдрома (Альфонсин М.М. и др., 2019). После того как были собраны жалобы и анамнез, специалист проводит гинекологическое обследование. Затем женщину с альгодисменореей направляют на дополнительное обследование, включающее ультразвуковое исследование органов малого таза, общие анализы крови и мочи, анализ на наличие инфекций, передающихся половым путем, а также измерение уровня гормонов. Для получения дополнительной информации о состоянии органов малого таза могут быть применены компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ)

Также, существуют психосоматические теории возникновения альгодисменореи. Согласно Буната Д. и Щербинина Н., есть гипотеза, которая говорит о том, что болезненность месячных связана с отношением женщины к своему женскому началу. Чем хуже отношение к женскому началу, тем болезненнее месячные (Буната Д., 2019, Щербинина Н.).

Лечение альгодисменореи проводится на поликлинической основе. Основным методом лечения является комбинированная терапия, включающая фармакотерапию и физиотерапию. При наличии гинекологических заболеваний тактика лечения определяется в зависимости от основного патологического процесса. У пациенток с альгодисменореей назначают следующие мероприятия (Кулагина Н. В., 2018):

1. НПВС. Нестероидные противовоспалительные средства подавляют синтез простагландинсинтетазы. Рекомендуется начинать прием препаратов за 2-4 суток до начала менструации и прекращать через 2-4 суток после ее начала.

2. Пациенткам с альгодисменореей назначаются препараты, в состав которых входит спазмолитик и анальгетик. Если альгодисменорея сопровождается очень болевым интенсивным синдромом, препараты внутривенно или либо внутримышечно вводят циклов – 3 или 4, иногда – с успокоительными и антигистаминными средствами.

3. Пациенткам с альгодисменореей назначают оральные контрацептивы, содержащие левоноргестрел и этинилэстрадиол, при отсутствии спазмолитиков и анальгетиков.

4. Во второй фазе цикла или непосредственно перед началом менструации, пациентки с альгодисменореей направляются на процедуры фонофореза и электрофореза с использованием сульфата магния, бромида натрия, тримекаина или новокаина. Кроме того, пациенткам назначают коротковолновую диатермию, ультразвуковое лечение и диадинамические токи. В некоторых случаях специалисты применяют рефлексотерапию.

5. В случае наличия психоэмоциональных расстройств рекомендуется консультация психолога или психотерапевта. Пациенты, страдающие альгодисменореей, получают психологическую поддержку, обучаются релаксационным техникам, а также проводятся разъяснительные беседы о природе альгодисменореи и ее безопасности для жизни. Психотерапия является одним из методов лечения.

Лечение первичной и вторичной дисменореи имеет существенные различия в подходах. Согласно исследованию Daniels S. et al (2019), при лечении первичной альгодисменореи используются препараты первой линии, включающие нестероидные противовоспалительные препараты, гестагены (синтетические производные прогестерона) и комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Лечение вторичной дисменореи определяется основным заболеванием, провоцирующим ее развитие.

Прогноз для большинства случаев альгодисменореи является благоприятным и зависит от варианта и степени тяжести. Если причина дисменореи была своевременно определена и применена адекватная тактика лечения, женщина может полностью избавиться от менструальных болей или существенно уменьшить их выраженность. Данные литературы показывают, что у 80,5% пациенток с первичной дисменореей, которые принимали НПВП препараты, состояние нормализуется в течение трех-четырех месяцев. Кроме того, эффективность гормональной терапии достигает 90% (Bishop K.C. et al, 2019).

Таким образом, альгодисменорея является довольно распространенным заболеванием у девушек и женщин и оказывает серьезное негативное влияние на их физическое и психическое здоровье, и в связи с этим снижает значительно их качество жизни.

1.2 Психологические особенности пациенток с альгодисменореей

Психологические особенности пациенток с альгодисменореей целесообразно рассмотреть, поскольку альгодисменорея оказывает негативное влияние на психическое состояние женщин. Болевой синдром является ведущим проявлением широкого спектра нейровегетативных, обменно-эндокринных, психических и эмоциональных отклонений, включенных в дисменорею как нарушение менструальной функции. Здоровье людей состоит из двух взаимосвязанных компонентов – физиологического и психологического.

Изменение психосоматического статуса - одно из последствий дисменореи у девушек, помимо потери трудоспособности (Z. Harel, F. M. Viro, R. K. Kottenhahn и др., 2006).

Первичная дисменорея у детей и подростков чаще всего является результатом воздействия различных факторов этиологии на развивающийся организм. Среди них следует отметить осложнения перинатального периода,

острые и хронические инфекционные заболевания в детском и подростковом возрасте, хронические соматические нарушения, нарушения обмена веществ, психогенные факторы и другие (Вихляева Е. М., Е. А. Богданова, Н. И. Кондриков, 1994).

Уринбоева и её коллеги (2018) провели исследование, сориентированное на выявление преимущественно необходимых условий риска первичной дисменореи у девушек. По результатам предоставленного изыскания авторы выявили, что у всякой второй женщины, которая мучается от дисменореи первичной, отслеживались последующие особенности: задержка менструального цикла, добавочные занятия вне школы. Среди необходимых моментов риска у матерей девушек, обнаруженных исследователями, были следующие: образование не выше средней школы, низкий уровень социального обеспечения, длительность рабочего дня более 8-9 часов, ночная работа, существование первичной дисменореи, анемия до беременности, возраст матери при рождении ребенка 30 лет и старше, высокая частота родов в прошлом, пассивное курение, лактация менее полугода. Из данного изыскания можно сделать вывод о том, что образ жизни матерей пациенток обнаруживает воздействие на формирование альгодисменореи.

Другие исследования, фокусирующиеся на психологическом аспекте дисменореи, показывают, что периодический болевой синдром может приводить к социальной дезадаптации (Микиртумов Б.Е., 1988). Ожидание и восприятие месячных болей как стрессового фактора может уменьшить психологический порог болевой чувствительности, что приводит к усилению симптомов дисменореи и оказывает негативное влияние на общее самочувствие, эмоциональное и психическое благополучие. Дисменорея может привести к временной нетрудоспособности и вызвать ошибки на работе, вплоть до профессионального травматизма.

По данным исследования Насыровой Р.Ф. и Сотниковой Л.С. (2009), у девушек, страдающих альгодисменореей, наблюдается постоянное ухудшение

состояния, обусловленное различными факторами, такими как неблагоприятная экологическая ситуация, перегрузка учебной, хронический стресс, неправильный образ жизни и вредные привычки. Психические расстройства при дисменорее представляют собой широкий спектр симптомов и оказывают негативное влияние на социальную адаптацию, ход и прогноз болезни. Результаты исследования, проведенного Кучмой В.Р. и соавторами (2014), показывают, что психопатологические синдромы, наблюдаемые в период подросткового возраста и ранней репродуктивной жизни при данном заболевании, проявляются разнообразно и объединяются в невротические реакции и состояния. Психические расстройства при альгодисменорее претерпевают изменения со временем, прогрессируя от невротических реакций к невротическим состояниям. Формирование и динамика психических расстройств обусловлены как физическими, так и психологическими и социальными факторами.

В исследовании Чутко Л.С. и Родионовой Е.Ю. (2016) отмечается, что девушки, страдающие альгодисменореей, испытывают психологические нарушения, в которых особое внимание уделяется психовегетативным расстройствам. Авторы предоставленного исследования обнаружили психовегетативные нарушения, проявляющиеся в виде различных синдромов, таких как цефалгический синдром, гипервентиляционный синдром, вестибулопатический синдром и функциональная кардиопатия. Особенностью этой категории больных представляется существование астенического синдрома и высокий уровень реактивной и личностной тревожности. Выявленные психические необыкновенности у девушек с альгодисменореей обнаруживают негативное воздействие на их учебную деятельность, так как приводят к пропускам уроков и снижению успеваемости. Они также воздействуют на психосоциальную адаптацию и общее качество жизни подростков.

Разнообразные психосоциальные факторы могут оказывать влияние на возникновение, ход и эффективность лечения альгодисменореи. Исследование, проведенное Атамбаевой Р. М. и Мингазовой Э. Н. (2015), позволяет сделать вывод, что в структуре факторов, влияющих на риск развития альгодисменореи, особую роль играют поведенческие, медицинский анамнез, социально-гигиенические, медико-биологические и другие факторы. Особое внимание следует обратить на то, что в каждой из этих групп присутствуют факторы, которые можно контролировать, а также факторы, которые выходят за пределы нашего влияния. К управляемым факторам можно отнести наличие хронических заболеваний, вредные привычки, неправильное питание, недостаточный сон и другие аспекты, которые могут быть изменены и контролируются в клинической практике. Негативное воздействие этих факторов может быть снижено или устранено путем принятия соответствующих мер.

Однако существуют также неуправляемые факторы, которые связаны с репродуктивным здоровьем матери, недоношенностью при рождении и другими влияниями, на которые невозможно повлиять напрямую. В таких случаях, необходимо обратить внимание на факторы, которые могут помочь усилить общую здоровую жизнь и повысить сопротивляемость организма таким неблагоприятным воздействиям. Это может включать в себя поддержание здорового образа жизни, правильное питание, регулярную физическую активность и другие меры поддержания физического и психического здоровья.

Таким образом, важно принять во внимание как управляемые, так и неуправляемые факторы, чтобы разработать комплексный подход к эффективной клинической практике и снизить негативные последствия для здоровья девушек.

Болдырева Т., Нотова С. и Канцельсон Ю. (2013) подчеркивают важную психологическую особенность пациенток, страдающих альгодисменореей,

которой представляется изменение системы отношений в связи с социальной дезадаптацией. В их изыскании выявлены особенности в структуре самоотношения у девушек с дисменореей, такие как: сниженное самоуважение, аутосимпатия и установка к самоуничижению. Отмечается, что представление «Боль» располагает специализированную значительность и тесно объединено со самоотношением у девушек, страдающих дисменореей. Также отмечается, что у девушек с периодическими болями замечается наименьшая симпатия к понятию «Женщина», а понятие «Моё прошлое» имеет неблагоприятную индивидуальную расцветку в контексте оценки и активности.

Бургуван М. С., Макаричева Э. В. (2020) выявили следующие специфические психологические особенности пациенток с альгодисменореей: своеобразие совладающего поведения (дистанцирование, бегство-избегание), психологических защит (отрицание, регрессия), повышенный уровень тревожности и низкий уровень самооценки.

Самооценка уровня боли является психологическим аспектом, который необходимо учитывать у пациенток с альгодисменореей. Прохорова О. В., Гринева О. В. (2019) выявили, что 64,4% девушек оценили интенсивность болевого синдрома от 5 до 8 баллов по шкале ВАШ. Кроме того, эмоциональная сторона восприятия болевого синдрома, связанного с менструацией, преобладает над физическим компонентом боли в самовосприятии. Особенно важно то, что дисменорея существенно ограничивает качество жизни девушек, не позволяя выполнять тяжелые и умеренные физические нагрузки, а в период менструации они могут выполнять только простые действия, связанные с самообслуживанием.

Таким образом, ряд психологических особенностей у пациенток с альгодисменореей характеризуется наличием психовегетативных нарушений, наличием психосоциальных стрессоров, изменением системы отношений, спецификой личностных особенностей, а также самооценкой уровня боли, с

акцентом на эмоциональную составляющую, что существенно ухудшает качество жизни пациенток. В связи с этим лечение альгодисменореи требует междисциплинарного подхода, включающего гинекологов, эндокринологов, неврологов и психологов (психотерапевтов).

1.3 Гендерно-ролевой конфликт

Социальный пол человека, то есть те аспекты личности, которые связаны с процессом социализации (Воронова А. В., 2015), вошло в область психологии не так давно. Термин "гендер" появился благодаря достижениям в разных сферах науки, связанных с проблемами половых различий и половой принадлежности человека. Развитие медицины, сексологии, антропологии, психологии, социологии и других наук позволило получить новый взгляд на эти проблемы.

Проблема внутриличностного конфликта представляется неустранимой частью психологии личности, она присутствует в различных аспектах во всех теоретических подходах к изучению личности. В ходе многостороннего анализа внутриличностных конфликтов были выделены всевозможные их типы, включая "ролевой конфликт". Если есть невозможность выполнять несколько ролей возникает ролевой конфликт, что называется межролевым внутриличностным конфликтом. А также из-за различного понимания требований, какие персона предъявляет к осуществлению своей роли - внутриролевой конфликт. Это определение приводит Кармин (2001). В современном обществе, где общественные нормы и роли становятся все более перемешанными и разнообразными, исследование ролевого конфликта на уровне личности становится исключительно актуальным.

В современных условиях существует большое множество ролей, которые нам приходится играть: профессиональная роль, семейная роль, роль друга, гражданина и многие другие. Каждая из этих ролей предъявляет определенные требования и ожидания к нам. Однако, в некоторых ситуациях, эти роли могут быть несовместимыми и возникает конфликт между ними.

Например, работа может требовать от нас много времени и усилий, что делает невозможным уделение достаточного внимания семье. Или же, конфликт может возникнуть внутри одной роли, например, у лидера команды могут быть различные представления о том, какой должна быть его роль и какие задачи он должен выполнять.

Изучение ролевого конфликта на уровне личности позволяет лучше понять, как эти конфликты влияют на наше самочувствие, эмоциональное и психологическое состояние. Также это помогает разработать стратегии преодоления конфликта и достижения баланса между различными ролями. Это особенно важно в современном обществе, где требования и ожидания к нам постоянно меняются и динамично развиваются.

Таким образом, изучение ролевого конфликта на уровне личности является актуальной и важной задачей, которая позволяет нам лучше разбираться в сложностях, с которыми мы сталкиваемся в современном мире ролей и норм.

Внутриличностный конфликт обладает рядом специфических черт (Анцупов А. Я., 2000):

- представлен в форме психоэмоционального нарушения;
- отражает осознание личностью трудностей в конкретной ситуации;
- отражает процесс выбора и борьбы;
- тесно связан с изменением ценностей и мотивов личности.

Согласно определению О.А. Гаврилицы (1998), ролевой конфликт возникает, когда человек с определенным статусом сталкивается с несовместимыми ожиданиями ролей и не в состоянии удовлетворить требования, предъявляемые этой ролью. Современные исследования в области гендерной психологии описывают проблему трансформации гендерных систем и их влияния на личность. В этом контексте особое внимание уделяется

изучению отдельных гендерных характеристик личности и их изменений в условиях гендерных преобразований в обществе.

Традиционный подход к гендерным ролям характеризуется четким разделением ролей между мужчинами и женщинами. Например, мужчине приписывается роль кормильца семьи, а его сфера деятельности обычно связана с профессиональными обязанностями. В то же время женщине приписывается роль заботливой хозяйки дома, и её сфера деятельности - семейная. Однако эгалитарный подход предполагает отсутствие жесткого разделения и распределения ролей. Здесь домашние обязанности выполняются в зависимости от доступного времени, а профессиональную деятельность может осуществлять человек, в котором она лучше всего реализуется.

Гендерно-ролевой конфликт внутриличностный может быть определен как результат деятельности, связанной с стремлением к самореализации и расширению границ, установленных общественными гендерными нормами. Это проявляется в ограниченном понимании и недостаточной саморефлексии относительно противоречий в различных гендерных ролях, а также в затруднительности определения целей и критериев оценки, которые основываются на ценностях и смысловых аспектах психологического пола личности. Такой конфликт представляет собой психологическое состояние, которое проявляется в ситуациях, когда гендерные представления противоречат друг другу. Например, мужчины могут сдерживать своё и чужое поведение в соответствии с традиционным распределением ролей и испытывать давление со стороны окружающих при нарушении мужской нормы. Это может отразиться на внутреннем мире человека и в его взаимоотношениях с другими людьми.

В подобных ситуациях мужчина может ощущать внутреннее напряжение и дискомфорт, ибо его действия и индивидуальность не соответствуют традиционным представлениям о мужественности. Его

самооценка и самовосприятие могут пострадать, а также возникнуть чувство неполноценности или неприятия среди окружающих. В результате такого конфликта могут возникать затруднения во взаимодействии с другими людьми, в особенности теми, кто придерживается традиционных гендерных норм.

Интересно отметить, что подобные конфликты не ограничиваются только мужчинами. Люди обоих полов могут столкнуться с непреклонными ожиданиями и нормами, связанными с их гендерным статусом, и пытаться справиться с этим противоречием. В конечном итоге, понимание гендерных ролей и преодоление ролевых конфликтов могут способствовать более гармоничному самовыражению и межличностным отношениям.

Гендерно-ролевой конфликт может иметь разнообразные негативные последствия, которые затрагивают как психическое, так и социальное благополучие людей. В результате этого конфликта могут возникать тревожность, депрессия и ощущение неудовлетворенности, поскольку нормы и ожидания, связанные с гендерными ролями, противоречат личным желаниям и потребностям.

Люди, испытывающие гендерно-ролевой конфликт, могут столкнуться с снижением самооценки и уверенности в себе. Это связано с тем, что несоответствие между собственной индивидуальностью и стереотипизированными ролями может создавать чувство неполноценности и неприятия себя.

Конфликт, возникающий из-за разногласий в гендерных ролях, также может повлиять на отношения в паре. Возникают вопросы власти и контроля между партнерами, поскольку традиционные роли и нормы могут создавать неравенство и давление на каждого из них.

К сожалению, в некоторых случаях гендерно-ролевой конфликт может приводить к эпизодам физического и сексуального насилия. Неразрешенные

конфликты и несогласованность в гендерных ожиданиях между партнерами могут способствовать появлению агрессивного поведения и нарушению личной безопасности.

В целом, понимание и осознание гендерных ролей и их влияния на человека являются важным шагом к преодолению гендерно-ролевого конфликта и установлению более гармоничных и здоровых отношений. Однако, важно отметить, что приведенные примеры не являются единственными проявлениями гендерно-ролевого конфликта внутриличностного. Каждый случай может иметь свои особенности и последствия, которые зависят от множества факторов, включая культурные, социальные и индивидуальные обстоятельства.

В своих исследованиях И. С. Клецина (2007) исследует особенности гендерного конфликта, фокусируясь на внутреннем мире человека. Путем анализа подструктур, таких как "Я как индивидуальность" и "Я как представитель гендерной группы", она обнаруживает взаимосвязь между восприятием, полученным от окружающих в процессе взаимодействия, и собственной оценкой себя в качестве носителя гендерных характеристик и исполнителя половым группам специфических ролей.

Гендерные конфликты возникают, когда гендерные стереотипы не соответствуют внутренним установкам личности или при противостоянии различных ролей. В ходе исследования гендерных проблем студенты педагогического вуза подтвердили, что до 65% из них испытывают негативные последствия гендерного конфликта (Ключко О. И., 2023):

Примером гендерного конфликта в ролевом плане может служить ситуация, когда у человека возникает необходимость одновременно выполнять роли жены, матери и студентки. В таких случаях может возникать сложность в идеальном выполнении всех этих ролей, что может приводить к хронической усталости. Кроме того, несоответствие традиционным

гендерным стереотипам, таким как "хорошая мать не должна оставлять маленького ребенка на попечение няне" или "хороший муж обязан обеспечивать семью", может вызывать чувство вины. Если человек не соответствует общепринятым представлениям о "настоящем мужчине" или "настоящей женщине", это может негативно сказаться на его самооценке.

Когда люди нарушают установленные гендерные нормы мужественности и женственности, это может вызывать проявления агрессии со стороны других. Люди могут иметь завышенные требования к представителям противоположного пола, особенно в случаях, когда те не соответствуют установленным гендерным нормам. Кроме того, гендерно-ролевой конфликт может приводить к трудностям в выражении и интерпретации эмоций, а также вызывать страх потери самоконтроля и нежелание принять помощь. Эти трудности связаны с ограничениями, которые часто сопутствуют традиционной мужской роли.

Женщины часто скрывают свои способности и не признают свою компетентность из-за гендерных ограничений и других подобных причин.

Гендерный конфликт имеет биологические, психологические и социальные истоки (Луков В. А., Кириллина В. Н., 2005):

1. Существующие различия в психических и социальных ролях между мужчинами и женщинами указывают на существенные различия в их биологических особенностях, включая анатомо-физиологические особенности и особенности, связанные с функцией репродукции. Из этого можно сделать вывод, что эти различия рассматриваются как неизменные и имеют влияние на формирование психики и социальных ролей у мужчин и женщин.

2. Гендерные конфликты часто возникают в семьях, особенно в традиционных, когда стремление человека к изменению ролевых моделей сталкивается с ожиданиями и предубеждениями, сформированными внутри

семейной системы. Новые информационные модели, которые возникают в психике личности, могут вызывать конфликт между различными участниками семьи. Так, например, женщина, выросшая в эгалитарной семье, может столкнуться с конфликтом в традиционной семье, где ожидают от нее выполнения определенных ролей и обязанностей. Существуют объективные социальные факторы, которые могут приводить к гендерным конфликтам, связанным с распределением домашних обязанностей, лидерством в семье и конкуренцией за высокооплачиваемые и престижные роли между представителями разных полов. Эти причины могут усугубляться, приводя к конфликтам и напряженности внутри семейной системы.

3. Конфликты, связанные с гендером, не возникают исключительно из-за различий между мужчинами и женщинами в обществе. Они обусловлены в основном столкновением традиционных и эгалитарных представлений о ролях и обязанностях. Одной из ключевых причин таких конфликтов становится распределение задач и руководящих функций внутри семейного окружения. Ответственности за домашние дела, место лидерства в семье - все это может вызывать противоречия. Вопросы соревнования за высокооплачиваемые и престижные рабочие места, включая участие во властных структурах, могут также становиться источником трений. В конечном итоге, гендерные конфликты не являются прямым следствием различий между мужчинами и женщинами, а скорее связаны с разными взглядами на гендерные роли и их место в обществе, будь то традиционные представления или стремление к равенству. Существует несколько теорий, анализирующих причины внутриличностных гендерных конфликтов (Прокудина О. О., 2016):

- Ролевые теории,
- Теория гендерной социализации,
- Теория андрогинии,
- Теория гендерной схемы.

Роловой конфликт зарождается по ролевым теориям, когда выполнение индивидуальных ролей становится взаимоисключающим. Хорошим примером такого конфликта является ситуация, когда женщина сталкивается с противоречием между карьерой и семейными обязанностями и испытывает нехватку ресурсов для их одновременного выполнения. Внутренний конфликт возникает, когда женщина ощущает противоречие между общественными требованиями к ее поведению, определенными в соответствии с гендерными стереотипами, и ее собственными потребностями в удовлетворении интересов, отличных от типичных для ее пола. Общепринятый сценарий гендерной социализации может вызывать конфликт неосуществленных желаний, поскольку в процессе воспитания намечаются определенные роли, согласно полу человека.

Концепция андрогинии основана на идее о том, что личность, обладающая андрогинными чертами, способна быть более эффективной и адаптированной к разнообразным условиям, чем человек с традиционными гендерными чертами. Эта концепция имеет объяснительный потенциал для работы с конфликтами у людей, которые не соответствуют стереотипам своего пола и ощущают разочарование в своем отношении к ожиданиям общества.

Роль домохозяйки, человека, ответственного за благополучие семейного очага, является классической женской ролью согласно концепции Ш. Берна (2002). Согласно этой роли, основная задача женщины заключается в том, чтобы удовлетворять потребности других членов семьи и помогать им в достижении своих целей.

Связанная с мужчиной роль, связанная с успехом и статусом, определяется прежде всего его доходом и профессиональными достижениями. Соответствие этой роли подразумевает, что мужчина должен быть на пути к достижению успеха и обладать высокой компетентностью, способностью управлять любой ситуацией. Это также связано с ожиданием, что мужчины

должны быть эмоционально и ментально сильными, выдержанными и уверенными.

Теория гендерной схемы, основанная на принципах теории социального научения и теории когнитивного развития, ставит перед собой задачу использования гендерных схем для преодоления стереотипных представлений и самооценки. Степень гендерной схематизации может быть различной в зависимости от индивидуальных особенностей развития и конкретной ситуации, однако все мы подвержены нормативному влиянию в сфере полово-специфического поведения. Это может оказывать некоторое давление на индивида в плане соответствия социальным нормам и ожиданиям. (Клецина И. С., 2007).

Отношение к гендерным стереотипам и стереотипы быстро меняются в связи с меняющимися условиями среды. В 1992 году американский психотерапевт Джеймс О'Нил создал различные фазы осознания гендерных ролей, конфликтов и проблем, связанных с ними. В каждой фазе описаны определённые содержания к гендерным ролям. Однако важно отметить, что эти фазы могут быть уникальными для каждого человека и проходить в различном порядке. Важно знать, что с изменением общественных условий и развитием общества наши представления о гендерных ролях тоже могут эволюционировать.

Фаза 1. В таком случае, данная личность следует устоявшимся гендерным ролям и поддерживает жесткое разделение поведения на основе пола. Этот человек позитивно относится к атрибутам, которые ассоциированы с силой, контролем, властью и ограничением эмоциональности, считая их нормой для мужчин, в то время как трепет, экспрессивность, заботливость и пассивность он считает нормой для женщин. Ко всему этому он не полностью осознает, как эти гендерные роли ограничивают его собственные возможности.

Фаза 2 Личность, имеющая амбивалентное отношение к гендерным ролям, начинает испытывать неудовлетворение от стереотипных представлений о ролях, связанных с полом. Под влиянием новых идей она начинает сомневаться в необходимости ограничений, накладываемых на гендерную идентичность, осознавая негативное влияние гендерных ролей и сексизма на свою личность. Однако, существуют опасения относительно изменения взглядов и поведения в соответствии с новыми принципами. Имеются смутные ощущения безопасности при соблюдении стереотипов и осознании необходимости изменений. Личность переживает смешанные эмоции и испытывает неопределенность по поводу связи между сексизмом и гендерными ролями.

Фаза 3. Негодование. Личность испытывает негативные эмоции и выражает неприятие к социальным нормам, институтам и людям, которые поддерживают гендерные стереотипы и отрицательную гендерную социализацию. Она ощущает ограничение в выражении своего гнева и чувствует себя отчужденной. Такая ситуация может вызывать конфликты, тревогу и депрессию. Личность стремится ограничить свои контакты лишь теми, кто способен понять и принять ее чувства возмущения.

Фаза 4. Активизация.

Трансформируя свою сексуально поведенческую парадигму личность меняет её, освобождает от ограничений и конфликтов. Она эффективно использует свой гнев, возникший из-за сексизма, с положительной целью. Она активно включается в общественные, политические и образовательные инициативы. Она разрабатывает свои личные, политические и другие стратегии действий, направленные на преодоление гендерных стереотипов и сексизма, создавая пути для достижения равенства и инклюзивности.

Фаза 5. Приключается объединение и слияние гендерных ролей, что приводит к новому осознанию себя и окружающего мира, освобождающему и

приносящему удовлетворение. персоне неукоснительно и последовательно употребляет свою разъяренную энергию для борьбы против сексизма, и при этом осознает, как остальные люди улавливают и поддерживают половые роли. В личных и профессиональных взглядах она переживает огромную свободу в вопросах, сопряженных с гендерными ролями. персоне продолжает энергично просвещать окружающих о волонтеристском норове гендерных ролей и сексизме, стремясь проложить дорогу к более равноправному и инклюзивному обществу.

В своих исследованиях профессор Оксана Прокудина (2016) обращает внимание на проблему гендерного конфликта, возникающего как в профессиональной, так и в семейной роли, независимо от пола человека. Гендерный конфликт профессиональной роли связан с различиями в ожиданиях и ограничениях, которые существуют в рабочей среде и сфере карьеры для мужчин и женщин. С другой стороны, гендерный конфликт семейной роли связан с отличиями во взглядах на распределение ролей и обязанностей в семейной жизни, включая роли мужа и жены. Эти конфликты оказывают влияние на психологическое и эмоциональное состояние личности, а также на динамику в семейных и профессиональных сферах ее жизни.

В современном обществе наблюдается расширение представлений о гендерных ролях, что проявляется в возможностях и личных характеристиках женщин и способствует их успеху в различных сферах. Особенно заметен активный процесс включения женщин в традиционно мужские профессии, что влечет за собой принятие соответствующего стиля жизни.

За последние годы мы стали свидетелями того, как женщины быстро адаптируются к требованиям мужского трудового рынка, успешно развивая профессиональные навыки и достигая значительных результатов в различных областях. Это яркий пример того, какие возможности открываются перед женщинами в современном обществе и как меняются представления о гендерных ролях и их ограничениях. В своих исследованиях Кулагина Н.В.

(2009) подчеркивает важность данного явления, что свидетельствует о том, что процесс трансформации гендерных ролей не только продолжается, но и способствует достижению равноправия и инклюзивности в обществе.

Если мы наблюдаем всё большее пересечение сфер гендерной самореализации между мужчинами и женщинами, то при изучении внутреннего гендерного конфликта у личности следует учитывать общие условия, связанные с расширением и взаимопроникновением сфер гендерной самореализации в современном обществе. Важно обратить внимание на противоречия между эгалитарными и традиционными гендерными установками в самосознании, а также на многообразие гендерных идеалов.

Исследование Лопуховой О. Г. (2010) выявило, что для преодоления внутреннего гендерного ролевого конфликта играют важную роль психологические механизмы, такие как сверхкомпенсация чувства вины из-за нарушения ролевых стандартов и фрустрация потребности в самореализации в субъективно значимых ролях, которая вызывает внутреннее напряжение и раздражение.

Таким образом, при изучении внутриличностного гендерного ролевого конфликта важно учитывать общие условия, формирующиеся в современном обществе, а также психологические механизмы, такие как сверхкомпенсация и фрустрация самореализации, оказывающие влияние на проявление данного конфликта.

Следовательно, внутренний гендерный ролевой конфликт возникает, когда персона субъективно расценивает свою соразмерность гендерным образам в различных сферах жизни. Это связано с особыми ценностными ориентациями в контексте гендерной самореализации и может быть рассмотрено в связи с показателями самоактуализации. Важно отметить, что в существующей литературе отсутствует упоминание о связи промеж альгодисменореей и гендерно-ролевым конфликтом.

2. Организация и методы исследования

2.1 Описание выборки

Исследование проводилось с помощью интернет-ресурсов – Google Forms. В выборку вошли добровольцы из социальных сетей. Выборка составила 86 человек.

Экспериментальную группу составили: 44 женщины с альгодисменореей, средний возраст $22 \pm 1,83$, женщины от 18 до 27 лет. Среди них работает 29 человек, учится 15 (диаграмма 1).

Диаграмма 1: рабочий статус



Средний возраст начала менструаций $11,27 \pm 1,53$ года. Стабильным цикл стал в среднем в $13,45 \pm 1,8$ лет. ПМС наблюдается у 40 из 44 девушек (Диаграмма 2). Ведут половую жизнь 22 из 44 девушек, в среднем с $18 \pm 1,82$ лет (Диаграмма 3). Болезненный половой акт у 7 (Диаграмма 4). 3 женщины используют в качестве контрацепции оральные контрацептивы, остальные – презервативы (Диаграмма 5).

Диаграмма 2: ПМС у девушек с альгодисменореей

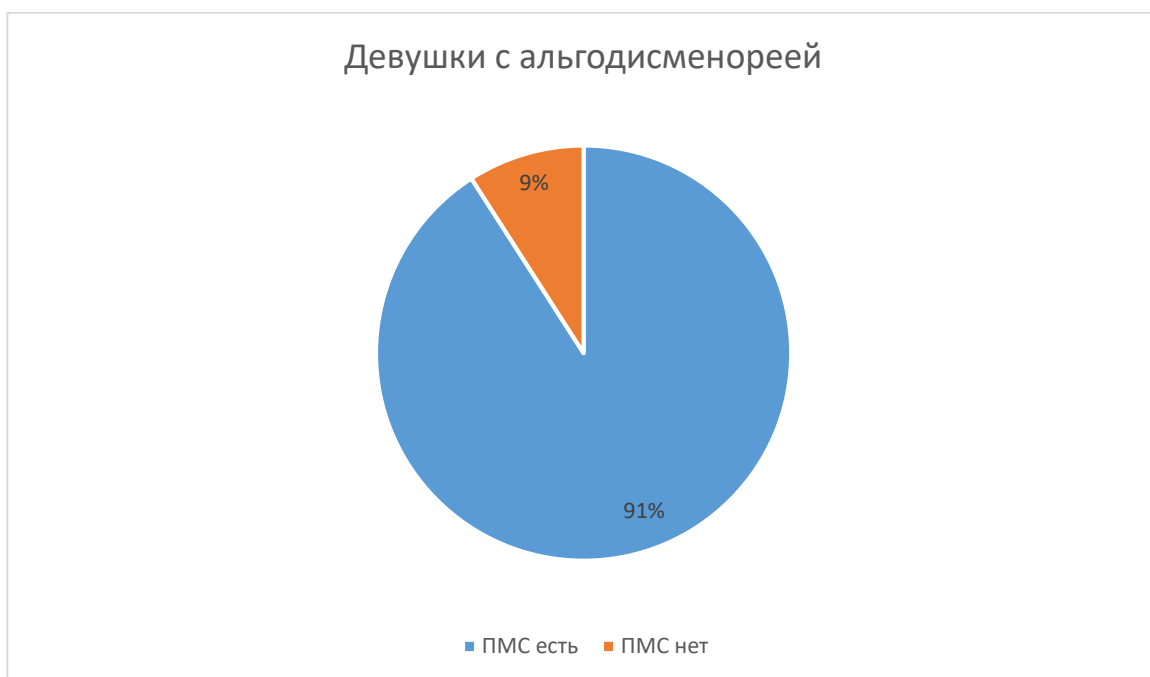


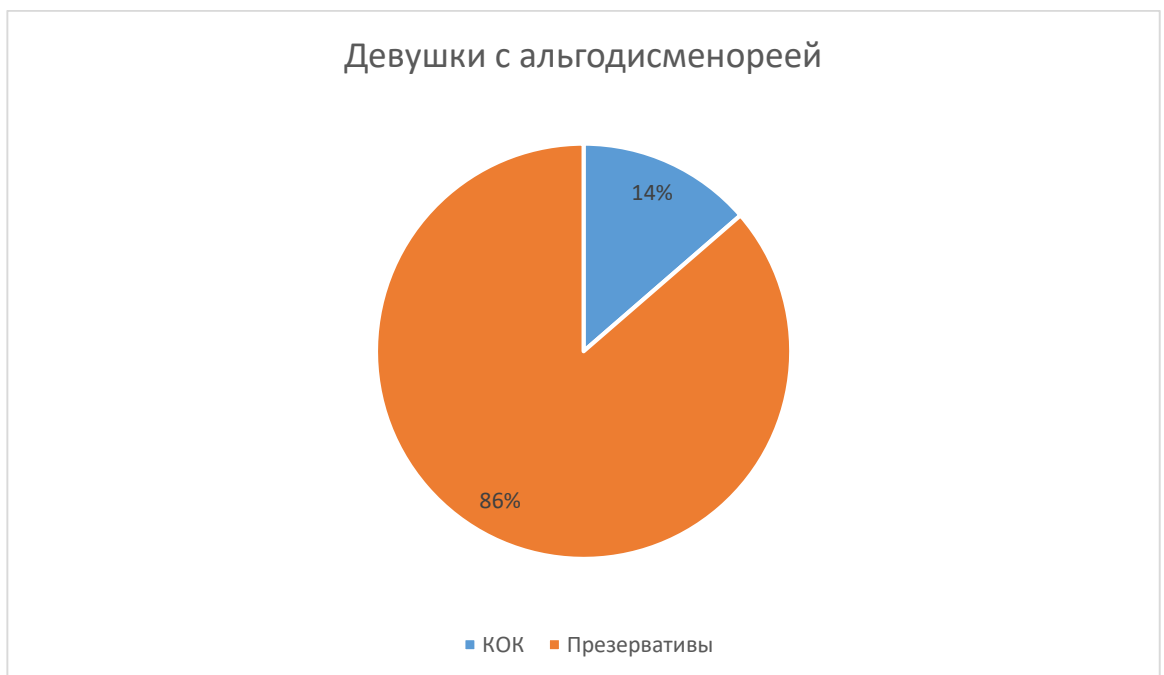
Диаграмма 3: половая жизнь у женщин с альгодисменореей



Диаграмма 4: болезненность ПА у женщин с альгодисменореей



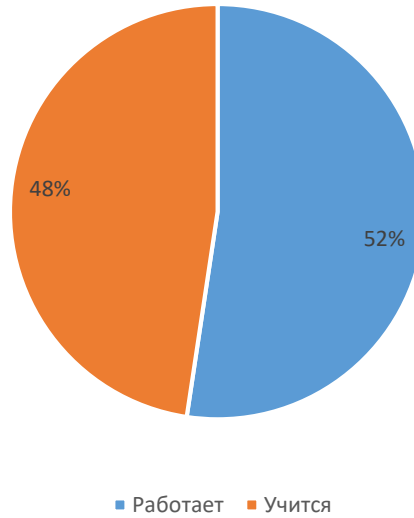
Диаграмма 5: женщин использование контрацепции у с альгодисменореей



Группа сравнения: 41 женщина без альгодисменореи, средний возраст $22,2 \pm 2,16$, женщины от 18 до 27 лет. Среди них работает 21 человек, учатся 20 (диаграмма б).

Диаграмма 6: рабочий статус женщин без альгодисменореи

Девушки без альгодисменореи



Средний возраст начала менструаций $12,6 \pm 1,51$ лет. Стабильным цикл стал в среднем в $13,5 \pm 1,87$ год. ПМС наблюдается у 29 из 41 человек. Половую жизнь ведут 26 из 41 участниц, в среднем с $18 \pm 5,29$ лет. Болезненный половой акт у 1, все используют презервативы.

Диаграмма 7: ПМС у женщин без альгодисменореи

Девушки без альгодисменореи

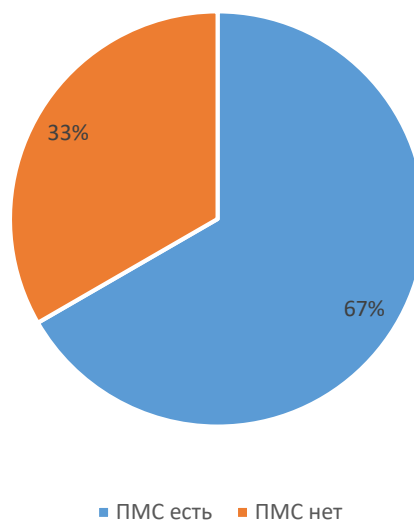
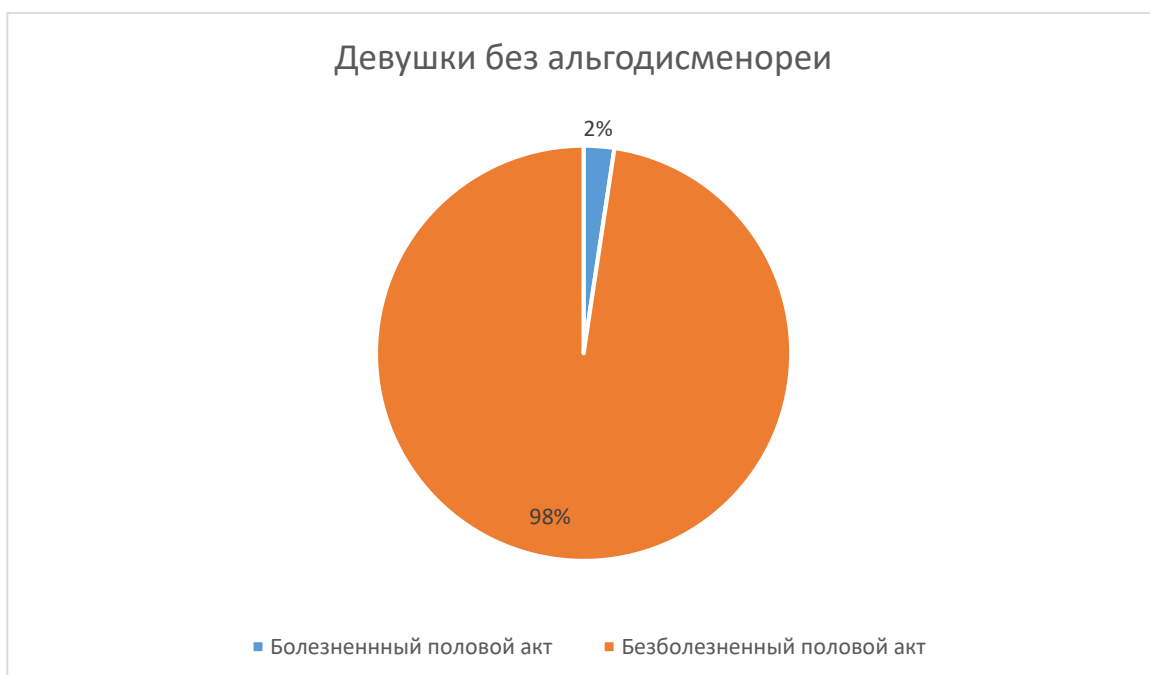


Диаграмма 8: половая жизнь у женщин без альгодисменореи



Диаграмма 9: болезненность ПА у женщин без альгодисменореи



2.2 Критерии включения и исключения в группы

Критериями включения в экспериментальную группу был фертильный возраст, женщины с установленным диагнозом альгодисменорея и отсутствием других гинекологических заболеваний, включались женщины от лет. Критерии исключения: возраст младше 18 лет, наличие хронических гинекологических заболеваний, кроме альгодисменореи.

Критерий включения в контрольную группу: фертильный возраст начиная с 18 лет, гинекологически здоровые женщины (условно), без альгодисменореи. Критерии исключения: возраст младше 18 лет, наличие хронических гинекологических заболеваний.



2.3 Описание методов исследования

2.3.2 Экспериментально-психологический метод

1. Опросник Мак-Гилла в модификации Кузьменко В.В.

Болевой опросник Мак-Гилла в модификации Кузьменко В.В. и др. (1986) применяется для оценки степени выраженности симптомов, в сопровождении с анкетированием. Эта анкета была разработана группой исследователей и включает вопросы о степени болезненности менструаций, наличии предменструального синдрома (ПМС) и сопутствующих симптомах.

В русском варианте болевого опросника Мак-Гилла выделяют 78 слов-дескрипторов (слов, определяющих боль), сведенных в 20 подклассов (субшкал), образующих три главных класса (шкалы): сенсорную (перечень ощущений боли), аффективную (воздействие боли на психику) и эвалюативную (оценка интенсивности боли).

2. Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ)

ВАШ, она же визуальная аналоговая шкала боли, применяется для оценки выраженности боли. Она представляет собой непрерывную шкалу в виде горизонтальной или вертикальной линии длиной 10 см и расположенными на ней делениями через 1 см от 0 до 10, где 0 баллов - "отсутствие боли", а 10 баллов - "сильнейшая боль, какую можно только представить".

На большую интенсивность боли, в интерпретации, указывает более высокий балл по шкале.

4. Шкала депрессии Бека

В опроснике содержится 21 категория симптомов и жалоб, которые наиболее часто наблюдаются у пациентов, страдающих от депрессии. В каждой категории присутствуют 4-5 утверждений, отражающих специфические признаки данного психического состояния. Утверждения в шкале были ранжированы с учетом их важности для оценки общей степени тяжести депрессии. Пациент заполняет опросник самостоятельно, присваивая каждому пункту в каждой категории от 0 до 3 баллов. Итоговый суммарный балл может варьироваться в диапазоне от 0 до 62.

Для оценки выраженности депрессии можно использовать градацию на когнитивно-аффективной субшкале (пункты 1-13) и субшкале соматических проявлений депрессии (пункты 14-21). Это позволяет более детально изучить конкретные аспекты депрессивного состояния у пациента.

3. Шкала тревоги Бека

Для предварительной оценки уровня тревоги у широкого спектра людей, включая молодых людей от 14 лет, взрослых и пожилых, как в клинических условиях, так и в скрининговых исследованиях, используется Шкала тревоги Бека. Опросник состоит из 21 пункта, где каждый пункт представляет собой типичный симптом тревоги, как физический, так и психический. Респондент оценивает каждый пункт от 0 (симптом не вызывал беспокойства) до 3 (симптом вызывал очень сильное беспокойство).

5. Шкала локуса ролевого конфликта.

Шкала локуса ролевого конфликта разработана с целью измерить склонность личности к выбору конкретной стратегии поведения в ролевом конфликте: интернальной или экстернальной. Эта шкала предназначена для определения, насколько субъект склонен воспринимать контроль над своими решениями и поведением внутри себя (интернальный локус контроля) или же он предпочитает привлекать внешние обстоятельства или влияния для определения своих действий (экстернальный локус контроля).

В ролевом конфликте личность выбирает определенные тактики поведения, а именно интернальные и экстернальные. Локус ролевого конфликта – понятие, определяющее стратегии поведения в конфликте между ролями. Концепт связан с ориентировкой личности на внутренние или внешние факторы, влияющие на ролевое поведение, такие как потребности, ценности и установки. При внутреннем локусе контроля личность склонна отстаивать свою ролевую идентичность и соответствующее ей поведение, даже если это противоречит ожиданиям роли. В случае внешнего локуса контроля, ролевое поведение больше соответствует ролевым ожиданиям, даже если они противоречат идентичности и самосознанию человека, что вызывает внутриличностный ролевой конфликт.

Локус ролевого конфликта - это понятие, которое отражает не только стратегии поведения личности в ситуации ролевого конфликта, но и ее базовое направление в развитии ролевой идентичности. Оно оказывает влияние на различные аспекты ролевых характеристик личности и на способы самореализации в контексте роли в целом.

6. Опросник установок к сексу Айзенка

Опубликованный Г. Айзенком в 1989 году опросник установок к сексу представляет собой инструмент, который имеет несколько целей, связанных с изучением отношения к сексу. Его также применяют для прогнозирования удовлетворенности в браке, выявления отклонений в сексуальном поведении и оценки уровня фемининности-маскулинности.

Опросник имеет две формы: полную и сокращенную. Полная версия состоит из 159 вопросов, их формулировки идентичны для мужчин и женщин. Большинство вопросов требуют ответа "да" или "нет", хотя некоторые тоже предлагают варианты ответов "верно" или "неверно", "согласен" или "не согласен". Каждому вопросу также предоставлена возможность выбрать неопределенный ответ.

Опросник установок к сексу Г. Айзенка является важным инструментом для изучения и анализа взглядов и отношения к сексуальности, и может быть использован в различных исследованиях и диагностических процедурах.

Были выделены 11 обобщенных факторов (шкал) в ходе факторного анализа результатов:

1. Дозволенность (Permissiveness).
2. Реализованность (Satisfaction).
3. Сексуальная невротичность (Neurotic sex).

4. Обезличенный секс (Apersonal sex).
5. Порнография (Pornography).
6. Сексуальная застенчивость (Sexual shyness).
7. Целомудрие (Prudishness).
8. Отвращение к сексу (Sexual disgust).
9. Сексуальная возбудимость (Sexual excitement).
10. Физический секс (Physical sex).
11. Агрессивный секс (Agressive sex).

6. Шкала локуса ролевого конфликта (П. П. Горностай)

Локус ролевого конфликта - это понятие, которое определяет, какую стратегию поведения в ролевом конфликте предпочитает выбирать личность: интернальную или экстернальную. Интернальная стратегия связана с учетом внутренних факторов, таких как потребности, ценности и установки, при принятии решений о ролевом поведении. Экстернальная стратегия, напротив, больше ориентирована на соответствие ожиданиям роли, несмотря на возможное противоречие с личной идентичностью и представлением о себе. Это может вызвать конфликт между ролью, которую ожидают от личности, и самопониманием личности.

В итоге, локус ролевого конфликта направляет личность в выборе между соблюдением ролевых ожиданий и поддержанием собственной ролевой идентичности.

7. Анкета «Гендерные характеристики личности»

Анкета «Гендерные характеристики личности» содержит анализ отдельных гендерных представлений, гендерных стереотипов и гендерных предрасположений.

В результате анализа ответов на вопросы анкеты были изучены гендерные представления, связанные с мнениями, суждениями и оценками присутствия сторонниками традиционных и эгалитарных гендерных идей. В ходе исследования были выделены студентки, у которых наблюдаются эгалитарные и традиционные гендерные представления. Варианты ответов «Трудно сказать» свидетельствуют о неопределенных или о промежуточных гендерных представлениях.

Определенные варианты ответов также указывали на присутствие гендерных предрасположений.

2.3.3 Методы математико-статистической обработки данных

1. U-критерий Манна - Уитни для оценки различий между двумя независимыми выборками.

2. Корреляционный критерий Спирмена.

Математико-статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программного пакета Statistika 10.0.

3. Описание результатов исследования

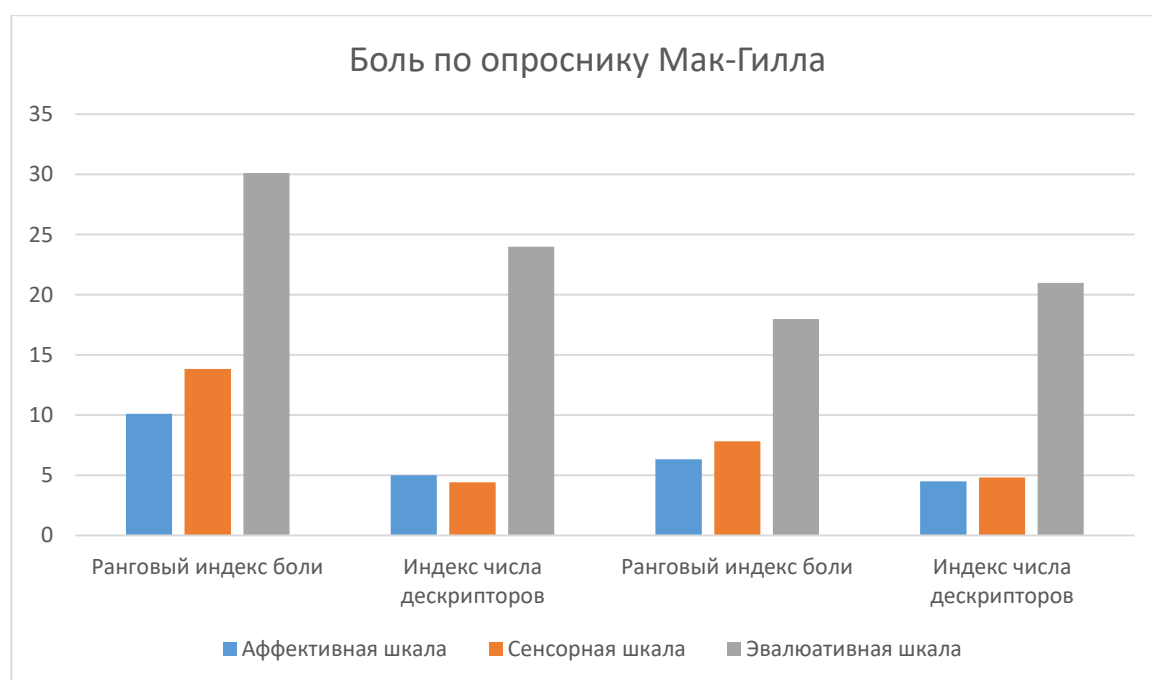
3.1 Анализ показателей боли у женщин с альгодисменореей по опроснику Мак-Гилла

При проведении анализа субъективного восприятия боли: сенсорного, эмоционального и общего у женщин с альгодисменореей сенсорный

показатель боли $13,8 \pm 7,71$ балл, что говорит о среднем уровне восприятия ощущений боли. По аффективной шкале набрано $10,11 \pm 3,1$ балла, что говорит о высоком уровне эмоциональной реакции на боль, то есть женщины воспринимают боль более сильно на аффективном уровне, это значит, что в их субъективной картине мира аффективная боль играет большее значение, и боль является сильной преимущественно по причине яркого эмоционального восприятия сенсорных стимулов, в отличие от сенсорного восприятия боли. По эвалюативной шкале набрано $30,11 \pm 10,98$ баллов, что говорит о значимом субъективном ощущении боли (Таблица 1, Рисунок 1).

Таблица 1

Анализ показателей боли у женщин с альгодисменореей по опроснику Мак-Гилла



Мак-Гилла	Среднее значение показателя у женщин с альгодисменореей (n=44)
Сенсорный показатель боли	$13,83 \pm 7,71$ (средний ур.)
Аффективный показатель боли	$10,11 \pm 3,10$ (высокий ур.)

Эвалюативная шкала	30,11±10,98 (высокий ур)
--------------------	--------------------------

Рисунок 1

3.2 Анализ показателей боли у женщин с альгодисменореей по ВАШ

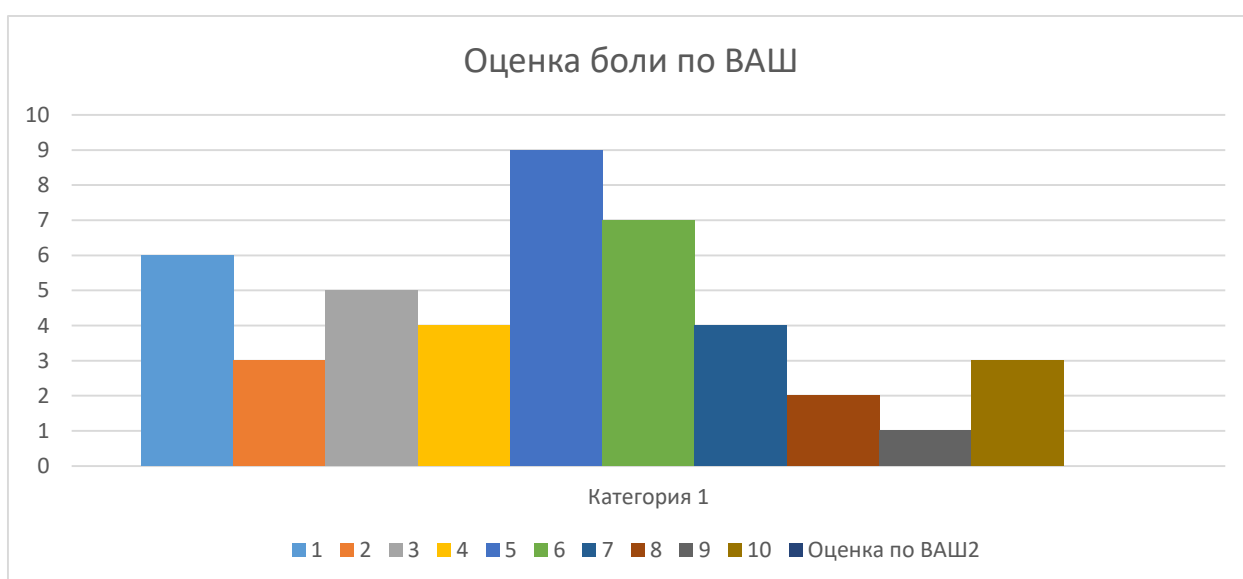
Анализ показателей ВАШ показал, что у женщин с альгодисменореей показатель боли выше среднего – 6,16±1,6 балл. Что говорит о довольно ощутимой боли во время менструаций (Таблица 2, График 2).

Таблица 2

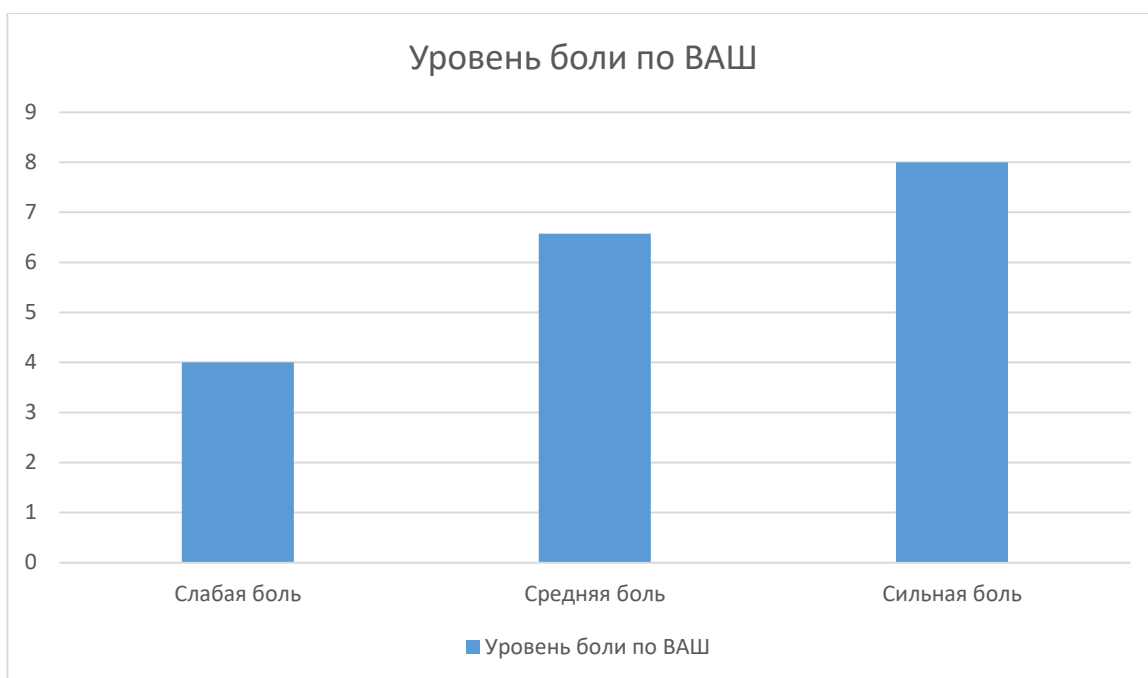
Анализ показателей боли у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи по ВАШ

Распределение оценок по шкале, от 1 до 10

График 2: уров



Степень боли по ВАШ



3.3 Сравнительный анализ уровня тревоги и депрессии у женщин с альгодисменореей и женщин без альгодисменореи

По результатам опросника тревоги Бека у женщин с альгодисменореей уровень тревоги средней выраженности, а у женщин без альгодисменореи баллы свидетельствуют о незначительно выраженной тревоге, различия достоверны (Таблица 3, График 3).

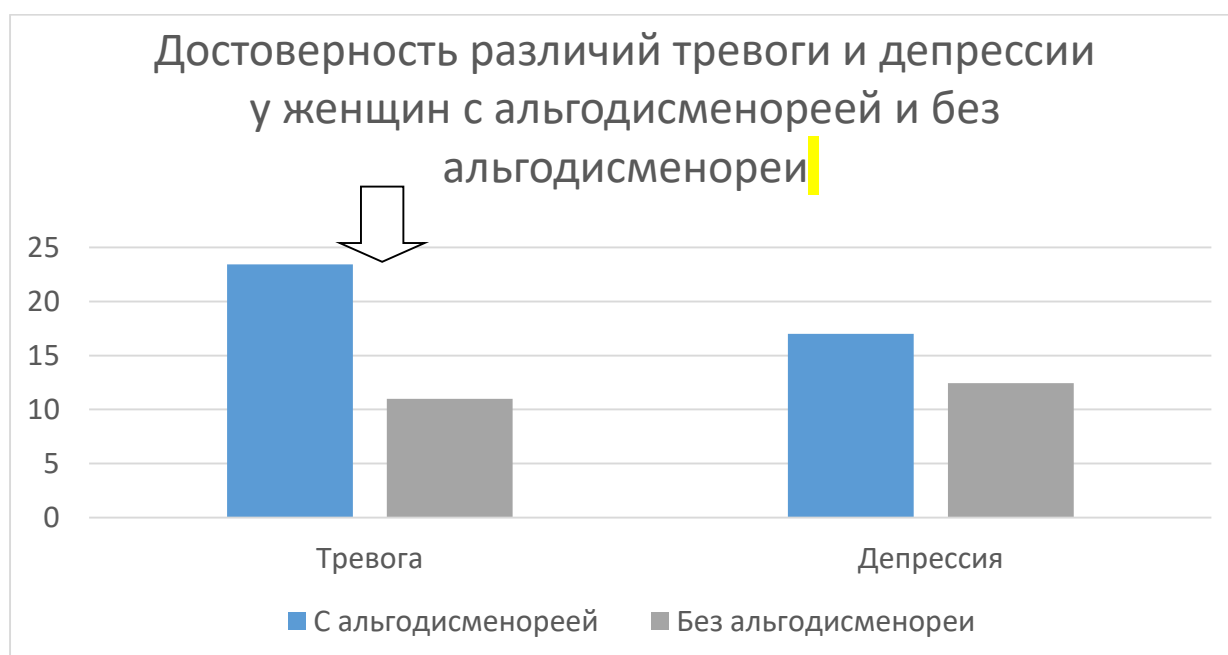
Таблица 3

Сравнительный анализ уровня тревоги и депрессии у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи

	Среднее значение показателя у женщин с альгодисменореей (n=44)	Среднее значение показателя у женщин без альгодисменореи (n=42)	Достоверность различий (p≤0.05)
Тревога	23,44±9,25 (средний ур.)	11±5,64 (незначительный ур.)	Различия достоверны (0,002)
Депрессия	17±8,54 (лёгкая депрессия)	12,44±17,22 (лёгкая депрессия)	Различия не достоверны (0,564)

Когнитивный показатель депрессии	13,67±3,45 (средний ур.)	3±4,35 (лёгкий ур.)	Различия не достоверны (0,004)
Аффективный показатель депрессии	14±2,26 (средний ур.)	5,44±3,45 (лёгкий ур.)	Различия не достоверны (0,006)

График 3



Так же по опроснику депрессии Бека уровень депрессии у женщин с альгодисменореей достигает отметки лёгкой депрессии, тогда как у женщин без альгодисменореи уровень удовлетворительного эмоционального состояния, различия не достоверны.

3.4 Сравнительный анализ локуса ролевого конфликта у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи

По результатам опросника «Шкала локуса ролевого конфликта» у женщин с альгодисменореей промежуточный локус контроля, то есть им в случае ролевого конфликта характерно выбирать нечто среднее из двух стратегий поведения в ролевом конфликте: интернальную или экстернальную,

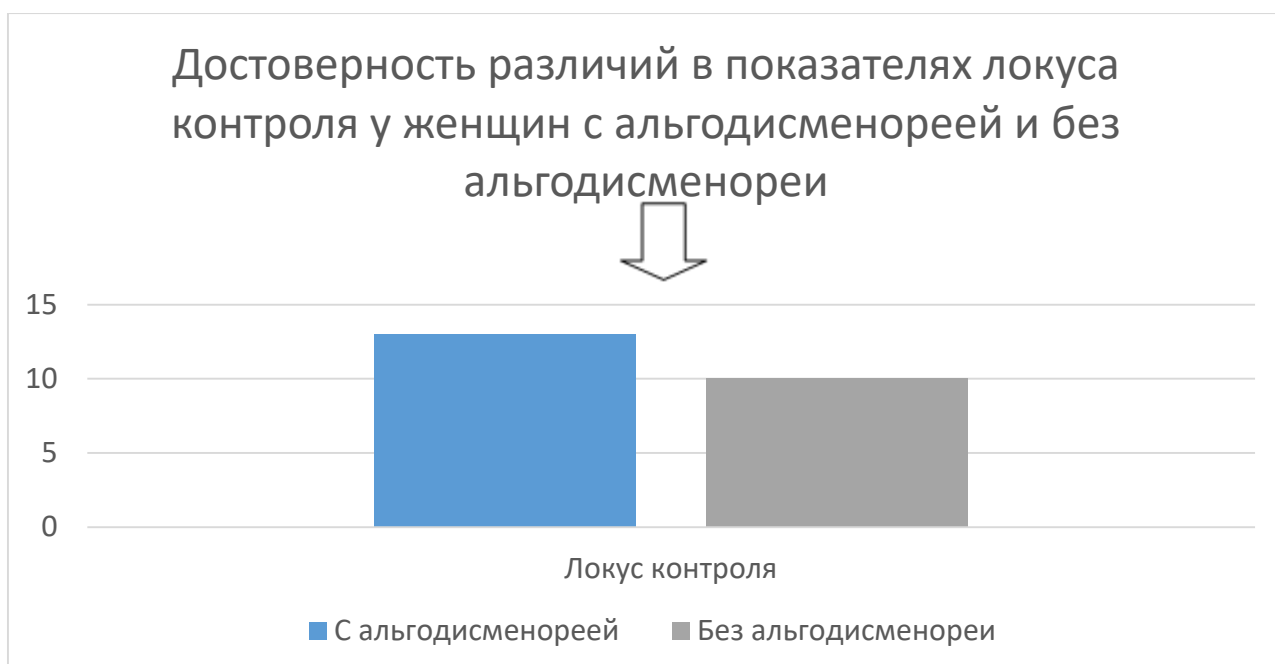
это значит, что они могут как подстраиваться под требования окружающих, так и, при необходимости, отстаивать свою позицию. Что говорит о гибкости их гендерных установок. Скорее всего женщины с альгодисменореей склонны выбирать наименее конфликтную в каждой конкретной ситуации стратегию поведения. Женщины, у которых нет альгодисменореи предпочитают соответствовать социально приемлемым ожиданиям от роли, даже если это противоречит их внутренним представлениям, их ролевой конфликт - экстернальный.

Таблица 4

Сравнительный анализ локуса ролевого конфликта у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи

	Среднее значение показателя у женщин с альгодисменореей (n=44)	Среднее значение показателя у женщин без альгодисменореи (n=42)	Достоверность различий ($p \leq 0.05$)
Локус ролевого конфликта	13,05±2,12 (промежуточный)	10,94±1,16 (экстернальный)	Различия достоверны(0,002)

График 4



3.5 Сравнительный анализ ролевых предпочтений у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи

При проведении сравнительного анализа ролевых предпочтений у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи не были обнаружены достоверные различия.

Различий в данном показателе нет, все женщины придерживаются эгалитарных установок в гендерных представлениях, то есть все женщины предпочитают равноправные современные отношения и не поддерживают гендерные стереотипы (Таблица 5)

Таблица 5

Ролевые предпочтения у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи

	Среднее значение показателя у женщин с альгодисменореей (n=44)	Среднее значение показателя у женщин без альгодисменореи (n=42)	Достоверность различий (p≤0.05)
Ролевые предпочтения	-1,44±2,75	-1,44±2,03	Различия не достоверны(0,36)

3.6 Сравнительный анализ сексуальных установок и маскулинности феминности у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи

При проведении сравнительного анализа сексуальных установок у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи были обнаружены достоверные различия только в показателе сексуального отвращения (Таблица 6, график 5).

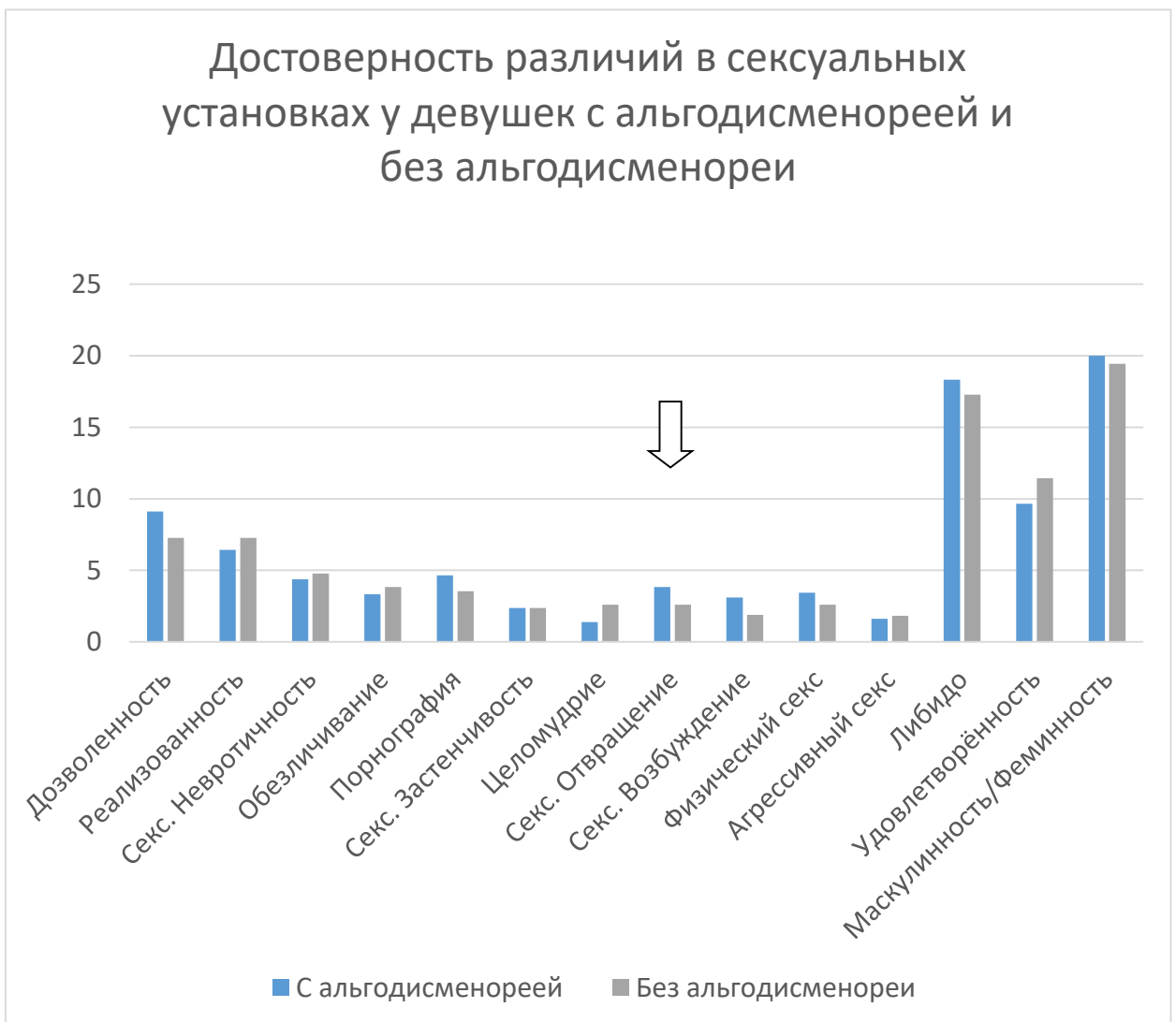
Таблица 6

Сравнительный анализ сексуальных установок и маскулинности феминности у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи

	Среднее значение показателя у женщин с альгодисменореей (n=44)	Среднее значение показателя у женщин без альгодисменореи (n=42)	Достоверность различий ($p \leq 0.05$)
Дозволенность	9,11±2,6 (низкие)	7,72±4,29 (низкие)	0,89
Реализованность	6,44±2,52 (низкие)	7,27±3,51 (высокие)	0,16
Сексуальная невротичность	4,38±1,85 (высокие)	4,77±1,8 (высокие)	0,83
Обезличивание	3,33±2,16 (низкие)	3,83±2,4 (низкие)	0,81
Порнография	4,66±2,24 (высокие)	3,55±1,24 (высокие)	0,1
Сексуальная застенчивость	2,38±1,88 (высокие)	2,38±1,46 (высокие)	0,88
Целомудрие	1,38±0,77 (низкие)	1,61±2,27 (низкие)	0,62
Сексуальное отвращение	3,83±0,78* (высокие)	2,61±0,5* (низкие)	Различия достоверны(0,001)
Сексуальная возбудимость	3,1±2,06 (низкий)	1,88±1,77 (низкий)	0,51
Физический секс	3,44±1,46 (низкий)	2,61±0,97 (низкий)	0,21

Агрессивный секс	1,61±0,77 (низкий)	1,83±0,78 (низкий)	0,23
Сексуальное либидо	18,33±5,79 (низкий)	17,27±7,11 (низкий)	0,76
Сексуальная удовлетворённость	9,66±3,58 (низкий)	11,44±3,53 (низкий)	0,12
Маскулинность/Феминность	20±6,22 (феминные)	19,44±4,24 (феминные)	0,86

График 5



Согласно опроснику «Айзенка опросник установок к сексу» выявлены низкие показатели у женщин с альгодисменореей по следующим показателям: дозволенность, реализованность, обезличивание, целомудрие, сексуальная возбудимость, физический секс, агрессивный секс, сексуальное либидо,

сексуальная удовлетворённость. Женщины с альгодисменореей относятся к половым связям серьёзно, уважают брачные узы, имеют тенденцию принимать во внимание личность в сексуальных отношениях, не имеют отвращения к сексу, не имеют тенденции к агрессии в сексуальных отношениях, обладают слабым половым влечением и имеют низкую удовлетворённость и реализованность в половых отношениях. Высокие показатели выявлены по шкалам: сексуальная невротичность, порнография, сексуальная застенчивость, сексуальное отвращение. Это значит, что женщины с альгодисменореей как правило имеют проблемы со своей сексуальной жизнью – они легко огорчаются и испытывают смятение из-за своих мыслей и поступков они получают удовольствие от просмотра сцен секса или от просмотра рисунков и фотографий этих сцен, не сильно желают участвовать в сексуальных отношениях и имеют отвращение ко многим видам секса, даже тем, которые большинство других людей считают нормальными.

В отличие от женщин с альгодисменореей, у женщин без альгодисменореи высокая реализованность и низкое сексуальное отвращение, то есть женщины без альгодисменореи более удовлетворены своей сексуальной жизнью и достоверно с меньшим отвращением реагируют на различные сексуальные практики.

3.7 Корреляционный анализ

Рисунок 1. Корреляционный анализ

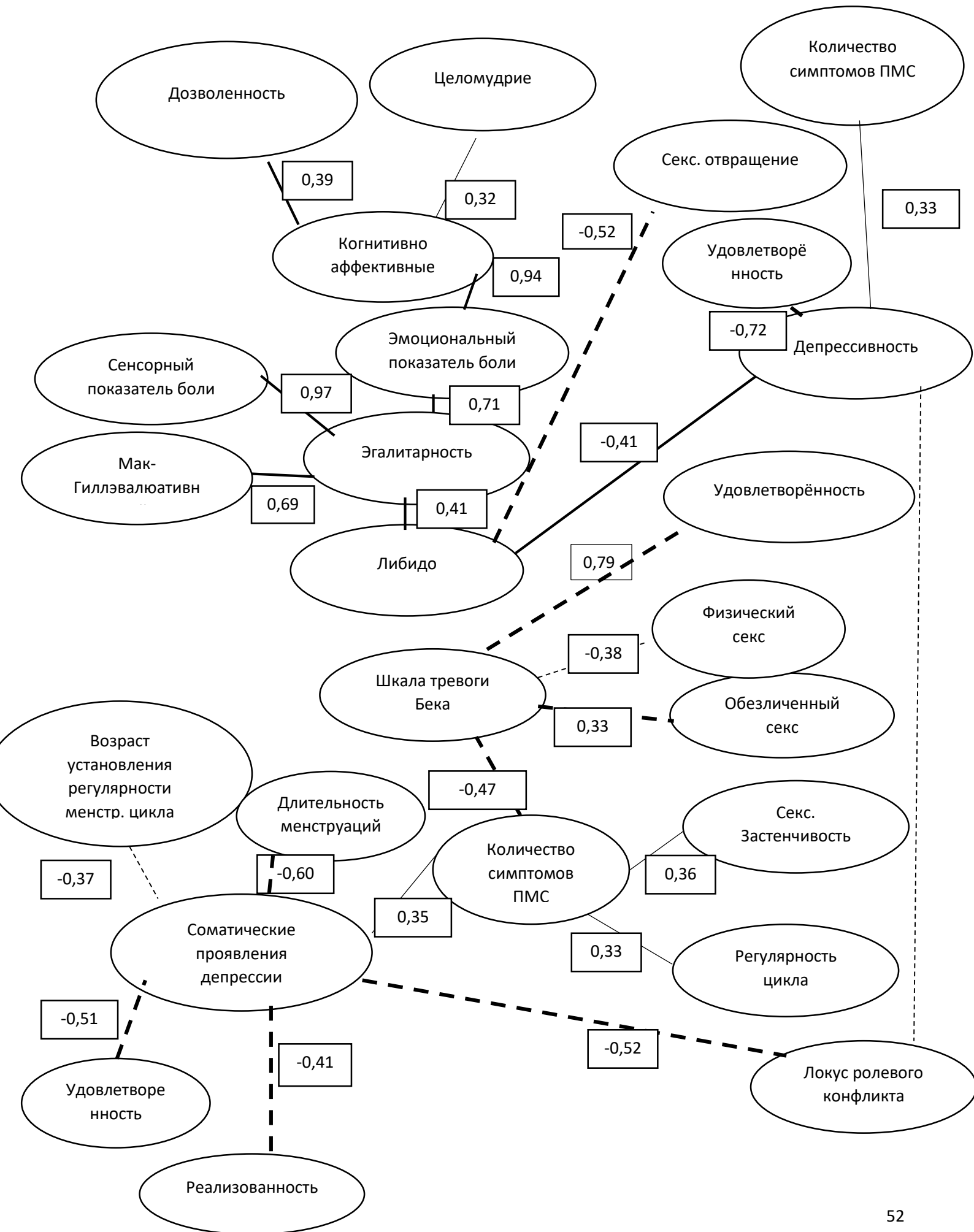
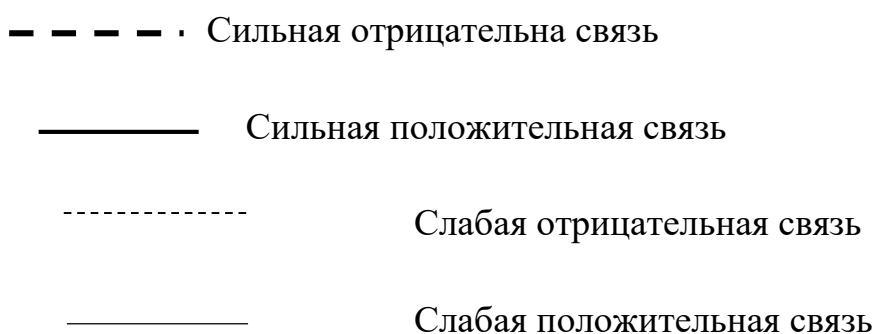


Рисунок 1



Эгалитарность имеет сильную положительную связь с болью по опроснику Мак-Гилла, это значит, что чем сильнее воспринимается боль, тем выраженнее приверженность равноправию в отношениях. Сенсорный и эмоциональный показатели боли также находятся в прямой сильной положительной связи с эгалитарностью, это значит, что у женщин с альгодисменореей чем выше восприятие боли, тем выше приверженность к равноправию. Уровень депрессии так же прямо коррелирует с эгалитарностью, это значит, что чем выше показатель депрессии у женщин с альгодисменореей, тем сильнее они привержены равноправным отношениям. Чем выше эгалитарность, тем выше либидо у женщин с альгодисменореей.

Из корреляций видно, что чем интернальнее локус ролевого конфликта, тем ниже депрессия и тревога у женщин с альгодисменореей.

Из корреляций видно, что чем больше когнитивно-аффективные проявления депрессии, тем более лёгкое отношение к сексу и тем более женщины с альгодисменореей склонны воздерживаться от сексуальных контактов, и тем больше воспринимается на аффективном уровне восприятия боль.

Чем больше соматические проявления депрессии, тем больше количество симптомов ПМС, и тем меньше удовлетворённость сексом, реализованность в сексе, возраст установления регулярных месячных и длительность менструаций.

Чем выше уровень депрессии, тем ниже показатель удовлетворённости сексуальной жизнью. Также, чем выше депрессия, тем выше количество симптомов ПМС и либидо.

Чем выше тревога по шкале Бека, тем ниже удовлетворённость сексуальной жизнью и допустимость обезличенного секса, с тенденцией рассматривать партнёра только как объект удовлетворения потребностей и физического секса, то есть активное стремление к реальному половому контакту.

Чем больше количество симптомов ПМС, тем больше женщины с альгодисменореей склонны к сексуальной застенчивости и тем лучше регулярность цикла.

3.14 Обсуждение результатов

В нашем исследовании показано, что эгалитарность выше там, где больше боли. То есть женщины, которые придерживаются равноправия – испытывают больше боли во время менструаций. Возможно, так происходит из-за нарастающего внутреннего гендерно-ролевого конфликта, при котором воспитание в традиционном феминном стиле и наличие феминных черт, при современных требованиях скрывать феминные черты, противоречит установкам на равноправие.

У женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи схожее отношение к сексу, они все слабо удовлетворены, позволяют себе не многое, имеют высокое либидо, все обладают феминными чертами, если это сопоставить с полученными данными из исследования Болдыревой Т., Нотовой С. и Канцельсон Ю. (2013) о том, что у девушек с периодическими болями замечается наименьшая симпатия к понятию «Женщина», то тут можно предположить конфликт феминности и отношения к этой феминности.

Также выяснено, что чем выше локус ролевого конфликта, то есть, чем он интернальнее, то есть когда личность склонна отстаивать собственную

ролевою идентичностью и строить ролевое поведение в соответствии с ней, даже если она противоречит выполняемой роли - тем ниже соматические проявления депрессии, депрессивность в целом и тревога у женщин с альгодисменореей. Так же, чем интернальнее локус ролевого конфликта, тем выше сексуальная застенчивость и тем регулярнее цикл менструаций.

Известно, что авторы, разрабатывающие тему психосоматики утверждают, что болезненность месячных возникает из-за отрицания своей женственности (Буната Д, Щербинина Н).

У женщин с болезненными месячными такие же показатели маскулинности – феминности как и у женщин с безболезненными месячными. И та и другая группа обладают преимущественно феминными чертами. Так же обнаружено, что у всех женщин эгалитарный стиль ролевого поведения, то есть все женщины придерживаются современного взглядом на полоролевые отношения, однако при этом, у женщин с альгодисменореей субъективно выражена боль при большей эгалитарности. Поэтому, логично предположить, что какой-то элемент ролевого конфликта, приводящего к боли во время менструаций, есть, а именно конфликт между эгалитарностью и установками, возможно это связано с тем, что эгалитарность – приверженность равноправию, вступает в конфликт с феминными чертами, которые относятся к более традиционному распределению ролей.

Выводы

1) У женщин с альгодисменореей есть особенность восприятия боли – они субъективно более эмоционально воспринимают менструальную боль, боль является сильной преимущественно по причине яркого эмоционального восприятия сенсорных стимулов.

2) Выраженность тревоги у женщин с альгодисменореей выше, чем у женщин без альгодисменореи, у женщин с альгодисменореей есть склонность к большей депрессивности.

3) Женщины с альгодисменореей и женщины без альгодисменореи придерживаются равноправных взглядов в отношениях.

4) Женщины с альгодисменореей в отличие от женщин без альгодисменореи более негативно относятся к сексуальной жизни, она вызывает у них неприятие, предпочитают консервативный секс, и они склонны заставлять себя заниматься сексом даже с любимым человеком.

5) Женщины с альгодисменореей склонны выбрать наименее конфликтную в каждой конкретной ситуации стратегию поведения. Женщины, у которых нет альгодисменореи предпочитают соответствовать социально приемлемым ожиданиям от роли, даже если это противоречит их внутренним представлениям.

Заключение

В настоящее время все исследования альгодисменореи касаются подросткового возраста. Мы в своём исследовании взяли эту тему, так как считаем важным изучить это состояние у молодых женщин фертильного возраста. По статистике, у женщин встречается альгодисменорея с частотой от 12% до 90%, а у 10-25% женщин фертильного возраста встречается тяжёлая форма альгодисменореи, которая сопровождается острыми болями внизу живота, тошнотой, общим недомоганием (Исенова С.Ш., Сапаралиева А.М., Абдыкалыкова Б.И.,2020).

В данном исследовании была предпринята попытка исследовать эмоциональные особенности и гендерные установки женщин с альгодисменореей. Результаты исследований дают представление о том, есть ли различия в уровне тревоги и депрессии и гендерных установках у женщин с альгодисменореей и без альгодисменореи. Так, стало известно, что у женщин с альгодисменореей в субъективной картине боли преобладает аффективный компонент. Так же выяснено что женщины с альгодисменореей имеют задатки тенденцию к гендерно-ролевому конфликту, выражающегося в том, что они, обладая феминными чертами, то есть являются традиционными, придерживаются традиционной картины в ролях отношений. В исследовании были решены поставленные задачи:

Гипотеза о том, что ролевой конфликт, типичный для женщин с альгодисменореей, сопровождается снижением их эмоционального фона – опровергнута

Практической значимостью нашей работы могут служить полученные данные, которые впоследствии можно применять для психологического консультирования пациенток, страдающих альгодисменореей.

Список использованной литературы

1. Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика от А до Я/ под ред. Тони Холлингуорта; пер. с англ. под ред. Н. М. Подзолковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
2. Алиханова Е. С. Альгодисменорея – симптомы и лечение // Гинекология. 2019.
3. Анцупов А.Я. Конфликтология: Учебник для вузов. / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов — М.: ЮНИТИ, 2000. – 551с.
4. Баранов А.А., Лапин Ю.С., Яковлева Т.В. Охрана здоровья детей в системе государственной политики // Вестник РАМН. 2011. № 6. С.8-12.
5. Берн Ш. Гендерная психология. — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002. – 320 с.
6. Буната Д. Doctor Bunata – 2019. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://doc-bunata.ru/article_psychosomatics
7. Воронова Анастасия Валерьевна Гендер как предмет междисциплинарного анализа // Ярославский педагогический вестник. 2015. №2.
8. Вихляева Е. М., Е. А. Богданова, Н. И. Кондриков. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей — М. 1994. 85с.
9. Гаврилица О.А. Ролевой конфликт работающей женщины: дис... канд. псих. наук. – М., 1998.
10. Гендерная психология и педагогика: учебник и практикум для вузов / О. И. Ключко [и др.]; под общей редакцией О. И. Ключко. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 404 с.
11. Гринева, О. В. Анализ клинических характеристик дисменореи у девушек-студенток медицинского вуза. / О. В. Гринева, О. В. Прохорова // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей IV Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование», (Екатеринбург, 10-

12 апреля 2019): в 3-х т. - Екатеринбург: УГМУ, CD-ROM. – 2019. – Т.1. – С. 56-62.

12. Джобава Э. М., Логинова К. Б. Дисменорея. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика и терапия в практике современного акушера-гинеколога // Акушерство и Гинекология. №11. 2014.

13. Дисменорея - современный взгляд на этиологию, патогенез, диагностику, клинику и лечение (обзор литературы)/ Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Сувернева А.А., Какурин В.И.// Астраханский медицинский журнал. – 2010

14. Исенова С.Ш., Сапаралиева А.М., Абдыкалыкова Б.И. Современный взгляд на эпидемиологию, медико-социальную значимость, причины и механизм развития дисменореи (обзор литературы) // Вестник КазНМУ. 2020. №2.

15. Кацнельсон Ю.В., Нотова С.В., Болдырева Т.А. Особенности системы отношений у девушек с дисменореей // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 2-1. – С. 72-78

16. Клещина И. С. Аналитические подходы к определению причин гендерных конфликтов и путей их преодоления / Противоречия, конфликты, кризисы личности: субъектно-бытийный подход: матер. Всерос. науч.- практ. семинара. Краснодар: Кубанский гос. Ун-т, 2007 с. 30-44.

17. Клещина И. С. Гендерная идентичность и права человека: психологический аспект. Права человека и проблемы идентичности в России и в современном мире / Под ред. О. Ю. Малиновой и А. Ю. Сунгурова. – СПб.: Норма, 2005. – С. 167 – 184.

18. Конфликтология / Под ред. А.С. Кармина. – СПб.: Лань, 2001. – С. 129- 130

19. Кулагина Н.В. Внутриличный тендерный конфликт профессиональной роли: дис... кандидата психологических наук. – М., 2009.

20. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Сафонкина С.Г., Ибрагимова Е.М. Санитарно-эпидемиологическое благополучие и риски здоровью детей и

подростков при обучении в образовательных учреждениях // Анализ риска здоровью. 2014. № 1. С 65-73.

21. Лебедев В.А., Пашков В.М., Игнатко И.В., Кузьмина Т.Е. Выбор метода терапии первичной дисменореи // Трудный пациент. 2020. №1-2.

22. Лопухова Ольга Геннадьевна Внутриличный гендерный ролевой конфликт: системный подход к проблеме // Russian Journal of Education and Psychology. 2010. №4.

23. Луков В. А., Кириллина В. Н. Гендерный конфликт: система понятий // Знание. Понимание. Умение. 2005. №1.

24. Макаричева Э. В., Бургуван М. С. Психологические особенности пациенток с первичной дисменореей // Казанский медицинский журнал, 2020. №5. С. 760-767.

25. Микиртумов Б.Е. Нервно-психические нарушения при функциональных расстройствах менструального цикла в пубертатном возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1988. – 39 с.

26. Мингазова Э.Н., Мингазова Э.Н., Атамбаева Р.М. Особенности формирования альгодисменореи у девушек-подростков с учетом влияния медико-социальных факторов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.

27. Насырова Р. Ф., Сотникова Л. С. Формирование психических расстройств при дисменорее в раннем репродуктивном возрасте // Бюллетень сибирской медицины. 2009. №4.

28. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Дисменорея: алгоритм лечения // Гинекология. – 2006. – Т. 8, № 2. – С. 33-35.

29. Прокудина О. О. Внутриличный гендерный конфликт: причины и разрешение // Психология, социология и педагогика. Международный научно-инновационный центр. №7 (58). 2016. – 36-38 с.

30. Родионова Е. Ю., Чутко Л. С. Психовегетативные нарушения у девушек с альгодисменореей // Медицина: теория и практика. 2016. №1.

31. Самигуллина А.Э. Особенности репродуктивного здоровья подростков / А.Э. Самигуллина // *Здравоохранение Кыргызстана*. 2009. No. 2. С. 166–168.
32. Синчихин С. П., Мамиев О. Б., Сувернева А. А., Какурин В. И. Дисменорея - современный взгляд на этиологию, патогенез, диагностику, клинику и лечение (обзор литературы) // *Астраханский медицинский журнал*. 2010. №1.
33. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М.: МИА, 2001. – 46 с.
34. Спазмолитическая терапия первичной дисменореи/ Кулагина Н.В.// *Медицинский совет*. – 2018
35. Уринбоева, М. О. Особенности анамнеза девочек с первичной дисменореей / М. О. Уринбоева, Д. Б. Асранкулова, М. Р. Маматова. — Текст : непосредственный // *Молодой ученый*. — 2018. — № 5 (191). — С. 80-84.
36. Щербинина Н., psychologies. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://www.psychologies.ru/wellbeing/9-psihologicheskikh-prichin-boleznenyih-menstruatsiy/>
37. Alfonsin M.M., Chapon R., de Souza CAB, Genro V.K., Mattia MMC, Cunha-Filho J.S. Correlations among algometry, the visual analogue scale, and the numeric rating scale to assess chronic pelvic pain in women // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. — 2019
38. Ayan M, Sogut E, Tas U, Erdemir F, Sahin M, Surem M, Kaya Z, Demirturk F. Pain levels associated with renal colic and primary dysmenorrhea: a prospective controlled study with objective and subjective outcomes // *Arch Gynecol Obstet*. – 2012. - №286. – P. 403–409.
39. Bishop K.C., Ford A.C., Kuller J.A., Dotters-Katz S. Acupuncture in Obstetrics and Gynecology // *Obstet Gynecol Surv*. — 2019; 74(4): 241-251.
40. Chia CF, Lai JH, Cheung PK, Kwong LT, Lau FP, Leung KH, et al. Dysmenorrhoea among Hong Kong university students: prevalence, impact, and management // *Hong Kong Med J*. – 2013. - №19(3). – P. 222–228

41. Czajkowska M., Droszol-Cop A., Gałązka B, Menstrual Cycle and the Prevalence of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescent Athletes. *J. Pediatr Adolesc. Gynecol.* 2015; 28 (6): 492
42. Daniels S., Paredes-Diaz A., An R., Centofanti R., Tajaddini A. Significant, long-lasting pain relief in primary dysmenorrhea with low-dose naproxen sodium compared with acetaminophen: a double-blind, randomized, single-dose, crossover study // *Curr Med Res Opin.* — 2019
43. De Sanctis V., Soliman A, Bernasconi S. Primary Dysmenorrhea in Adolescents: Prevalence, Impact and Recent Knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2015, 13 (2): 512–20.
44. Grandi G, Ferrari S, Xholli A, Cannoletta M, Palma F, Romani C, et al. Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea? // *J Pain Res.* – 2012. - №5. – P. 169–174.
45. Harel Z., Biro F. M., Kottenhahn R. K. et al. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006;19:363–371.
46. O’Neil J. M., Egan J. Men’s Gender Role Transitions Over the Life Span: Transformations and Fears of Femininity // *Journal of Mental Health Counseling.* 1992. Vol. 14. № 3. P. 305—324.
47. O’Neil J. M., Egan J. Men’s and women’s gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation // *Gender issues across the life cycle* / ed. by B. R. Wainrib. N. Y., 1992. P. 107-123.