

УДК 159.923.31:922.1

Типи батьківського ставлення до дитини (підлітка) з хронічною соматичною патологією та її психосексуальний розвиток (теоретико-методологічні аспекти)

Макаренко А.О.

В статті представлено теоретико-методологічний аналіз наукових положень щодо розвитку дитини в нормі і при хронічній соматичній хворобі, впливу типів батьківського ставлення до хворої дитини на особистість дитини, головних механізмів впливу виховних стратегій на розвиток дитини, психосексуального розвитку дітей та підлітків. Показано, що соматично хворі діти відмінні від здорових однолітків по ряду індивідуально-психологічних ознак. З'ясовано, що існує прогалина у наукових даних щодо психосексуального розвитку дітей (підлітків) за умов хронічної соматичної патології.

Ключові слова: діти, підлітки, хронічна соматична патологія, типи батьківського ставлення, психосексуальний розвиток.

В статье представлен теоретико - методологический анализ научных положений по развитию ребенка в норме и при хронической соматической болезни, воздействия типов родительского отношения на личность ребенка, главных механизмов влияния воспитательных стратегий на развитие ребенка, психосексуального развития детей и подростков. Показано, что соматически больные дети отличны от здоровых сверстников по ряду индивидуально - психологических признаков. Выяснено, что существует пробел в научных данных относительно психосексуального развития детей (подростков) в условиях хронической соматической патологии.

Ключевые слова: дети, подростки, хроническая соматическая патология, типы родительского отношения, психосексуальное развитие.

The article presented theoretical and methodological analysis of scientific statements about child development in normal and chronic physical illness, exposure to types of parental relationship to a sick child to the child's personality, the main mechanisms of educational attitudes on child development, psychosexual development of children and adolescents. Shown that somatic ill children different from healthy peers on a number of individual psychological characteristics. It was found that there is a gap in scientific data on psychosexual development of children (teenagers) under chronic somatic diseases.

Key words: children, adolescents, chronic somatic pathology, type of parental relationship, psychosexual development.

На сьогоднішній день можна констатувати невичерпний дослідницький інтерес щодо проблем психічного існування в умовах соматичної патології. Аналіз змін особистості при соматичній патології має тривалу наукову історію, багато дослідників присвятили сомато-психологічним аспектам своєї дослідницької пошуку у відповіді на питання, як змінюється розвиток особистості при соматичній хворобі, яку питому частку в ставленні до тілесної недуги займає власне хвороба та її усвідомлення хворим, який вплив на ставлення до хвороби має оточуюче середовище хворого, його мотиваційні та ціннісні орієнтації, світоглядні позиції, яким чином відбувається пристосування до захворювання, завдяки яким механізмам долаються його наслідки та ін. [1,2,3,4,5,6]. Загалом можна звітувати, що більшість подібних досліджень зосереджена здебільшого на взаємозв'язку психічного і тілесного, психосоматичного бачення людини, окрім того дослідження, що виконані на дорослих вибірках, займають більший прошарок наукового простору зазначеної проблеми, проте, існує певна кількість (більшість з них виконана в останнє десятиріччя) робіт, увага котрих фокусується навколо вивчення особливостей вікового розвитку в умовах соматичної патології та, зокрема, у дитячому і підлітковому віці. У цьому сегменті досліджень наголос робиться на захворюванні, що стає чинником, який впливає на нормативний віковий розвиток, на розвиток дитячо-батьківських відносин та стосунків з однолітками та самим собою. Роботи, виконані на дитячих та підліткових вибірках, значно розширюють не лише теоретичне знання щодо ролі соматичної патології, але й мають практичну значущість, яка втілюється у наданні психологічної диференціальної та адресної допомоги сім'ям з хворими дітьми (підлітками).

В літературі (Д. Н. Ісаєв, В. В. Ніколаєва і ін.) існують дані, що вказують на відмінність дітей, які часто хворіють, від їх здорових однолітків по ряду індивідуально-психологічних ознак. Для них характерні тривожність, невпевненість в собі, втомлюваність, залежність від думки інших. Втім, в роботах такого типу при розгляді базових складових розвитку дитини (когнітивного, поведінкового, емоційного) та його порушення при соматичній патології, яка обмежує здійснення ведучої діяльності і перешкоджає головним задачам розвитку дитини/підлітка (ігрова, учбова діяльність, спілкування з однолітками), випадає такий важливий компонент розвитку як психосексуальність. Психосексуальному розвитку дітей та особливо підлітків присвячена чимала кількість робіт у різних наукових дискурсах, що в свою чергу можуть бути диференційовані залежно від напрямів досліджень: медико-біологічний; соціологічний, соціально-психологічний, психоаналітичний. Разом із тим існує брак психологічних досліджень, що фокусувались би на проблемі психосексуального розвитку дітей та підлітків з соматичними захворюваннями. Соматичні патології розглядаються дослідниками як критерій, що унеможливає включення таких підлітків до груп респондентів при вивченні психосексуального розвитку (наприклад О. К. Яковенко [7]). На наш погляд це є правомірним і повністю виправданим, адже соматична патологія здатна ставати перешкодою на шляху до гармонійної психосексуальності, адже життєва ситуація соматичної хвороби викривляє «звичний» шлях розвитку дитини. Л.С.Виготський відмічав: «Дитина, розвиток, якої ускладнено дефектом, не є лише менш розвинутою, ніж його нормальні однолітки, але інакше

розвинутою»... Дефективна дитина представляє якісно відмінний своєрідний тип розвитку» [8, С.15]. Ця думка Л. С. Виготського відносилась перш за все до дітей з дефектами органів відчуттів або з патологією мозку, та, як справедливо зазначали О. Т. Соколова та В. В. Ніколаєва [6], у рівній мірі це положення може бути віднесено і до дітей, що страждають іншими соматичними захворюваннями, адже хвороба не лише змінює функціональний стан мозку, але й виступає тяжкою психічною травмою, що викликає серйозні розлади поведінки. Окрім високого травматичного значення хвороби для дитини (підлітка), вона стає важкою психічною травмою. Для батьків хвороба дитини також стає потужним ударом по психіці, хвора дитина стає об'єктом особливої турботи та уваги (які можуть бути надмірними). У зв'язку з цим доцільно привести ще одне принципове положення Л. С. Виготського: «Сама дія дефекту завжди опиняється вторинною, не безпосередньо відображеною... Безпосередній наслідок дефекту — зниження соціальної позиції, дефект реалізується як соціальний вивих» [8, С. 13]. О. Т. Соколова та В. В. Ніколаєва [6] відмічали, що хронічне тяжке соматичне захворювання створює особливу дефіцитарну соціальну ситуацію розвитку, активізує власну пізнавальну позицію дитини (підлітка), що спрямована на подолання перешкод, створених хворобою, в реалізації життєво важливих потреб. Не володіючи достатнім життєвим досвідом, дитина виявляє прагнення отримати допомогу від близьких. Батьки, встановлюючи певний виховний тип ставлення до дитини, можуть як сприяти подоланню психологічних перешкод, викликаних хворобою, так і перешкоджати цьому процесу, що може мати місце навіть у разі благополучного відновлення соматичного здоров'я. Проте, основним джерелом психологічних проблем вважаються чинники, безпосередньо не пов'язані з хворобою, а що визначаються тією ситуацією, в якій опиняється хвора дитина (підліток). Серед них виокремлюються: обмеження активності, відрив від групи, ізоляція. Всі ці фактори мають регресивні наслідки для особистості дитини. В літературі [6, 9 та ін.] є дані про те, що у всіх групах хронічно хворих дітей відзначається негативний вплив хвороби на нормальний перебіг життя в цілому та особливо на відносини з однолітками, батьками і самостійність дитини. Основні способи адаптації до життя в нових умовах діти знаходять всередині родини. На етапі діагностики багато батьків завдяки відповідальності за здоров'я, життя і благополуччя своєї дитини, відчують почуття провини щодо поставленого діагнозу, а необхідність стаціонарного лікування переконує їх у серйозності захворювання. Все це може призвести до ятрогенної поведінки батьків, яка сприяє виникненню почуття безнадії у дитини. Дитина не може усвідомити тяжкості захворювання і його наслідків, але, опинившись у ситуації хвороби, вона формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе. Д. Н. Ісаєв [10] відмічав, що уявлення дитини про оточуючий світ і, зокрема, про хворобу відображають світогляд родини. Ще в більшій мірі це стосується почуттів. Переживання батьків частіше всього викликають у хворих дітей аналогічні почуття, які лягають в основу ВКХ. Принципово важливим є питання про роль внутрішньосімейних відносин і батьківського ставлення, зокрема, в процесі нормальної соціальної адаптації або дезадаптації дітей (підлітків) з соматичною патологією. Виходячи з положення, що спочатку для самої дитини його дефект не існує, роль найближчого оточення дитини (підлітка) стає дуже великою. При цьому в літературі [6,10] зазначається, що дезадаптація може відбуватися через батьківське ставлення і відповідно через взаємини дитини (підлітка) з батьками. Зведення хвороби і хворої дитини в абсолют проявляється на всіх рівнях батьківського ставлення: поведінковому, когнітивному, емоційному і може призводити до формування симбіотичного і симбіотично-авторитарного типів батьківського ставлення. Отже, негативний вплив включення хвороби як «центральної ланки» в соціальну ситуацію розвитку дитини (підлітка) може проявлятися у двох напрямках: по-перше, у формуванні виховного стилю, який обмежує основні психологічні потреби дитини (підлітка), і, по-друге, в усвідомленні підлітком себе хворим, що відбувається через прийняття ним точки зору батьків. У випадках, коли підліток намагається чинити опір симбіотичному батьківському ставленню, наслідком стають сімейні конфлікти, якщо ж підліток підкорюється і між ним та батьками (у більшості випадків з матір'ю) встановлюється симбіотичний зв'язок, знижується самостійність, порушуються контакти з однолітками, виникають труднощі емансипації. Отже, обидва варіанти ведуть до соціальної дезадаптації. Якщо ж факт хвороби усвідомлений, належним чином «опрацьований» батьками і не стає центральним, визначальним вектором розвитку дитини (підлітка), якщо їй надається самостійність, можливість самореалізації, власної активності і спілкування, задоволення провідних потреб, то результатом такої ситуації в сім'ї може стати нормальна соціальна ситуація розвитку. Отже, заломлення факту хвороби, формування ВКХ спочатку відбувається на інтерпсихологічному рівні – у сімейних відносинах, у батьківському ставленні, а вже потім – з перекладом цієї «зовнішньої внутрішньої картини хвороби» на інтрапсихологічний рівень по мірі дорослішання дитини. Той, чи інший результат розвитку дитини (підлітка) з соматичною хворобою багато в чому визначається типом і структурою батьківського ставлення; включеністю хвороби як центральної ланки в структуру батьківського ставлення, а через нього і в соціальну ситуацію розвитку. В дослідженні О. Т. Соколової та В. В. Ніколаєвої [6] були виявлені наступні провідні типи спотворення виховного стилю і його структури: домінуюча або потураюча гіперопіка; страх втрати дитини; виховна невпевненість; нестійкість виховного стилю; тенденції до зниження санкцій, вимог та заборон. Нестійкість виховного стилю накладається на наявні у підлітка повільність, інертність, може призвести до ще більшої сповільненості в якості захисту або до невротичних реакцій. Гіперопіка, домінування, гіперпротекція, що мають місце при вихованні астенізованого підлітка, ведуть до ще більшої астенізації. Принципово важливо, що в зазначених спотвореннях виховного стилю реалізуються симбіотичний і (рідше) симбіотично-авторитарний типи батьківського ставлення, що шкідливо позначається на процесі соціальної адаптації та реалізації компенсаторних можливостей підлітка. Основними критеріями соціальної адаптованості/дезадапованості підлітків, що реалізуються на рівні внутрішньосімейних відносин, є: наявність або відсутність симбіотичного і симбіотично-авторитарного типів батьківського ставлення як головних детермінант соціальної дезадаптації підлітка; особливості самосприйняття підлітка, особливості його самооцінки, при цьому принциповими видаються два положення: по-перше, що

початкове усвідомлення себе як хворого у дитини (підлітка) відбувається опосередковано, через батьківське ставлення, фіксація такого усвідомлення в міру дорослішання і, особливо, в підлітковому віці слугує основою різних проявів соціальної дезадаптованості на всіх рівнях (когнітивному, особистісному, поведінковому), подруге, основною детермінантою формування дезадаптуючого типу батьківського ставлення, а через нього і детермінантою соціальної дезадаптації підлітка, є **включення хвороби як центральної ланки спочатку в структуру батьківського ставлення, а потім в соціальну ситуацію розвитку дитини (підлітка)**. Отже, найважливіша роль в реалізації або нереалізації такого включення належить батьківському ставленню, оскільки саме через нього відбувається переклад феномена «хвороби як центральної ланки» із зовнішнього на внутрішній рівень. В. Е. Котовою [11] показано особливості батьківського ставлення до соматично хворої дитини (порушення опорно-рухового апарату), яке характеризується дефіцитарністю і змінами в структурних компонентах: емоційному (фобія втрати дитини, перебільшення уявлень про «тендітність» дитини; надання переваги дитячим якостям, що проявляються в прагненні батьків ігнорувати дорослішання дитини, стимулювання в них збереження таких дитячих якостей, як безпосередність, наївність, грайливість; когнітивному (порушення уявлення про стан здоров'я дитини, недостатність (або повна відсутність) вимог-зобов'язаностей дитини в сім'ї; надання переваги жіночим якостям, що проявляється в зміні установок батьків по відношенню до дитини в залежності від її (дитини) статі. В контексті чотирифакторної системної концепції сексуального здоров'я [12] процес соціалізації сексуальності визначається, як засвоєння суспільних норм в ступені сексуальної культури, яка зумовлена ставивим вихованням та сексуальною просвітою [13]. Неправильні типи виховання призводять до формування рис характеру, що порушують процес комунікації, особливо з протилежною статтю, що в свою чергу обумовлює порушення психосексуального розвитку, особливо формування статевої поведінки. Вагомий внесок у розуміння дитячої сексуальності зробили теорія психосексуального розвитку З. Фрейда [14] та теорія об'єктних стосунків [15]. З. Фрейдом був наданий опис послідовних стадій сексуального розвитку; згодом його послідовники (Е. Еріксон та ін.) розширили межі теорії, які вже вмещували багато чинників із зовнішнього досвіду. Значення дитячої сексуальності визначається не тільки власне складною та вразливою природою, а також силою впливу на доросле сексуальне життя. Зріла сексуальність походить зі стадій сексуального розвитку в дитинстві. За даними Г. С. Васильченка всі етапи психосексуального розвитку: статева самосвідомість, статева роль та психосексуальні орієнтації, а також стадії формування сексуального потягу – стадія платонічного, еротичного та сексуального лібідо тісно пов'язані. Тільки при гармонійному поєднанні і функціонуванні кожного з рівнів лібідо можна свідчити про сексуальну зрілість. У дорослому житті сексуальність здатна дати імпульс зв'язку між фігурами із минулого та сім'єю, збираючи воедино багато аспектів фізичного та емоційного розвитку, які привносяться у актуальні негаразди і задоволення з минулих стосунків. Зріла сексуальність також розглядається як компонент атракції. Такий контекст передбачає міжособистісні стосунки, які людина буде з оточуючими в процесі соціалізації. Умовою зрілої сексуальності за П. Куттером [19] є відповідне виховання, уміння контактувати з іншими людьми, впевненість у собі, диференційована чутливість. Згідно діяльнісному підходу, психічний розвиток та розвиток особистості відбувається в діяльності внаслідок активної взаємодії індивіда з середовищем. Розгортання діяльності у зовнішньому плані та інтеріоризація деяких її аспектів є обов'язковим елементом поширеного відтворення самого процесу діяльності [цит. за 7]. О. М. Леонтьєв [там же] стверджував, що головні зміни розвитку психічних функцій і особистості, які відбуваються на кожному віковому етапі, обумовлені провідною діяльністю, в межах якої виникають та диференціюються нові види діяльності, формуються та перебудовуються окремі психічні функції та визначаються зміни особистості.

Під психосексуальним розвитком розуміють формування статевої самосвідомості, статевої ролі та сексуальної орієнтації. З одного боку психосексуальність – це певний аспект онтогенезу, тісно пов'язаний із загальним біологічним розвитком організму, а з іншого – результат статевої/гендерної соціалізації, в ході якої людина засвоює певну статева роль та правила сексуальної поведінки [12 та ін.]. Розмежовують ядерну статева і статевої ролі ідентичність та сексуальну орієнтацію як компоненти і три лінії психосексуального розвитку. Г.С. Васильченко зі співавторами виділили 3 етапи формування психосексуального розвитку: статева самосвідомість (1-7 років), статева роль (7-13 років), психосексуальні орієнтації (12-26 років). Якщо ранні етапи нормального психосексуального розвитку відсутні або порушуються, то виникають грубі порушення і деформація сексуальності, які зачіпають ядро особистості.

В генетичній психології особистість, як вища форма існування людської психіки, визначається біосоціальними стосунками і духовними взаємодіями батьків [20]. С. Д. Максименко [там же] сформулював тезу: «Особистість починається з любові», що свідчить про важливість культури інтимних стосунків в процесах розвитку особистості. В статевої ролі підході О. С. Кочаряна [21] статевої ролі утворення є стрижневими в структурі особистості, які організують всю систему особистості. Статевої ролі структури пронизують всю особистість, саме на їх ґрунті розвивається психосексуальність (становлення статевої самосвідомості, засвоєння статевої ролі та формування сексуальної орієнтації). Д. Н. Ісаєв та В. Є. Каган підкреслюють єдність та взаємодію вроджених задатків, індивідуального досвіду дитини та засвоєння статевої ролі в процесі психосексуального розвитку [22]. Засвоєння статевої ролі поведінки має активну та пасивну складові, оскільки з одного боку відбувається цілеспрямоване формування дорослими очікуваних якостей, властивих чоловікові або жінці, а з іншого боку – відбувається імітація тих стандартів маскуліної або феміної поведінки, яку спостерігає та засвоює на несвідомому рівні дитина [24]. Обрана статева роль закріплюється в ігровій діяльності дитини. Таким чином, в першому наближенні до зазначеної проблеми, можна констатувати, що життєва ситуація соматичної хвороби викривляє «звичайний» шлях розвитку дитини та створює особливу дефіцитарну соціальну ситуацію розвитку, що в ряді випадків посилюється патогенним впливом батьків на

соматично хвору дитину На психосексуальний розвиток впливають такі соціально-психологічні чинники, які є визначними механізмами загального розвитку дитини, а саме: структура діяльності індивіда, взаємовідносини із значущими іншими, моральні статеві норми, вікові особливості. Дитячий та підлітковий періоди несуть різні кризи психосексуального розвитку та шляхи їх подолання, які можуть бути перекриті соматичною патологією та ставленням батьків, в якому можуть домінувати мотиви інфантилізації та безстатевості хворої дитини. Значущим є соціальне оточення особистості, яка розвивається, в якому головною є взаємодія з батьками. Всі онтогенетичні характеристики є не лише віковими, але й статевовіковими, оскільки найпершою категорією, в якій усвідомлює себе дитина, є саме належність її до певної статі. Але психосексуальність здебільшого не потрапляє у фокус уваги досліджень, присвячених розвитку особистості дітей і підлітків в умовах соматичних хвороб, що призводить до безстатевого виміру психологічних досліджень. Виходячи з методологічних положень стосовно того, що теорія добре обґрунтована, якщо є динамічне співвідношення теорії з експериментальними даними, перспективою подальших розробок є проведення експериментального дослідження корелятивів психосексуального розвитку дітей (підлітків) за умов соматичної патології та типів батьківського ставлення до них.

Література

1. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания/ А.Р.Лурия – М: «Медицина», 1977.–111с.
2. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология/ Б. Д. Карвасарский– Л.: «Медицина», 1982. – С. 155-207.
3. Медична психологія. Підручник/ [Максименко С. Д, Коваль І. А, Максименко К. С., Папуча М. В.] – Вінниця: Нова книга, 2008. – 52
4. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической клинике / Михайлов Б. В., Сердюк Б. В., Федосеев В. А. – Х.: «Прапор», 2002. – 125 с.
5. Николаева В. Н. Влияние хронической болезни на психику/ В.Н.Николаева– М.: МГУ, 1987. – С. 22-139.
6. Соколова Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях: Учебное пособие / Е. Т. Соколова, В. В. Николаева. – М.: СвР-Аргус, 1995. – 359 с.
7. Яковенко О. К. Особливості впливу батьківської родини на психосексуальний розвиток особистості дівчат. – Дис. канд. психол. н. – 19.00.07-педагогічна та вікова психологія./ О.К.Яковенко.-Х., 2011.–238 с.
8. Выготский Л. С. Собрание сочинений. Т.5/ Л.С.Выготский. -М.: Педагогика, 1984.-С.10-25.
9. Курганова Ю. Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями. – ариф. дис. канд. психол. н. - 19.00.13- психология развития, акмеология.-М., 2004.-20 с.
10. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка/ Д.Н.Исаев. - СПб., 1993.-76с.
11. Котова Е. В. Особенности родительского отношения к соматически больным детям старшего дошкольного возраста: на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата./ Котова Е. В. – Дис. канд. психол. н. -19.00.04-медицинская психология.- 179 с.
12. Кришталь В. В. Сексологія: Навч. посібник / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. — Х. : Фоліо, 2008. — 990 с.
13. Сексопатология: Справочник / под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 575 с.
14. Тайсон Р. Психоаналитические теории развития / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. — М.: Когито-центр, 2007. — 407 с.
15. Кляйн М. Зависть и благодарность: исследование бессознательных источников : учеб. пособ. для доп. образования./ М.Кляйн.- СПб. : Б.С.К., 1997. — 95 с.
16. Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности / З.Фрейд.– М.: Попурри, 2008. – 480 с.
17. Лев-Старович З. Нетипичный секс./ З.Лев-Старович. – М.: Сов. спорт, 1995. — 366 с.
18. Темкина А. Сценарии сексуальности и гендерные различия / А.Темкина// В поисках сексуальности.– СПб., 2002. – С. 7–23.
19. Куттер П. Любовь, ненависть, зависть, ревность./ П.Куттер.–К. : София, 2004. — 256 с.
20. Максименко С. Д. Личность начинается с любви. / С.Д.Максименко. – Медицинская психология – 2006. – № 2. – С. 3-13.
21. Кочарян А. С. Личность и половая роль (симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии)/ А.С.Кочарян. – Х. : Основа, 1996. –127 с.
22. Исаев Д. Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. – Л.: Медицина, 1979. – 184 с.
23. Говорун Т. В. Гендерна психологія / Т. В. Говорун, О. М. Кікінежді. — К. : Акадeмія, 2004. — 307 с.

Literatura

1. Lurija A. R. Vnutrennjaja kartina bolezni i jatrogenne zabolevanija/ A. R. Lurija– M: «Medicina», 1977.–111s.
2. Karvasarskij B. D. Medicinskaja psihologija/ B. D. Karvasarskij– L.: «Medicina», 1982. – S. 155-207.
3. Medichna psihologija. Pidruchnik/ [Maksimenko S. D, Koval' I. A, Maksimenko K. S., Papucha M. V.] – Vinnicja: Nova kniga, 2008. – 52
4. Mihajlov B. V. Psihoterapija v obshhesomaticheskoi klinike / Mihajlov B. V., Serdjuk B. V., Fedoseev V. A. – H.: «Prapor», 2002. – 125 s.
5. Nikolaeva V. N. Vlijanie hronicheskoi bolezni na psihiku/ V. N. Nikolaeva– M.: MGU, 1987. – S. 22-139.
6. Sokolova E. T. Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstrojstvah i somaticheskikh zabolevanijah: Uchebnoe posobie / E. T. Sokolova, V. V. Nikolaeva. – M.: SvR-Argus, 1995. – 359 s.
7. Jakovenko O. K. Osoblivosti vplivu bat'kiv'skoj rodini na psihoseksual'nij rozvitok osobistosti divchat. – Dis. kand. psihol. n. – 19.00.07-pedagogichna ta vikova psihologija./ Jakovenko O. K. -H., 2011.–238 s.

8. Vygotskij L. S. Sbranie sochinenij. T.5.-M.: Pedagogika, 1984.-S.10-25.
9. Kurtanova Ju. E. Lichnostnye osobennosti detej s razlichnymi hronicheskimi somaticheskimi zabojevanijami. – aref.dis.kand.psihol.n.- 19.00.13- psihologija razvitija,akmeologija.-M.,2004.-20 s.
10. Isaev D. N. Psihologija bol'nogo rebenka / D. N. Isaev - SPb.,1993.-76s.
11. Kotova E. V. Osobennosti roditel'skogo otnoshenija k somaticheski bol'nym detjam starshego doshkol'nogo vozrasta: na primere chasto bolejušhijh detej i detej s narushenijami oporno-dvigatel'nogo apparata. – Dis.kand. psihol.n.-19.00.04-medicinskaja psihologija- 179 s.
12. Krishtal' V. V. Seksologija: Navch. posibnik / V. V. Krishtal', Ć. V. Krishtal', T. V. Krishtal'. — H. : Folio, 2008. — 990 s.
13. Seksopatologija:Spravochnik /pod red.G.S.Vasil'chenko.– M.: Medicina,1990.–575 s.
14. Tajson R. Psihoanaliticheskie teorii razvitija / R. Tajson, F. Tajson. — M.: Kogito-centr, 2007. — 407 c.
15. Kljajn M. Zavist' i blagodarnost': issledovanie bessoznatel'nyh istochnikov : ucheb. posob. dlja dop. Obrazovanija.- SPb. : B.S.K., 1997. — 95 s.
16. Frejd Z. Oчерki po psihologii seksual'nosti / Z.Frejd – M.: Popurri, 2008. – 480 s.
17. Lev-Starovich Z. Netipichnyj seks. / Lev-Starovich Z. – M.: Sov. sport, 1995. — 366 s.
18. Temkina A. Scenarii seksual'nosti i gendernye razlichija / Temkina A. // V poiskah seksual'nosti.– SPb., 2002. – S. 7–23.
19. Kutter P. Ljubov', nenavist', zavist', revnost'/ Kutter P. –K. : Sofija, 2004. — 256 s.
20. Maksimenko S. D. Lichnost' nachinaetsja s ljubvi/ Maksimenko S. D. – Medicinskaja psihologija – 2006. – № 2. – S. 3-13.
21. Kocharjan A. S. Lichnost' i polovaja rol' (simptomokompleks maskulinnosti/femininnosti v norme i patologii)/ Kocharjan A. S. – H. : Osnova, 1996. –127 s.
22. Isaev D. N. Polovoe vospitanie i psihogigiena pola u detej / D. N. Isaev, V. E. Kagan. – L.: Medicina, 1979. – 184 s.
23. Govorun T. V. Genderna psihologija / T. V. Govorun, O. M. Kikinezhd. — K. : Akademiya, 2004. — 307 s.