

РОЛЬ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ В РАЗВИТИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Б.Е. Алексеев, А.В. Каданцева

Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова

Имеется высокий исторически сложившийся интерес к изучению влияния факторов пола на невротические расстройства. Однако современные научно доказательные работы по исследованию психосексуальной сферы пациентов с невротическими расстройствами немногочисленны, другие имеют различные ограничения.

Возникновение противоречивости в «отношении к себе» является основой глобального изменения всей системы отношений. Исследования подтвердили, что именно нарушения «отношений к себе» выступают в качестве самого существенного патогенетического механизма невроза [10, 14].

В отечественной психиатрии и медицинской психологии основные понятия неврологии опираются на системные концепции современной медицины: биопсихосоциальную модель психической патологии и связанную с ней адаптационную парадигму психиатрии, в рамках которой большое значение в генезе заболеваний придается адаптационным механизмам [8, 15, 16].

Однако, с учетом структурной организации личности, остается недосказанным, что служит предпосылкой нарушения «отношения к себе» и внутриличностного конфликта. В этом смысле изучение психосексуальной сферы: половой идентичности, полоролевого поведения, направленности полового влечения могло бы пролить свет на данную проблему.

Половая идентичность относится к базовым уровням в структуре организации личности. Принадлежность человека к определенному полу определяет становление личности, ее интересы, формирование особой системы представлений о себе как о человеке определенного пола, включающей специфические для мужчин и женщин потребности, мотивы, ценностные ориентации и соответствующие этим образованиям формы поведения – в целом социализацию человека. Психическое здоровье, благополучие в семейных отношениях и во взаимоотношениях человека с окружающими в значительной степени зависят от сформированности его половой идентичности, а также полоролевого поведения.

Например, согласно З.Фрейду [19, 20] пол занимает важное место в развитии личности, составляет «организационный принцип» данного процесса. Он считал, что от относительной силы маскулинной и фемининной диспозиции зависит направленность идентификации.

В рамках системной модели половой дифференциации показано, что условия формирования половой идентичности связаны с нейропсихологическими и психофизиологическими характеристиками индивида, они задают определенные особенности познавательной и эмоциональной переработки средовых влияний и границы их восприятия. Это позволяет индивиду активно и избирательно идентифицировать себя с людьми определенного пола [12] и усваивать модели полоролевого поведения в соответствии со своими задатками [1, 3].

Рассмотрение половой идентичности больных неврозами послужило основанием считать ее важным фактором становления невротической личности.

Н.А.Березовской [6] были изучены некоторые особенности полоролевого поведения у женщин больных невротическими расстройствами. Результаты позволили предположить, что маскулинная акцентуация полоролевого поведения у женщин может являться фактором, предрасполагающим к формированию невротических расстройств.

Ряд исследований структуры половой идентичности больных невротическими расстройствами проводился с позиции изучения «Я-концепции». Одним из методических воплощений данного подхода является опросник для оценки полоролевой идентичности «МиФ», модифицированный Т.Л.Бессоновой [7]. Автор выделила структуры «Я реальное» (базовая половая идентичность), «Я-идеальное» (идеальная половая идентичность) и «Я-социальное» (Я для других). Конструкт в этой модели содержательно определялся через составляющие маскулинности/фемининности в рамках парадигмы S.Vem [17].

Изучая особенности половой идентичности больных невротическими расстройствами с помощью данной методики, А.С.Кочарян [13] выявил такую

особенность, как «сцепленность» (неартикулированность) М/Ф симптомокомплекса. Другими словами, чем больше выражен маскулинный компонент, тем больше выражен и фемининный компонент в структуре полоролевой идентичности. Это позволило сделать вывод о том, что дисбаланс полоролевой структуры личности может быть патогенетическим или предрасположенным фактором формирования неврозов.

Необходимо отметить, что данный подход к исследованию структур половой идентичности имеет ряд ограничений. Основные из них связаны с тем, что у мужчин и женщин, по мнению S.Cross и L.Nadson [18], различается структура «Я-концепции», а также различается характер взаимосвязи между половой идентичностью, половой ролью и моральными установками [22]. Кроме того, для исследования такой глубинной структуры, как половая идентичность метод самоопи- сания является не вполне адекватным [12].

Можно заключить, что, используя различные методические подходы к исследованию отдельных аспектов психосексуальной сферы пациентов с невротическими расстройствами, авторы приходят к мнению о том, что особенности психосексуальной сферы могут быть патогенетическим или предрасположенным фактором формирования неврозов. Все это обосновывает необходимость исследований данной проблемы как в теоретическом, так и в практическом плане.

Необходимо рассматривать психосексуальную сферу как целостную систему, которая имеет многоуровневую организацию и испытывает воздействие множества разного рода факторов.

Следует заметить, что разделение обследуемого контингента по полу с целью получения валидных результатов при исследованиях в области психиатрии является правилом в работах западных авторов, но далеко не всегда соблюдается в отечественных работах.

Процесс становления человека как представителя пола начинается с момента зачатия и продолжается в течение всей жизни. Из этого следует то, что различия между мужчинами и женщинами охватывают самые глубинные уровни биологического, психологического и социального существования индивида. Дынные различия носят не только количественный, но и качественный характер, что подразумевает отличие процессов их формирования у мужчин и женщин [4].

Для подтверждения этой гипотезы были изучены характеристики психосексуальной сферы мужчин и женщин больных неврозами [2]. В исследовании выявлено, что у женщин на ранних возрастных этапах уровень маскулинности выше, чем уровень фемининности у мужчин. Однако если проследить дальнейшую динамику полоролевого поведения, то можно видеть, что у женщин уровень маскулинности остается на одном уровне и к подростковому

возрасту начинает снижаться, тогда как, у мужчин степень фемининности в поведении неуклонно растет и к моменту обследования уже не отличается от уровня маскулинности у женщин.

У женщин, больных невротическими расстройствами, уровень выраженности поведения, свойственного противоположному полу, не имеет однозначной обусловленности со стороны психофизиологических характеристик, в отличие от мужского контингента больных, у которого данная взаимосвязь была прослежена. Это соответствует представлениям В.А.Геодакяна [9] о большей индивидуальной изменчивости и адаптационной гибкости женщин, по сравнению с мужчинами, у которых больше видовая изменчивость. Также, это свидетельствуют о том, что у женщин психосексуальная сферы в большей степени взаимосвязана с психологическими факторами, чем у мужчин.

Таким образом, у мужчин и у женщин, больных невротическими расстройствами, отличается структура и динамика формирования психосексуальной сферы, которая играет существенную роль в процессах адаптации личности больного.

Можно видеть, что, как изучение психологических механизмов невротических расстройств, так и изучение психосексуальной сферы человека, имеют длительную историю и актуальны на современном этапе развития науки. В то же время интеграция накопленных в этих областях знаний практически отсутствует, несмотря на очевидную значимость психосексуальной сферы в развитии невротического заболевания, которая может определяться особенностями психосексуальной сферы больных неврозами и их связью с психофизиологическими и личностными характеристиками больных, способами их психологической адаптации.

Цель исследования – изучить особенности психосексуальной сферы женщин, больных невротическими расстройствами, и их связь с психофизиологическими и психологическими характеристиками личности

В данной публикации приводятся сведения по изучению особенностей психосексуальной сферы (полоролевого поведения, половой идентичности, направленности полового влечения) женщин, больных невротическими расстройствами, по сравнению со здоровыми женщинами.

Материал

Обследовано 94 пациентки стационара Городской психоневрологической больницы №7 им. акад. И.П.Павлова (Санкт-Петербург). Диагноз больных соответствовал разделу F4 «Невротические и связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (МКБ-10, 1994). Сравнительный анализ психосексуальных характеристик в группах пациенток с различным диагнозом не выявил достоверных отличий. В качестве контрольной группы исследовано 50 женщин без психических расстройств.

Средний возраст женщин основной (клинической) группы составил 36 ± 1 лет. Средний возраст женщин контрольной группы – 32 ± 2 года. Среднее количество лет обучения в двух группах женщин составило 14,0 лет и 15,5 лет соответственно. Работали 61,7% женщин клинической группы и 72% – контрольной. В браке состояли 41,5% женщин клинической группы и 26% – контрольной; не замужем – 30,9% и 50% соответственно; в разводе – 38,5% и 24% соответственно.

В зависимости от диагноза, пациентки распределились следующим образом: F40 Тревожно-фобические расстройства – 8 человек (9%); F41 Другие тревожные расстройства – 25 человек (27%); F42 Обсессивно-компульсивное расстройство – 2 человека (2%); F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации – 28 человек (30%); F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства – 5 человек (5%); F45 Соматоформные расстройства – 24 человека (25%); F48 Другие невротические расстройства (а именно, F48.0 Неврастения – 2 человека (2%))

Преобладали женщины с длительностью заболевания менее года – 71 человек (75,5%). Средний возраст начала заболевания – 34 года. Наибольшая частота начала заболевания приходится на возраст 20 лет, 25 лет и 40 лет.

Распределение больных по ведущему клиническому синдрому: тревожно-депрессивный – 53,2%; астенический – 13,8%; тревожно-фобический – 21,3%; вегетативных нарушений – 11,7%.

Методы исследования

Применялся комплекс оригинальных методик, направленных на определение полоролевого пове-

дения, половой идентичности, полового влечения. Для определения половой идентичности и структуры полового влечения служил семантический дифференциал [21]. Применялся специально разработанный набор шкал [11] модифицированный Б.Е.Алексеевым [1]. «Методика диагностики акцентуаций полоролевого поведения» [1, 3] применялась для оценки полоролевого поведения.

Для выявления особенностей психосексуальной сферы женщин, больных невротическими расстройствами, было проведено сравнительное изучение полоролевого поведения, структуры половой идентичности и направленности полового влечения в клинической группе и контрольной группе здоровых женщин.

Результаты исследования

Структура половой идентичности.

Среди женщин, больных невротическими расстройствами, м-изомерные составили 40,5% пациенток; среди женщин контрольной группы – 46% испытуемых.

Данные о выраженности маскулинного и фемининного компонентов половой идентичности женщин клинической и контрольной групп представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, у женщин, больных невротическими расстройствами, значение индекса фемининности по фактору силы (If по ФС) и значение индекса фемининности персональной идентичности (If) статистически достоверно выше по сравнению с женщинами контрольной группы. Поскольку эти индексы показывают близость понятий «Я» и «Боль-

Таблица 1

Показатели половой идентичности в основной и контрольной группах

Показатели половой идентичности	Женщины с невротическими расстройствами N=94	Женщины контрольной группы N=50	Достоверность различий
Базовая идентичность			
Индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС)	4,91±0,21	4,64±0,31	
Индекс фемининности по фактору силы (If по ФС)	5,01±0,22	3,83±0,30	p<0,001
Индекс адекватности по фактору силы (Ia по ФС)	-0,07±0,26	0,80±0,32	p<0,05
Персональная идентичность			
Индекс маскулинности персональной идентичности (Im)	2,83±0,13	2,43±0,15	0,1>p≥0,05
Индекс фемининности персональной идентичности (If)	2,46±0,13	2,03±0,14	p<0,05
Индекс адекватности персональной идентичности (Ia)	0,37±0,15	0,40±0,16	
Сексуальная идентичность			
Индекс гомосексуальности (I го)	2,27±1,14	2,34±0,17	
Индекс гетеросексуальности (I ге)	1,81±0,12	1,92±0,18	

Примечания: индекс маскулинности показывает близость понятий «Я» и «Большинство людей мужского пола», индекс фемининности показывает близость понятий «Я» и «Большинство людей женского пола» индекс адекватности показывает разность индексов маскулинности и фемининности. Индекс «гомосексуальности» показывает близость понятий «Сексуально привлекательный человек» и «Подруга». Индекс «гетеросексуальности» показывает близость понятий «Сексуально привлекательный человек» и «Любимый мужчина».

шинство людей женского пола», то более высокие значения данных показателей свидетельствуют о меньшей выраженности фемининного компонента в структуре базовой и персональной идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, по сравнению со здоровыми женщинами.

У женщин, больных невротическими расстройствами, среднее значение индекса адекватности по фактору силы отрицательное, это говорит о том, что в структуре базовой идентичности маскулинный компонент преобладает над фемининным компонентом (инверсия по отношению к паспортному полу). В контрольной группе среднее значение индекса адекватности по фактору силы, напротив, положительное, из чего можно заключить, что в структуре базовой идентичности здоровых женщин фемининный компонент преобладает над маскулинным компонентом.

В структуре персональной половой идентичности женщин основной группы маскулинный (Im) и фемининный (If) компоненты менее выражены, чем у здоровых женщин.

Таким образом, у женщин, больных невротическими расстройствами, в меньшей степени выражен фемининный компонент в структуре и персональной и базовой половой идентичности по сравнению со здоровыми женщинами.

Анализ показателей сексуальной идентичности, характеризующей структуру направленности полового влечения, не выявил достоверных различий между женщинами основной и контрольной групп.

Изучение взаимосвязей компонентов структуры половой идентичности женщин проводилось путем анализа интеркорреляций индексов семантического дифференциала в зависимости от уровня маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Таким образом, получилось четыре группы сравнения: акцентуированные и неакцентуированные женщины клинической группы, акцентуированные и неакцентуированные женщины контрольной группы.

В группе здоровых женщин, у которых не выявлено маскулинной акцентуации полоролевого пове-

дения, индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,65$, $p<0,01$), индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС) положительно взаимосвязан с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,70$, $p<0,01$). Графически эти взаимосвязи представлены на рис. 1.

Анализ структуры половой идентичности в группе здоровых женщин с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения показал, что индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,40$, $p<0,05$), индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС) положительно взаимосвязан с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,42$, $p<0,05$); кроме того, индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан индексом маскулинности по фактору силы (Im по ФС) ($r=0,51$, $p<0,01$). Графически эти взаимосвязи представлены на рис. 2.

В группе женщин, больных невротическими расстройствами, у которых не выявлено маскулинной акцентуаций полоролевого поведения, индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан с индексом маскулинности по фактору силы (Im по ФС) ($r=0,52$, $p<0,05$) и индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,59$, $p<0,01$). Индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС) положительно взаимосвязан с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,70$, $p<0,01$). Индекс маскулинности персональной идентичности (Im) связан с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,61$, $p<0,01$). Графически структура описанных взаимосвязей представлена на рис. 3.

Среди женщин, больных невротическими расстройствами, у которых выявлена маскулинная акцентуация полоролевого поведения, выявлены иные взаимосвязи. Индекс фемининности по фактору силы (If по ФС) положительно взаимосвязан с

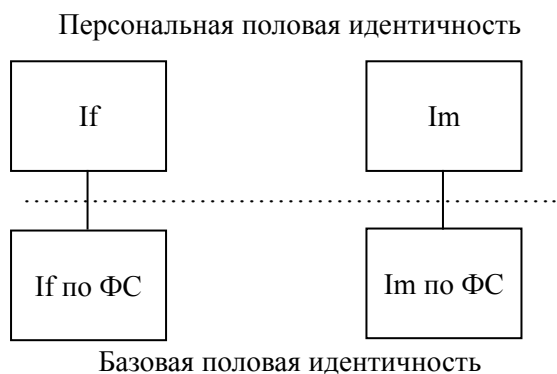


Рис. 1. Структура половой идентичности здоровых женщин без акцентуации полоролевого поведения

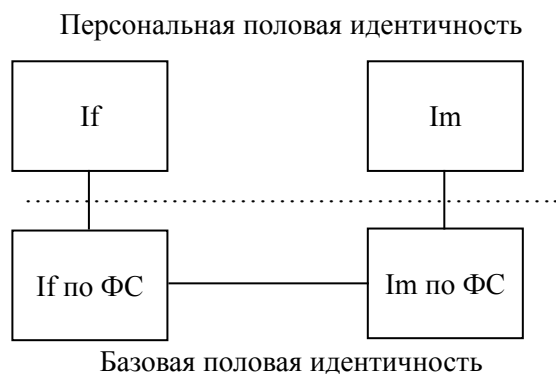


Рис. 2. Структура половой идентичности здоровых женщин с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения

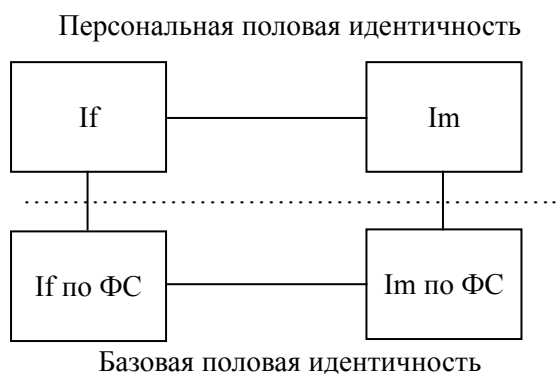


Рис. 3. Структура половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, без акцентуации полоролевого поведения



Рис. 4. Структура половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения

Таблица 2

Взаимосвязь показателей полоролевого поведения и половой идентичности в контрольной группе женщин

Компоненты психосексуальной сферы	Половая идентичность	
	Индекс адекватности по фактору силы (Ia по ФС)	Индекс адекватности персональной половой идентичности (Ia)
Полоролеовое поведение: ИКП «сейчас»	$r = -0,41^{**}$	$r = -0,37^{**}$

Примечания: ** – статистическая значимость на уровне 0,01; ИКП – индекс кроссполового поведения.

индексом маскулинности по фактору силы (Im по ФС) ($r=0,28, p<0,05$), с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,64, p<0,01$), с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,29, p<0,05$), а также с индексами «гомосексуальности» (I гомо) ($r =0,33, p<0,01$) и «гетеросексуальности» (I гетеро) ($r=0,26, p<0,05$).

Индекс маскулинности по фактору силы (Im по ФС) взаимосвязан с индексом маскулинности персональной идентичности (Im) ($r=0,50, p<0,01$).

Индекс маскулинности персональной идентичности (Im) связан с индексом фемининности персональной идентичности (If) ($r=0,36, p<0,01$) и с индексом гомосексуальности (I гомо) ($r=0,24, p<0,05$). Индекс фемининности персональной идентичности (If) связан с индексом гомосексуальности (I гомо) ($r=0,26, p<0,05$) и индексом гетеросексуальности (I гетеро) ($p=0,45, p<0,01$). Индексы гомосексуальности (I гомо) и гетеросексуальности (I гетеро) в свою очередь взаимосвязаны между собой ($r =0,28, p<0,05$). Графически структура описанных взаимосвязей представлена на рис. 4.

Взаимосвязь между компонентами психосексуальной сферы

На следующем этапе изучались взаимосвязи полоролевого поведения, половой идентичности и направленности полового влечения у женщин клинической и контрольной групп.

В результате проведенного корреляционного анализа у женщин, больных невротическими расстройствами, между показателями полоролевого поведения и половой идентичности ни одной значимой взаимосвязи выявлено не было.

Результаты корреляционного анализа показателей уровня маскулинной акцентуации полоролевого поведения и выраженности компонентов структуры половой идентичности женщин контрольной группы представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, у женщин контрольной группы выявлены статистически значимые отрицательные взаимосвязи между показателями полоролевого поведения и половой идентичности. Индекс кроссполового поведения (ИКП) «сейчас» отрицательно взаимосвязан с индексом адекватности по фактору силы (Ia по ФС) и индексом адекватности персональной идентичности (Ia).

Поскольку индекс адекватности семантического дифференциала равен разности индексов маскулинности и фемининности, то возрастание значения индекса адекватности соответствует возрастанию преобладания фемининного компонента в структуре половой идентичности над маскулинным компонентом. Индекс кроссполового поведения «сейчас» отражает уровень маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Таким образом, обратная взаимосвязь данных показателей говорит о том, что у женщин контрольной группы, чем более выражена маскулинная акцентуация полоролевого поведения, тем больше в структуре половой идентичности маскулинный компонент преобладает над фемининным.

Данные корреляционного анализа подтверждаются результатами сравнительного анализа показателей половой идентичности у женщин клинической и контрольной групп с различной выраженностью маскулинной акцентуации полоролевого поведения.

Так, у женщин, больных невротическими расстройствами, не было выявлено статистически значимых

различий между показателями половой идентичности в группах пациенток с различным уровнем маскулинной акцентуации полоролевого поведения. У женщин контрольной группы такие различия были найдены и представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, у здоровых женщин в зависимости от наличия маскулинной акцентуации полоролевого поведения отличаются показатели структуры половой идентичности. У испытуемых с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения по сравнению с неакцентуированными испытуемыми ниже значение индекса адекватности по фактору силы. Также, у женщин контрольной группы с маскулинным поведением по сравнению с женщинами без маскулинной акцентуации ниже значение индекса адекватности персональной идентичности, который показывает соотношение маскулинного и фемининного компонентов в структуре персональной идентичности. Это свидетельствует о том, что у здоровых женщин, чем больше выражена маскулинная акцентуация полоролевого поведения, тем больше в структуре половой идентичности маскулинный компонент преобладает над фемининным компонентом.

Обсуждение

Как видно из рис. 1, у женщин контрольной группы, у которых не было выявлено маскулинной акцентуации полоролевого поведения, компоненты структуры половой идентичности не обнаруживают никаких «перекрестных» взаимосвязей. Это свидетельствует о том, что в данной группе здоровых женщин фемининный компонент половой идентичности связан с фемининным компонентом более глубоких структур идентичности. То же самое можно сказать в отношении маскулинных компонентов половой идентичности. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что у здоровых женщин без маскулинной акцентуации полоролевого поведения половая идентичность характеризуется дифференцированностью маскулинного и фемининного радикалов.

В группе здоровых женщин (рис. 2) с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения фемининный и маскулинный компоненты половой идентичности

связаны с соответствующими элементами более глубоких структур. Однако на уровне базовой идентичности наблюдается взаимосвязь маскулинного и фемининного радикалов.

Полученное в результате корреляционного анализа отсутствие взаимосвязей между маскулинным и фемининным компонентами персональной идентичности говорит об определенности половой идентификации здоровых женщин. Тем не менее, можно видеть, что маскулинное полоролевое поведение вносит некоторую «размытость» на уровне глубинных структур половой идентичности.

Как можно видеть из рис. 3, у женщин, больных невротическими расстройствами, у которых не выявлено маскулинной акцентуации полоролевого поведения, компоненты половой идентичности прямо связаны не только с соответствующими компонентами базовой половой идентичности, но также тесно положительно взаимосвязаны между собой: чем больше выражен маскулинный компонент, тем более выражен и фемининный компонент половой идентичности. Это отражает некоторую недифференцированность и неопределенность половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, без маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Прямая взаимозависимость маскулинного и фемининного радикалов половой идентичности у больных невротическими расстройствами была обнаружена и в другом исследовании, и обозначалась как «неартикулированность» структуры половой идентичности [13].

У женщин клинической группы (рис. 4) с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения выявлено самое большое количество взаимосвязей между компонентами структур половой идентичности на разных уровнях и направленности полового влечения по сравнению с другими группами исследованных женщин. Это свидетельствует о высокой степени неопределенности, размытости и недифференцированности половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения. Также выявлены взаимосвязи между структурами половой и сексуальной идентичности. В структуре направленности полового влечения, чем более выражен «гете-

Таблица 3

Показатели половой идентичности женщин контрольной группы с различным уровнем акцентуации полоролевого поведения

Показатели половой идентичности	Женщины без маскулинной акцентуации	Женщины с маскулинной акцентуацией	Достоверность различий
	M±m, N=19	M±m, N=31	
Базовая идентичность			
Индекс адекватности по фактору силы (Ia по ФС)	1,49±0,50	0,38±0,41	0,1>p≥0,05
Персональная идентичность			
Индекс адекватности персональной идентичности (Ia)	0,93±0,28	0,08±0,27	p<0,05

Примечания: в таблицах приводятся только психометрические показатели, для которых выявлены статистически значимые или близкие к ним различия между сопоставляемыми группами женщин.

росексуальный» компонент, тем более выражен и «гомосексуальный» компонент. Можно заключить, что у женщин, больных невротическими расстройствами, недифференцированность половой идентичности тем больше, чем выше уровень маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Чем он выше, тем менее адекватно и менее дифференцированно восприятие различных аспектов полоролевого поведения.

У женщин, больных невротическими расстройствами, в меньшей степени выражен фемининный компонент в структуре половой идентичности по сравнению с женщинами контрольной группы (табл. 1).

В группе здоровых женщин высокий уровень согласованности структур полоролевого поведения и половой идентичности (табл. 2). Подобной согласованности в группе женщин, больных невротическими расстройствами, не выявлено.

Выводы

У женщин, больных невротическими расстройствами, отмечается недостаточность развития компонентов половой идентичности. Об этом говорит отсутствие взаимосвязи полоролевого поведения и половой идентичности, а также недифференцирован-

ность маскулинного и фемининного компонентов половой идентичности. Все это свидетельствует о том, что у женщин с невротическими расстройствами половая идентичность отличается иным соотношением структурных компонентов, в отличие от здоровых женщин. С клинической точки зрения отмеченные особенности можно рассматривать как задержку развития идентификационного компонента психосексуальной сферы. Данная коллизия является одним из проявлений психосексуального диатеза и предпосылкой, а также фактором полоролевого конфликта [5].

Таким образом, проведенное исследование показало, что у женщин, больных невротическими расстройствами, процесс восприятия и осознания себя и своего поведения как представителя пола носит особый характер. Полученные результаты согласуются с теорией В.Н.Мясищева [14], согласно которой центральным патогенетическим механизмом невротических расстройств является противоречивость в самом ядре значимых отношений личности – отношении к себе. Результаты исследования предполагают, что иная структура половой идентичности является характерным проявлением больных невротическими расстройствами женщин и служит предпосылкой противоречивых отношений личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Б.Е. Психосексуальная сфера больных эндогенными психозами: Дисс. ... д.м.н. СПб., 2001. 438 с.
2. Алексеев Б.Е., Каданцева А.В. Психосексуальные особенности больных с невротическими расстройствами // Вестн. СПб. ун-та. Сер.12. Психология, социология, педагогика. СПб. 2009. Вып. 3. Ч. 2. С. 165–174.
3. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. Монография. Издательство: www.palmarium-publishing.ru 2013. 152 с.
4. Алексеев Б.Е., Доморацкий В.А. Подростковая сексология: руководство для специалистов молодежных клиник. СПб.: Издательство Профлитиздат, 2014. 336 с.
5. Алексеев Б.Е. Полоролевой конфликт как биопсихосоциальный феномен // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 1. С. 91–97.
6. Березовская Н.А. Особенности сексуального функционирования женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими заболеваниями // Сексуальность, личность, качество жизни. XIII Клинические Павловские чтения: сборник работ. СПб.: Изд-во НИПНИ им. Бехтерева, 2009. С. 10–14.
7. Бессонова Т.Л. Психологические особенности полоролевого самосознания и самопринятия личности студента педагогического вуза: Автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М., 1994. 18 с.
8. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
9. Геодакян В.А. Конвергентная эволюция фенотипа, ассиметрии и сексуальности в культуре // Сексология и сексопатология. 2003. № 6. С. 2–8.
10. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н.Мясищева и медицинская психология. СПб.: Сенсор, 1999. 76 с.
11. Каган В.Е., Колесов В.П., Сингуринди Э.Г. Оценка психологической совместности спортсменов в экипаже автогонщиков-раллистов // Теория и практика физической культуры. 1981. № 10. С. 11–14.
12. Каган В.Е. Половая идентичность у детей и подростков в норме и патологии: Дисс. ... д-ра мед. наук. Л., 1991. 413 с.
13. Кочарян А.С. Личность и половая роль: симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии. Харьков: Основа, 1996. 127 с.
14. Мясищев В.Н. Психология отношений / Под. ред. А.А.Бодалева. Воронеж: МОДЭК, 2004. 400 с.
15. Нуллер Ю.Л. О парадигме в психиатрии / Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 4. С. 5–13.
16. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине: системное исследование: Дисс. ... докт. психол. наук. СПб., 2009. 530 с.
17. Bem S.L. Gender schema theory and its implications for child development: raising gender-aschematic children in a gender schematic society // Signs: J. Women Cult. Society. 1983. Vol. 8. P. 598–616.
18. Cross S., Nadson L. Models of the self: self-construal and gender // Psychol. Bull. 1997. Vol. 122. N 15. P. 37.
19. Freud S. A child is being beaten. A contribution to the study of the origin of sexual perversions. London: Hogarth Press Ltd, 1955. Vol. 17. P. 200–202.
20. Freud S. Female sexuality. London.: Hogarth Press Ltd, 1961. Vol.21. 287 p.
21. Osgood Ch. Semantic differential technique in comparative study of cultures // Semantic differential technique: A sourcebook / J.G.Snider, Ch.Osgood (Eds.). Chicago, 1969. P. 303–333.
22. Skoe E. Sex role orientation and its relationship to the development of identity and mothought // Scand. J. Psychol. 1995. Vol. 36. N 3. P. 235–245.

РОЛЬ ПСИХОСЕСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ В РАЗВИТИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Б.Е. Алексеев, А.В. Каданцева

Цель исследования – изучить predispositionные факторы внутриличностного конфликта, в частности, особенности полоролевого поведения и половой идентичности женщин с невротическими расстройствами. Для этого данные аспекты изучались путем сопоставления с полоролевым поведением и половой идентичностью здоровых женщин.

Было обследовано 94 пациентки и 50 женщин без психических расстройств. Для определения половой идентичности применялся специально разработанный набор шкал семантического дифференциала [11], модифицированный Б.Е. Алексеевым [1]. «Методика диагностики акцентуаций полоролевого поведения» служила для оценки полоролевого поведения.

Выявлено отсутствие взаимосвязи полоролевого поведения и половой идентичности, а также недифференцированность маску-

линного и фемининного компонентов половой идентичности, у женщин с невротическими расстройствами в отличие от здоровых женщин.

С клинической точки зрения отмеченные особенности женщин с невротическими расстройствами следует рассматривать как задержку развития идентификационного компонента психосексуальной сферы, в основе которой лежит иная структурная организация половой идентификации. В целом данная коллизия является одним из проявлений психосексуального диатеза и предпосылкой, а также фактором полоролевого конфликта и невротического расстройства.

Ключевые слова: невротическое расстройство, predispositionные факторы, полоролевое поведение, структура половой идентичности, задержка развития, психосексуальный диатез.

THE ROLE OF PSYCHOSEXUAL SPHERE IN THE DEVELOPMENT OF NEUROTIC DISORDERS

B.E. Alekseev, A.V. Kadantseva

The aim of the study is to study the preexposure factors of intrapersonal conflict, in particular, the features of gender-role behavior and sex/gender identity of women with neurotic disorders. To this end, these aspects were studied by comparing with the gender-role behavior and sex/gender identity of healthy women.

94 patients and 50 women without mental disorders were examined. To determine gender identity was used a specially designed set of semantic differential scales [1, 11]. "Methods for diagnostics of character accentuations gender-role behavior" were used to assess gender-role behavior.

The absence of interrelation between gender-role behavior and sex/gender identity, as well as undifferentiation of masculine and feminine

components of sex/gender identity in women with neurotic disorders in contrast to healthy women were revealed.

From a clinical point of view, the noted features of women with neurotic disorders should be considered as a delay in the development of the identification component of the psychosexual sphere, which is based on a different structural organization of sex/gender identification. In General, this conflict is one of the manifestations of psychosexual diathesis and a prerequisite, as well as a factor of gender conflict and neurotic disorder.

Key words: neurotic disorder, pre-position factors, gender role behavior, structure of sex/gender identity, developmental delay, psychosexual diathesis

Алексеев Борис Егорович – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им.И.И.Мечникова; e-mail: alekseyev-b@yandex.ru

Каданцева Александра Владимировна – старший лаборант кафедры сексологии СЗГМУ им.И.И.Мечникова