

ХАРАКТЕРИСТИКА МАСКУЛИННОСТИ — ФЕМИНИННОСТИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ ЖЕНЩИН С НЕНОРМАТИВНЫМИ СТЕРЕОТИПАМИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина

С помощью стандартизированного многофакторного метода исследования личности среди пациенток, зависимых от алкоголя, выделено 4 относительно автономных модели нарушенного полоролевого поведения. Их общим признаком является нетранссексуальность. Высокий уровень маскулинности у женщин с трансформациями полоролевого поведения подтверждается высокими значениями по 5-й шкале «маскулинность — фемининность» (> 70 Т-баллов), а высокий уровень фемининности у гиперролевых женщин — пониженными и низкими значениями (< 45 Т-баллов).

Ключевые слова: маскулинность — фемининность, женщины, зависимость от алкоголя, расстройства полоролевого поведения нетранссексуального типа.

Психологические механизмы становления фемининности у женщин на сегодняшний день существенно трансформировались. Исчезли традиционные гендерные фильтры: половая сегрегация в школе, «феномен двора», идентификация с отцом [1]. Феминистические призывы к гендерному равенству, толерантность к неосексуальным практикам, лояльность к полоролевым девиациям и новым формам семьи свидетельствуют об изменении механизмов гендерной социализации [1]. В последние годы описаны характерные для современных девушек феномен страха интимной близости, синдром эмоционального холода и феномен межличностной зависимости, которые представляют собой проявления нарушений контакта, в том числе и партнерского, и делают невозможным построение конструктивных жизненных сценариев. В основе таких нарушений лежат девиации становления полоролевой идентичности [1]. Отсутствие нормативного полоролевого поведенческого стереотипа значимо снижает успешность адаптации личности в гетеросексуальных отношениях, актуализирует аддитивное поведение, направленное на снижение психоэмоциональной напряженности, равно как и поиск форм ненормативной сексуальной реализации [2–6]. Необходимость изучения течения и результатов психосексуального развития, в частности характеристик полоролевого поведенческого стереотипа, обусловлено значительным распространением нарушений полоролевого поведения в современной популяции женщин, зависимых от алкоголя. Так, например, по данным Л. К. Шайдуковой [2], полоролевая поведенческая деформация была отмечена у 100,0 % обследованных автором женщин с зависимостью от

алкоголя. Важность изучения полоролевого фактора обусловлена также и тем, что клиническая картина расстройств аддитивного спектра obligato включает в себя деформации полоролевого поведения [2, 7, 8]. Несмотря на признание проблемы клинически значимого модифицирующего влияния полоролевого поведения на аддитивное поведение (равно как и проблемы взаимного влияния), клинико-психологические аспекты девиантного и патологически измененного полоролевого поведения у лиц, зависимых от алкоголя, остаются наименее изученными.

Цель исследования — сравнительный анализ показателей маскулинности — фемининности у женщин, зависимых от алкоголя, при различных вариантах нарушения полоролевого поведенческого стереотипа.

В соответствии с критериями [9] в региональной выборке из 133 женщин, зависимых от алкоголя, жительниц Харькова и Харьковской области, находившихся на лечении в КУЗ «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3» и КУЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница» в 2012–2014 гг., была выделена основная группа из 88 пациенток с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа (РПРП НТСТ). Средний возраст женщин, зависимых от алкоголя, в региональной выборке — $27,00 \pm 1,02$ года, а пациенток, зависимых от алкоголя с РПРП НТСТ, — $22,50 \pm 2,02$ года. Под РПРП НТСТ мы понимаем полоролевое поведение, ненормативное по медицинскому критерию, при котором имеет место правильное половое самосознание (соответствующее морфологическому и гражданскому полу).

Дальнейшая дифференциация по критерию «патологичность — непатологичность ненормативного (по медицинскому критерию) стереотипа полоролевого поведения» [9] в группе аддиктов с РППП НТСТ позволила выделить четыре подгруппы: первую составили 38 (28,57 %) женщин с непатологической трансформацией полоролевого поведения; вторую — 12 (9,02 %) женщин с патологической трансформацией полоролевого поведения; третью — 29 (21,80 %) женщин с непатологическим гиперролевым (гиперфеминным) поведением; четвертую — 9 (6,77 %) женщин с патологическим гиперролевым поведением.

В контрольную группу вошли 30 здоровых женщин без признаков зависимости от алкоголя и расстройств полоролевого поведения. У каждой обследованной было получено информированное согласие на участие в клиническом исследовании.

В исследовании использовались методы: клинико-психопатологический (основной), психодиагностический, математической статистики.

Нозологическая диагностика расстройств половой роли и связанных с ними аномалий сексуальных предпочтений проводилась соответственно рубрикам МКБ-10: F64, F65 [10]. Нетранссексуальные расстройства половой роли (гиперролевое поведение и полоролевая трансформация) были отнесены к диагностической категории F64.9. «Расстройство половой идентификации, неуточненное» рубрики F64 («Расстройство половой идентификации»). В МКБ-10 в длиннике диагноза после шифра F64.9 в скобках указывались вид нетранссексуального расстройства половой роли: «полоролевая трансформация» или «гиперролевое поведение». У части наших пациенток с трансформированным (13,64 %) и гиперролевым (10,23 %) поведением были установлены аномалии сексуального влечения по активности, соответствующие критериям рубрики F65 категории F65.5 (садомазохизм). В этих случаях в зависимости от характера преобладающего подтипа указанного расстройства сексуального предпочтения после шифра F65.5 в скобках указывались форма парафилии: «садизм» или «мазохизм». Принципы МКБ-10 подразумевают не только возможность, но и необходимость в соответствующих случаях полидиагностики, т. е. использования нескольких диагностических рубрик для кодирования одного случая, что позволяет, во-первых, отдельно кодировать длинник болезни и настоящее состояние [11], а во-вторых, учитывать коморбидность расстройств половой идентификации и полового предпочтения с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя.

Психологический профиль личности пациенток изучался с помощью стандартизированного

многофакторного метода исследования личности (СМИЛ). Все профили, включенные в настоящее исследование, по шкалам L, F, K были оценены как «достоверные» (разность F-K в сырых баллах не превышала по абсолютной величине 11 в ту или иную сторону). Интерпретация по базисным и шкалам достоверности осуществлялась в соответствии с принципами анализа профиля, предложенного Л. Н. Собчик [12]. Шкальные значения более 70 Т-баллов мы квалифицировали как высокие; в интервале 56–70 — как повышенные, в интервале 45–55 — как средние; в интервале 44–30 — как сниженные, а значения ниже 30 — как низкие. Возрастающие шкалы в пределах средних значений и некоторое их повышение интерпретировались как положительно связанные с адаптивными свойствами личности, в то время как высокие или низкие — как отражающие патологические феномены и свидетельствующие о снижении адаптивности. В частности, повышенные и пониженные показатели по 5-й шкале («мужественность — женственность») определяли как отклонение от типичного для данного пола ролевого поведения и затруднение сексуальной межличностной адаптации. В настоящем исследовании для кодирования профилей был избран способ Хатэуэя [12]: шкалы, находящиеся в зоне 45Т–55Т, в длиннике кода не записывались, а вместо них ставился прочерк «—»; шкалы, расположенные выше 70Т, отделялись апострофом «'»; за ними указывались шкалы, находящиеся в интервале 55Т–69Т и выше; затем, после знака «/», записывались шкалы, расположенные ниже 45Т; показатели шкал достоверности приводились в сырых баллах последовательно, соответственно L:F:K через двоеточие.

Достоверность и обоснованность полученных результатов и сделанных на их основе выводов обеспечены использованием валидной и надежной психодиагностической методики, репрезентативной выборкой; корректным применением статистических методов с использованием критерия Манна — Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена, критерия Фишера.

Сравнение полученных средних данных у обследованных женщин в основной и контрольной группах показывают, что оценочные шкалы L, K и F патологических знаков как у здоровых, так и у пациенток с алкогольной зависимостью и РППП НТСТ не обнаруживали, что позволяет интерпретировать все психологические профили, включенные в исследование, как достоверные. Распределение профилей женщин с трансформациями полоролевого поведения (первой и второй подгрупп основной группы) отражено в табл. 1.

У большинства (57,89 %) пациенток с непатологической трансформацией полоролевого

поведения был установлен профиль 945'6-/027 KFL, где L (54T), F (58T), K (56T) 1 (47T), 2 (43T), 3 (43T), 4 (75T), 5 (74T), 6 (68T), 7 (39T), 8 (54T), 9 (76T), 0 (43T). Высокая 9-я шкала указывает на наличие акцентуации по гипертимическому типу и отражает проблему эмоциональной незрелости. В сочетании высокой 5-й шкалы с еще более высокой 4-й полоролевое поведение женщин в таком профиле приобретает черты мужского стиля — с выраженной сексуальной озабоченностью, прагматическим отношением к контактам, построенным на чисто физиологическом влечении, с тенденцией к частой смене сексуальных партнеров, с отсутствием склонности к глубокой, душевной привязанности, к постоянству. В межличностных контактах у женщин с повышенными показателями 6-й шкалы проявляются выраженное чувство соперничества, соревновательность, стремление к отстаиванию престижной роли в референтной группе.

У 42,11 % женщин с непатологической трансформацией полоролевого поведения был установлен профиль '5468-/3 KFL: L (54T), F (59T), K (56T) 1(47T), 2 (45T), 3 (43T), 4 (68T), 5 (69T), 6 (68T), 7 (50T), 8 (67T), 9 (54T), 0 (44T). В этом профиле значения 4-й, 5-й, 6-й и 8-й шкал повышены, но не более 70 Т-баллов. Одновременное повышение значений 5-й и 4-й шкал (65Т–70Т) свидетельствует об импульсивности, неконформности, авторитарности и стремлении к доминированию, повышенном чувстве независимости и сопротивлении навязываемым извне мнениям и авторитетам, стеническом типе реагирования, неженственном типе реагирования. Сочетание повышенных значений 5-й и 4-й шкал указывает также на трудности в контактах с окружающими в силу слабой сексуальной дифференцированности. Навыки женственного самосознания и поведения выражены недостаточно четко. Сочетание

повышенной 5-й и сниженной 3-й шкал обнаруживает отсутствие обычно присущих женщинам кокетливости, мягкости в общении, дипломатичности в межличностных контактах и указывает на характерные для мужчин особенности полоролевого поведения.

У большинства (75 %) обследованных с патологической трансформацией полоролевого поведения был установлен профиль 456'9-/270 KFL: L (50T), F (56T), K (59T) 1 (47T), 2 (43T), 3 (47T), 4 (84T), 5 (82T), 6 (76T), 7 (43T), 8 (47T), 9 (70T), 0 (39T). Высокие значения 4-й, 6-й и 9-й шкал формируют стенический тип реагирования и позволяют описывать женщин с таким профилем в характеристиках активности, силы, преобладания возбудимых черт. Пик значений 4-й шкалы (более 75 Т-баллов) выявляет выраженные импульсивность, конфликтность, неконформность, авторитарность и стремление к доминированию, повышенное чувство независимости и сопротивление навязываемым извне мнениям и авторитетам. Повышение показателя 5-й шкалы указывает на жестокость. В межличностных контактах у женщин с повышенным значением 6-й шкалы проявляются выраженное чувство соперничества, соревновательность, стремление к отстаиванию своего статуса в референтной группе. Низкий показатель 7-й шкалы говорит об отсутствии осторожности в поступках и щепитильности в вопросах морали, на довольно обнаженный эгоцентризм, сниженную способность к сопереживанию, неконформность установок, грубоватую и жесткую манеру поведения, циничный взгляд на жизненные явления. Значения нулевой шкалы (ниже 40Т-баллов) обнаруживают неразборчивость в контактах, в том числе половых.

Указанные профильные характеристики респондировали с поведенческими аддиктивными и полоролевыми паттернами, описанными Л. К. Шайдуковой [2] у женщин так называемого маскулинно-асоциального типа: у всех пациенток с профилем 456'9-/270 KFL отмечались прямолинейность, грубость, решительность, отсутствие сентиментальности, низкий уровень эмоциональности, агрессивность, склонность к риску, стремление к независимости, самостоятельности, нетерпимость к контролю, демонстрация неподчиняемости, подчеркивание своей отаги. Начальная алкоголизация сопровождалась своеобразным личачеством, мотивировалась проверкой своих возможностей, доказательством своих сил, утверждением равноправия с членами компании (дворовой, уличной и т. п.), своеобразной конкурентностью. Утрированно мужские черты отчетливо проявлялись не только в состоянии алкогольного опьянения, но и в «околоалкогольной» деятельности:

Таблица 1

Распределение психологических профилей у женщин с трансформациями полоролевого поведения

Код психологического профиля	Подгруппы основной группы			
	первая, n = 38		вторая, n = 12	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
945'6-/027 KFL	22	57,89 ¹	—	—
'5468-/2 KFL	16	42,11 ²	—	—
456'9-/270 KFL	—	—	9	75,00 ³
2456'9-/70 KFL	—	—	3	25,00 ⁴

Примечание. Достоверность внутригрупповых различий: ¹⁻² p < 0,01; ³⁻⁴ p < 0,01.

в способах добывания алкоголя, оформлении «алкогольного» времяпрепровождения, поведении в алкогольных ситуациях, внутригрупповой роли «добытчика», «организатора выпивок». Активная деятельность женщин алкогольной направленности являлась одним из важных компонентов их «маскулинности». Половая жизнь женщин с профилем 456'9-/270 KFL напоминала промискуитетное поведение гиперролевых мужчин (частая смена половых партнеров, неразборчивость в выборе партнера, доминирование в отношении с партнером, устойчивая гетеросексуальность), при этом доминирование в партнерских отношениях сочеталось с получением исключительного или преимущественного психосексуального удовлетворения при причинении боли сексуальному партнеру во время близости.

У 25 % женщин с патологической трансформацией был установлен стенический профиль несколько иного типа — 2456'9-/70 KFL: L (52T), F (58T), K (59T) 1 (47T), 2 (78T), 3 (47T), 4 (78T), 5 (75T), 6 (76T), 7 (43T), 8 (55T), 9 (70T), 0 (38T). Отличительная особенность данного профиля — наличие двух равных пиков шкал 2-й и 4-й, более низкие значения 5-й шкалы. Два равных пика 2-й и 4-й шкал указывают на внутренний конфликт, уходящий корнями в изначально противоречивый тип реагирования, в котором сочетаются разнонаправленные тенденции — высокая поисковая активность и динамичность процессов возбуждения (4-я шкала) и выраженные инертность и неустойчивость (2-я шкала). Психологически это проявляется противоречивым сочетанием высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активностью и быстрой истощаемостью. У мужчин с повышенными значениями 5-й шкалы и сниженными показателями 4-й шкалы наблюдались особенности социального полоролевого поведения, характерные для мужчин.

Распределение профилей гиперролевых женщин отражено в табл. 2.

У большинства (72,41 %) женщин с непатологическим гиперролевым поведением был установлен профиль 78123'0-/654 KFL: L (50T), F (50T), K (52T) 1 (74T), 2 (72T), 3 (72T), 4 (38T), 5 (40T), 6 (44T), 7 (78T), 8 (78T), 9 (39T), 0 (65T). Двойной пик 7-й и 8-й шкал выше 75T-баллов характерен для состояния хронической социальной дезадаптации и является признаком выраженного комплекса неполноценности или ощущения своей «инакости» в окружающей среде. Такое сочетание свидетельствует о внутренней напряженности, тревожности, нервозности, хронически существующем чувстве душевного дискомфорта, неуверенности, снижении общей продуктивности, комплексе вины и неполноценности. Высокие значения

1-й, 2-й и 3-й шкал отражают наличие высокого уровня невротизации, озабоченности плохим самочувствием и астенодепрессивный фон настроения. Снижение показателя по 5-й шкале (40 T-баллов) указывает на отклонение от типичного для женщин полоролевого поведения и на фасадное, гиперкомпенсаторное усиление феминности, скрывающие гиподисфункциональность сексуальной сферы (у всех женщин с профилем 78123'0-/654 KFL были установлены снижение сексуального либидо, сексуальная гипестезия и аноргазмия). Низкие показатели 4-й шкалы говорят о снижении мотивации достижения, об отсутствии лидерских черт и стремления к независимости, спонтанности, непосредственности поведения, невыраженном честолюбии, о приверженности общепринятым нормам поведения, конформизме. В межличностных контактах у женщин с пониженными значениями 6-й шкалы проявляются отсутствие соперничества, соревновательности, стремления к отстаиванию престижной роли в референтной группе. Сниженные показатели по 9-й шкале указывают на снижение уровня оптимизма, жизнелюбия и активности. В сочетании со 2-й, 7-й и 8-й шкалами повышение нулевой шкалы (65T-баллов) показывает ослабление социальных контактов, отгороженность и отчужденность и одновременно наличие у женщин скромности, застенчивости, социальной уступчивости. Пациентки с гиперролевым стереотипом и психологическим профилем типа 78123'0-/654 KFL характеризовались такими чертами, как избыточная подчиняемость, повышенная внушаемость, покорность, доверчивость, повышенная склонность к компромиссам, соглашательству, стремление следовать социальным стандартам. Эти черты сочетались с мягкостью, подчеркнутой женственностью, отсутствием оригинальности, узостью интересов, банальностью суждений, трафаретностью поступков.

Гиперфеминность также выражалась в повышенной эмоциональности, обидчивости, сентиментальности, что стало основой для аффективных

Таблица 2

Распределение психологических профилей у гиперролевых женщин

Код психологического профиля	Подгруппы основной группы			
	третья, n = 29		четвертая, n = 9	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
78123'0-/654 KFL	21	72,41 ¹	—	—
123'780-/654 KFL	8	27,59 ²	—	—
278'104-/95 FKL	—	—	9	100,00

¹⁻² $p < 0,01$.

сдвигов гипотимического типа в период злоупотребления алкоголем. Утрированная фемининность проявлялась также и в повышенной конформности. Женщины с психологическим профилем типа 78123'0-/654 KFL часто и легко подвергались внешнему воздействию со стороны значимых лиц, их аддиктивное поведение инициировалось, формировалось и закреплялось пьющими членами семьи, подругами, мужьями.

У 27,59% женщин с непатологическим гиперролевым поведением был установлен профиль 123'780-/654 KFL: L (50T), F (50T), K (52T) 1 (74T), 2 (72T), 3 (72T), 4 (38T), 5 (40T), 6 (44T), 7 (70T), 8 (69T), 9 (39T), 0 (65T). Отличием данного профиля является то, что значения 7-й и 8-й шкал не превышают 70 Т-баллов, т. е. повышенная тревожность трактуется не как состояние, а как черта характера (в данном случае — тревожно-мнительного). Общим для профилей 78123'0-/654 KFL и 123'780-/654 KFL было то, что их можно охарактеризовать как профили гипостенического типа со сниженными показателями шкалы «маскулинность — фемининность».

У всех женщин с патологическим гиперролевым поведением был определен профиль 278'104-/95 FKL: L (50T), F (65T), K (60T) 1 (70T), 2 (80T), 3 (60T), 4 (68T), 5 (29T), 6 (50T), 7 (70T), 8 (69T), 9 (40T), 0 (65T) (табл. 2), который отражает выраженную эмоциональную напряженность и указывает на наличие смешанного типа реагирования с преобладанием гипостенических тенденций. Позицию всех обследованных можно охарактеризовать как пассивно-страдательную, а их активность как ситуативно сниженную. Для женщин с таким профилем характерен привычный уход от активности в ситуации неуспеха и недоброжелательности окружающих. Можно говорить и об ограничении социальной активности, связанной с неблагоприятной ситуацией. Мотивационная направленность в таком профиле — избегание ситуаций, грозящих неуспехом, уход от конфронтации, высокая мотивация избегания стрессов и конфликта. Эмоциональный фон у испытуемых с профилем 278'104-/95 FKL прогнозируемо снижен (что подтверждается клиническими проявлениями субдепрессии), сочетается с повышенными тревожностью и мнительностью. Уверенно прогнозируемы склонность к страхам и к избыточной озабоченности существующими проблемами. Наиболее вероятностный тип реагирования у пациенток с профилем 278'104-/95 FKL — тревожно-мнительный, сенситивно-индивидуалистический. Стиль общения — зависимый, женственный. Низкие показатели по 5-й шкале (< 40 Т-баллов) объективизируют акцентуацию фемининного полоролевого поведения. Стремление к идеализации отношений

с лицами противоположного пола, завышенные требования к объекту привязанности при наличии фасадной сверхженственности затрудняют полоролевою адаптацию, сужая до критического диапазон выбора гетеросексуального партнера. Наличие профиля 278'104-/95 FKL также вполне определенно указывает на подавленность, чувство несчастья, переживание субъективного чувства одиночества. Несмотря на высокую вероятность болезненного реагирования на внешнюю злобу и агрессию, у всех женщин четвертой подгруппы парадоксально (!) полное психосексуальное удовлетворение оказывалось возможным только с брутальными мужчинами, причиняющими им боль во время полового акта. Интимная близость у женщин с профилем 278'104-/95 FKL с самого ее начала сопровождалась взаимной алкоголизацией с партнером. Возможно, алкоголь временно нивелировал у таких пациенток избыточный самоконтроль, ведущий в обычных условиях к подавлению непосредственности в поведении, в том числе сексуальном. Можно также предположить, что особо приятные (гратуальные) сексуальные ощущения, единожды пережитые в состоянии алкогольного опьянения с брутальным мужчиной, в дальнейшем были фиксированы и трансформированы в привычный парафильный (мазохистический) паттерн.

Анализируя результаты 5-й шкалы, отметим, что средние ее значения в группе женщин с алкогольной зависимостью и признаками нарушенного полоролевого стереотипа (по медицинским критериям Г. С. Васильченко и др. [9]) оставались за пределами шкального интервала 45–55 Т-баллов, что говорило о наличии отклонений от типичного для данного пола ролевого поведения. В контрольной группе у здоровых женщин без признаков нарушения полоролевого стереотипа значения 5-й шкалы находились в интервале «средних значений» (45–55 Т-баллов), что указывало на отсутствие отклонений от типичного для данного пола ролевого поведения. Средний ($48,86 \pm 1,09$) Т-балл по группе (ниже 50Т) отражал у женщин контрольной группы ортодоксально женственный стиль полоролевого поведения: стремление быть опекаемой и найти опору в муже, мягкость, сентиментальность, любовь к детям, следование семейным интересам, стыдливость в вопросах секса [12]. Различия между средними значениями 5-й шкалы у обследованных контрольной группы и подгрупп основной группы были достоверными ($p < 0,01$).

Данные клинического наблюдения показывают, что нетранссексуальная полоролевая активность пациенток с зависимостью от алкоголя может быть реализована в виде множества вариантов, т. е. является поливариантной. Соответственно установленной экспериментальным путем выраженности

Таблиця 3

Результаты обследования женщин основной и контрольной групп по ММРІ (СМИЛ), $M \pm m$

Шкалы СМИЛ	Контрольная группа	Подгруппы основной группы			
		первая	вторая	третья	четвертая
L	48,12±0,86	54,00±0,86	51,02±1,15	50,00±1,31	50,00±1,15
F	55,48±1,09	58,50±1,69	57,00±1,69	50,00±1,69	65,00±1,69
K	50,03±0,60	56,00±1,07	59,03±0,60	50,00±0,90	60,00±1,07
Шкала 1	46,19±1,15	47,00±1,55	47,00±1,58	74,00±1,48	70,00±1,55
Шкала 2	45,48±0,89	44,00±1,36	60,50±1,74	72,00±1,68	80,00±1,40
Шкала 3	44,90±1,02	43,00±1,57	47,00±1,63	72,00±1,63	60,00±1,38
Шкала 4	52,70±1,16	71,50±1,63	81,00±1,40	38,00±1,38	68,00±1,74
Шкала 5	48,86±1,09 ¹	71,50±1,55 ²	78,50±0,89 ³	40,00±1,00 ⁴	29,00±1,12 ⁵
Шкала 6	56,09±1,39	68,00±1,55	76,00±1,55	44,00±1,38	50,00±1,55
Шкала 7	44,51±1,00	44,50±0,97	43,00±1,12	74,00±1,12	70,00±1,09
Шкала 8	60,00±1,12	60,50±2,11	51,00±1,55	73,50±1,48	69,00±1,63
Шкала 9	51,03±1,19	65,00±1,13	70,00±1,16	39,00±1,09	40,00±1,18
Шкала 0	52,90±0,90	43,50±1,21	38,50±0,67	65,00±0,89	65,00±1,94

¹⁻² $p < 0,01$; ¹⁻³ $p < 0,01$; ¹⁻³ $p < 0,01$; ¹⁻⁴ $p < 0,01$; ¹⁻⁵ $p < 0,01$.

значений маскулинности — фемининности в контингенте женщин, зависимых от алкоголя, можно выделить четыре модели полоролевого поведения: непатологическую трансформированную, патологическую трансформированную, непатологическую гиперролевою, патологическую гиперролевою.

Проведенное исследование позволяет сформулировать следующие выводы.

Нарушение стереотипа полоролевого поведения у женщин с зависимостью от алкоголя по критериям «наличие — отсутствие нормативного (фемининного) стереотипа полоролевого поведения», «тип ненормативного (по медицинскому критерию) стереотипа полоролевого поведения» и «патологичность — непатологичность ненормативного (по медицинскому критерию) стереотипа полоролевого поведения» может проявляться двумя основными вариантами: патологическим и непатологическим.

Преобладание мужской или женской характеристики значимо модифицирует поведенческий модус женщин, зависимых от алкоголя, что позволяет доказательно выделить у них четыре модели нарушенного полоролевого поведения: непатологическую трансформированную, патологическую трансформированную, непатологическую гиперролевою, патологическую гиперролевою, каждая из которых относительно автономна.

Общим признаком для выделенных поведенческих моделей является их нетранссексуальность, т. е. все они осуществляются при правильном половом самосознании (соответствующем морфологическому и гражданскому женскому полу).

Модель нетранссексуального непатологического трансформированного полоролевого поведения у женщин характеризуется особенностями поведения, свойственного мужскому полу, при правильном половом самосознании и нормативной (гетеросексуальной) реализации полового влечения. Высокий уровень маскулинности у женщин с данной моделью подтверждается высокими значениями по шкале «маскулинность — фемининность» СМИЛ (71,50±1,55 Т-балла).

Модель нетранссексуального патологического трансформированного полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя, также имеет особенности мужского поведения при правильном половом самосознании и парафильной реализации полового влечения. Выраженная маскулинность женщин с данной моделью подтверждается высокими значениями по шкале «маскулинность — фемининность» СМИЛ (78,50±0,89 Т-балла).

Модель нетранссексуального непатологического гиперролевого (гиперфемининного) поведения характеризуется наличием акцентуированного полоролевого поведения, свойственного биологическому полу, при правильном половом самосознании и нормативной реализации полового влечения; гиперфемининность подтверждается снижением значений по шкале «маскулинность — фемининность» СМИЛ (40,00±1,00 Т-балла).

Модель патологического гиперролевого поведения определяется полоролевым поведением, свойственным биологическому полу, при правильном половом самосознании и парафильной реализации нормативного полового влечения. Для этой модели характерны низкие значения по

шкале «маскуліність — фемінінність» СМІЛ (29,00±1,12 Т-балла).

Психологические профили СМІЛ женщин с полоролевыми трансформациями нетранссексуального типа относились к стеническому типу, а гиперролевых женщин — к гипостеническому.

Все установленные в ходе исследования закономерности предполагается использовать для оптимизации лечебного процесса, создания специализированных дифференцированных программ психокоррекции.

Список литературы

1. Полоролевая сфера женщин, находящихся на разных этапах психосексуального развития / О. Ю. Якименко [и др.] // Психология XXI века: матер. Междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых; 21–23 апреля 2011 г., Санкт-Петербург; под науч. ред. О. Ю. Щелковой.— СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2011.— 583 с.
2. Шайдукова Л. К. Конституционально-психологические особенности нарушений полоролевого поведения женщин, злоупотребляющих алкоголем / Л. К. Шайдукова // Практическая медицина. Неврология и психиатрия.— Казань, Казанск. гос. мед. ун-т.— 2012.— № 2.— С. 118–122.
3. Альтшулер В. Б. Алкоголизм / В. Б. Альтшулер.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.— 264 с.
4. Гофман А. Г. Клиническая наркология / А. Г. Гофман.— М.: Миклош, 2003.— 215 с.
5. Синюкий О. В. Психолого-правовые проблемы криминальной сексопатологии. Вступ до криміноперверсології / О. В. Синюкий.— Х.: Право, 2009.— 752 с.
6. Widom C. Sex roles and psychopathology / C. Widom (ed.).— N.-Y.; London: Plenum Press, 1984.— 402 p.
7. Копылова П. В. Особенности межличностного взаимодействия людей с алкогольной зависимостью / П. В. Копылова // Психология XXI века: матер. Междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых; 21–23 апреля 2011 г., Санкт-Петербург; под науч. ред. О. Ю. Щелковой.— СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2011.— 583 с.
8. Stewart S. H. Women, girls, and alcohol / S. H. Stewart, D. Gavric, P. Collins // Women and addiction: a comprehensive handbook; K. T. Brady, S. E. Back, S. Greenfield eds.— N. Y.: Guilford Press, 2009.— P. 124–148.
9. Частная сексопатология: руководство для врачей; под ред. Г. С. Васильченко.— В 2 т.— М.: Медицина, 1983.— Т. 2.— 352 с.
10. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями); сост. Дж. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца.— К.: Сфера, 2001.— 416с.
11. Ткаченко А. А. Судебная сексология / А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенский, Н. В. Дворянчиков.— М.: Медицина, 2001.— 560 с.
12. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМІЛ / Л. Н. Собчик.— СПб.: Речь, 2000.— 219 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА МАСКУЛІННОСТІ — ФЕМІНІННОСТІ У ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ ЖІНОК ІЗ НЕНОРМАТИВНИМИ СТЕРЕОТИПАМИ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ ПОВЕДІНКИ

О. П. АРХІПЕНКО

За допомогою стандартизованого багатофакторного методу дослідження особистості серед пацієнток, залежних від алкоголю, виділено 4 відносно автономні моделі порушеної статевої поведінки. Їх загальною ознакою є нетранссексуальність. Високий рівень маскуліності у жінок із трансформаціями статевої поведінки підтверджується високими значеннями за 5-ю шкалою «маскуліність — фемінінність» (> 70 Т-балів), а високий рівень фемінінності у гіперролевих жінок — зниженими і низькими значеннями (< 45 Т-балів).

Ключові слова: маскуліність — фемінінність, жінки, залежність від алкоголю, розлади статевої поведінки нетранссексуального типу.

MASCULINITY AND FEMININITY CHARACTERISTICS OF ALCOHOL ADDICTED WOMEN WITH NON-NORMATIVE STEREOTYPES OF GENDER-ROLE BEHAVIOR

O. P. ARKHIPENKO

Standardized multifactor method of personality investigation of female patients addicted to alcohol allocated 4 relatively autonomous models of disorders in sex-role behavior. Their common feature is non-transsexuality. High level of masculinity in women with transformations of sex-role behavior is confirmed by high scores according to the 5th masculinity-femininity scale (> 70 T-scores). High level of femininity in hyperrole women is confirmed by reduced and low scores according to the 5th masculinity-femininity scale (< 45 T-scores).

Key words: masculinity — femininity, women, alcohol addiction, sex-role behavior disorders of non-transsexual type.

Поступила 07.08.2014