
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Ю.В. Чебакова, Л.В. Передеряева

ГЕНДЕРНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ (НА МОДЕЛИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ)

Аннотация. Целью исследования являлся анализ гендерных факторов психосоматического симптомообразования. Обследовано 20 женщин с диагнозом F45.3 — «соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» и 20 женщин без диагностированных соматоформных расстройств с использованием модификации полоролевого опросника BSRI С. Бэм. Показано, что гендерная идентичность является сложной системой, в структуре которой выделены следующие компоненты: гендерный идеал, гендерный стереотип и внутренний гендер. Подтверждено, что внутренний гендер выступает как гибкое, динамическое образование, меняющее свои значения в ходе заболевания. Обнаружено, что психологическим фактором возникновения соматоформных расстройств выступает несогласованность гендерного идеала, гендерного стереотипа и внутреннего гендера. Выделено два гендерных фактора психосоматического симптомообразования, реализующих две различные стратегии псевдоразрешения внутриличностного конфликта: отказ от внутреннего гендера и обретение большей женственности.

Ключевые слова: психология, психосоматика, болезнь, конфликт, симптом, идентичность, женственность, гендер, идеал, стереотип.

В настоящее время отмечается значительный рост психосоматических заболеваний. Данные литературы о распространенности заболеваний психосоматического круга свидетельствуют о преобладании среди них соматоформных расстройств¹. Частота соматоформной патологии среди населения колеблется, по оценкам различных авторов, от 15 до 40%². В последние годы большинство исследователей признают мультифакторный генез соматоформных расстройств при значимом участии психологических механизмов³. Хронический стресс, являющийся облигатным звеном в формировании функциональных расстройств соматических систем, может выступать выражением внутриличностных

психологических конфликтов, связанных с несформированностью или дисгармоничностью полоролевого поведения⁴. Поведение, связанное с полом, реализуется на основе особой подструктуры самосознания — гендерной идентичности, включающей представления о психологическом индивидуальном наполнении понятий мужественности и женственности и собственной принадлежности к тому или иному полу. В литературе имеются свидетельства того, что дисбаланс гендерной структуры личности признается патогенетическим или predisпозиционным фактором формирования соматических заболеваний⁵, неврозов, расстройств аффективного спектра, аномальных сексуальных влечений, девиантного материнского поведения, а также криминального поведения⁶. Однако проблема участия

¹ Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии. 1999. Т. 99. № 4. С. 4-16.

² Березанцев А.Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. 2001. № 5. С. 4-10.

³ Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2002. 336 с.

⁴ Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. СПб: Речь, 2006. 144 с.

⁵ Кочарян А.С. Полоролевая структура личности больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки // Украинский вестник психоневрологии. 1995. Т. 4. № 4. Вип. 2(9). С. 156-160.

⁶ Ениколопов С.Н., Дворяничков Н.В. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 3. С. 100-115.

гендерных факторов в симптомообразовании соматоформных расстройств и особенностей структуры гендерной идентичности данной категории больных остается до сих пор не разработанной.

В настоящей работе гендерная идентичность рассматривается как сложная система, в структуре которой выделяются следующие компоненты: гендерный идеал, гендерный стереотип и внутренний гендер. Гендерный идеал понимается как образ идеального мужчины или женщины, то, какими они должны быть, какими качествами должны обладать в представлении самого индивида. Основой для формирования гендерного идеала служит идентификация с ранним объектом. Согласно психоаналитическим исследованиям⁷, полоролевая идентичность строится на основе сознательных и бессознательных взаимодействий родителей и ребенка. Гендерный идеал — наиболее рано формирующаяся подструктура — это идеализированный образ первичного объекта, служащий основой для формирования идеального полоролевого поведения, который впоследствии в ходе раннего развития может дополняться идеализированными гендерными характеристиками других ранних объектов, в частности отца. Первичным объектом, с которым идентифицируется ребенок, является мать. В отличие от мальчика, который должен разидентифицироваться с матерью и идентифицироваться с отцом, задачей развития девочки является упрочение идентификации с матерью как образца для обретения женственности.

В процессе взаимодействия ребенка с родителями в раннем детстве начинает формироваться также и гендерный стереотип, который наполняется характеристиками, сознательно транслируемыми родителями как желательные для поведения мальчика или девочки. В процессе активного вхождения в социум гендерный стереотип наполняется социально желательными в обществе гендерными характеристиками, часть из которых, способствующая адаптации в обществе, интериоризируется и наполняет внутренний гендер. Таким образом, гендерный стереотип — это внутрипсихическая представленность социальных гендерных установок и ожиданий, присутствующих в обществе. Формирование гендерного стереотипа — это процесс усвоения индивидом культурной системы гендера того общества, в котором он живет, своеобразное общественное конструирование различий между полами.

Внутренний гендер является сочетанием интериоризированных качеств гендерного идеала и гендерного стереотипа в совокупности с биологически и личност-

но обусловленными факторами поведения. Внутренний гендер начинает формироваться с первых лет жизни с неосознаваемых ощущений принадлежности к тому или иному полу, впоследствии его наполняют и дополняют элементы идентификаций с ранним объектом. В процессе активного вхождения в социум интериоризируется часть социально-желательных качеств, наполняя внутренний гендер адаптивными свойствами. Внутренний гендер, являясь точкой пересечения гендерного идеала и гендерного стереотипа, согласуя их между собой, обеспечивает индивиду нормальный процесс жизнедеятельности как с физиологической, так и психологической точки зрения.

Предполагается, что внутренний гендер, понимаемый как представления о собственных гендерно-специфических и гендерно-неспецифических качествах, выступает как гибкое, динамическое образование, которое может менять свои значения в ходе заболевания. Одним из психологических факторов возникновения соматоформного расстройства может выступать выраженное рассогласование между гендерным идеалом и гендерным стереотипом, когда внутренний гендер уже не может адекватно их согласовывать. Мы предполагаем, что в зависимости от специфики внутриличностного гендерного конфликта соматоформная симптоматика может способствовать реализации различных стратегий его решения: обретения большей женственности или отказа от внутреннего гендера. В исследовании были выдвинуты следующие эмпирические гипотезы: 1. Психологическим фактором возникновения соматоформных расстройств может выступать несогласованность гендерного идеала, гендерного стереотипа и внутреннего гендера. 2. Соматоформная симптоматика может способствовать увеличению количества самопрезентаций фемининных характеристик, реализуя стратегию обретения большей женственности. 3. Соматоформная симптоматика может способствовать уменьшению в самопрезентации больных гендерно-специфических характеристик, реализуя стратегию отказа от внутреннего гендера.

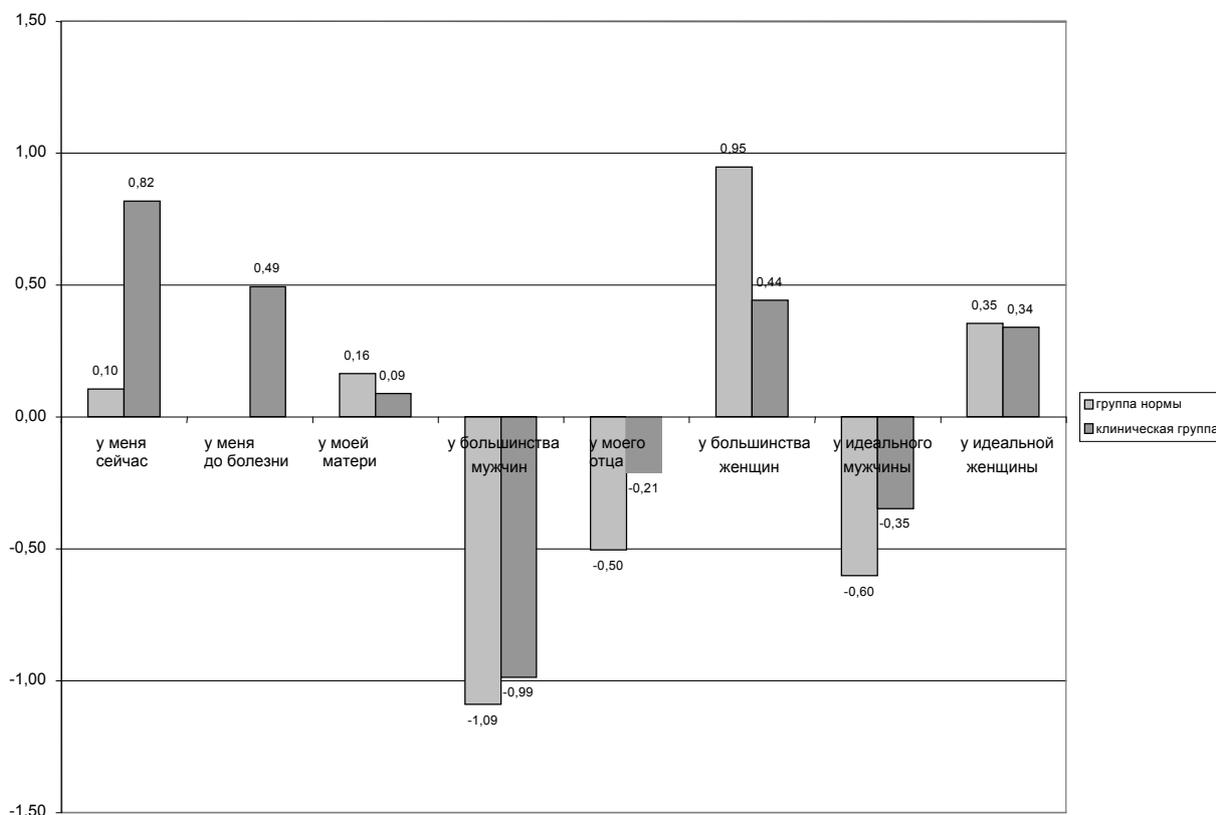
Материалы и методы:

В исследовании приняли участие 20 женщин с диагнозом F45.3 — «соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» в возрасте от 21 года до 40 лет. Контрольную группу составили 20 женщин без диагностированных соматоформных расстройств в возрасте от 23 до 40 лет.

Для исследования уровня самопрезентации гендерных характеристик использовалась модификация полоролевого опросника BSRI (Bem Sex-Role Inventory) С. Бэм. Оригинальный опросник предполагает оценку

⁷ Тайсон Ф., Тайсон Р.Л. Психоаналитические теории развития / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2006. 407 с.

Средние показатели по данным опросника С. Бэм в клинической группе и группе нормы.



собственных маскулинных, фемининных и андрогинных качеств, что в представленной модели соответствует подструктуре внутреннего гендера. И.С. Клециной были введены дополнительные шкалы «у большинства мужчин» и «у большинства женщин» для исследования особенностей гендерного стереотипа.

В используемой нами модификации вводится несколько дополнительных параметров: «у меня до болезни» — для оценки динамики изменения репрезентации гендерных характеристик с течением болезни; «у идеального мужчины», «у идеальной женщины» — для получения данных о гендерном идеале, а также «у моей матери» и «у моего отца» — для оценки гендерной репрезентации родительских фигур. Введение в структуру обследования оценок по предложенным параметрам позволяет обозначить представление о каждой из подструктур гендерной идентичности. Предложен анализ параметра динамики внутреннего гендера: если IS «у меня до болезни» отличается от IS «у меня сейчас» более чем на 0,5 единиц, делается вывод об изменении репрезентации гендерных характеристик обследуемого в течение заболевания.

С целью качественного анализа гендерных стратегий, которые позволяет реализовать соматоформная симптоматика, отдельно подсчитывается количество изменений маскулинных, фемининных и андрогинных качеств в оценке внутреннего гендера «сейчас» и «до болезни».

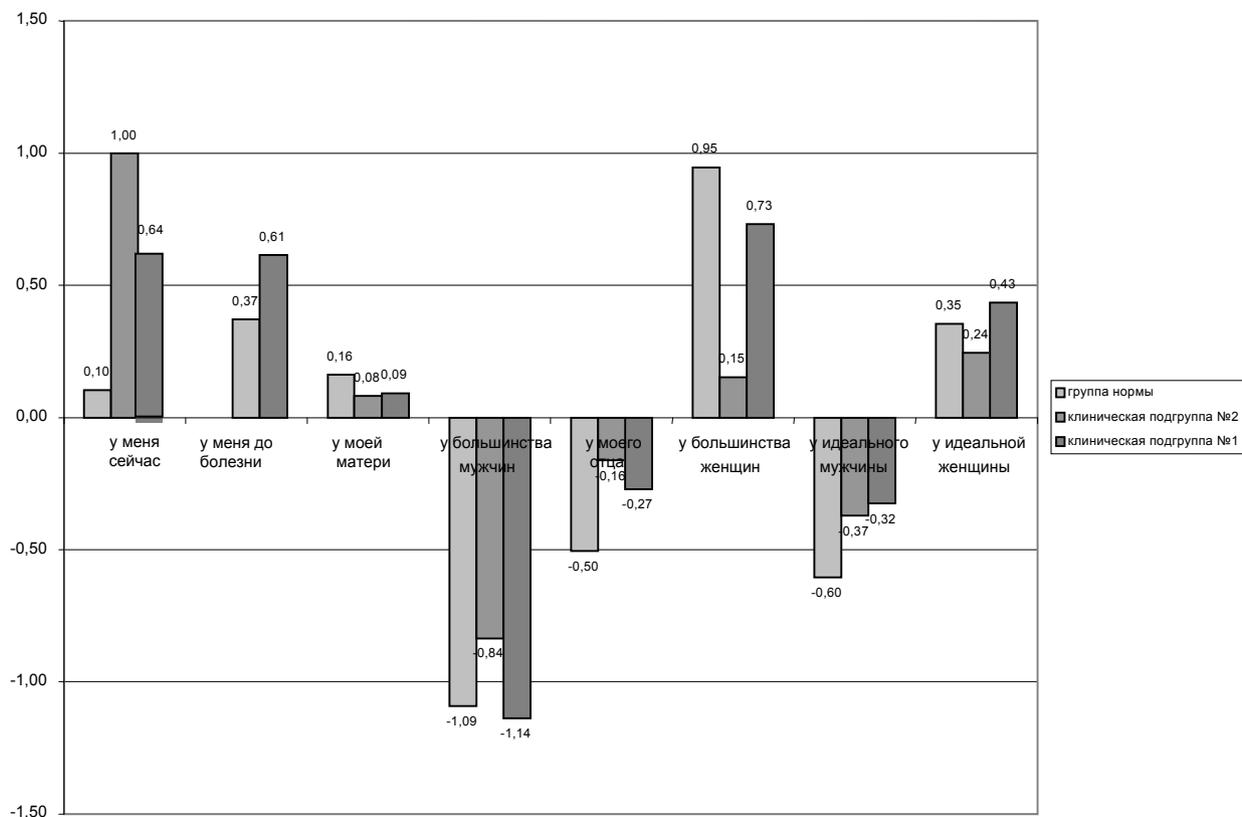
Для анализа результатов проведенного исследования использовались следующие статистические критерии: U-критерий Манна-Уитни для порядковых шкал; коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение

Средние показатели по результатам исследования в клинической группе и группе нормы представлены на рисунке 1.

В ходе анализа данных статистически значимые различия в показателях клинической группы и группы нормы были обнаружены по шкалам «у меня сейчас» и «у большинства женщин» ($p < 0,01$). При выявлении возможных корреляционных связей между показателями шкал опросника С. Бэм была получена значимая положительная корреляция между показателями «у

Средние показатели по данным опросника С. Бэм в клинических подгруппах №1 и №2 и группе нормы



меня сейчас» и «у моего отца» в клинической группе ($p < 0,05$), значимая положительная корреляция между показателями «у меня сейчас» и «у моей матери» и значимая отрицательная корреляция между показателями шкал «у большинства женщин» и «у большинства мужчин» в группе нормы ($p < 0,05$). Данные результаты свидетельствуют о: 1) большей идентификации испытуемых группы нормы с матерью, что отражает процесс усвоения фемининной роли через идентификацию с материнским гендерным идеалом; группы патологии — с отцом, указывающей на нарушение в структуре гендерной идентичности; 2) наличии в группе нормы единого континуума гендерного стереотипа с соответствующими полюсами маскулинности и фемининности, в то время, как в группе патологии стереотипы мужественности и женственности не согласованы друг с другом.

Как в группе нормы, так и в группе патологии не было выявлено значимых корреляций между гендерным идеалом (шкалы «у идеальной женщины» и «у идеального мужчины»), гендерным стереотипом (шкалы «у большинства женщин» и «у большинства мужчин») и внутренним гендером (шкала «у меня сейчас»), что

свидетельствует о правомерности рассмотрении данных параметров как отдельных структурных компонентов гендерной идентичности.

Для исследования стратегий решения внутриличностных гендерных конфликтов нами был проанализирован параметр динамики репрезентации внутреннего гендера, который позволил разделить клиническую группу на две подгруппы:

1) клиническая подгруппа №1: IS шкал «у меня сейчас» и «у меня до болезни» отличаются не более, чем на 0,5 единиц (10 человек);

2) клиническая подгруппа №2: показатель IS шкалы «у меня сейчас» увеличивается по сравнению с IS «у меня до болезни» в сторону феминизации на 0,5 единиц и более (10 человек).

Средние показатели по результатам исследования в клинических подгруппах №1 и №2 и группе нормы представлены на рисунке 2.

Анализ гистограммы свидетельствует о том, что показатели обеих клинических подгрупп по шкале «у меня сейчас» отличаются от группы нормы. Обследуемые группы нормы считают себя более андрогинными ($IS=0,1$), чем обследуемые обеих клинических под-

групп. Показатели шкал «у моей матери» и «у моего отца» у обеих клинических подгрупп находятся в пределах андрогинии. Однако в подгруппе №2 эти показатели менее поляризованы, чем в подгруппе №1. Все мужские и женские шкалы в подгруппе №2 также менее поляризованы, чем в группе нормы и в подгруппе №1, что может свидетельствовать о диффузности представлений у больных подгруппы №2 о мужских и женских полоролевых характеристиках.

В клинической подгруппе №1 внутренний гендер «у меня до болезни» ($IS=0,61$) является более приближенным как к идеалу ($IS=0,73$), так и к стереотипу ($IS=0,443$). Внутренний гендер «у меня сейчас» ($IS=0,64$) незначительно, но приближается к значению идеала. В клинической подгруппе №2 внутренний гендер «у меня сейчас» ($IS=1$) отдален от идеала (разница составляет 0,6), так и от стереотипа (разница составляет 0,85), что, следовательно, должно свидетельствовать об их рассогласовании в процессе заболевания. Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что психологическим механизмом возникновения соматоформных расстройств может выступать несогласованность гендерного идеала, гендерного стереотипа и внутреннего гендера. При этом болезнь служит способом обретения феминности (репрезентация собственных гендерных характеристик как более фемининная по сравнению с доболезненным периодом).

В ходе анализа результатов по опроснику С. Бэм путем сравнения совпадающих качеств, выбираемых для себя и для родительских фигур, было обнаружено, что в результате болезни у 80% больных клинической подгруппы №2 увеличение IS по шкале «у меня сейчас» по сравнению со шкалой «у меня до болезни» происходит за счет значительного снижения презентации общих с матерью маскулинных качеств в актуальном внутреннем гендере, при этом количество фемининных характеристик может незначительно увеличиваться или уменьшаться. У 20% больных увеличение IS по шкале «у меня сейчас» по сравнению со шкалой «у меня до болезни» происходит за счет значительного снижения презентации общих с матерью маскулинных качеств в актуальном внутреннем гендере и увеличения презентации фемининных качеств.

При анализе идентификаций с родительскими фигурами в подгруппе №1 было обнаружено, что корреляции шкалы «у меня сейчас» со шкалами «у моей матери» и «у моего отца» положительны и не различаются (0,311 и 0,396 соответственно) также, как и корреляции шкалы «у меня до болезни» со шкалами «у моей матери» и «у моего отца» (0,383 и 0,373 соответственно). Данные

результаты свидетельствуют о равном вкладе репрезентаций родительских фигур в процесс становления гендерной идентичности, которые не претерпевают трансформаций в ходе болезни.

Однако на основании качественного анализа количества гендерных характеристик, презентуемых по шкалам опросника С. Бэм «у меня сейчас» и «у меня до болезни», у части испытуемых клинической подгруппы №1 количество гендерно-специфических качеств, репрезентированных по шкалам «у меня сейчас» и «у меня до болезни», существенно не отличается (7 человек). У другой части пациентов количество гендерно-специфических качеств, репрезентированных по шкале «у меня сейчас» существенно меньше, чем количество гендерно-специфических качеств, репрезентированных по шкале «у меня до болезни» (3 человека), что подтверждает нашу гипотезу о том, что соматоформная симптоматика может способствовать уменьшению в самопрезентации больных гендерно-специфических характеристик, реализуя стратегию отказа от внутреннего гендера как псевдорешение внутриличностного конфликта.

В подгруппе №2, напротив, анализ идентификаций с родительскими фигурами в актуальном гендере и до болезни обнаруживает выраженные различия. Корреляции шкалы «у меня до болезни» со шкалами «у моей матери» и «у моего отца» положительны и не различаются также, как и в подгруппе №1 (0,376 и 0,328 соответственно). Корреляции шкалы «у меня сейчас» со шкалами «у моей матери» и «у моего отца» в подгруппе №2 значительно расходятся (0,164 и 0,616 соответственно), т.е. уменьшается согласованность внутреннего гендера с репрезентацией матери и увеличивается в отношении отцовской фигуры. Напомним, что в норме была получена значимая положительная корреляция шкалы «у меня сейчас» со шкалой «у моей матери» ($p<0,05$); корреляция шкалы «у меня сейчас» со шкалой «у моего отца» отрицательная. Данные результаты, на наш взгляд, отражают нормативный процесс окончательной идентификации представительниц женского пола как с материнской, так и отцовской фигурами; при этом фемининные материнские и маскулинные отцовские характеристики служат основой надежного чувства женственности. В группе патологии более низкие значения корреляций, возможно, указывают на трудности формирования родительских репрезентаций и диффузную гендерную идентичность. При этом в подгруппе №2 болезнь служит способом разидентификации и псевдосепарации с матерью и идентификации с отцом, однако, собственный образ женственности наполняется фемининными характе-

ристикami отцовской фигуры (наличие положительной корреляционной связи). В этом случае, согласно положениям теории объектных отношений, болезнь, «разрывая» симбиотическую связь с матерью, является патологическим механизмом развития личности и ее псевдогармонизации. Таким образом, соматоформная симптоматика, как и было заявлено в нашей гипотезе, может способствовать псевдоразрешению внутриличностного конфликта путем обретения большей женственности.

Описанные стратегии представляют психосоматический симптом как инструмент обретения женственности или, напротив, отказа от половой дифференциации, реализуя различное смысловое наполнение болезни в аспекте сознательной репрезентации гендерной структуры.

Выводы:

Показано, что гендерная идентичность является сложной системой, в структуре которой выделены следующие компоненты: гендерный идеал, гендерный стереотип и внутренний гендер. Подтверждено, что внутренний гендер выступает как гибкое, динамическое образование, меняющее свои значения в ходе заболевания. Обнаружено, что психологическим фактором возникновения соматоформных расстройств выступает несогласованность гендерного идеала, гендерного стереотипа и внутреннего гендера. Выделено два гендерных фактора психосоматического симптомообразования, реализующих две различные стратегии псевдоразрешения внутриличностного конфликта: отказ от внутреннего гендера и обретение большей женственности.

Список литературы:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2002. 336 с.
2. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. СПб: Речь, 2006. 144 с.
3. Березанцев А.Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. 2001. № 5. С. 4-10.
4. Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 3. С. 100-115.
5. Кочарян А.С. Полоролевая структура личности больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки // Украшский весник психоневрологи. 1995. Т. 4. № 4. Вип. 2 (9). С. 156-160.
6. Смудевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии. 1999. Т. 99. № 4. С. 4-16.
7. Тайсон Ф., Тайсон Р.Л. Психоаналитические теории развития / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2006. 407 с.

Bibliography:

1. Aleksander F. Psikhosomaticheskaya meditsina. Printsipy i primeneniye. M.: Institut Obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2002. 336 s.
2. Alekseev B.E. Polorolevoe povedeniye i ego aktsentuatsii. SPb: Rech', 2006. 144 s.
3. Berezantsev A. Yu. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty somatofornnykh rasstroystv i psikhosomatiki (soobshcheniye 1) // Rossiyskiy psikhiatricheskiy zhurnal. 2001. № 5. S. 4-10.
4. Enikolopov S.N., Dvoryanchikov N.V. Kontseptsii i perspektivy issledovaniya pola v klinicheskoy psikhologii // Psikhologicheskii zhurnal. 2001. T. 22. № 3. S. 100-115.
5. Kocharyan A.S. Polorolevaya struktura lichnosti bol'nykh s yazvennoy bolezny'u zheludka i 12-per-stnoy kishki // Ukrash'skiy vesnik psikhonevrologi. 1995. T. 4. № 4. Vip. 2 (9). S. 156-160.
6. Smulevich A.B., Syrkin A.L., Kozyrev V.N. Psikhosomaticheskie rasstroystva (klinika, epidemiologiya, terapiya, modeli meditsinskoy pomoshchi) // Zhurnal nevrologii i psikhiatrii. 1999. T. 99. № 4. S. 4-16.
7. Tayson F., Tayson R.L. Psikhoanaliticheskie teorii razvitiya / Per. s angl. M.: Kogito-Tsent, 2006. 407 s.