

# ОСОБЕННОСТИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

С.А. ЩУДРО

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

**У подростков с различной соматической патологией установлены нарушения полоролевого поведения и их связь с выявленными акцентуациями характера.**

Полоролевое поведение является одной из составляющих психосексуального развития человека и, следовательно, тесно связано с формированием характера и становления личности. Сексуальность, как известно, представляет собой сложный биофизиологический и психосоциокультурный феномен [1, 2], и все ее расстройства согласно теории психосексуального дизонтогенеза [3] рассматриваются как частные случаи общего психического дизонтогенеза в форме нарушений индивидуального психосексуального развития. Исходя из этого следует считать изучение полоролевого поведения подростков с учетом их индивидуально-характерологических особенностей весьма важным как для понимания формирования личности, так и для ранней диагностики возможных нарушений поведения и коррекции выявленных отклонений с целью предупреждения возникновения расстройств поведения и личности.

Этой проблеме посвящены многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов, однако особенности полоролевого поведения подростков с соматической патологией и их взаимосвязь с имеющимися у них заболеваниями остаются малоизученными. В связи с этим мы поставили перед собой цель исследовать особенности полоролевого поведения подростков, страдающих различными соматическими заболеваниями.

Под нашим наблюдением находились 197 подростков — 97 мужского и 100 женского пола — в возрасте от 15 до 17 лет, у которых были выявлены различные соматические заболевания и акцентуации характера (основная группа). Диагностированная у них соматическая патология представлена в табл. 1.

Как следует из данных таблицы, самыми частыми были мозговая дисфункция, отоларингологическая, эндокринная патология и заболевания дыхательной системы. Однако эти заболевания неодинаково распределены между обследованными разного пола: у юношей чаще отмечались заболевания уха, горла, носа и дыхательной системы, у девушек — мозговая дисфункция и эндокринные заболевания.

В качестве контрольной группы были обследованы 30 здоровых подростков (15 юношей и 15 девушек) без явных акцентуаций характера.

Полоролевое поведение находившихся под наблюдением подростков исследовали с помощью шкалы маскулинности — фемининности Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) [4], которая позволяет установить маскулинность и фемининность личности, и шкалы Dur-Moll L. Szondi [5],

которая дает возможность выявить соотношение маскулинности и фемининности на биогенном уровне.

В современных психологических работах рассматривается несколько моделей маскулинности — фемининности. Дихотомическая модель подразумевает, что в одном индивиде могут одновременно существовать и черты маскулинности, и фемининные черты. В соответствии с континуально-альтернативной моделью также считается, что маскулинные и фемининные черты могут наблюдаться у одного человека, однако чем более выражена у личности маскулинность, тем менее выражена фемининность, т. е. те и другие в сумме представляют некоторую константу.

С 1970-х годов получила распространение другая — андрогинная — модель, в соответствии с которой маскулинность и фемининность не зависимы друг от друга, а значит, можно говорить о существовании не двух, как в предыдущих моделях, а четырех полоролевых типах. Это андрогинный тип с высокими показателями маскулинности и фемининности; маскулинный — с высокими показателями маскулинности и низкими фемининности; фемининный — с высокими показателями фемининности и низкими показателями маскулинности; недифференцированный в полоролевом отношении тип — с низкими показателями как маскулинности, так и фемининности.

**Таблица 1**

*Распределение соматической патологии у обследованных подростков (данные в %)*

Выявленная патология	Число обследованных		Всего
	юношей	девушек	
<b>Заболевания</b>			
дыхательной системы	21±4	20±3	41±4
системы кровообращения	3±2	4±2	7±3
пищеварительной системы	10±4	9±3	19±4
эндокринной системы	12±3	22±4	34±4
<b>Урологическая патология</b>	7±3	9±3	16±3
<b>Мозговая дисфункция</b>	20±4	27±4	47±4
<b>Отоларингологическая патология</b>	26±4	9±3	35±4

В литературе приводятся многочисленные доказательства справедливости такого деления [6]. Так, в полоролевом опроснике S. Bern [цит. по 6] корреляция между показателями маскулинности и фемининности находится в пределах нуля (от  $-0,14$  до  $0,11$ ). По D. Вausom [цит. по 6] корреляция между полоролевыми шкалами Калифорнийского психологического опросника не достигает значимого уровня.

Связь между маскулинностью и фемининностью, измеренная Personal Attributes Questionnaire [цит. по 6], также не достигает значимого уровня. При этом не только не подтвердилась высокая негативная корреляция между маскулинностью и фемининностью, как следовало ожидать по континуально-альтернативной модели, но, напротив, выявилась слабая, не достигающая значимого уровня позитивная корреляция данных шкал ( $r = +0,14$  для женщин и  $r = +0,47$  для мужчин). А.В. Neilbrun [7], обследовавший с помощью полоролевой АСЛ-шкалы значительное число (1139 человек) мужчин и женщин, установил, что между маскулинностью и фемининностью имеется низкая отрицательная связь. Представленные им данные свидетельствуют также о том, что по мере роста показателей по шкале маскулинности снижаются значения по шкале фемининности. При этом у женщин это снижение постепенное, а у мужчин — быстрое. Высокие негативные корреляции маскулинных и фемининных параметров, характерные для континуально-альтернативной модели, наблюдаются лишь на полюсах маскулинности и фемининности.

Таким образом, на крайних полюсах выраженности показателей маскулинности и фемининности между ними существуют отношения взаимоисключения, а при средней выраженности этих показателей — отношения взаимонезависимости. Иными словами, континуально-альтернативная модель справедлива только при крайней выраженности маскулинности и фемининности, а при средней их выраженности маскулинность и фемининность взаимонезависимы.

Рассмотренные положения позволяют считать для взрослых людей обоюбого пола андрогинную модель организации полоролевой сферы зрелой, а континуально-адьюнктивную и континуально-альтернативную модели — незрелыми.

В своем исследовании мы должны были, во-первых, определить выраженность маскулинности и фемининности, во-вторых, выявить полоролевою модель подростков.

По шкале мужественности — женственности ПДО суждение о преобладании этих черт делается на основании разности суммы баллов ( $m - f$ ). Разность со знаком «плюс» свидетельствует о преобладании черт мужественности, со знаком «минус» — черт женственности.

Результаты исследования по шкале мужественности — женственности ПДО приведены в табл. 2.

Они свидетельствуют о том, что самые высокие показатели маскулинности отмечались у подростков и мужского, и женского пола с шизоидной, эпилептоидной и гипертимной акцентуациями характера, причем различие по этому показателю между указанными группами было недостоверно ( $t = 0,91$ ;  $p < 0,05$ ). Показатели фемининности у подростков с этими акцентуациями были самыми низкими. Самые низкие показатели фемининности были отмечены у обследованных с астеноневротическим, сенситивным и психастеническим типами акцентуаций.

Уровни маскулинности в анализируемых группах могут быть представлены следующей формулой:

$$\text{Ш} = \text{Э} = \text{Г} > \text{И} = \text{Н} = \text{Л} > \text{К} = \text{П} = \text{С} > \text{А}.$$

Самые высокие показатели фемининности были отмечены у подростков с истероидным, психастеническим и астеноневротическим типами акцентуаций. Таким образом, уровни фемининности могут быть представлены такой формулой:

$$\text{И} = \text{П} = \text{А} > \text{Н} = \text{К} = \text{С} > \text{Л} > \text{Э} = \text{Ш} > \text{Г}.$$

Расположение указанных групп обследованных в полоролевом признаковом пространстве маскулинности и фемининности показано на рисунке.



Типы акцентуаций характера:

Э — эпилептоидный	Ш — шизоидный
А — астеноневротический	С — сенситивный
Л — лабильный	Г — гипертимный
И — истероидный	К — конформный
П — психастенический	Н — неустойчивый

Расположение групп подростков с разными типами акцентуации характера в пространстве признаков маскулинность (М) — фемининность (Ф)

Как видно из рисунка, при истероидной и неустойчивой акцентуации у подростков отмечаются высокие уровни и маскулинности, и фемининности. При сенситивном, психастеническом, конформном, лабильном и астеноневротическом типах акцентуации наблюдается повышение фемининности и снижение маскулинности, при гипертимном, эпилептоидном и шизоидном — повышение маскулинности.

Обследование подростков с помощью шкалы психосексуальной пропорции Dur-Moll L. Szondi позволило получить результаты, представленные в табл. 3.

Как видно из данных таблицы, независимо от пола подростки с гипертимной и эпилептоидной акцентуацией характера обнаруживают гипермаскулинность; у обследованных с шизоидной акцентуацией коэффициент маскулинности близок к нормативному, предложенному L. Szondi. Низкие показатели маскулинности на биогенном уровне отмечаются у обследованных

Таблица 2

Выраженность маскулинности (m) и феминности (f) на уровне Я-концепции при разных типах акцентуации характера (показатели в баллах)

Группы обследованных	Типы акцентуации характера									
	эпилептоидный	астено-невротический	лабильный	истероидный	психастенический	шизоидный	сенситивный	гипертимный	конформный	неустойчивый
Юноши, n = 97	4,5	2,4	3,7	4,0	3,2	4,8	2,9	4,4	3,4	3,9
f	1,8	4,1	3,4	4,4	4,2	1,8	3,6	1,3	3,7	3,8
m-f	+2,7	-1,7	+0,3	-0,4	-1,0	+3,0	-0,7	+3,1	-0,3	+0,1
Девушки, n = 100	3,4	1,7	2,0	2,7	2,2	3,6	2,0	3,0	2,2	2,7
f	3,1	5,0	4,0	5,5	5,2	2,8	4,7	2,0	4,8	5,0
m-f	+0,3	-3,3	-2,0	-2,8	-3,0	+0,8	-2,7	+1,0	-2,6	-2,3

Таблица 3

Индексы маскулинности обследованных по шкале Dur-Moll – на биогеном уровне (данные в %)

Группы обследованных	Типы акцентуации характера																			
	эпилептоидный	астено-невротический	лабильный	истероидный	психастенический	шизоидный	сенситивный	гипертимный	конформный	неустойчивый										
Юноши, n = 97	72,0	1,22	53,8	1,11	57,1	1,39	56,3	1,21	57,2	1,26	65,3	1,41	63,3	1,32	75,8	1,21	59,6	1,12	53,2	1,41
Девушки, n = 100	41,2	1,09	31,9	1,12	33,3	1,31	35,4	1,19	36,6	1,28	41,7	1,33	33,1	1,29	40,2	1,17	37,2	1,14	32,2	1,37

Таблица 4

## Полороловое поведение обследованных подростков

Группы обследованных	Полороловое поведение		
	гипермаскулинное	маскулинное	феминное
<i>Основная группа:</i>			
юноши, n = 97	23±4	30±5	47±5
девушки, n = 100	—	61±5	39±5
<i>Контрольная группа:</i>			
юноши, n = 15	—	100–7	—
девушки, n = 15	—	—	100–7

с неустойчивой, астеноневротической, истероидной, лабильной, психастенической и конформной акцентуациями. При истероидной и неустойчивой акцентуациях характера наблюдается низкая маскулинность на данном уровне, тогда как при исследовании по ПДО показатели маскулинности у них были высокими.

Это позволяет говорить о межуровневой полороловой несогласованности (дискордантности) при данных типах акцентуации. Несовпадение выраженности маскулинности по данным двух методик может свидетельствовать о наличии у подростков с истероидной и неустойчивой акцентуациями характера внутриличностного конфликта и позволяет предположить противоречивость социальных установок и ожиданий в отношении потенциального сексуального партнера. Кроме того, по методике ПДО у всех обследованных имелись достаточно высокие уровни феминности. Очевидно, феминные, как и маскулинные, черты могут определять поведение подростков и их фиктивные убеждения.

Особенности полоролового поведения обследованных подростков, страдающих соматическими заболеваниями, по сравнению с нормативным поведением иллюстрируются данными табл. 4.

Из представленных в таблице данных следует, что полороловое поведение было нарушено у большинства юношей (70±5%) и девушек (39±5%), причем у 47±5% юношей имело место феминное поведение.

У девушек несколько чаще полороловое поведение было нормативным. В контрольной группе, как видно из таблицы, отклонений полоролового поведения от нормы не было.

При четкой зависимости полоролового поведения подростков от акцентуаций характера связи нарушений полоролового поведения обследованных с имеющимися у них соматическими заболеваниями мы не выявили.

Полученные результаты следует учитывать при психодиагностике полоролового поведения подростков и коррекции его нарушений.

## Литература

1. Криштал В.В., Григорян С.Р. Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
2. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 750 с.
3. Маслов В.М., Ботнева И.Л., Васильченко Г.С. Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология.— Т.2.— М.: Медицина, 1983.— С. 27–108.
4. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина, 1983.— 312 с.
5. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen triebdiagnostic.— Bern und Stuttgart: Verlag H.Huber, 1960.— 269 S.
6. Кочарян А.С. Личность и половая роль.— Харьков: Основа, 1996.— 127 с.
7. Heilbrun A.B. Human sex role behavior.— N.Y.: Pergamon, 1981.— 207 p.

Поступила 24.08.2005

THE PECULIARITIES OF SEX-ROLE BEHAVIOR OF TEEN-AGERS  
WITH SOMATIC DISEASES

S.A. Schudro

S u m m a r y

Disorders of sex-role behavior and their association with the revealed character accentuation were established in teen-agers.