

Чебакова Ю.В., Дунаева К.А. Психологические особенности структуры сексуальности женщин с нарушениями мочеиспускания в контексте изменения гендерной роли



English version: [Chebakova Yu.V., Dunayeva K.A. Psychological characteristics of sexuality structure in women with acratuesis in the context of the gender role change](#)

Московский институт экономики, политики и права, Москва, Россия

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Целью исследования являлось изучение особенностей структуры сексуальности и представлений о гендерных ролях у женщин с нарушениями мочеиспускания. Обследовано 60 женщин, из них 20 – с гиперактивным мочевым пузырем, 20 – с хроническим циститом, 20 – без нарушений мочеиспускания. Методы исследования: клиничко-психологическая беседа, анкета индекса женской сексуальной функции Р.Росена, опросник установок к сексу Г.Айзенка, психосемантическая методика «Представления о сексуальных ролях», методика «Рисунок человека», полоролевоый опросник С.Бем в модификации Ю.В.Чебаковой. Показано, что у женщин с гиперактивным мочевым пузырем нарушаются все компоненты сексуальной функции, в то время как у женщин с хроническим циститом физиологические показатели остаются в пределах, сопоставимых с показателями контрольной группы. Выявлено, что у женщин с данными нарушениями мочеиспускания сексуальность характеризуется дезадаптивными качествами: дисфункциональными представлениями о партнерских сексуальных ролях со снижением фемининного компонента, ригидностью сексуальных стереотипов, снижением эмоциональной заряженности и оценки конструктивности сексуальных отношений. Обнаружено, что пациентки с гиперактивным мочевым пузырем имеют регрессивную динамику структуры сексуальности в сочетании с общей инфантилизацией личности. В ходе исследования продемонстрированы различные психологические механизмы феминизации гендерной роли как компенсации дезадаптивной сексуальной функции в подгруппах с гиперактивным мочевым пузырем и с хроническим циститом. Выявлены различные взаимосвязи компонентов структуры сексуальности и гендерной роли в контрольной выборке и клинических подгруппах.

Ключевые слова: сексуальная функция, гиперактивный мочевой пузырь, хронический цистит, гендерная роль, феминизация, дезадаптация, регрессивность, идентификация, компенсация

Нарушение акта мочеиспускания является одной из актуальных и социально-значимых междисциплинарных проблем в современном здравоохранении. В круг наиболее социально значимых форм заболеваний данной группы входят гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) и хронический цистит (ХЦ), распространенность которых довольно высока: доля больных в популяции составляет 12–22% [Пушкарь, Щавелева, 2004] и 19–22% [Тимофеева, 2009] соответственно. Несмотря на отсутствие единых взглядов на этиопатогенез дизурических расстройств, его сложность и многофакторность, можно выделить общее поле психологических феноменов, связанных с хроническим течением расстройств и изменением жизнедеятельности больных.

В медицинской литературе имеются данные, что любые формы нарушений мочеиспускания резко снижают качество жизни, создают психологические проблемы (чувство стыда, потеря уверенности в себе), способствуют макро- и микросоциальной дезадаптации как в сфере профессиональных, так и семейных отношений, в наиболее тяжелых случаях приводят к социальной изоляции [Неймарк и др., 2003]. Не угрожая жизни пациента, такие расстройства вызывают физические и моральные страдания, обусловленные тяжелой психической травмой, развитием невроза и неврастения, а длительное и упорное течение дизурии часто создает у больных впечатление безнадежности лечения [Кулаков и др., 2005]. Таким образом, высокая психологическая значимость дисфункций мочевого пузыря определяет необходимость специальных психологических исследований данной категории больных.

Специфичность женского организма обусловлена онтогенетической общностью мочевой и репродуктивной систем и их анатомо-функциональной взаимосвязью [Гаджиева, 2009], что позволяет рассматривать фактор сексуального поведения наряду с остальными факторами, опосредующими нарушение акта мочеиспускания [Кулаков и др., 2005; Nicolle, 1982; Garmo, 2002]. В настоящее время проводится большое количество исследований по изучению связи

урогинекологических заболеваний и женской сексуальной дисфункции, однако полученные результаты сложно сопоставить из-за использования разных методологических подходов [Авадиева, 2010]. По литературным данным нарушение качества сексуальной жизни у женщин с дизурическими расстройствами встречается более чем в 50% случаев; при этом наиболее распространены диспареуния, нарушения lubricации и оргазма, в меньшей степени представлено снижение либидо [Cayan et al., 2003; Tasos et al., 2003; Salonia et al., 2004; Aslan et al., 2004; Nickel et al., 2007; Peters et al., 2007; Cohen et al., 2008; Kim et al., 2008]. В исследовании К.Сойне и коллег [Coyne et al., 2007] показано, что гиперактивный мочевой пузырь в большой степени снижает чувство удовлетворения и способность к достижению оргазма.

С психологической точки зрения сексуальная функция опосредуется сложной системой сексуального поведения, реализуемого и регулируемого особой структурой самосознания – гендерной идентичностью, связанной с самоощущением индивида как представителя мужского или женского пола, а также представлениями о социальных ролях мужчины и женщины и стиле партнерских, в том числе сексуальных отношений [Marcia, 1980; Эриксон, 2006; Антонова, 1996; Соколова и др., 2001; Чебакова и др., 2012].

Гендерная идентичность формируется в онтогенезе и связана с длительным процессом идентификации с родительскими фигурами как образцами мужественности и женственности [Тайсон, Тайсон, 2006], усвоением социальных стереотипов полоролевого поведения, а также гендерных схем, обуславливающих восприятие психологических качеств людей как мужчин и женщин [Kohlberg, 1966; Bem, 1981; Берн, 2008].

Психологические исследования показали, что гендерная идентичность может изменяться и во взрослом возрасте путем трансформации самопрезентации характеристик гендерной роли, реализующей гендерный смысл болезни [Чебакова, Передеряева, 2012]. Нарушения акта мочеиспускания изменяют микросоциальную ситуацию женщин прежде всего в аспекте женской сексуальной роли; при этом можно предположить усиление фемининных характеристик гендерной роли на макросоциальном уровне как компенсацию трудностей в сексуальной сфере.

Эмпирическое исследование

Цели и гипотезы исследования

Целью данного исследования являлось изучение психологических особенностей сексуальной функции женщин с нарушениями мочеиспускания в контексте изменения гендерной роли.

Гипотезы исследования:

1. Сексуальная функция у женщин с гиперактивным мочевым пузырем нарушается в большей степени по сравнению с женщинами с хроническим циститом.
2. Сексуальность женщин с нарушениями мочеиспускания характеризуется дезадаптивными качествами: дисфункциональными представлениями о партнерских сексуальных ролях, ригидностью сексуальных стереотипов и регрессивной динамикой структуры сексуальности.
3. Количество фемининных характеристик гендерной роли в самопрезентации у женщин с гиперактивным мочевым пузырем и хроническим циститом увеличивается в качестве компенсации дезадаптивной сексуальной функции.

Для проверки выдвинутых гипотез в клинических подгруппах и контрольной выборке проводился сравнительный анализ 1) выраженности и содержательных характеристик сексуальной дисфункции; 2) общей структуры сексуальности, психологических установок относительно секса и представлений о сексуальных ролях; 3) гендерных ролей и динамики их изменения; 4) взаимосвязей компонентов структуры сексуальности и гендерной роли.

Методы

Выборка

Клиническую группу составили 40 женщин, из них 20 женщин в возрасте от 23 до 44 лет (средний возраст 34 года) – с диагнозом гиперактивный мочевой пузырь (ГМП), 20 в возрасте от 22 до 30 лет (средний возраст 25 лет) – с диагнозом хронический цистит (ХЦ). Все пациенты находились на амбулаторном лечении в гинекологическом отделении восстановительного лечения Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова (НЦ АГиП) Минздрава России. Контрольную группу (КГ) составили 20 условно здоровых женщин в возрасте от 22 до 30 лет (средний возраст 24,8 года), не имеющих нарушений мочеиспускания.

Исследование выполнено при участии студентов психолого-социального факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Е.С.Ивановой и С.И.Сарыглар, а также аспиранта НЦ АГиП Т.А.Тетериной.

Методики

В исследовании использовались следующие психологические методы:

- 1) структурированная клиничко-психологическая беседа;
- 2) *Индекс женской сексуальной функции* (ИЖСФ) Р.Росена (Female Sexual Function Index, FSFI) [Rosen et al, 2000];
- 3) *Опросник установок к сексу* Г.Айзенка (Eysenk Inventory of Attitudes to Sex, EIAS) [Бурлачук, Морозов, 1999];
- 4) психосемантическая методика «Представления о сексуальных ролях» (ПСР); 5) методика «Рисунок человека» с обсуждением [Маховер, 2006];
- 6) *Полоролевой опросник* С.Бем (Bem Sex-Role Inventory, BSRI) в модификации Ю.В.Чебаковой [Чебакова, Передеряева, 2012; Чебакова и др., 2012].

В ходе *клиничко-психологической беседы* изучали краткий анамнез заболевания, актуальное психологическое состояние, субъективное объяснение его причин, уделяли внимание отношениям внутри семьи пациентки и с представителями противоположного пола, определяли области психологических конфликтов и дезадаптации. Также важной целью было налаживание доверительного контакта с обследуемым.

Анкета для измерения *индекса женской сексуальной функции* (ИЖСФ) позволила оценить различные составляющие сексуальной функции соответственно шкалам: *Влечение, Возбуждение, Любрикация, Оргазм, Удовлетворение, Боль* [Rosen et al, 2000]. Опросник включает 19 вопросов, по каждой шкале высчитывается суммарный балл. Чем ниже показатель по шкале, тем более выражена степень соответствующей сексуальной дисфункции.

Опросник установок к сексу Г.Айзенка, наряду с исследованием отношения к сексу, ориентирован на прогноз удовлетворенности сексуальными отношениями, выявление отклонений в сексуальном поведении, диагностику феминности-маскулинности [Бурлачук, Морозов, 1999]. Опросник включает 159 вопросов и содержит 14 обобщенных шкал: *Дозволенность, Реализованность, Сексуальная невротичность, Обезличенный секс, Порнография, Сексуальная застенчивость, Целомудрие, Отвращение к сексу, Сексуальная возбудимость, Физический секс, Агрессивный секс, Сексуальное влечение, Сексуальная удовлетворенность, Фемининность–маскулинность*.

Оригинальная методика «*Представление о сексуальных ролях*» является вариантом семантического дифференциала и включает 30 дескрипторов – качеств сексуальности. Обследуемые оценивали наличие у себя данных характеристик по пятибалльной шкале от 0 (полное отсутствие качества) до 4 (качество выражено в крайней степени). В ходе факторного анализа результатов с использованием процедуры вращения факторов varimax normalized были выделены 5 обобщенных факторов (шкал): *Сексуальный Я-идеал, Маскулинный компонент сексуальности, Фемининный компонент сексуальности, Сексуальное партнерство и Сексуальная дисфункция*.

Использовалась проективная методика «*Рисунок человека*» со структурированным интервью относительно персонажей мужского и женского пола [Маховер, 2006]. При анализе результатов уделялось внимание следующим общим параметрам: персонаж какого пола нарисован первым, возрастной диапазон для мужского и для женского персонажа. Следующие критерии оценки применяли только относительно женского персонажа: удовлетворенность персонажа собственным телом; степень вовлеченности в сексуальную жизнь; деструктивные сексуальные тенденции (например, промискуитет); наличие конструктивных сексуальных отношений с представителями противоположного пола в рамках взаимной любви.

С помощью опросника *Bem Sex-Role Inventory* (BSRI), предложенного С.Бем, проводилась диагностика особенностей гендерной роли – выявление степени выраженности фемининности, маскулинности либо андрогинности (наличия одновременно мужских и женских адаптивных качеств гендерной роли). Опросник содержит 60 утверждений (описания качеств), на каждый пункт обследуемый отвечает «да» или «нет», оценивая таким образом наличие или отсутствие у себя указанных черт. Модификация BSRI И.С.Клециной [Клецина, 2003] позволяет также оценить степень подверженности личности принятым в социуме стереотипам маскулинности и фемининности («У большинства мужчин», «У большинства женщин»). В используемой нами модификации [Чебакова, Передеряева, 2012; Чебакова и др., 2012] введены дополнительные шкалы: «У меня до болезни» (для оценки динамики субъективных представлений о собственной гендерной роли); «У идеальной женщины», «У идеального мужчины» (для оценки гендерных идеалов); «У моей матери», «У моего отца» (для определения внутрисемейных гендерных характеристик и фигур идентификации).

Определение фигур идентификации выявлялось с помощью совпадений в выборе качеств (утверждений опросника) относительно себя и родительских фигур (например, если большинство качеств сходны при сравнении шкал «У меня» и «У моей матери», то констатируется идентификация с матерью). Р.Столлер указывает, что в ранних отношениях дочери с матерью в норме формируется и укореняется ядерная женская половая идентичность в связи с идентификацией с матерью; в дальнейшем развитии она дополняется избирательными идентификациями с отцовской фигурой [Приводится по: Тайсон, Тайсон, 2006]. Отсутствие совпадений с родительскими фигурами свидетельствует о том, что данные качества были «взяты» из внесемейного пространства (тип «внесемейная идентификация»; для краткости далее мы будем употреблять слово «среда»). При равном распределении совпадающих качеств (когда оно не превышает одного квартиля) диагностируются различные варианты смешанных идентификаций.

Методы анализа данных

Использовались следующие статистические методы: сравнение средних (непараметрический критерий U-Манна–Уитни, непараметрический критерий Вилкоксона для связанных выборок); анализ взаимосвязей (коэффициент ранговой корреляции Спирмена). Обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 7.0.

Результаты и обсуждение

Средние индексы женской сексуальной функции (по ИЖСФ) в клинических подгруппах и контрольной группе представлены на рис. 1.

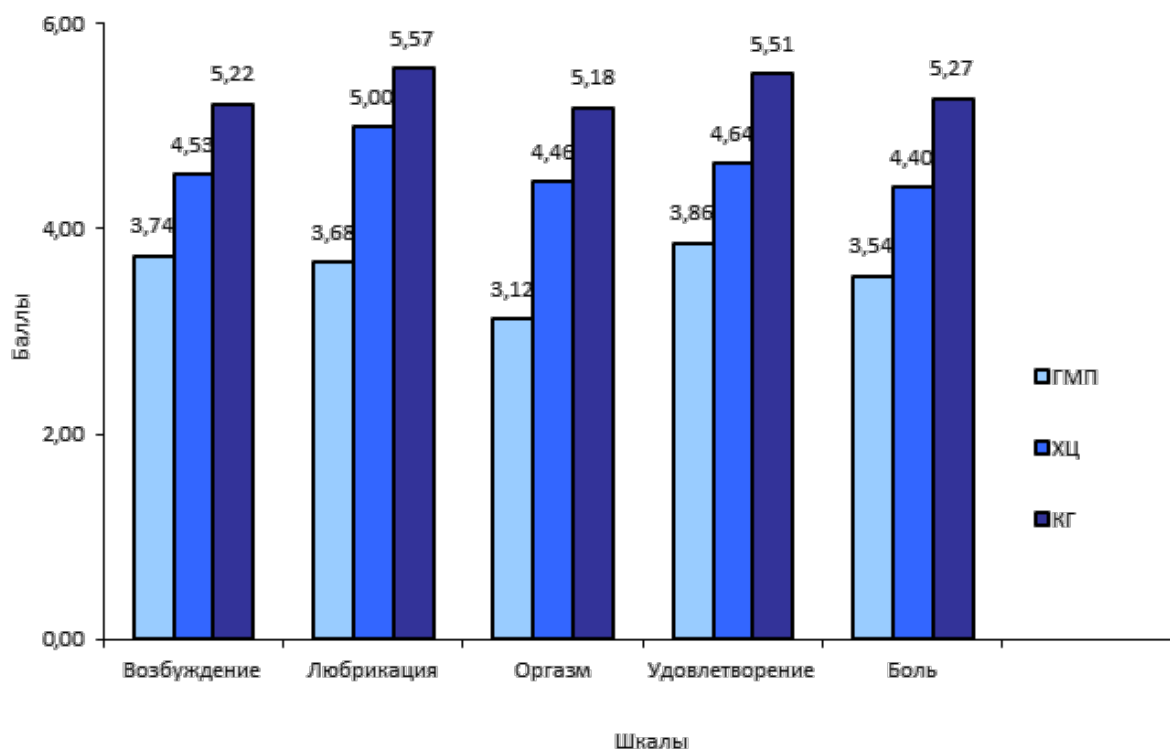


Рис. 1. Средние индексы женской сексуальной функции (по методике ИЖСФ) в подгруппах женщин с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП) и хроническим циститом (ХЦ) в сравнении с контрольной группой (КГ).

Как видно из рис. 1, максимальная степень выраженности сексуальной дисфункции наблюдается в подгруппе с гиперактивным мочевым пузырем, минимальная – в контрольной выборке. Статистически значимые различия в показателях контрольной группы и подгруппы с гиперактивным мочевым пузырем были обнаружены по всем шкалам: *Влечение* ($p = 0,002$), *Возбуждение* ($p = 0,011$), *Любрикация* ($p = 0,000$), *Оргазм* ($p = 0,000$), *Удовлетворение* ($p = 0,000$), *Боль* ($p = 0,008$); контрольной группы и подгруппы с хроническим циститом по шкалам *Влечение* ($p = 0,003$), *Возбуждение* ($p = 0,024$), *Удовлетворение* ($p = 0,000$) и *Боль* ($p = 0,005$). Различия в показателях подгрупп ГМП и ХЦ были выявлены по параметрам *Любрикация* ($p = 0,001$), *Оргазм* ($p = 0,019$) и *Удовлетворение* ($p = 0,028$). Таким образом, если в подгруппе женщин с гиперактивным мочевым пузырем наблюдается нарушение всех сексуальных реакций, то у пациенток с хроническим циститом снижается либидо и психологическая удовлетворенность сексуальной жизнью, однако физиологические показатели сексуальной функции (*Любрикация*, *Оргазм*) остаются в пределах, сопоставимых с данными контрольной группы.

Средние показатели по результатам исследования установок к сексу (по данным опросника Г.Айзенка) в клинических подгруппах и контрольной группе представлены на рис. 2.

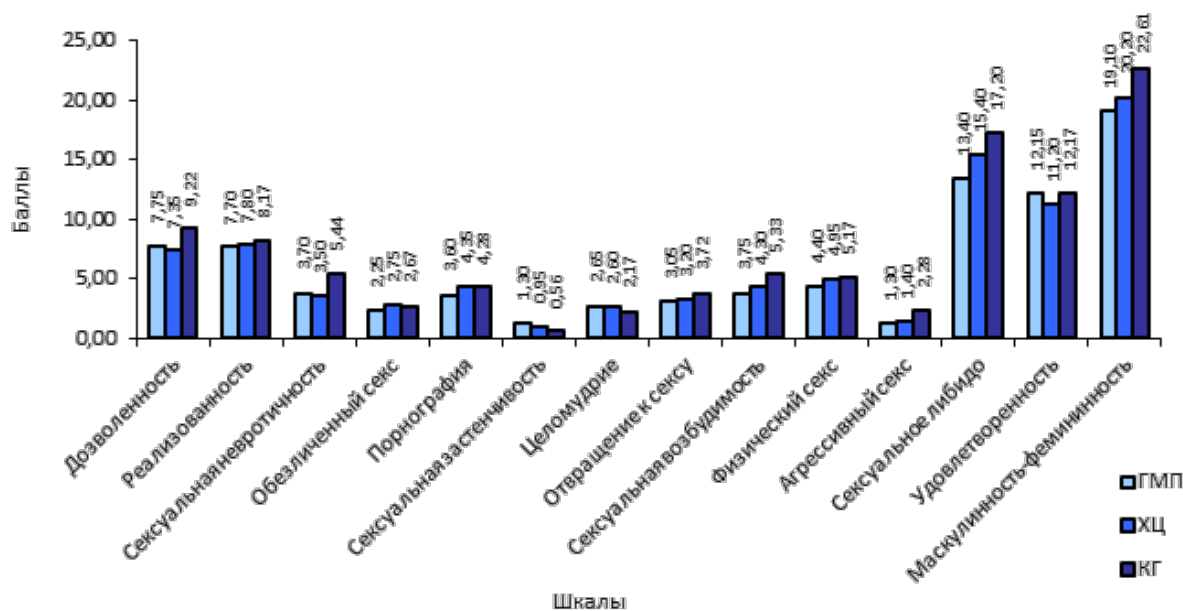


Рис. 2. Средние показатели установок к сексу (по данным опросника Г.Айзенка) в подгруппах пациенток с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП) и хроническим циститом (ХЦ) в сравнении с контрольной группой (КГ).

Более низкие показатели контрольной группы по сравнению с подгруппой с гиперактивным мочевым пузырем были обнаружены по шкале *Сексуальная застенчивость* ($p = 0,011$); более высокие – по шкалам *Дозволенность* ($p = 0,035$), *Сексуальная невротичность* ($p = 0,026$), *Отвращение к сексу* ($p = 0,041$), *Агрессивный секс* ($p = 0,012$) и *Маскулинность* ($p = 0,050$); более высокие на уровне выраженной статистической тенденции – по шкале *Сексуальная возбудимость* ($p = 0,054$).

Таким образом, следует отметить, что больные с гиперактивным мочевым пузырем имеют более традиционные представления о семейной и сексуальной жизни, воспринимают секс в большей степени с точки зрения его прокреативной, а не рекреативной функции; отношение к сексу у таких больных характеризуется большей индифферентностью, а также сниженным уровнем конструктивной агрессии, выступающим облигатным компонентом зрелой сексуальности, в связи с чем их сексуальность является менее конфликтной. Структура сексуальности в группе этих больных имеет регрессивную динамику, теряя необходимую для удовлетворительной сексуальной жизни эмоциональную заряженность, что также подтверждается сниженными показателями сексуального либидо. Снижение показателей по шкале маскулинности указывает на следование традиционной женской роли в социуме с пассивными, подчиняемыми установками, в том числе в вопросах сексуальной практики.

Статистически значимые более высокие показатели контрольной группы по сравнению с подгруппой больных с хроническим циститом были обнаружены по шкалам *Дозволенность* ($p = 0,001$), *Сексуальная невротичность* ($p = 0,013$), *Агрессивный секс* ($p = 0,026$). Данные результаты свидетельствуют о том, что женщины с хроническим циститом имеют схожую с пациентками, страдающими ГМП, структуру сексуальности, однако она отличается менее регрессивной динамикой, менее традиционными представлениями о сексуальной жизни и женской роли в социуме и большей доступностью реализации сексуального либидо.

Достоверно значимых различий по шкалам *Опросника установок к сексу* между подгруппами женщин с гиперактивным мочевым пузырем и с хроническим циститом нами не обнаружено.

Средние показатели по результатам исследования представлений о сексуальных ролях в клинических подгруппах и контрольной группе представлены на рис. 3.

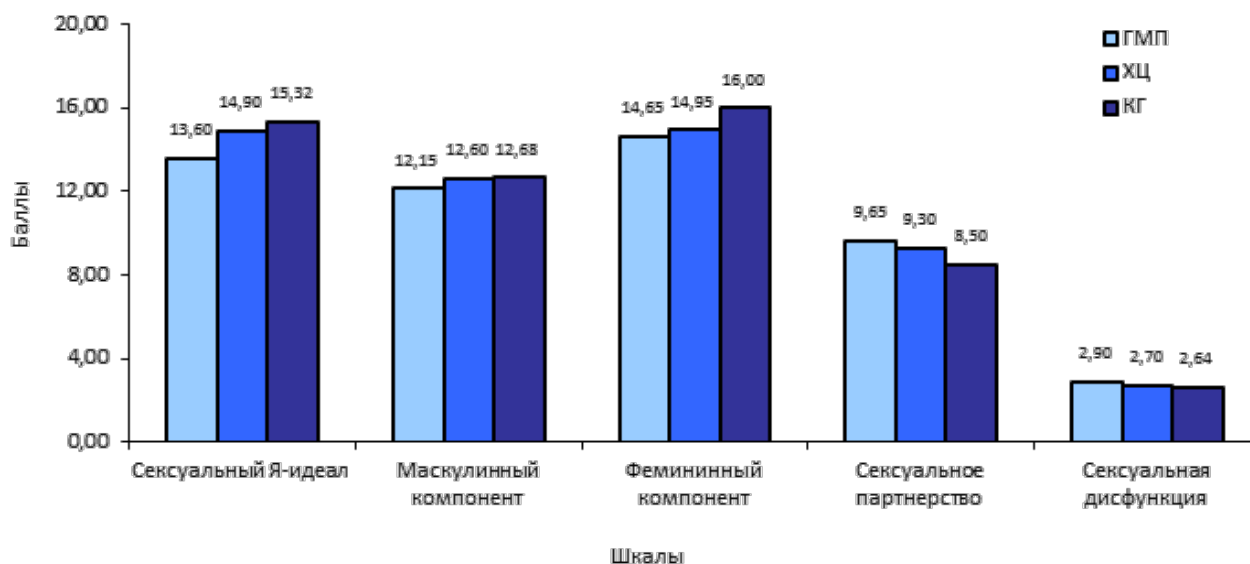


Рис. 3. Средние показатели по методике «Представления о сексуальных ролях» в подгруппах пациенток с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП) и хроническим циститом (ХЦ) в сравнении с контрольной группой (КГ).

В целом заметно, что наиболее высокие показатели по шкалам *Сексуальный Я-идеал*, *Маскулинный компонент* и *Фемининный компонент* наблюдаются в контрольной выборке, наиболее низкие – в подгруппе с гиперактивным мочевым пузырем, в то время как по шкалам *Сексуальное партнерство* и *Сексуальная дисфункция* отмечается другое соотношение показателей. В контрольной группе представления о сексуальных ролях характеризуются большей представленностью идеализированных качеств сексуальной успешности (например, опытность, соблазнительность или раскрепощенность), мужских активных свойств (например, доминантность, агрессивность, нестандартность) и женских качеств сексуальности (например, нежность, игривость, чувственность). Качества сексуального партнерства, предполагающие большую податливость и зависимость в отношениях (например, способность чувствовать партнера, моногамность, избирательность), напротив, больше представлены в клинических группах, особенно среди пациенток с гиперактивным мочевым пузырем.

Более высокие показатели контрольной группы по сравнению с подгруппой женщин с гиперактивным мочевым пузырем были обнаружены по шкале *Фемининный компонент* ($p = 0,005$); контрольной группы по сравнению с подгруппой пациенток с хроническим циститом – также по шкале *Фемининный компонент* ($p = 0,048$). Таким образом, женщин с данными нарушениями мочеиспускания в целом можно охарактеризовать как менее естественных, чувственных, игривых, более холодных и сексуально стереотипных, что отражает снижение их сексуального либидо и большую ригидность сексуальных стереотипов.

Между подгруппами женщин, страдающими гиперактивным мочевым пузырем либо хроническим циститом, статистически значимые различия были получены по шкале *Сексуальная дисфункция* ($p = 0,031$): у больных ГМП данный показатель выше, что согласуется с результатами анкеты ИЖСФ о большей выраженности у них снижения различных сексуальных реакций.

Результаты обследования по методике «Рисунок человека» по выделенным параметрам в клинических подгруппах и контрольной группе представлены в табл. 1.

Таблица 1

Частота встречаемости анализируемых признаков методики «Рисунок человека» в подгруппах женщин с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП) и хроническим циститом (ХЦ) в сравнении с контрольной группой (КГ)

Анализируемые параметры	ГМП	ХЦ	КГ
Первый рисунок – своего пола, %	80	90	90
Возраст женского персонажа, лет	17,2	24,5	24,4
Возраст мужского персонажа, %	20,5	27,6	28,5
Деструктивная сексуальность, %	15	15	5
Конструктивная сексуальность в настоящем, %	50	20	85
Конструктивная сексуальность в будущем, %	35	75	90
Удовлетворение от своего тела, %	65	75	90

Согласно полученным данным, пол первого нарисованного персонажа как в контрольной группе, так и в клинических подгруппах соответствует полу обследуемых, однако в подгруппе с гиперактивным мочевым пузырем данный показатель несколько ниже. В подгруппе хроническим циститом, так же как и в контрольной выборке, возраст мужского персонажа больше, чем женского, что согласуется со среднестатистическими представлениями о соотношении возрастов в партнерской паре. В подгруппе пациенток с ГМП как мужской, так и женский персонажи представляются обследуемым более молодыми по сравнению с собой, что свидетельствует о менее реалистичной оценке собственной гендерной роли, тенденции к инфантилизации личности. Примечательно, что 25% женщин с ГМП нарисовали маленьких детей, возраст которых намного меньше возраста обследуемых (мальчика и/или девочку 3–4 лет), что свидетельствует о регрессивной динамике их гендерной роли и структуры сексуальности.

Параметр деструктивной сексуальности (например, отсутствие интимно-личностных отношений, непостоянство сексуальной жизни, наличие нескольких партнеров в рассказах о персонажах) больше представлен в клинических подгруппах, чем в контрольной выборке, что указывает на дисфункциональные представления о партнерских сексуальных ролях. Данный факт подтверждается и меньшей представленностью в клинических подгруппах конструктивной сексуальности в настоящем (указания в рассказах на гармоничные, моногамные, сексуально удовлетворительные партнерские отношения), особенно характерной для больных хроническим циститом. При этом если в рассказах о персонажах пациентки с хроническим циститом указывают на возрастание конструктивной сексуальности в будущем, то в подгруппе с гиперактивным мочевым пузырем данный показатель снижается. В рассказах обследуемых из этих клинических подгрупп также отражается меньшая удовлетворенность собственным телом женского персонажа, особенно среди пациенток с ГМП. Полученные результаты могут свидетельствовать о наличии трудностей в отношениях с сексуальным партнером и отсутствии уверенности в будущем у женщин с нарушением мочеиспускания.

Средние показатели по результатам исследования гендерных ролей (опросник BSRI С.Бем) в клинических подгруппах и контрольной группе представлены на рис. 4.

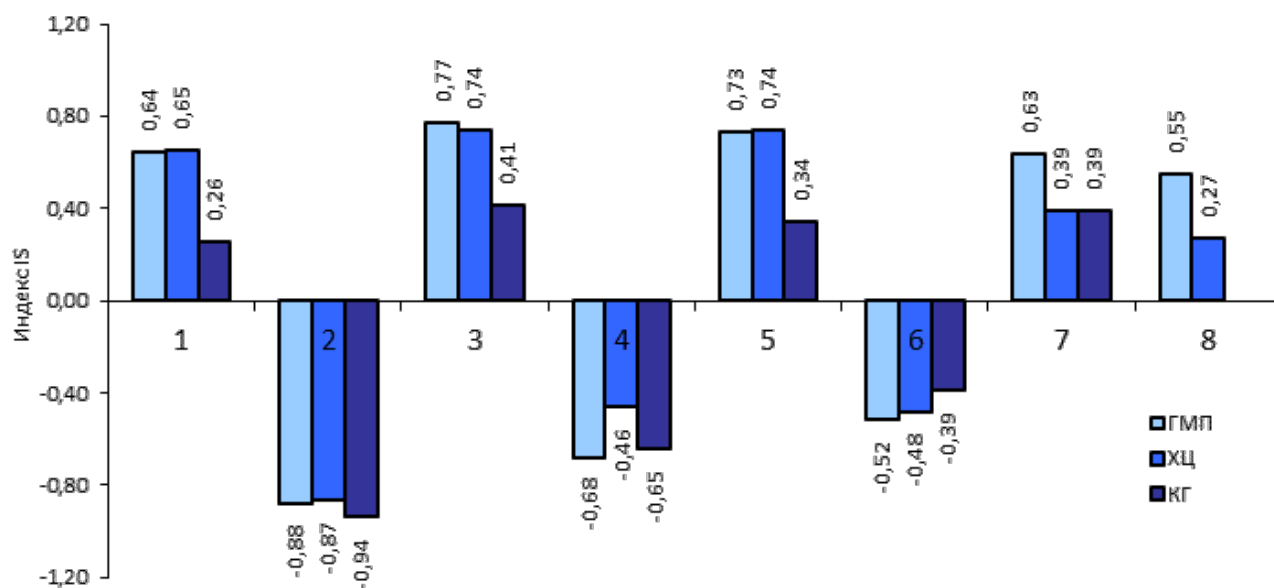


Рис. 4. Средние показатели по шкалам Полоролевого опросника С.Бем в подгруппах женщин с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП) и хроническим циститом (ХЦ) в сравнении с контрольной группой (КГ).

Примечания. 1 — У меня сейчас; 2 — У большинства мужчин; 3 — У моей матери; 4 — У идеального мужчины; 5 — У большинства женщин; 6 — У моего отца; 7 — У идеальной женщины; 8 — У меня до болезни.

Показатели по методике в целом в группах располагаются в диапазоне от -1 до $+1$, что свидетельствует о той или иной степени андрогинности полоролевых представлений. В клинических подгруппах параметры «женских» шкал выше, чем в контрольной выборке, что указывает на большую степень фемининности женщин с гиперактивным мочевым пузырем и хроническим циститом. Более высокие показатели фемининности подгруппы с гиперактивным мочевым пузырем по сравнению с контрольной группой были обнаружены по шкалам «У меня сейчас» ($p = 0,045$), «У моей матери» ($p = 0,047$), «У идеальной женщины» ($p = 0,024$). Статистически значимых различий по параметрам полоролевого опросника между контрольной группой и подгруппой с хроническим циститом, а также между двумя клиническими подгруппами нами не выявлено.

Анализ динамики самопрезентации полоролевых характеристик в настоящий момент по сравнению с состоянием до

болезни показал, что у женщин с гиперактивным мочевым пузырем оценка собственной гендерной роли не изменилась, в то время как в подгруппе с хроническим циститом показатель по шкале «У меня сейчас» является статистически значимо более «фемининным», чем по шкале «У меня до болезни» ($p = 0,036$).

Более фемининная оценка себя в данный момент в клинических подгруппах по сравнению с контрольной выборкой характеризует больных как следующих предписаниям традиционной женской гендерной роли с установками на пассивность, подчиняемость, мягкость, зависимую социальную позицию. Это может быть связано с механизмом компенсации трудностей в сексуальной сфере и снижением возможностей осуществления женской сексуальной роли. При этом данный психологический механизм, вероятно, действует также и в подгруппе женщин с хроническим циститом, о чем свидетельствует динамика изменений их гендерной роли по сравнению с доболезненным периодом. Выявленные особенности структуры сексуальности и гендерной роли пациенток с ГМП могут выступать как преморбидные психологические факторы, которые в процессе болезни претерпевают регрессивную динамику, заостряются, что приводит к общей инфантилизации личности.

Анализ типов идентификации в клинических подгруппах и контрольной группе представлен в табл. 2.

Таблица 2
Частота встречаемости типов идентификации в подгруппах пациенток с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП) и хроническим циститом (ХЦ) в сравнении с контрольной группой (КГ) (в процентах)

Тип идентификации	ГМП		ХЦ		КГ
	до болезни	сейчас	до болезни	сейчас	
Мать	55	35	0	20	35
Отец	5	5	50	0	0
Среда	10	10	0	5	5
Мать + отец	30	45	35	65	40
Мать + среда	0	5	5	10	15
Отец + среда	0	0	10	0	0
Мать + отец + среда	0	0	0	0	5

Из анализа данных следует, что в целом идентификации в контрольной группе и подгруппе женщин с гиперактивным мочевым пузырем «сейчас» имеют схожий характер: доминирует идентификация с материнской фигурой и смешанная идентификация с матерью и отцом. Количество идентификаций с матерью до болезни в подгруппе с ГМП превышает нормативные показатели, что может свидетельствовать о более тесной связи с матерью женщин, страдающих ГМП, и зависимости оценки собственных гендерных характеристик от полоролевых качеств матери, а также обуславливать более фемининную самопрезентацию с установкой на традиционную женскую роль.

В целом в данной клинической подгруппе оценка гендерной роли практически не изменилась. Однако уменьшение количества совпадающих качеств у себя и у матери «сейчас» (в сравнении с оценкой до болезни) определяет особый гендерный смысл болезни – уменьшение зависимости от материнской фигуры и сепарацию от нее, что согласуется с результатами исследования психосоматической патологии [Чебакова, Передеряева, 2012]. Большая связанность оценки собственных и материнских гендерных характеристик в доболезненный период подтверждается и положительной корреляционной связью показателей по соответствующим шкалам ($r = 0,449$, $p < 0,05$); в период болезни корреляций не обнаруживается. При этом, как было показано выше, структура сексуальности у женщин с гиперактивным мочевым пузырем приобретает регрессивные черты, что составляет область психологического конфликта.

В клинической подгруппе пациенток с хроническим циститом наблюдается инверсия фигур для идентификации до болезни. Как показано в таблице, 50% обследуемых данной подгруппы идентифицируются с отцом; при этом наблюдается дефицит идентификаций с матерью. Анализ динамики оценки гендерной роли показал, что увеличению фемининных качеств в самопрезентации больных хроническим циститом соответствует снижение количества совпадающих качеств у себя и у отца (с 50% до 0%) и увеличение количества смешанных идентификаций с отцом и матерью. В данном случае гендерный смысл болезни заключается в разрешении конфликта женственности через компенсацию в сфере макросоциальных взаимодействий.

Корреляционный анализ результатов исследования в клинических подгруппах и контрольной группе представлен в табл. 3.

Таблица 3

Коррелирующие шкалы	г-Спирмена при $p < 0,05$
<i>Контрольная группа</i>	
«У меня сейчас» и «Фемининный компонент»	0,520
«Влечение» и «Сексуальный Я-идеал»	0,498
«Влечение» и «Дозволенность»	0,452
«Удовлетворение» и «Фемининный компонент»	0,580
<i>Группа с гиперактивным мочевым пузырем</i>	
«У меня сейчас» и «Отвращение к сексу»	0,534
«Влечение» и «Сексуальный Я-идеал»	0,604
«Влечение» и «Маскулинный компонент»	0,502
«Возбуждение» и «Сексуальный Я-идеал»	0,635
«Возбуждение» и «Фемининный компонент»	0,448
«Удовлетворение» и «Фемининный компонент»	0,448
«Оргазм» и «Отвращение к сексу»	-0,454
<i>Группа с хроническим циститом</i>	
«Маскулинный компонент» и «Влечение»	0,594
«Маскулинный компонент» и «Возбуждение»	0,631
«Оргазм» и «Реализованность»	0,585
«Оргазм» и «Фемининный компонент»	0,480
«Удовлетворение» и «Обезличенный секс»	0,447
«Боль» и «Реализованность»	0,466
«Боль» и «Сексуальная возбудимость»	0,583
«Боль» и «Сексуальная удовлетворенность»	0,528
«Дозволенность» и «У меня сейчас»	-0,499
«Дозволенность» и «Фемининный компонент»	-0,475
«Любрикация» и «Сексуальная застенчивость»	-0,483
«Боль» и «Отвращение к сексу»	-0,451

Связь в контрольной группе показателей шкал «У меня сейчас» и «Фемининный компонент» может указывать на системность оценки гендерной роли в сфере микросоциальных взаимодействий (интимно-личностная, сексуальная сфера) и макросоциальных интеракций (сфера социальных контактов).

Также из корреляционного анализа видно, что компоненты структуры сексуальности в контрольной группе являются максимально независимыми; в клинической подгруппе пациенток с хроническим циститом, напротив, взаимосвязанными. В клинической подгруппе женщин с гиперактивным мочевым пузырем наблюдается схожая с контрольной группой взаимосвязь показателей шкал *Влечение* и *Сексуальный Я-идеал*, шкал *Удовлетворение* и *Фемининный компонент*, однако фемининная оценка гендерной роли встроена в негативное отношение к сексуальной практике. В клинической подгруппе пациенток с хроническим циститом *Фемининный компонент* «обслуживает» возбуждение и степень дозволенности в сексуальной жизни, при этом фемининная оценка гендерной роли также связана с меньшей дозволенностью. Специфичной для женщин с хроническим циститом оказалась опосредующая функция боли в оценке успешности сексуальной жизни по параметрам реализованности, возбудимости, удовлетворенности и позитивного отношения к сексу.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают выдвинутые гипотезы. У женщин с гиперактивным мочевым пузырем сексуальная функция нарушается в большей степени по сравнению с женщинами с хроническим циститом. Если в подгруппе женщин с ГМП снижаются все сексуальные реакции, то в подгруппе с ХЦ физиологические составляющие сексуальной функции остаются в пределах показателей, сопоставимых с данными контрольной группы.

У женщин с данными нарушениями мочеиспускания сексуальность характеризуется дезадаптивными качествами: дисфункциональными представлениями о партнерских сексуальных ролях со снижением фемининного компонента, ригидностью сексуальных стереотипов, меньшей дозволенностью, более традиционными представлениями о

сексуальной жизни, снижением эмоциональной заряженности и оценки конструктивности сексуальных отношений; при этом в подгруппе женщин с гиперактивным мочевым пузырем сексуальность имеет более регрессивную структуру с тенденцией к общей инфантилизации личности.

У пациенток с нарушениями мочеиспускания количество фемининных характеристик гендерной роли в самопрезентации выше, чем в контрольной группе, что можно рассматривать в качестве компенсации дезадаптивной сексуальной функции. При этом психологические механизмы компенсации различаются в подгруппах с гиперактивным мочевым пузырем и хроническим циститом. В подгруппе больных ГМП оценка собственной гендерной роли на данный момент по сравнению с доболезненным периодом не меняется и остается фемининной; уменьшается количество совпадающих качеств у себя и у матери, что компенсирует регрессивную динамику сексуальной функции. У больных ХЦ оценка собственной гендерной роли на данный момент по сравнению с доболезненным периодом становится более фемининной; уменьшается количество совпадающих качеств у себя и у отца, что компенсирует конфликт женственности и недостаток идентификации с материнской фигурой.

Корреляционный анализ выявил системность оценки гендерной роли на ее различных функциональных уровнях (интимно-личностном и макросоциальном) и большую независимость компонентов структуры сексуальности в контрольной выборке в отличие от клинических подгрупп. У женщин с гиперактивным мочевым пузырем фемининная оценка гендерной роли встроена в негативное отношение к сексуальной практике, у женщин с хроническим циститом – связана с меньшей сексуальной дозволенностью; показана опосредующая функция боли в сексуальности пациенток с хроническим циститом.

Выводы

Показано, что у женщин с гиперактивным мочевым пузырем нарушаются все компоненты сексуальной функции, в то время как у женщин с хроническим циститом физиологические составляющие остаются в пределах показателей, сопоставимых с данными контрольной группы.

Выявлено, что у женщин с нарушениями мочеиспускания сексуальность характеризуется дезадаптивными качествами: дисфункциональными представлениями о партнерских сексуальных ролях со снижением фемининного компонента, ригидностью сексуальных стереотипов, снижением эмоциональной заряженности и оценки конструктивности сексуальных отношений.

Установлено, что пациентки с гиперактивным мочевым пузырем имеют регрессивную динамику структуры сексуальности с общей инфантилизацией личности.

Показаны различные психологические механизмы феминизации гендерной роли как компенсации дезадаптивной сексуальной функции в клинических подгруппах женщин с гиперактивным мочевым пузырем и хроническим циститом.

Выявлены различные взаимосвязи компонентов структуры сексуальности и гендерной роли в контрольной выборке и клинических подгруппах.

Полученные результаты исследования могут служить основой для построения дифференцированной системы психологической помощи женщинам с нарушениями мочеиспускания. Данная система должна включать оценку степени нарушений сексуальной функции, дезадаптации в сфере партнерских отношений, субъективной удовлетворенности качеством интимных отношений, дефицита фемининной сексуальной роли, механизмов компенсации «ненадежной» женственности в более широкой социальной сфере межличностных отношений.

Литература

Авадиева Н.Э. Диагностика и лечение сочетанных гормонально- и негормональнообусловленных нарушений мочеиспускания и сексуальных дисфункций у женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов. гос. мед. университет, Ростов-на-Дону, 2010.

Антонова Н. В. Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии. Вопросы психологии, 1996, No. 1, 131–143.

Берн Ш. Гендерная психология. Законы мужского и женского поведения. СПб.: Прайм-Еврознак, 2008.

Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь – справочник по психодиагностике. СПб.: Питер Ком, 1999.

Гаджиева З. К. Уродинамические исследования в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания: автореф.

дис. ... д-ра мед. наук. Моск. мед. академия, Москва, 2009.

Клецина И. С. Практикум по гендерной психологии. СПб.: Питер, 2003.

Кулаков В.И., Аполихина И.А., Деев А. Д. Акушерско-гинекологические факторы риска недержания мочи у женщин. Акушерство и гинекология, 2005, No. 3, 32–36.

Кулаков В.И., Лопаткин Н.А., Аполихина И.А. Гиперактивный мочевой пузырь и императивное недержание мочи у женщин. М., 2005.

Маховер К. [Machover K.] Проективный рисунок человека. М.: Смысл, 2006.

Неймарк А.И., Чулюкова И.И., Мазырko А.В. Лечение стойкой дизурии у женщин. Урология, 2003, No. 1, 46–49.

Пушкарёв Д.Ю., Щавелева О.Б. Гиперактивный мочевой пузырь: эпидемиология, диагностика, сравнительная оценка медикаментозной терапии. Фарматека, 2004, No. 16, 26–29.

Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С., Лэонтиу Ф. К обоснованию клинко-психологического изучения гендерной идентичности. Вопросы психологии, 2001, No. 6, 3–15.

Тайсон Ф., Тайсон Р.Л. [Tyson Ph., Tyson R.L.] Психоаналитические теории развития. М.: Когито-Центр, 2006.

Тимофеева И. В. Природные иммуномодуляторы и антиоксиданты (лечебные факторы черноморского побережья) в восстановлении показателей здоровья больных хроническими интерстициальными циститами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Науч.-исслед. центр курортологии и реабилитации, Сочи, 2009.

Чебакова Ю.В., Передеряева Л.В. Гендерные факторы психосоматического симптомообразования (на модели соматоформных расстройств). Психология и психотехника, 2012, No. 6, 55–60.

Чебакова Ю.В., Дунаева К.А., Уварова Е.В., Стеняева Н.Н. Гендерная идентичность у девушек-подростков с нарушениями менструальной функции. Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2012, No. 4, 51–62.

Эриксон Э.Г. (Erikson E.H.) Идентичность: юность и кризис. М.: Флинта, 2006.

Aslan G., Köseoğlu H., Sadik O., Gimen S., Cihan A., Esen A. Sexual function in women with urinary incontinence. International journal of impotence research, 2004, 17(3), 248–251.

Bem S. L. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. Psychological review, 1981, 88(4), 354.

Brian L., Cohen P., Barboglio A. The impact of lower urinary tract symptoms and urinary incontinence on female sexual dysfunction using a validated instrument. Journal of Sexual Medicine, 2008, 5(6), 1418–1423.

Cayan S., Acad D., Bozlu M. Is stress urinary incontinence a risk factor for female sexual functions? European Urology Supplements, 2003, 1(2), 194–201.

Cohen B. L., Barboglio P., Gousse A. The impact of lower urinary tract symptoms and urinary incontinence on female sexual dysfunction using a validated instrument. Journal of Sexual Medicine, 2008, 5(6), 1418–1423. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00818.x

Coyne K. S., Margolis M. K., Jumadilova Z., Bavendam T., Mueller E., Rogers R. Overactive bladder and women's sexual health: What is the impact? The Journal of Sexual Medicine, 2007, 4(3), 656–666. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00493.x

Garmo G., Ovreness T., Skjeldestad F.E. Oral contraceptives and compliance among Norwegian adolescents. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2002, 7(1), 98.

Kim D.Y., Choi J.D. Change of sexual function after midurethral sling procedure for stress urinary incontinence. European urology supplements, 2008, 15(8), 716–719. doi: 10.1111/j.1442-2042.2008.02108.x

Kohlberg L. A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In: E.E. Maccoby (Ed.), The development of sex differences. Stanford, CA: Stanford University Press, 1966. pp. 82–173.

Marcia J. E. Identity in adolescence. In: J. Adelson (Ed.), Handbook of adolescent psychology. New York: Wiley, 1980. pp. 109–137.

Nickel J. C., Tripp D., Teal V., Probert K. J., Burks D., Foster H. E. Sexual function is a determinant of poor quality of life for women with treatment refractory interstitial cystitis. *Journal of urology*, 2007, 177(5), 1832–1836.

Nicolle L. Empirical treatment of acute cystitis in women. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 2003, 22(1), 1–6.

Peters K.M., Killinger K.A., Carrico D.J., Ibrahim I.A., Diokno A.C., Graziottin A. Sexual function and sexual distress in women with interstitial cystitis: a case-control study. *Urology*, 2007, 70(3), 543–547.

Rosen C., Brown J., Heiman S., Leiblum C., Meston R., Shabsigh D., Ferguson R., D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2000, 26(2), 191–208.

Salonia A., Pontillo M., Daverio R. Androgens profile throughout the menstrual cycle in healthy fertile women with normal sexual function: preliminary results. *Journal of Urology Supplements*, 2003, 169(4), 356.

Tasos A., Pappas I., Baltogiannis D., Giannakis D., Giannakopoulos X., Sofikitis N. Effects of urinary incontinence on female sexual function. *European Urology Supplements*, 2003, 2(1), 115. doi:10.1016/S1569-9056(03)80456-6

Поступила в редакцию 24 апреля 2014 г. Дата публикации: 22 октября 2014 г.

[Сведения об авторах](#)

Чебакова Юлия Владимировна. Кандидат психологических наук, доцент, кафедра психологии, Московский институт экономики, политики и права, Климентовский переулок, д. 1, стр. 1, 115184 Москва, Россия.

E-mail: lulek1994@inbox.ru

Дунаева Ксения Александровна. Аспирант, кафедра клинической психологии, психолого-социальный факультет, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, ул. Островитянова, д. 1, 117997 Москва, Россия.

E-mail: dunaevaksenia@bk.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Чебакова Ю.В., Дунаева К.А. Психологические особенности структуры сексуальности женщин с нарушениями мочеиспускания в контексте изменения гендерной роли. *Психологические исследования*, 2014, 7(37), 7.

<http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Чебакова Ю.В., Дунаева К.А. Психологические особенности структуры сексуальности женщин с нарушениями мочеиспускания в контексте изменения гендерной роли // *Психологические исследования*. 2014. Т. 7, № 37. С. 7. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2014v7n37/1041-chebakova37.html>

[К началу страницы >>](#)