

Чебакова Ю.В., Чусов А.В., Дунаева К.А. Структура и особенности гендерной идентичности больных нервной анорексией



English version: [Chebakova Yu.V., Chusov A.V., Dunaeva K.A. Structure and peculiarities of gender identity in patients with anorexia nervosa](#)

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

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Изучались структура и механизмы нарушения гендерной идентичности при пищевых аддикциях. Обследовано 18 больных нервной анорексией и 20 девушек без нарушений пищевого поведения с использованием полоролевого опросника С.Бем (авторская модификация) и проективных рисуночных методик. Показано, что гендерная идентичность является сложной системой, в структуре которой выделяются следующие компоненты: гендерный идеал, гендерный стереотип и внутренний гендер. Выявлено два механизма нарушения гендерной идентичности при нервной анорексии: у больных без дефицита веса – дисбаланс маскулинного гендерного идеала и фемининного гендерного стереотипа; у больных с дефицитом веса – недифференцированность внутрисемейных образов для гендерной идентификации.

Ключевые слова: анорексия, индекс массы тела, гендер, гендерная идентичность, гендерный стереотип, гендерный идеал, внутренний гендер

В настоящее время проблема нарушений пищевого поведения, в частности, широкого распространения нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ), является достаточно актуальной. Развитие пищевых аддикций имеет мультифакторный характер; ведутся активные исследования причин возникновения, особенностей течения и терапии данных нарушений. Существует множество направлений изучения развития нарушений пищевого поведения: физиологическое [Данилова, 1999], психиатрическое [Коркина и др., 1986, 1993], когнитивно-аффективное направление [Соколова, 1989; Дорожевец 1986], семантический и социологический подходы.

Нервная анорексия выражается в особом отношении к собственному телесному облику как представителя женского пола. Внешняя ориентировка на «эталонную», социально желательную внешность часто оборачивается потерей женского облика на стадии кахексии. Таким образом, мы предполагаем, что, возможно, одной из предпосылок нарушения пищевого поведения являются особенности гендерной идентичности (ГИ) у данных больных.

В литературе представлены различные данные об особенностях гендерной идентичности у больных нервной анорексией и нервной булимией. Barbara Kligenpor [Kligenpor, 1994] предполагает, что риск развития булимии определяется женской половой идентичностью. По данным Коркиной и соавторов [Коркина и др., 1986], матерям больных нервной анорексией присущ маскулинный

гендер, который, возможно, приобретают и их дочери в процессе идентификации с матерью. А.Н.Олейников [Олейников, 2002] в своем исследовании обсуждает наличие у больных нервной анорексией маскулинного поведения и телосложения на стадии кахексии.

Таким образом, мы считаем значимым рассмотрение (1) особенностей гендерной идентичности как возможного фактора в развитии нарушений пищевого поведения (в частности, нервной анорексии и нервной булимии), а также (2) механизмов влияния особенностей гендерной идентичности на развитие заболевания.

Важным для более глубокого и детального понимания проблемы является определение внутренней природы гендерной идентичности, ее структуры и внутреннего взаимодействия ее элементов между собой.

В настоящей работе структура гендерной идентичности представляется в виде системы, включающей три структурных компонента: гендерный стереотип, гендерный идеал 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. В норме ребенок идентифицирует себя с ранним объектом привязанности своего пола. Подобная идентификация служит основой для формирования гендерного идеала; это оптимальное в представлении индивида сочетание мужских и женских качеств, идеальная комбинация, с которой человеку субъективно было бы максимально комфортно находиться и функционировать в обществе.

Гендерный стереотип – это внутриспсихическая 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, являясь точкой пересечения гендерного идеала и гендерного стереотипа и согласуя их между собой, обеспечивает индивиду нормальный процесс жизнедеятельности как с психологической, так и с физиологической точки зрения.

Таким образом, исходя из анализа литературы и выдвинутой нами структуры гендерной идентичности, мы предполагаем, что у больных нервной анорексией в процессе формирования гендерного идеала происходит идентификация с маскулинной матерью, в результате чего он наполняется маскулинными характеристиками. В ходе формирования гендерного стереотипа иная, внесемейная модель, контрастируя с внутрисемейной идентификацией, будет наполняться преимущественно фемининными характеристиками, формируя тем самым фемининный (либо андрогинный, но с выраженной тенденцией к фемининности) гендерный стереотип.

Психологическим механизмом нарушения пищевого поведения больных нервной анорексией может выступать выраженное рассогласование между гендерным идеалом и гендерным стереотипом, когда внутренний гендер не может адекватно согласовать подобную поляризацию, вследствие чего возникает внутриличностный конфликт между собственными потребностями и социальной желательностью, вытесняемый в сферу пищевого поведения.

Также предполагается возможность нарушения внутренних репрезентаций гендерных подструктур, а именно наличие фемининного гендерного стереотипа, маскулинного гендерного идеала и андрогинного внутреннего гендера. Гендерный стереотип несет информацию, что девушке необходимо быть худой, привлекательной, стимулируя, таким образом, реализацию данной потребности через процесс похудения. Внутренний гендер не может адекватно соотнести полученный в ходе похудения результат с идеальными представлениями о женской красоте, то есть с гендерным идеалом. Неверная оценка результата похудения не несет в себе удовлетворения

потребности, и больные продолжают худеть.

Гипотезы исследования

Общие гипотезы

1. Гендерная идентичность является сложной системой, в структуре которой выделяются следующие компоненты: гендерный стереотип, гендерный идеал и внутренний гендер.
2. Внутренний гендер, формируясь в онтогенезе, выполняет функцию согласования гендерного идеала с гендерным стереотипом.
3. Психологическим механизмом нарушения пищевого поведения может выступать выраженное рассогласование между гендерным идеалом и гендерным стереотипом, когда внутренний гендер уже не может адекватно их согласовывать.

Частные гипотезы

1. Психологическим механизмом нарушения пищевого поведения больных нервной анорексией может выступать рассогласование маскулинного гендерного идеала и фемининного гендерного стереотипа, в результате которого внутренний гендер теряет свою контролирующую функцию.
2. Внутренний гендер выступает как гибкое, динамическое образование, которое может менять свои значения в ходе заболевания: на последних стадиях развития болезни (кахексия с развитием аменореи) преобладает маскулинная самопрезентация гендерных характеристик.

Материалы и методы

Испытуемые. Клиническую группу составили пациенты 1-го отделения московской психиатрической больницы N 14 с диагнозом «нервная анорексия» (см. табл. 1) – 18 женщин в возрасте от 17 до 25 лет с различными индексами массы тела (индекс массы тела – далее ИМТ). Высшее и неоконченное высшее образование имели 61% обследуемых; 39% – среднее и среднее специальное образование. 61% больных воспитывались в полных семьях; 28% воспитывались одним из родителей вследствие развода; 11% воспитывались в семьях с отчимом. У 67% больных есть брат или сестра. Впервые на стационарном лечении находились 56% больных. Физическое и психическое развитие в раннем детском и дошкольном возрасте соответствовало возрастным нормам у всех пациенток.

Мы посчитали возможным и необходимым выделить в клинической группе 2 подгруппы: первая подгруппа с дефицитом массы тела (ИМТ менее 18), вторая подгруппа без дефицита веса (ИМТ более 18).

Таблица 1

Основные клинические характеристики группы с диагнозом нервной анорексии

Средний возраст начала дисморфофобических переживаний, лет	14
Средняя длительность нарушения пищевого поведения, лет	4
Процент больных с сопутствующим диагнозом «нервная булимия»	72
Средний показатель индекса массы тела	17,5
Процент больных на стадии кахексии	22
Процент больных с дефицитом массы тела	61
Процент больных без дефицита массы тела	39

Группу сравнения составили 20 женщин без диагностированных нарушений пищевого поведения в возрасте от 18 до 27 лет. 40% имели высшее образование. 60% обследуемых имели неоконченное высшее образование.

Процедура. В соответствии с выделенными подструктурами гендерной идентичности для обследования пациентов были использованы: клиничко-психологическая беседа, модификация опросника С.Бэм, «Рисунок человека», «Рисунок мужчины и женщины».

С помощью клиничко-психологической беседы выяснялось актуальное психологическое состояние, краткий анамнез заболевания, субъективное объяснение его причин, наличие или отсутствие проблем с пищевым поведением у матери. Уделялось внимание отношениям внутри семьи и с противоположным полом. Также целью было налаживание доверительного контакта с обследуемыми.

Для исследования уровня самопрезентации гендерных характеристик использовалась модификация полоролевого опросника BSRI (Bem Sex-Role Inventory) С.Бем [Бем, 2004]. Оригинальный опросник предполагает оценку собственных маскулинных, фемининных и андрогинных качеств, что в представленной модели соответствует подструктуре внутреннего гендера. И.С.Клецкиной [Клецкина, 1998] были введены дополнительные шкалы «у большинства мужчин» и «у большинства женщин» для исследования особенностей гендерных стереотипов.

В используемой нами модификации вводится несколько дополнительных параметров: «у меня до болезни» («у меня в подростковом возрасте» в группе нормы) – 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 индекс IS «у меня до болезни» отличается от IS «у меня сейчас» более чем на 0,5 единицы, делается вывод об изменении репрезентации гендерных характеристик обследуемого в течение заболевания.

Полученные данные обрабатываются в соответствии с ключом. Если величина получившегося в результате подсчетов основного индекса IS заключена в пределах от -1 до $+1$, то делается заключение об андрогинности. Если индекс меньше -1 ($IS < -1$), то делается заключение о маскулинности, а если индекс больше $+1$ ($IS > 1$) – о фемининности. При этом в случае, когда $IS < -2,025$, говорят о ярко выраженной маскулинности, а если $IS > +2,025$ – о ярко выраженной фемининности.

Для исследования внутрисемейной гендерной картины (идентификация с родительскими фигурами) нами была разработана следующая процедура:

- 1) подсчитывается количество общих качеств для шкал «у меня сейчас» и «у моей матери» – для определения количества идентификаций с матерью; также подсчитывается, сколько маскулинных и фемининных качеств приписывается фигуре матери;
- 2) подсчитывается количество общих качеств для шкал «у меня сейчас» и «у моего отца» – для подсчета количества идентификаций с отцом; также подсчитывается, сколько маскулинных и фемининных качеств приписывается отцовской фигуре;
- 3) оценивается количество внесемейных идентификаций – подсчитываются качества, которые были выбраны по шкале «у меня сейчас», но отсутствуют в шкалах «у моей матери» и «у моего отца»;
- 3) сравниваются результаты: если количество идентификаций одного родителя над другим или вне семьи превышает на один квартиль (25%), то считается, что обследуемый идентифицирует себя с родителем, с которым больше совпадений; в иных случаях диагностируется смешанная идентификация.

Неосознаваемый компонент гендерной идентичности исследовался при помощи проективных рисуночных методик «Рисунок человека» и «Рисунок мужчины и женщины».

Методика «Рисунок человека» [Маховер, 2006] позволяет получить первичное представление о гендерной идентичности обследуемых (человек какого пола нарисован первым); также отмечается наполненность рисунка специфическими гендерными отличиями (наличие дополнительных внешних атрибутов, детерминирующих или подтверждающих принадлежность нарисованного человека к тому или иному полу, например украшения, платья и т.д. на рисунке женщины; соответствует ли описание характера и личности нарисованного персонажа представлениям о мужественности и женственности).

Методика «Рисунок мужчины и женщины» является модификацией методики «Рисунок человека», предложенной Н.М.Романовой [Романова, 1999]. Обследуемый получает чистый лист формата А4 и инструкцию «Нарисуйте мужчину и женщину»; вопросы остаются без уточнений. Методика позволяет выявить гендерные установки и аттитюды личности, суть отношений и взаимодействия полов в восприятии тестируемого; отражает инструментальный взгляд на гендер и эмоциональные аспекты гендерных отношений, раскрывает систему эмоциональных отношений и доминирующую гендерную позицию к собственному и противоположному полу, позволяет диагностировать аффективно насыщенные комплексы в этой системе.

Методы анализа данных. Использовались критерий U-Манна–Уитни для порядковых шкал; коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Обработка производилась с помощью статистического пакета Statistika 7.0.

Результаты

Уровень самопрезентации гендерных характеристик

В ходе анализа данных значимых различий в показателях клинической группы и группы нормы обнаружено не было ($p > 0,05$). Большинство показателей находятся в диапазоне от -1 до $+1$, что свидетельствует о разной степени выраженности андрогинности. Только гендерная идентичность большинства мужчин (мужской гендерный стереотип) в представлении клинической группы имеет средний показатель менее -1 , что характеризуется выраженной маскулинностью. Также можно выявить некоторые тенденции в различиях репрезентаций женского гендерного идеала и образа матери между исследуемыми группами. По этим двум критериям показатели группы нормы характеризуются большей выраженностью фемининных качеств, чем в клинической группе. Сравнительные данные по результатам обследования приведены на рис. 1, рис. 2.

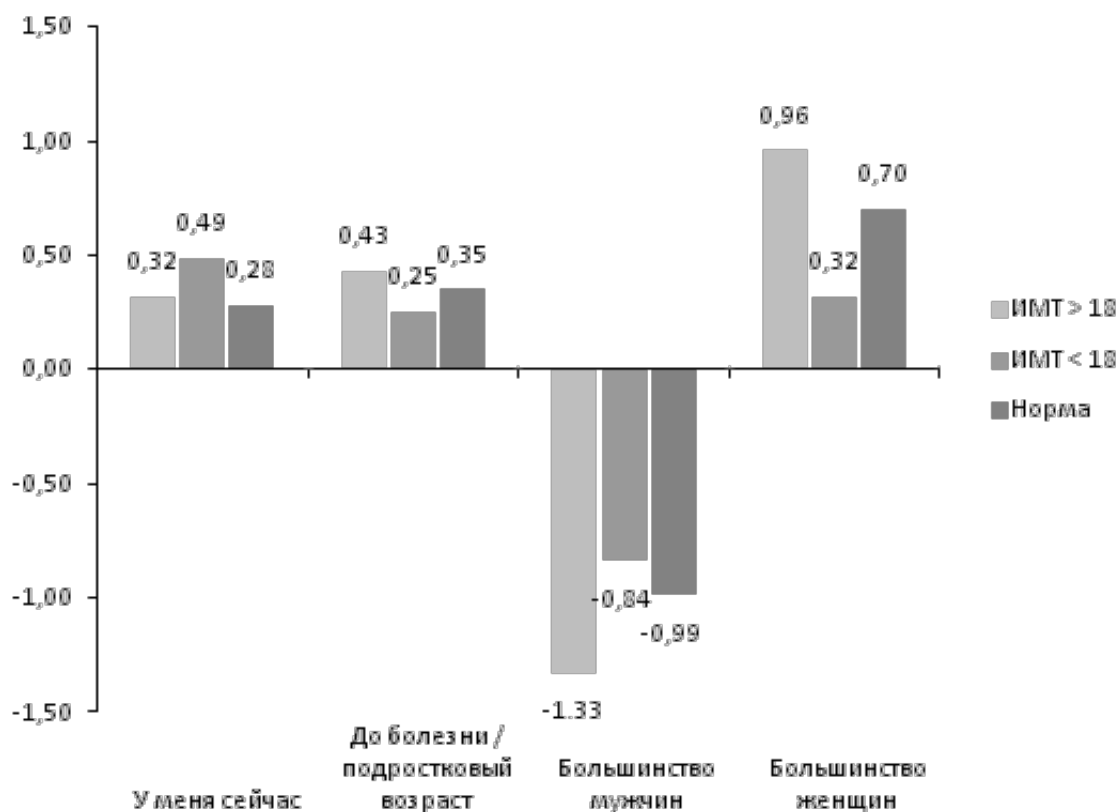


Рис. 1. Средние показатели по опроснику С.Бэм клинических подгрупп испытуемых с различными индексами массы тела (ИМТ) в сравнении с группой нормы.

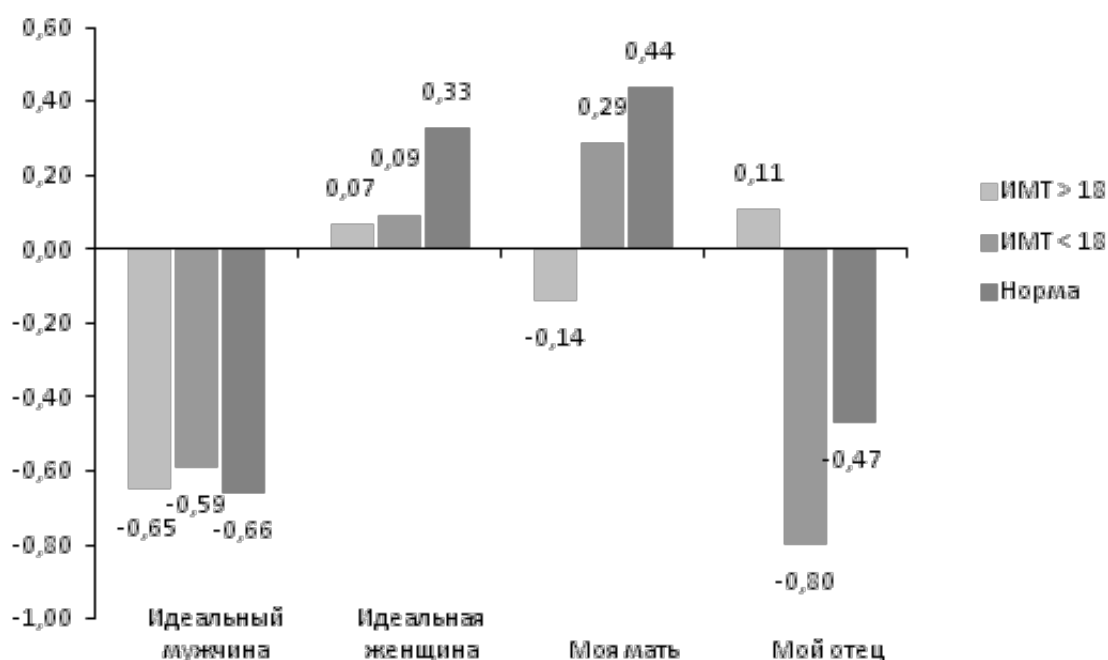


Рис. 2. Средние показатели по опроснику С.Бэм клинических подгрупп испытуемых с различными индексами массы тела (ИМТ) в сравнении с группой нормы.

Гендерная динамика

Явных различий в репрезентации собственных гендерных характеристик на данный момент и до болезни между двумя клиническими подгруппами не наблюдается. Однако в подгруппе с ИМТ > 18 с появлением болезни гендерные характеристики стали менее фемининными, чем до болезни, в то

время как в подгруппе с ИМТ < 18 болезнь служит способом обретения феминности. В группе нормы показатели на данный момент более насыщены маскулинными характеристиками, чем в подростковом возрасте, что в целом соответствует нашей гипотезе о том, что в процессе вхождения в социум индивид расширяет свой набор идентификаций и качеств, пополняя его более адаптивными для пребывания в социуме (то есть больше маскулинных характеристик).

Гендерный стереотип

Представления о мужских и женских гендерных стереотипах между двумя клиническими подгруппами различны: так, больные ИМТ > 18 имеют мужской гендерный стереотип, характеризующийся большей степенью выраженности маскулинных качеств ($IS = -1,33$, что свидетельствует о выраженной маскулинности), чем у подгруппы с ИМТ < 18 ($IS = -0,84$ и находится в диапазоне андрогинности).

Были получены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между двумя клиническими подгруппами по значениям женского гендерного стереотипа. Женский гендерный стереотип в подгруппе ИМТ > 18 наделяется большим количеством женских качеств, нежели в подгруппе ИМТ < 18 и в группе нормы. У больных с ИМТ > 18 показатель IS по данному показателю равен $0,96$, что свидетельствует о ярко выраженной тенденции к феминному полюсу, в то время как у подгруппы с ИМТ < 18 показатели по данному критерию характеризуются выраженной андрогинностью, лишь с небольшим преобладанием феминных характеристик. Показатели группы нормы также характеризуются тенденцией к феминности ($IS = 0,7$) и занимают среднее положение между результатами двух клинических подгрупп.

Таким образом, мы можем сделать вывод об адекватных представлениях о женских гендерных характеристиках как в клинической группе, так и в группе нормы, однако в клинической подгруппе с ИМТ > 18 наблюдается недостаточная идентификация с этими качествами (статистически значимый по сравнению с другими группами ($p < 0,01$) разрыв между шкалой «у меня сейчас» и «у большинства женщин»).

Гендерный идеал

Образ идеальной женщины в двух клинических подгруппах наделяется практически равным количеством маскулинных и феминных качеств, что свидетельствует о выраженной андрогинности женского гендерного идеала в клинической группе. Показатели группы нормы также находятся в рамках значений андрогинности, однако в сравнении с клинической группой наделяются большим количеством женских черт.

Такой уровень андрогинности гендерного идеала, с практически равным количеством маскулинных и феминных черт, в клинической группе может свидетельствовать об определенной степени недифференцированности гендерного идеала, диффузности его образа.

Внутрисемейная гендерная картина (идентификация с родительскими фигурами)

Внутрисемейная гендерная картина (ВГК) – это особенности гендерной идентичности членов семьи. В нашем случае это представление больных, их субъективная оценка родителей как обладателей тех или иных гендерных качеств. Мы считаем важным рассмотрение ВГК, так как она может влиять на формирование и наполнение собственной гендерной идентичности индивида в ходе становления и развития.

При описании внутрисемейной гендерной картины мы используем шкалы «у моей матери» и «у моего отца», введенные в BSRI.

Сравнение результатов в группе нормы и в клинических подгруппах с дефицитом и без дефицита массы тела приведены в табл. 2.

Таблица 2

Внутрисемейная гендерная картина в клинических подгруппах и нормативной выборке

Подгруппы	ИМТ > 18	ИМТ < 18
Норма		
<i>Образ матери</i>		
Тенденция к фемининному полюсу (IS = 0,44) в рамках общей андрогинии	Незначительное преобладание маскулинных черт над фемининными (IS = -0,14) в рамках андрогинии	Преобладание фемининных черт над маскулинными (IS = 0,29) в рамках андрогинии
<i>Образ отца</i>		
Преобладание маскулинных черт и стремление к маскулинному полюсу (IS = -0,47) в рамках андрогинии	Выраженная андрогинность с преобладанием фемининных характеристик (IS > 0)	Выраженная тенденция к маскулинному полюсу (IS = -0,8)

Примечания. ИМТ – индекс массы тела.

Таким образом, нужно отметить феномен инвертированности показателей маскулинности-фемининности у матери и отца в клинических подгруппах – у подгруппы с ИМ < 18 репрезентации маскулинного отца и более фемининной матери, а в подгруппе с ИМТ > 18 наоборот – маскулинной матери и более фемининного отца.

Результаты исследования идентификаций с родительскими фигурами в клинической группе и группе нормы представлены в табл. 3.

Таблица 3

Особенности внутрисемейной гендерной картины и внесемейных характеристик в клинической группе

Доля выборки, %	Идентификация	Внесемейные характеристики	Комментарий
<i>Клиническая группа</i>			
42	Маскулинная мать	Преимущественно фемининный и нейтральный характер	Могут служить компенсацией идентификации с «мужественной» матерью
25	Отец-мать	Преимущественно нейтральный характер	В двух третях данных случаев образы отца и матери имеют недифференцированный андрогинный характер, обе родительские фигуры являются носителями и фемининных, и маскулинных качеств, в связи с этим и возможна идентификация с обоими родителями
17	Фемининная мать	В равной степени маскулинный, фемининный и нейтральный характер	Высокая вариабельность внесемейных идентификаций может быть связана с недостатком адаптивных качеств, необходимых в повседневной жизни у выраженной фемининной матери
8	Андрогинная	В большинстве имеют	Может объясняться достаточной

	мать	нейтральный характер	представленностью в образе матери как маскулинных, так и фемининных черт
8	Андрогинный отец с небольшим преобладанием маскулинных качеств		
<i>Группа нормы</i>			
28,5	Фемининная мать	В большей степени имеют маскулинный и нейтральный характер	Может быть связано с «получением» вне семьи дополнительных адаптивных качеств
21,5	Маскулинная мать	Преимущественно фемининного плана	Является компенсацией женских качеств, отсутствующих у матери, с которой происходит идентификация
21,5	Андрогинная мать	Внесемейные идентификации имеют примерно равные значения, однако с небольшим преобладанием фемининных внесемейных идентификаций	Может быть связано с «получением» вне семьи дополнительных адаптивных качеств
21,5	Отец-мать	Внесемейные идентификации немногочисленны, имеют смешанный и нейтральный характер	Внутри семьи получено достаточно качеств фемининного и маскулинного спектра, поэтому внесемейные характеристики не столь востребованы
7	Маскулинный отец	В основном фемининный и нейтральный характер	Служат компенсацией переизбытка маскулинных идентификаций

Также мы считаем целесообразным рассмотреть особенности идентификаций больных в двух клинических подгруппах с ИМТ > 18 и ИМТ < 18, которые представлены в табл. 4.

Таблица 4

Особенности внутрисемейной гендерной картины и внесемейных характеристик в клинических подгруппах

Идентификация	Клиническая подгруппа		ИМТ < 18	Комментарий
	ИМТ* > 18	ИМТ < 18		
	Доля выборки, %	Доля выборки, %		
Маскулинная мать	40	Внесемейные идентификации преимущественно фемининного характера	14	Фигура отца наполнена фемининными чертами; внесемейные идентификации имеют нейтральный и фемининный характер
Андрогинная мать	20	Фемининный характер внесемейных	43	Высокий уровень внесемейных идентификаций (особенно

		идентификаций		фемининных), что свидетельствует о недостаточном количестве адаптивных внутрисемейных черт
Отец-мать	20	Образ отца имеет выраженный фемининный характер, а матери – маскулинный	14	Нейтральный характер внесемейных идентификаций
Маскулинный отец	20	Внесемейные идентификации выражены слабо и имеют в равной степени нейтральное и фемининное наполнение		
Фемининная мать			29	Внесемейные идентификации имеют в равной степени и фемининный, и маскулинный характер

Примечания. ИМТ – индекс массы тела.

Стоит отдельно отметить, что в клинической подгруппе без дефицита веса полностью отсутствуют идентификации с фемининной матерью, а также присутствует феномен инверсии маскулинных-фемининных репрезентаций во внутрисемейной системе.

Неосознаваемый компонент гендерной идентичности

Результаты методики «Рисунок человека» по выделяемым нами параметрам представлены в табл. 5.

Таблица 5

Результаты по методике «Рисунок человека» в клинической и нормативной группах, %

Показатели методики «Рисунок человека»	Пол	Группы	
		Клиническая	Норма
Первый нарисованный	М	28	33
	Ж	72	67
Соответствует ли прорисовка фигуры заданному полу	М	72	83
	Ж	44	55
Соответствуют ли характер и пол	М	50	50
	Ж	67	67
Внешние дополнительные атрибуты	М	17	61
	Ж	61	83
Нравится ли рисунок	М	61	83
	Ж	72	66

Примечания. М – мужчины; Ж – женщины.

Качество прорисовки женской фигуры (внимание уделялось изображению формы тела, соответствию прорисовки фигуры и пола) в группе нормы выше, чем в клинической. Так, в клинической группе изображенная женщина чаще имела мужской тип фигуры (широкие плечи, узкие бедра, отсутствие талии и т.д.). В клинической группе в рисунке женщины недостаток

женственности на телесном уровне часто достраивался добавлением дополнительных элементов, определяющих женственность (сумочки, прически, украшения, одежда и т.д.). Подобное их употребление имеет скорее компенсаторный характер, для социальной идентификации с женским полом.

Рисунок мужчины в клинической группе носит в основном формальный характер – больные рисуют силуэт с минимальной детализацией как на телесном уровне (50% испытуемых выдерживают соответствие силуэта стандартам мужской фигуры), так и на уровне социальных презентаций (17% используют в рисунке мужчины дополнительные элементы), что может свидетельствовать о несформированности образа человека противоположного пола, а также косвенно о диффузности собственно гендерной идентичности.

Во второй клинической подгруппе (у больных с дефицитом массы тела) рисунок человека носил недифференцированный характер – изображался «механический» человек (и своего, и противоположного пола), отсутствовали какие-либо половые признаки, не было дополнительных элементов рисунка, указывающих на принадлежность к тому или иному полу. Данный факт может свидетельствовать о несформированности, диффузном характере гендерной идентичности у данной группы испытуемых.

В клинической группе больные позитивно относятся больше к персонажу женского пола, считая его образцом для подражания. В группе нормы обследуемым чаще нравится рисунок мужчины; они описывают его как мужчину, с которым бы хотели строить отношения в реальной жизни.

При анализе рисунков по методике «Рисунок мужчины и женщины» особое внимание уделялось тому, какие гендерные установки и аттитюды обследуемые выбирают. Результаты по обеим группам представлены в табл. 6.

Таблица 6

Гендерные установки в клинической и нормативной группах: результаты по методике «Рисунок мужчины и женщины» (доля выборки, %)

Клиническая группа		Группа нормы	
Установка	%	Установка	%
Опора	32	Притяжение	30
Независимость	26	Опора	25
Индифферентность	21	Независимость	25
Притяжение	11	Изоляция	15
Сотрудничество	5	Сотрудничество	5
Изоляция	5	Индифферентность	0
Агрессия	0	Агрессия	0

Анализируя три ведущие установки в обеих группах, следует обратить внимание как на их сходство, так и на ключевое различие – при совпадении установок «Опора» и «Независимость» в клинической группе ведущей является установка «Индифферентность» (в группе нормы ее никто не использовал), в то время как в группе нормы – «Притяжение» (которую при этом выбирают чаще всего).

Таким образом, в группе нормы выявляется заинтересованность в контактах с противоположным полом, сексуальная мотивация (установка «Притяжение») в сочетании с эмоциональным принятием противоположного пола, позитивным представлением о взаимоотношениях полов, установкой на дружеские отношения, важностью эмоционального, а не только физического компонента отношений (установка «Опора»). При этом выраженность установки «Независимость»

свидетельствует о том, что возможные трудности в отношениях (является индикатором отсутствия четкой эмоциональной выраженности, эмоциональной сдержанности, пассивности, возможных проблемах с реализацией своей заинтересованности) не вытесняются из сознания.

В клинической же группе ведущий фокус приходится на партнерско-дружеские отношения (по рассказам можно судить о формальности этих отношений) с большей значимостью эмоциональной, а не физической близости; физический аспект отношений является малозначимым (в 11 случаях наблюдается установка «Притяжение»). На третьем месте в клинической группе находится установка «Индифферентность», наблюдаемая в 21 случае. Мы можем это интерпретировать как показатель несформированности гендерной идентичности.

Преобладание установок «Опора», «Независимость» и «Индифферентность» может свидетельствовать о неразвитости, инфантильности гендерных отношений, где акцент ставится на приятельские, а не на глубокие личностные отношения.

Обсуждение

Как в группе нормы, так и в группе патологии не было выявлено значимых корреляций между оценками гендерного идеала (шкалы «у идеальной женщины» и «у идеального мужчины»), гендерного стереотипа (шкалы «у большинства женщин» и «у большинства мужчин») и внутреннего гендера (шкала «у меня сейчас»). Это свидетельствует о правомерности рассмотрения данных параметров как отдельных структурных компонентов гендерной идентичности и подтверждает первую общую гипотезу исследования.

В клинической группе по опроснику С.Бэм было выявлено, что большинство больных идентифицируют себя с матерью, имеющей превышение маскулинных характеристик над фемининными. Полученные результаты согласуются с данными Коркиной и коллег [Коркина и др., 1986], что матерям больных нервной анорексией свойственен маскулинный гендер. В свою очередь, это ведет к маскулинизации гендерного идеала – действительно, в клинической группе показатель шкалы «у идеальной женщины», операционализирующей гендерный идеал, смещен к маскулинному полюсу; в группе нормы показатели оказались более наполненными фемининными характеристиками.

Большое число идентификаций в клинической группе с маскулинной матерью было выявлено в подгруппе без дефицита массы тела, в то время как в подгруппе с дефицитом веса больные преимущественно идентифицировали себя с матерью, имеющей примерно равное количество маскулинных и фемининных черт. Внесемейные идентификации носят в клинической группе компенсаторный характер для расширения адаптивного диапазона личностных черт.

Адекватные представления о гендерном стереотипе сформированы как в нормативной выборке, так и в клинической группе. В клинических подгруппах выявлено статистически значимое различие в репрезентации гендерного стереотипа ($p < 0,05$); у больных без дефицита веса сильно выражена тенденция к фемининному полюсу, а у подгруппы с дефицитом веса он находится в среднем диапазоне андрогинности, лишь с невысоким преобладанием фемининных характеристик.

Данный факт стоит соотнести со спецификой идентификаций: при идентификации с маскулинной матерью (подгруппа с ИМТ > 18) иная, внесемейная, будет по контрасту принимать обратные значения, то есть феминизироваться, любое проявление фемининности имеет подчеркнуто важное значение для рассматриваемой подгруппы. У больных с ИМТ < 18 в основном отмечалась идентификация с андрогинной и фемининной матерью, соответственно гендерный идеал характеризуется андрогинией с невысоким преобладанием фемининных характеристик.

В клинической подгруппе без дефицита веса было выделено значимое различие ($p < 0,01$) в уровне репрезентаций гендерного идеала и гендерного стереотипа. Данный результат подтверждает нашу гипотезу, что психологическим механизмом формирования нарушений пищевого поведения может выступать рассогласование в репрезентациях гендерного стереотипа и гендерного идеала.

Средние значения по внутреннему гендеру в обеих группах оказались в рамках андрогинии, что согласно С.Бем является наиболее адаптивной моделью. Больные данной группы абсолютизируют социально-желательное поведение, демонстрируют себя в таком ключе, часто искажая реальные данные о себе, следовательно, данные по шкале «у меня сейчас» могут не нести адекватного представления о характере внутреннего гендера, однако, учитывая шкалу «до болезни», возможно проследить динамику в ходе заболевания.

В клинической подгруппе с ИМТ > 18 уменьшилось число фемининных репрезентаций, что обуславливается стремлением к гендерному идеалу, в котором количество фемининных и маскулинных характеристик практически равно. Также влияет преимущественная идентификация в данной подгруппе с маскулинной матерью – таким образом, болезнь для данной подгруппы можно рассматривать как путь обретения большей женственности, но не путем интериоризации качеств гендерного стереотипа, а через стремление к гендерному идеалу.

В подгруппе с ИМТ < 18 по данным опросника в ходе заболевания увеличилось число фемининных характеристик – средний показатель превышает значение гендерного стереотипа, гендерного идеала и среднее значение по шкале «у моей матери». Такое завышенное значение относительно других сравнительных шкал может также свидетельствовать о повышенной социальной желательности.

Данные, полученные для клинической подгруппы с дефицитом веса, подтверждают наше предположение о недифференцированности образов матери и отца у данных больных, вследствие чего не формируется внутренних четких представлений об образе мужественности и женственности. Основываясь на этом, мы можем заключить, что особое значение принимает фактор социальной желательности.

По данным методики «Рисунок мужчины и женщины» в клинической группе выражена направленность на партнерско-дружеские отношения в сочетании с установкой на независимость, а не на развитие более глубоких, интимно-личностных отношений (низкий процент встречаемости установки «Притяжение»).

Также стоит уделить внимание высокой частоте встречаемости в клинической подгруппе с ИМТ < 18 установки «Индифферентность», которая свидетельствует о несформированности гендерной идентичности – в нашем случае это скорее показатель выраженного конфликта между гендерным стереотипом и гендерным идеалом; у больных нет четко выраженной адекватной гендерной специфичности, внутренний гендер имеет диффузный характер. Это соотносится с данными о том, что больные с ИМТ < 18 идентифицируют себя с андрогинной матерью, у которой фемининные и маскулинные черты одинаково представлены.

Таким образом, больные с дефицитом веса, не имея интегрированных четких образов женственности, в своем поведении и общении демонстрируют повышенный уровень социально-желательных ответов, суждений и сознательных репрезентаций.

Итак, в ходе анализа результатов нами было выделено два уровня репрезентаций:

- сознательный – характеризуется сознательной репрезентацией себя в ключе социальной желательности: больные демонстрируют социально-одобряемое поведение, характеризуют себя в фемининном ключе;
- неосознаваемый – характеризуется подсознательной идентификацией с детской (инфантильной) мужской ролью, маскулинизацией гендерного идеала, отсутствием тенденции к развитию близких, интимно-личностных отношений с противоположным полом.

Механизм формирования ГИ у больных без дефицита веса выглядит следующим образом: больные идентифицируются с маскулинной матерью, следовательно, происходит маскулинизация гендерного идеала. Гендерный стереотип наполняется фемининными характеристиками по контрасту с внутрисемейными, абсолютизируются внешние проявления женственности. Внутренний гендер, получив в ходе развития адекватные образы фемининности и маскулинности, имеет андрогинный тип и в связи с поляризованными стереотипом и идеалом не справляется с их интеграцией.

Внешне стремясь к социально-желательной женственности, больные бессознательно приближаются к маскулинному полюсу (уменьшение фемининных репрезентаций в ходе болезни), с которым у них ассоциируется образ матери. Болезнь в данном случае выступает в качестве получения большей женственности, но не путем принятия фемининных репрезентаций из гендерного стереотипа, а через стремление к гендерному идеалу, то есть к маскулинному образу матери.

У больных с дефицитом массы тела выявлен иной механизм формирования гендерной идентичности. В детском возрасте у них происходит идентификация преимущественно с андрогинной матерью, в ходе чего приобретает андрогинный гендерный идеал, хаотично наполненный фемининными и маскулинными характеристиками. В ходе дальнейшего развития также формируется андрогинный гендерный стереотип с невысоким преобладанием фемининных.

При андрогинности гендерного стереотипа и еще более выраженной андрогинности гендерного идеала внутренний гендер, не получая в процессе развития выраженных репрезентаций фемининного и маскулинного полюсов, оказывается недифференцированным, хаотично наполненным теми или иными характеристиками, в связи с чем выраженное значение приобретает фактор социальной желательности. Не имея внутри четких представлений о собственной женственности и мужественности, больные преподносят себя в контексте социальной желательности, однако этот образ часто обретает утрированный характер, совмещая в себе часто совершенно разные качества.

Таким образом, болезнь в данном случае, так же как и в другой клинической подгруппе, – это путь обретения женственности, но имеет другой механизм и несет иную смысловую нагрузку. Не обладая адекватным, интериоризированным образом собственной женственности, больные через социально-нормативную деятельность похудания пытаются обрести ее на телесном уровне.

Выводы

1. Гендерная идентичность является сложной системой, в структуре которой выделяются следующие компоненты: гендерный стереотип, гендерный идеал и внутренний гендер. Внутренний гендер, формируясь в онтогенезе, выполняет функцию согласования гендерного идеала с гендерным стереотипом.
2. В группе нормы все подструктуры гендерной идентичности находятся в пределах андрогинии. Имеются адекватно сформированные внутриспсихические представления о мужественности и женственности.
3. В клинической группе выявлено преобладание репрезентации себя с учетом социальной желательности в сочетании с внутренней маскулинизацией гендерного идеала и бессознательной идентификацией с мужской ролью.
4. В клинической группе гендерные отношения характеризуются неразвитостью, инфантильностью, акцент ставится на партнерско-дружеские, а не на глубокие интимно-личностные отношения.

5. Психологическим механизмом нарушения пищевого поведения в клинической подгруппе без дефицита веса выступает рассогласование между гендерным идеалом и гендерным стереотипом, когда внутренний гендер не может адекватно их согласовывать.
6. В клинической подгруппе без дефицита веса обретение большей женственности достигается через стремление к гендерному идеалу, сформированному на основе идентификации с маскулинной матерью, а также присутствует инвертирование маскулинных-фемининных репрезентаций во внутрисемейной системе.
7. В клинической подгруппе с дефицитом веса гендерные подструктуры имеют недифференцированный, хаотично наполненный, андрогинный характер, отражая идентификации с внутренне противоречивыми полоролевыми образами родителей.
8. В клинической подгруппе с дефицитом веса недифференцированность гендерной идентичности компенсируется ориентировкой на гендерный стереотип с преобладанием социально-желательного поведения.

Литература

- Бем С. [Bem S.] Линзы гендера. Трансформация взглядов на проблему неравенства полов М.: РОССПЭН, 2004.
- Данилова Н.Н. Психофизиология. М.: Аспект-пресс, 1999.
- Дорожевец А.Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией: дисс. ... канд. психол. наук. Московский государственный университет, Москва, 1986.
- Клецина И.С. Гендерная социализация. СПб.: РГПУ им.А.И.Герцена, 1998.
- Коркина М.В., Цивилько М.А., Карева М.А., Брюхин А.Е. Этапы реабилитации больных нервной анорексией. Социальная и клиническая психиатрия, 1993, No. 1, 84–96.
- Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986.
- Маховер К.[Machover K.] Проективный рисунок человека. М.: Смысл, 2006.
- Олейников А.Н. Место сексуальных расстройств в клинической картине нервной анорексии. В кн.: Сексуальная культура и сексуальное здоровье нации: материалы науч.-практ. конф., Москва, 12 мая 2002 г. С. 59–61.
- Романова Н.М. Сексуальное насилие: гендерные установки и аттитюды преступников и жертв. В кн.: Женщина. Гендер. Культура. М.: Моск. центр гендер. исслед., 1999. С. 131–141.
- Соколова Е.Т. Самосознание при аномалиях личности. М.: Моск. гос. университет, 1989.
- Kligenspor B. Gender identity and bulimic eating behavior. Sex Roles: A Journal of Research, 1994, 31(7–8), 407–431.

Поступила в редакцию 29 июня 2012 г. Дата публикации: 24 октября 2012 г.

Сведения об авторах

Чебакова Юлия Владимировна. Кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, психолого-социальный факультет, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, ул. Островитянова, д. 1, 117997 Москва, Россия.
E-mail: lulek1994@inbox.ru

Чусов Александр Владимирович. Медицинский психолог, Психоневрологический диспансер N 18, Пролетарский проспект, д. 4, 115522 Москва, Россия.
E-mail: freudwasnice@gmail.com

Дунаева Ксения Александровна. Аспирант кафедры 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., Чусов А.В., Дунаева К.А. Структура и особенности гендерной идентичности больных нервной анорексией. Психологические исследования, 2012, 5(25), 6. <http://psystudy.ru>

ГОСТ 2008

Чебакова Ю.В., Чусов А.В., Дунаева К.А. Структура и особенности гендерной идентичности больных нервной анорексией // Психологические исследования. 2012. Т. 5, № 25. С. 6. 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.]

[К началу страницы >>](#)