

ДИАГНОСТИКА КРОССПОЛОВЫХ АКЦЕНТУАЦИЙ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ, С РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕТРАНССЕКСУАЛЬНОГО ТИПА

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

В региональных контингентах 30 здоровых и 133 зависимых от алкоголя женщин установлены частоты встречаемости лиц с нормативным (фемининным) и нарушенным (ненормативным по медицинскому критерию) стереотипом полоролевого поведения. У 66,17% женщин с алкогольной зависимостью определены расстройства полоролевого поведения нетранссексуального типа, которые проявлялись двумя вариантами: непатологическим и патологическим. По Б. Е. Алексееву максимальные значения индекса кроссполового поведения, равные 1, были у аддиктов с патологически трансформированным стереотипом полоролевого поведения, а равные 0 — у аддиктов с непатологическим гиперролевым стереотипом. Индекс кроссполового поведения, равный 1, отражает максимально выраженную кроссполовую акцентуацию полоролевого поведения, а равный 0 — ее отсутствие.

Ключевые слова: расстройства полоролевого поведения нетранссексуального типа, кроссполовые акцентуации полоролевого поведения, женщины, зависимость от алкоголя, методика Б. Е. Алексеева.

В последнее время отмечается большой интерес исследователей к изучению влияния факторов пола и половой роли на процесс формирования и течение женского алкоголизма [1–6]. В работах [1–3] содержатся указания на связь полоролевого типа личности женщин с особенностями протекания алкогольной зависимости. В исследовании К. В. Рябухина [4] установлена зависимость нарушений полоролевого поведения у женщин, страдающих алкоголизмом, от типа акцентуации характера. В частности, было показано, что вариативность проявляется либо внутренним конфликтом, вызванным несогласованностью тенденций поведения на биогенном и социогенном уровнях, либо во взаимном их усилении. Результаты исследования Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс [5] свидетельствуют о том, что разрушение четких ролевых функций полов и изменение роли женщины в постсовременном обществе прямо связаны с возникновением аттачмента (фиксации) к аддиктивным агентам у женщин.

Несмотря на постоянное уточнение роли факторов пола в генезе, патоморфозе и исходах алкогольной аддикции у женщин, на текущий момент отсутствует единый взгляд на роль индивидуально-психосексуального онтогенеза в формировании зависимости. Остается недостаточно изученным вопрос структуры половой идентичности и ее взаимосвязи с другими подструктурами индивидуальности у женщин с алкогольной зависимостью. Ныне отсутствуют данные о распространенности

и вариантах нарушения полоролевого поведения в региональных контингентах женщин, зависимых от алкоголя. Это определило актуальность проведения настоящего исследования, методической основой которого была концепция уровневой организации полоролевого поведения, предложенная Б. Е. Алексеевым [7].

Цель работы — изучение особенностей психосексуальной сферы у женщин, зависимых от алкоголя.

На этапе формирования групп сравнения было проведено комплексное обследование 133 пациенток с зависимостью от алкоголя, находившихся на лечении в Областной клинической психиатрической больнице № 3 и Харьковской областной клинической наркологической больнице в 2012–2014 гг., а также 30 здоровых женщин — жительниц Харькова и Харьковской области (группа контроля).

Основанием для выделения клинических групп и подгрупп сравнения являлись критерии Г. С. Васильченко, В. М. Маслова, И. Л. Ботневой [8]: 1) наличие — отсутствие нормативного (фемининного) стереотипа полоролевого поведения, 2) тип ненормативного (по медицинскому критерию) стереотипа полоролевого поведения; 3) патологичность — непатологичность ненормативного (по медицинскому критерию) стереотипа полоролевого поведения.

Пациентки были распределены таким образом: в первую группу вошли 88 (66,17%) женщин с зависимостью от алкоголя и расстройствами

полоролевого поведения, вторую группу составили 45 (33,83 %) женщин, зависимых от алкоголя, без расстройств полоролевого поведения.

В первой клинической группе были выделены четыре подгруппы: 1-ю составили 38 (28,57 %) женщин с непатологической трансформацией полоролевого поведения; 2-ю — 12 (9,02 %) женщин с патологической трансформацией полоролевого поведения; 3-ю — 29 (21,80 %) женщин с непатологическим гиперролевым (гиперфеминным) поведением; 4-ю — 9 (6,77 %) женщин с патологическим гиперролевым поведением (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных по группам и подгруппам сравнения

Группы	n	%
Первая:	88	66,17 ¹
1-я подгруппа	38	28,57
2-я подгруппа	12	9,02
3-я подгруппа	29	21,80
4-я подгруппа	9	6,77
Вторая	45	33,83 ²
Контрольная	30	100,00

Примечание. Достоверность межгрупповых различий $^{1-2}p < 0,05$. То же в табл. 4.

Нозологическая диагностика расстройств половой роли и связанных с ними аномалий сексуальных предпочтений проводилась соответственно рубрикам F64, F65 МКБ-10 [9].

Все установленные расстройства полоролевого поведения у женщин первой клинической группы относились к нетранссексуальному типу (по критерию соответствия полового самосознания женскому морфологическому (соматическому) и гражданскому полу [8], половая аутоидентификация всех обследованных характеризовалась как правильная). Согласно указаниям составителей МКБ-10, нетранссексуальные гиперролевое поведение и полоролевая трансформация были отнесены к диагностической категории F64.9 «Расстройство половой идентификации, неуточненное» рубрики F64 («Расстройство половой идентификации»). В длиннике диагноза после шифра F64.9 в скобках указывались вид нетранссексуального расстройства половой роли: полоролевая трансформация или гиперролевое поведение. У части пациенток с трансформированным (13,64 %) и гиперролевым (10,23 %) поведением были установлены аномалии сексуального влечения по активности, соответствующие критериям рубрики F65 категории F65.5 (садомазохизм). В этих случаях в зависимости от характера преобладающего подтипа указанного расстройства сексуального предпочтения в длиннике

диагноза после шифра F65.5 в скобках указывались форма парафилии: садизм или мазохизм, это связано с тем, что не указаны отдельные шифры для подкатегорий F64.9 и F65.5. Диагностические принципы МКБ-10 подразумевают не только возможность, но и необходимость в соответствующих случаях полидиагностики, т. е. использования нескольких диагностических рубрик для кодирования одного случая. Во-первых, возможно раздельное кодирование длинника болезни и настоящего состояния, во-вторых, это позволяет учитывать коморбидность расстройств половой идентификации и полового предпочтения.

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

Наличие синдрома зависимости от алкоголя и ассоциированных с ним нарушений в психосексуальной сфере, достигших степени клинического факта, устанавливалось (совместно с психиатром) на основании унифицированных критериев МКБ-10 [9]. Объективизация признаков алкогольной зависимости осуществлялась с помощью метода комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов [10]. Стереотип полоролевого поведения и его нарушения оценивались на основании критериев [8]. Для изучения полоролевых характеристик использовалась методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения Б. Е. Алексеева [7].

При статистической обработке полученных данных применялись следующие методы:

1) вариационной статистики с оценкой закона распределения и расчетом относительных и средних величин; 2) корреляционный (с расчетом коэффициентов парной корреляции Пирсона и ранговой корреляции Спирмена) и дисперсионный анализ; 3) оценка достоверности различий с использованием параметрических (Стьюдента, Фишера) и непараметрических (Вилкоксона — Манна — Уитни — Пирсона) критериев [11].

Клинико-демографические показатели обследованных в группах сравнения представлены в табл. 2.

Группы сравнения были сопоставимы по параметрам морфологического (соматического) и гражданского пола [7]: все обследованные характеризовались как молодые женщины. Сопоставление среднего возраста пациенток показало, что все зависимые от алкоголя в первой группе находились в возрастном интервале 18–27 лет, который соответствует переходному периоду развития сексуальности (16–26 лет по Г. В. Васильченко). Указанный период в отечественной сексологии считается критическим, так как в это время

Клинико-демографические показатели в группах сравнения

Показатель	Группы		
	первая, n = 88	вторая, n = 45	контрольная, n = 30
Морфологический (соматический) и гражданский пол	женский	женский	женский
Средний возраст, лет	22,50±1,02	31,50±2,44	30,00±1,06
<i>Диагноз (основной) по критериям МКБ-10</i>			
F10.200	88 (100%)	30 (66,67%)	—
F10.201	—	15 (33,33%)	—
<i>Наличие коморбидного диагноза по критериям МКБ-10</i>			
F64.9 (полоролевая трансформация)	38 (43,18%)	—	—
F64.9 (полоролевая трансформация), F65.5 (садизм)	12 (13,64%)	—	—
F64.9 (гиперролевое поведение)	29 (32,95%)	—	—
F64.9 (гиперролевое поведение), F65.5 (мазохизм)	9 (10,22%)	—	—
<i>Балльный интервал в AUDIT-подобных скрининг-тестах (AUDIT – ПСТ), баллы</i>			
1–7	—	—	30 (100,00%)
20–40	88 (100,00%)	45 (100,00%)	—

происходят апробация и закрепление на практике сформированных на предыдущих этапах психосексуального развития полоролевых поведенческих стереотипов, форм сексуального предпочтения и стратегий выбора сексуального партнера, основанных на имеющихся типах сексуальной ориентации [7]. Все женщины второй и контрольной групп находились в **возрастном интервале**, который соответствует периоду зрелой сексуальности (26–55 лет по Г. В. Васильченко). Все женщины первой и большинство (66,67%) второй группы находились в состоянии ранней ремиссии по критериям МКБ-10 (F10.200). Высокие, более

20, баллы в AUDIT – ПСТ объективизировали наличие нозологического паттерна употребления алкоголя у **женщин клинических групп**. Установленные низкие, менее 7, баллы в AUDIT – ПСТ характеризовали паттерн употребления алкоголя у женщин контрольной группы как донозологический и относительно безопасный.

Характеристика форм половой жизни (по Г. С. Васильченко, 1978) у женщин в группах сравнения на момент исследования представлена в табл. 3.

У всех женщин контрольной группы и большинства пациенток, зависимых от алкоголя, половая жизнь характеризовалась как нормативная, т. е. осуществлялась в **форме нормативного (гетеросексуального генито-генитального интравагинального) коитуса**. У 23,86% женщин с нарушенным полоролевым поведением было установлено наличие практики ненормативного коитуса с преобладающими парафильными формами половой активности.

У всех обследованных женщин отмечены правильное половое самосознание, т. е. стойкое осознание своей принадлежности к женскому полу, и гетеросексуальная ориентация.

Распределение в группах сравнения проявлений стереотипа полоролевого поведения у женщин по критериям [8] отражено в табл. 4.

У всех женщин контрольной и второй клинической групп этап формирования стереотипа полоролевого поведения (7–13 лет) [8] прошел успешно, на что указывает наличие сформированного нормативного (фемининного) стереотипа по-

Таблица 3

Формы половой жизни женщин в группах сравнения, %

Формы половой жизни	Группы		
	первая, n = 88	вторая, n = 45	контрольная, n = 30
Нормативный коитус	76,14 ¹	100,00 ²	100,00 ³
Суррогатный коитус	—	—	—
Девиантные формы половой активности	—	—	—
Парафильные формы половой активности	23,86	—	—

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ¹⁻²p < 0,05; ¹⁻³p < 0,001.

Таблиця 4

Стереотип полоролевого поведения женщин в группах сравнения

Стереотип полоролевого поведения	Группы					
	первая, $n = 88$		вторая, $n = 45$		контрольная, $n = 30$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Нормативный (фемининный)	—	—	45	100,00	30	100,00
Трансформированный (непатологический)	38	43,18 ¹	—	—	—	—
Трансформированный патологический	12	13,64 ²	—	—	—	—
Гиперролевой (фемининный) непатологический	29	32,96	—	—	—	—
Гиперролевой (фемининный) патологический	9	10,22	—	—	—	—

лоролевого поведения, полностью исключаящего компромиссы в выборе половой роли. В первой клинической группе этот этап у пациенток оказался нарушенным. Фемининных женщин (с нормативным полоролевым поведенческим стереотипом) среди здоровых оказалось в 2,96 раза больше, чем среди зависимых от алкоголя. Обобщая данные, представленные в табл. 4, можно утверждать, что в контингенте лиц с зависимостью от алкоголя выявлена убедительная гетерогенность полоролевого поведения по критерию его патологичности/непатологичности, при этом степень патологичности гетерогенности в контингенте аддиктов характеризуется как высокая: установлено два вида патологического полоролевого стереотипа, у здоровых женщин — ни одного.

У контингента лиц, зависимых от алкоголя, в целом и в группе пациенток с нарушенным полоролевым поведением в частности чаще всего встречался трансформированный (маскулинный) полоролевой стереотип: совокупная частота трансформаций (патологической и непатологической) составила по контингенту ($n = 133$) 37,59%, в первой группе ($n = 88$) — 56,82%. Вторым по частоте был гиперролевой поведенческий стереотип: совокупная частота патологического и непатологического составила по контингенту ($n = 133$) 28,57%, в первой группе ($n = 88$) — 43,18%. В структуре трансформаций и гиперролевых стереотипов значимо преобладали их непатологические формы ($p < 0,01$).

Изучение частот распределения стереотипов полоролевого поведения в группах сравнения по критериям [8] и дальнейшая дифференциация установленных стереотипов по критерию «патологичность — непатологичность ненормативного (по медицинскому критерию) стереотипа полоролевого поведения» позволили выделить у женщин, зависимых от алкоголя, два варианта и в рамках каждого из вариантов по две формы расстройства полоролевого поведения (табл. 5).

Непатологические нарушения полоролевого поведения у женщин-аддиктов значимо преобладали над патологическими ($p < 0,01$), а среди патологических форм преобладала трансформация полоролевого поведения ($p < 0,05$).

Непатологическая трансформация полоролевого поведения у наших пациенток проявлялась в полоролевом поведении, свойственном противоположному полу, при правильном половом самосознании и гетеросексуальной ориентации. Непатологическое гиперролевое (гиперфемининное) поведение квалифицировалось как поведение личности с чрезмерной акцентуацией некоторых особенностей половой роли [8], т. е. как гиперполовая акцентуация полоролевого поведения.

Патологическая трансформация полоролевого поведения у зависимых от алкоголя женщин выражалась в поведении, характерном для противоположного пола, при правильном половом

Таблиця 5

Варианты и формы расстройств полоролевого поведения женщин, зависимых от алкоголя

Вариант и форма нарушения полоролевого поведения	Первая группа, $n = 88$	
	абс. ч.	%
Непатологический вариант	67	76,14 ¹
непатологическая трансформация полоролевого поведения	38	43,18
непатологическое гиперфемининное поведение	29	32,96
Патологический вариант	21	23,86 ²
патологическая трансформация полоролевого поведения	12	13,64 ³
патологическое гиперфемининное поведение	9	10,22 ⁴

Примечание. Достоверность внутригрупповых различий ¹⁻² $p < 0,01$; ³⁻⁴ $p < 0,05$.

Таблица 6

Распределение частоты кроссполовой акцентуации маскулинно-фемининного измерения относительно стереотипа полоролевого поведения женщин в группах сравнения, %

Наличие/отсутствие кроссполовой акцентуации М-Ф измерения	Группы		
	первая, n = 88	вторая, n = 45	контрольная, n = 30
<i>Нормативный (фемининный) полоролевого стереотип</i>			
Отсутствие КА	—	71,11	70,00
Наличие скрытой КА	—	28,89 ¹	26,67 ²
Наличие явной КА	—	—	—
<i>Трансформированный непатологический стереотип</i>			
Отсутствие КА	—	—	—
Наличие скрытой КА	—	—	—
Наличие явной КА	43,18	—	—
<i>Трансформированный патологический стереотип</i>			
Отсутствие КА	—	—	—
Наличие скрытой КА	—	—	—
Наличие явной КА	13,64	—	—
<i>Гиперролевого непатологический стереотип</i>			
Отсутствие КА	32,96	—	—
Наличие скрытой КА	—	—	—
Наличие явной КА	—	—	—
<i>Гиперролевого патологический стереотип</i>			
Отсутствие КА	10,22	—	—
Наличие скрытой КА	—	—	—
Наличие явной КА	—	—	—

Примечание. Достоверность межгрупповых различий $^{1-2}p < 0,01$.

самосознании и гетеросексуальной ориентации. При этом расстройства полового предпочтения (F65) отвечали общим критериям [9], отмечались устойчивая половая активность, включающая причинение физических страданий сексуальному партнеру (расцарапывание кожи спины, болезненные щипки и укусы), унижение партнера. Садистическая активность являлась основным источником стимуляции или необходимым средством достижения полового удовлетворения. Перечисленные признаки полностью соответствовали критериям диагностической категории F65.5 (садизм).

Патологическое гиперролевого поведение пациенток проявлялось в утрированном усилении полоролевых характеристик, свойственных женскому полу, при правильном половом самосознании и гетеросексуальной направленности полового влечения. Реализация половой активности отличалась от нормативной по критериям МКБ-10,

т. е. соответствовала общим критериям расстройства полового предпочтения (F65). Женщины с патологическим гиперфемининным поведением во время близости регулярно подвергались физическому насилию со стороны половых партнеров (нанесение побоев, болезненные захваты волос на голове, щипки кожи), унижениям. Такая форма половой активности являлась для них основным источником стимуляции или необходимым средством достижения полового удовлетворения. Перечисленные признаки полностью соответствовали критериям категории F65.5 (мазохизм).

Результаты, полученные в ходе применения методики диагностики кроссполовых акцентуаций (КА) полоролевого поведения Б. Е. Алексеева [7], отражены в табл. 6, 7.

Сравнение полученных в ходе исследования данных показало, что КА маскулинно-фемининного измерения (М-Ф измерения) и полоролевого поведения у обследованных были установлены во всех группах. В табл. 6 представлено распределение у женщин групп сравнения значений индексов кроссполового поведения (ИКП) в онтогенетическом периоде «до 7 лет», т. е. индексов, характеризующих М-Ф измерение (базисный уровень полоролевого поведения).

КА М-Ф измерения отсутствовала у всех гиперфемининных женщин (как с патологическим, так и непатологическим гиперролевым полоролевым стереотипом).

Явная КА М-Ф измерения встречалась исключительно у женщин первой группы с трансформированным стереотипом полоролевого поведения (как с патологическим, так и с непатологическим). Обращает на себя внимание наличие высокого показателя скрытой КА М-Ф измерения у нормативно фемининных женщин в контрольной и второй клинической группах, причем ее частота в группе аддиктов и контроле существенно не различалась ($p > 0,1$).

В процессе оценивания выраженности КА у женщин в группах сравнения мы столкнулись с проблемой неопределенности эталонного граничного значения ИКП. В результате проведенного анализа всех доступных публикаций, где использовалась методика Б. Е. Алексеева [7, 12, 13], было принято решение при расчете ИКП для женского контингента ориентироваться на базовую монографию [7]: значение ИКП, лежащее в интервале от 0 до 0,2, соотносить с отсутствием КА; в пределах от 0,2 до 0,6 — с наличием скрытой КА, в пределах от 0,6 до 1 — с наличием явной КА.

В табл. 7 приведены значения ИКП женщин, зависимых от алкоголя, с различными стереотипами полоролевого поведения на момент обследования.

Таблица 7

Распределение средних значений индекса кроссполового поведения у женщин, зависимых от алкоголя, с различными стереотипами полоролевого поведения

Кроссполовая акцентуация / полоролевой поведенческий стереотип	Группы			
	первая, n = 88		вторая, n = 45	
	среднее значение ИКП	%	среднее значение ИКП	%
<i>Нормативный (фемининный) полоролевой стереотип</i>				
Отсутствие КА	—	—	0,166±0,01	60,00
Наличие скрытой КА	—	—	0,250±0,02	40,00
<i>Трансформированный непатологический стереотип</i>				
Наличие явной КА	0,916±3,01	43,18	—	—
<i>Трансформированный патологический стереотип</i>				
Наличие явной КА	1,00±0,01	13,64	—	—
<i>Гиперролевой непатологический стереотип</i>				
Отсутствие КА	—	32,96	—	—
<i>Гиперролевой патологический стереотип</i>				
Отсутствие КА	0,083±0,01	10,22	—	—

Обращает на себя внимание тот факт, что максимальные значения ИКП на момент обследования, равные 1, были отмечены у аддиктов с патологически трансформированным стереотипом полоролевого поведения, а минимальные значения ИКП, равные 0, — у аддиктов с непатологическим гиперролевым стереотипом. Наличие скрытой КА у аддиктов с нормативным (фемининным) полоролевым стереотипом подтверждалось значением ИКП — 0,250. Следует обратить внимание на увеличение показателя лиц со скрытой КА во второй клинической группе: с 28,89 до 40,00 %, т. е. в 1,38 раза, что может отражать процесс нарастания «вторичной» маскулинизации в данной группе аддиктов под действием алкоголя. В контрольной группе женщины со скрытой КА составляли 26,67 %, у большинства (73,33 %) значение ИКП было равно 0.

Проведенное исследование позволяет сформулировать следующие выводы.

Расстройства полоролевого поведения в региональном контингенте женщин, зависимых от алкоголя, имеют значительное распространение и составляют 66,17 %.

Все установленные расстройства полоролевого поведения относятся к нетранссексуальному типу.

Расстройства полоролевого поведения нетранссексуального типа у женщин с зависимостью от алкоголя проявляются в виде двух основных вариантов: непатологического (76,14 %) и патологического (23,86 %). В структуре первого преобладает непатологическая трансформация полоролевого поведения ($p < 0,01$), в структуре второго — патологическая трансформация полоролевого поведения ($p < 0,01$).

На момент обследования максимальные значения ИКП, равные 1, были отмечены у аддиктов с патологически трансформированным стереотипом полоролевого поведения, а минимальные значения ИКП, равные 0, — у аддиктов с непатологическим гиперролевым стереотипом.

Наличие у значительного числа женщин, зависимых от алкоголя, явных кроссполовых (37,59 %) и скрытых (13,53 %) акцентуаций М-Ф измерения и полоролевого поведения неслучайно и прямо указывает на существование клинически значимого патогенетического звена формирования женского алкоголизма.

Наличие у большинства женщин с алкогольной зависимостью поливариантных и полиформных нарушений полоролевого поведения позволяет говорить о выделении нового дизонтогенетического (психосексуального) фактора патогенеза алкогольной зависимости и констатировать, что

исход формирования полоролевого поведенческого стереотипа и сексуального предпочтения, с ним связанного, клиническая значимость которых очевидна, является недооцененным, что делает традиционную медико-психологическую диагностику и коррекцию аддиктов неполной.

Все установленные в ходе исследования закономерности предполагается использовать для оптимизации медико-психологического процесса, создания специализированных дифференцированных программ превенции и психокоррекции зависимых от алкоголя лиц.

Список литературы

1. Сидоров П. И. Ранний алкоголизм / П. И. Сидоров, А. В. Митюхляев. — Архангельск: Изд-во АГМА, 1999. — 306 с.
2. Цыцарев С. В. Особенности личности женщин, больных алкоголизмом (клинико-психологическое исследование в связи с задачами психотерапии): автореф. дис. на соискание учен. степени канд. психол. наук; спец. 14.01.06 «Психиатрия» / С. В. Цыцарев. — Л., 1982. — 18 с.
3. Шайдукова Л. К. Конституционально-психологические особенности нарушений полоролевого поведения женщин, злоупотребляющих алкоголем / Л. К. Шайдукова // Практическая медицина. Неврология и психиатрия. — 2012. — № 2. — С. 118–122.

4. *Рябухин К. В.* Соотношение типа акцентуации и модели полоролевого поведения у женщин, страдающих хроническим алкоголизмом / К. В. Рябухин // *Медицина психологии.*— 2013.— № 2.— С. 98–101.
5. *Короленко Ц. П.* Формы женской аддиктивной зависимости в постмодернистской культуре / Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии.*— 2012.— № 1.— С. 7–12.
6. *Stewart S. H.* Women, girls, and alcohol / S. H. Stewart, D. Gavric, P. Collins // *Women and addiction: a comprehensive handbook.* К. Т. Brady, S. E. Back, S. Greenfield, eds.— N. Y.: Guilford Press, 2009.— P. 124–148.
7. *Алексеев Б. Е.* Полоролевое поведение и его акцентуации / Б. Е. Алексеев.— СПб.: Речь, 2006.— 144 с.
8. *Частная сексопатология: руководство для врачей;* под ред. Г. С. Васильченко.— В 2 т. — М.: Медицина, 1983.— Т. 2.— 352 с.
9. *Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями)* / Сост. Дж. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца.— К.: Сфера, 2001.— 416 с.
10. *Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов* / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // *Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.*— 2009.— № 2 (16).— С. 56–70.
11. *Лапач С. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабиц.— К.: Морион, 2000.— 320 с.
12. *Алексеев Б. Е.* Полоролевые факторы терапевтической динамики совладающего поведения у больных шизофренией / Б. Е. Алексеев, Е. М. Коновалова // *Социальная и клиническая психиатрия.*— 2009.— Т. 19, № 1.— С. 5–11.
13. *Алексеев Б. Е.* Особенности психосексуальной сферы женщин с психогенными депрессиями / Б. Е. Алексеев, И. М. Белоус // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии.*— 2012.— № 4.— С. 12–15.

ДІАГНОСТИКА КРОССТАТЕВИХ АКЦЕНТУАЦІЙ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ, З РОЗЛАДАМИ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ ПОВЕДІНКИ НЕТРАНССЕСУАЛЬНОГО ТИПУ

В. І. ПОНОМАРЬОВ, О. П. АРХІПЕНКО

У регіональних контингентах 30 здорових і 133 залежних від алкоголю жінок встановлено частоти наявності осіб із нормативним (фемінінним) та порушеним (ненормативним за медичним критерієм) стереотипом статевої поведінки. У 66,17% жінок із алкогольною залежністю визначено розлади статевої поведінки нетранссексуального типу, що виявлялися двома варіантами: непатологічним і патологічним. За Б. Є. Алексєєвим максимальні значення індекса кросстатевої поведінки, що дорівнює 1, були в адиктів із патологічно трансформованим стереотипом статевої поведінки, а такі, що дорівнюють 0,— в адиктів із непатологічним гіперрольовим стереотипом. Індекс кросстатевої поведінки, що дорівнює 1, відображає максимально виражену кросстатеву акцентуацію статевої поведінки, а такий, що дорівнює 0,— її відсутність.

Ключові слова: розлади статевої поведінки нетранссексуального типу, кросстатеві акцентуації статевої поведінки, жінки, залежність від алкоголю, методика Б. Є. Алексєєва.

DIAGNOSIS OF CROSS-SEXUAL ACCENTUATIONS OF GENDER-ROLE BEHAVIOR IN ALCOHOL ADDICTED WOMEN WITH GENDER-ROLE BEHAVIOR DISORDERS OF NON-TRANSSEXUAL TYPE

V. I. PONOMARYOV, O. P. ARKHIPENKO

The proportion of normative (feminine) and deviated (non-normative according to medical criteria) stereotype of gender-role behavior was determined in the regional groups of 133 alcohol addicted women and 30 healthy women. 66,17% of addicted women had deviations of gender-role behavior of non-transsexual type which manifested by non-pathologic and pathologic variants. According to B. E. Alexeev, maximal values of cross-sexual behavior index coming to 1 were found in addicted women with pathologic transformation of stereotype of gender-role behavior, whereas minimal values equal 0 were found in addicted women with non-pathologic hyperrole stereotype. Values of the cross-sexual behavior index coming to 1 reflect maximum expressed cross-sexual accentuation of gender-role behavior, whereas values close to 0 show its absence.

Key words: gender-role behavior deviations of non-transsexual type, cross-sexual accentuations of gender-role behavior, women, alcohol addiction, B. E. Alexeev's technique.

Поступила 07.08.2014