

Министерство образования и науки Украины
Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

На правах рукописи

Архипенко Елена Петровна

УДК: 159.9.072:616.89-008.441.13-055.2-02-089:616-52-055.2

Психологические особенности расстройств полоролевого поведения
у женщин с зависимостью от алкоголя

19.00.04 – медицинская психология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель: заведующий
кафедрой психиатрии, наркологии,
неврологии и медицинской психологии
медицинского факультета Харьковского
национального университета имени
В.Н. Каразина, доктор медицинских
наук, профессор Пономарёв Владимир
Иванович

Харьков – 2016

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	6
РАЗДЕЛ 1 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАССТРОЙСТВ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ.....	16
1.1. Общие и специальные критерии оценки нормальности / анормальности поведения личности в гуманитарных науках в целом, и полоролевого поведения в частности.....	16
1.2. Распространенность расстройств полоролевого поведения у женщин.....	19
1.3. Взгляды на происхождение расстройств полоролевого поведения у женщин.....	20
1.4. Психодиагностика расстройств полоролевого поведения.....	22
1.5. Сведения об эмпирическом изучении расстройств полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя... ..	27
1.6. Обобщения к разделу 1	40
РАЗДЕЛ 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	43
2.1. Общая характеристика обследованных.....	43
2.2. Методы исследования.....	49
2.3. Обобщения к разделу 2.....	61
РАЗДЕЛ 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ.....	63
3.1. Результаты применения клинических шкал.....	63
3.1.1. Результаты изучения половой идентичности.....	63
3.1.2. Обобщения к подразделу 3.1.1.....	74
3.1.3. Результаты изучения полового поведения.....	76
3.1.4. Обобщения к подразделу 3.1.3.....	77

3.1.5. Результаты изучения кроссполовой акцентуированности.....	78
3.1.6. Обобщение к подразделу 3.1.5.....	78
3.1.7. Результаты изучения аддиктивного поведения.....	79
3.2. Результаты тестирования.....	88
3.2.1. Результаты исследования структурных характеристик личности.....	88
3.2.2. Обобщения к подразделу 3.2.1.....	99
3.2.3. Результаты изучения психологической маскулинности-феминности.....	101
3.2.4. Обобщение к подразделу 3.2.3.....	109
3.2.5. Результаты исследования адекватности самооценки.....	109
3.2.6. Обобщение к подразделу 3.2.5.....	111
3.2.7. Результаты изучения тревожности.....	111
3.2.8. Результаты исследования эмпатии.....	115
3.2.9. Обобщения к подразделу 3.2.8.....	117
3.2.10. Результаты оценки коммуникативных особенностей.....	118
3.2.11. Результаты исследования макиавеллизма как личностной характеристики испытуемых.....	125
ОБОБЩЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	129
ВЫВОДЫ.....	157
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	161
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	175

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

РПИ	расстройство половой идентификации
РПРП	расстройство полоролевого поведения
ТПРП	трансформация полоролевого поведения
ГРП	гиперролевое поведение
ПАВ	психоактивное вещество
АЗ	алкогольная зависимость
ППА	первая проба алкоголя
МПА	мотив потребления алкоголя
ОМН	общее мотивационное напряжение
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
ПСП	показатель специфичности признака
ИКП	индекс кроссполового поведения
М-Ф	маскулинность-фемининность
М-Ф	базисный уровень поведения человека в Модели уровневой организации измерения поведения человека как представителя пола Б.Е. Алексеева (2006)
Мс	маскулинность социогенная
Фс	фемининность социогенная
ШСО	Шкала сексуальной ориентации А. Кинзи (А. Kinsey et all.)
ЦТО	тест цветовых отношений (А.А. Такаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков, 1998)
ИСТА	Я-структурный тест Аммона (адаптация Ю.Я. Тупицына, В.В. Бочаровой с соавт., 1998)
СМИЛ	Стандартизированного многофакторного метода исследования личности Л.Н. Собчик (2007)
ACL	Шкала полоролевого поведения А. Хейлбрун (А. Heilbrun)
D:M	Психосексуальная пропорция – шкала Dur-Moll в методике Л. Зонди (L. Szondi)
МИС	Методика исследования самооценки с помощью процедуры ранжирования (А.А. Реан, 2004)

STAI	Шкала самооценки реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory) (адаптация Ю.Л. Ханина,1976)
ШЭО	Шкала эмоционального отклика А. Меграбяна (модификация Н. Эпштейн,1972)
ДМО	Методика Диагностика межличностных отношений (Л.Н. Собчик,1999)
Мак-шкала	Методика исследования макиавеллизма личности Р. Кристи, Ф. Гейс (адаптация В.В. Знакова, 2001)
КУОЗ	Коммунальное учреждение охраны здоровья
НПИ	нарушение половой идентичности
РПР	расстройство половой роли

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении последних десятилетий в отечественных и зарубежных научных публикациях уделяется повышенное внимание проблеме коморбидности психических и поведенческих расстройств [1–18]. Особый интерес вызывают работы, посвященные коморбидности расстройств аддиктивного спектра [1, 3, 10], в частности, с расстройствами половой идентификации (РПИ) [13–18]. Работы по указанной тематике представлены в основном исследованиями клинических аспектов РПИ транссексуального типа при алкогольной зависимости [13, 14]. Публикаций, посвященных РПИ нетрансексуального типа (отличных от транссексуализма) при аддиктивных расстройствах, критично мало [13, 15, 18]. В единичных отечественных публикациях отражены результаты исследования РПИ в форме расстройств полоролевого поведения (РПРП) у зависимых от алкоголя женщин [15, 18]. Детального изучения психологических особенностей РПРП у женщин с алкогольной зависимостью в Украине не проводилось.

Актуальность темы. Зависимость от алкоголя у женщин является актуальной медико-социальной проблемой Украины и большинства стран мира [19–43]. 17% женской смертности в мировой популяции связан с употреблением алкоголя [28]. Отмечен интенсивный (угрожающий) рост женского алкоголизма [23]. Распространенность алкогольной зависимости у женщин связывают с разными факторами, среди которых – и смена традиционных гендерных ролей в обществе, изменившая характер аддиктивного поведения женщины [21]. Разрушение четких ролевых функций мужчины и женщины провоцирует возникновение у женщин аттачмента (фиксации) к аддиктивным агентам [36]. В литературе высказано мнение о том, что алкоголизм у женщин является «платой за женскую эмансипацию», а «полоролевая рассогласованность, врожденная или приобретенная, является

источником внутриличностных конфликтов, подсознательной тревоги и напряжения, которые требуют выхода в алкоголизацию» [16].

Уровень распространённости употребления алкогольных напитков среди 15–17 летних украинских подростков в 2012–2013 г.г. составил 78,1%. Про употребление алкоголя сообщили большая часть принимавших в обследовании девочек – 79,6% против 76,2% – среди мальчиков [32]. На фоне роста употребления алкоголя (отмеченного в 2012–2013 г.г.), в 2015 году в Украине зафиксирована угрожающая тенденция увеличения числа молодых женщин, зависимых от алкоголя [34].

Отмечена тенденция изменения мотивов ранней алкоголизации в женской части популяции: все чаще современные девушки-подростки употребляют алкоголь для: 1) снижения социальной тревожности [44, 45]; 2) облегчения межличностного коммуницирования со сверстниками [44]; 3) повышения результативности собственного процептивного поведения (т.е. поведения, направленного на установление и поддержание сексуальных контактов, включая поиск полового партнера и действия, побуждающие его к половому акту) [46, 15]; 4) временной дезактуализации переживаний, связанных с имеющимся полоролевым конфликтом, смягчения проявлений половой дисфории при расстройствах половой идентификации [13, 14].

Указания на такого рода побудителей раннего аддиктивного поведения чрезвычайно важны, так как позволяют выделить в общей популяции лиц, которые используют алкоголь в качестве модификатора и корректора собственных низкоадаптивных паттернов процептивного и полоролевого поведения, и обоснованно актуализировать изучение роли психосексуального дизонтогенетического фактора в генезе формирования алкогольной аддикции.

Важной особенностью клинического проявления алкогольной зависимости у женщин в современных условиях является её сочетанность с иными психическими и поведенческими расстройствами [1, 3, 20], в частности,

с РПП, которые на сегодняшний день рассматриваются как ненормативные (по медицинскому, психопатологическому критерию) формы полоспецифического (полоролевого) поведения в рамках диагностической категории «Расстройства половой идентификации» (шифр F64 в Международной классификации болезней 10 пересмотра – МКБ-10 [47]). Так, по данным С. Judge, С. O'Donovan, D. O'Shea et al. [13], признаки алкогольной зависимости имеют 3,67%, а по данным Г.Е. Введенского, С.Н. Матевосян [14] – 11,4% пациенток с РПИ. По сведениям В.В. Слюсаря [15], такое РПИ как трансформация полоролевого поведения (шифр F64.91) наблюдается у 40,91% женщин зависимых от алкоголя. По данным Л.К. Шайдуковой [16], нормативное (по медицинскому критерию) полоролевого поведение отсутствовало у 100% бывших под наблюдением женщин, злоупотреблявших алкоголем. Из публикации К.В. Рябухина [17] следует, что у всех исследованных им женщин с диагнозом «хронический алкоголизм» имелись «нарушения полоролевой Я-концепции». Большой разброс результатов клинико-эпидемиологических исследований свидетельствует о недостаточной определенности клинических феноменов, соотносимых с транссексуальными и нетранссексуальными проявлениями РПИ, но также и о сложностях диагностики РПП при наличии коморбидности с аддиктивным расстройством [13, 14, 15, 18].

РПИ определяются как нарушения единства поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определенному полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли [48]. Для всех типов РПП характерны: инверсия половой социализации и ригидный способ конструирования полоориентированных ситуации как неконгруэнтных по полоролевому признаку, следствием чего является затруднения в установлении и (или) поддержании оптимальных отношений с сексуальным партнером [15, 49, 50]. Из литературных источников известно, что большинство пациентов с

РПИ испытывают половую дисфорию разной степени выраженности (G. Knudson, G. De Cuypere, W. Bockting, 2010: цит. по [51]). Значительное число лиц с РПИ, а также с РПИ в форме РПП, переживающих половую дисфорию, самостоятельно стремятся себе помочь, прибегая к употреблению алкоголя и прочих психоактивных веществ (ПАВ), способных уменьшить проявления психического дискомфорта, или временно блокировать развитие ситуационной тревожности в полоспецифических ситуациях [13, 14, 15, 49, 50]. Привычное употребление алкоголя по эмоционально-личностным мотивам, маскирующее наличие нарушенного полоролевого поведения, многократно повышает риски развития зависимости [52, 53], что предсказуемо ведет к снижению качества жизни, а в перспективе, ухудшает и общий прогноз [13, 14, 50].

Необходимость проведения исследования обусловлено также тем, что несмотря на постоянное уточнение роли фактора пола в клинике алкоголизма [16, 17, 36, 37, 52, 54, 55–61], на текущий момент отсутствует целостный взгляд на роль РПИ в формировании, течении и прогнозе алкогольной зависимости. Неполноту концептуализации связывают с недостаточностью эмпирических данных [13, 15]. Несмотря на то, что актуальность проблематики ассоциированных с алкогольной зависимостью РПИ у женщин не вызывает сомнений (через высокую распространенность в популяции и негативные медико-социальные последствия), специальных работ, в которых предметом исследования являются клиничко-психологические аспекты вышеуказанной коморбидной патологии, крайне мало.

Остаются недостаточно изученными: специфические признаки нарушения половой идентичности при различных типах РПП у женщин, зависимых от алкоголя; различия структурных характеристик личности; соотношение признаков маскулинности и фемининности в полоролевом пространстве личности; своеобразие самооценки, эмпатии, коммуникативных свойств, личностного

микиавеллизма, а потому – недостаточно определены психодиагностические критерии клинических типов РПП, в частности, гиперролевого поведения и трансформации полоролевого поведения. Отсутствие психодиагностических критериев типов РПП при алкогольной зависимости у женщин снижает качество психологической диагностики, предсказуемо обуславливает недостаточность медико-психологической помощи.

Необходимость решения вышеперечисленных проблем и их высокая медико-социальная значимость определили актуальность нашей работы.

Связь работы с научными программами, темами. Работа выполнена согласно плану научных исследований, проводимых на кафедре психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского Национального Университета имени В.Н. Каразина на базе КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница», которая является базой кафедры, по теме: «Изучение вопросов психодиагностики, этиопатогенеза, клинических особенностей, течения, профилактики и лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств» (№ госрегистрации 0113U001081).

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина Министерства образования и науки Украины (протокол № 11 от 13 июня 2013) и согласована с Межведомственным советом по координации научных исследований по педагогическим и психологическим наукам в Украине (протокол № 3 от 25.03.2014 г.).

Цель и задачи исследования. *Цель исследования:* на основе анализа и комплексной оценки психологических особенностей полоролевого поведения разработать психодиагностические критерии типов расстройства полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя.

Задачи исследования.

Для достижения этой цели необходимо решить такие задачи:

1. Провести теоретический анализ и обобщение современных научных достижений по проблематике расстройств полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя.

2. Определить особенности половой идентичности у женщин, зависимых от алкоголя и выделить специфические признаки нарушения половой идентичности при различных типах расстройства полоролевого поведения.

3. Определить особенности маскулинности и фемининности у женщин с различными типами расстройства полоролевого поведения, зависимых от алкоголя.

4. Исследовать особенности структурных характеристик личности женщин с различными типами расстройства полоролевого поведения, зависимых от алкоголя.

5. Установить особенности адекватности самооценки, эмпатии, тревожности, коммуникативных свойств, макиавеллизма личности у женщин с различными типами расстройства полоролевого поведения, зависимых от алкоголя.

6. Разработать психодиагностические критерии трансформации полоролевого поведения и гиперролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя.

Объект исследования – особенности женской зависимости от алкоголя.

Предмет исследования – полоролевые особенности личности у женщин.

Методы исследования – теоретический (анализ научных источников по теме исследования), эмпирический (тестирование, использование клинических шкал) и математико-статистический.

Теоретико-методологическая основа исследования: теоретико-методологической основой исследования являются современные представления

о принципах психодиагностики (Л.Ф. Бурлачук, Л.Ф. Шестопалова, М.Е. Жидко, С.Д. Максименко,); положения медицинской психологии, касающиеся закономерностей формирования полового самосознания и полоролевого поведения в норме и патологии (А.С. Кочарян, В.В. Чугунов, М.В. Маркова,); полоролевой и гендерный подходы в психологии (А.С. Кочарян); представление об уровне организации поведения человека как представителя пола (Б.Е. Алексеев); модель половой «Я» концепции с позиции онтогенетического возникновения её составляющих (Д.К. Саламова с соавт.).

Научная новизна полученных результатов. впервые:

- доказано, что расстройства полоролевого поведения у женщин с ассоциированными РПП и алкогольной зависимостью в изученной выборке характеризуются как нетранссексуальные, а нарушение половой идентичности у них – как парциальное. Парциальность нарушения половой идентичности заключалась в отсутствии признаков нарушения физического «Я» и наличии исключительно признаков нарушения психического «Я» полового самосознания;

- у женщин с ассоциированными РПП и алкогольной зависимостью в изученной выборке установлены специфические различия симптомокомплекса «маскулинности / фемининности»: у лиц с трансформацией полоролевого поведения имела место тотальная маскулинность, а у лиц с гиперролевым поведением – тотальная фемининность на поведенческом, социогенном и биогенном уровнях функционирования личности;

- определены особенности структурных характеристик личности женщин с различными типами РПП, зависимых от алкоголя;

- установлены специфические для различных типов расстройства полоролевого поведения различия адекватности самооценки, уровня развития эмпатии, личностной тревожности, коммуникативных свойств и уровня

макиавеллизма личности;

- разработаны психодиагностические критерии трансформации полоролевого и гиперролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя.

Получила дальнейшее развитие:

- стратометрической концепция диагностики образований маскулинности / фемининности в полоролевом пространстве личности, разработанная А.С. Кочаряном

Практическая значимость полученных результатов исследования заключается в разработке психодиагностических критериев для клинически различных типов РСРП у женщин, зависимых от алкоголя. Разработанные для украинского выборки психодиагностические критерии трансформации полоролевого поведения и гиперролевого поведения расширяют традиционный диапазон психодиагностических мишеней при алкогольной зависимости, делают процедуру психодиагностики полоролевого звена патогенеза алкогольной зависимости у женщин более доказуемой. Результаты исследования внедрены в практическую работу КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница» (справка № 3-01 / 86 от 13.04. 2015 г.), Учебную и научно-методическую работу кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина Министерства образования и науки Украины (справка № 136/4 от 16.04. 2015 г.).

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно выполнен аналитический обзор источников научно-медицинской информации по теме работы, сформулирована цель, задачи исследования, разработан его дизайн, методология, сформированы методы и инструментарий, написаны все разделы диссертации, лично проведены все психодиагностические исследования; самостоятельно созданы компьютерные базы полученных данных, осуществлена их математически-статистическая обработка, системный анализ и

наука интерпретация полученных результатов, сформулированы выводы и введены в клиническую практику результаты исследования. В публикациях, написанных в соавторстве с профессором В.И. Пономаревым «Диагностика кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя, с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа» и «Особенности сексуального дизонтогенеза у женщин с ассоциированными расстройствами половой роли и зависимостью от алкоголя» – диссертантке принадлежат набор эмпирического материала и его обработка, формулирование выводов.

Апробация результатов исследования. Основные результаты работы докладывались и обсуждались на: научно-практической конференции с участием международных специалистов «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», присвяченій 210-річчю Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна (14–15 квітня 2014 р., м. Харків), научно-практической конференции с участием международных специалистов «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», присвяченій засновнику вітчизняної наукової та практичної психіатрії Петру Олександровичу Бутковському (7–9 жовтня 2015 р., м. Харків), XVI Украинской научно-практической конференции с международным участием «Довженківські читання: Редукція вживання алкоголю – нова наркологічна парадигма», присвяченій 97-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря СРСР О.Р. Довженка (7 квітня 2015 р., м. Харків), международной научно-практической конференции «Актуальні проблеми клінічної, теоретичної, профілактичної медицини, стоматології та фармації» (10–11 квітня 2015 р., м. Одеса), международной научно-практической конференции «Медицина наука та практика на сучасному історичному етапі» (8 травня 2015 р., м. Київ).

Публикации. Результаты диссертационного исследования отражены в

14 научных работах, из которых: 3 – в профильных изданиях Украины, 3 – в международных периодических профильных изданиях, 5 – в специализированных научных журналах Украины, 3 – в материалах конференций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из вступления, трёх разделов, обобщений, выводов, списка использованных источников, приложений. Список литературы насчитывает 148 источников (из них 30 на иностранном языке). Работа содержит 41 таблицу и 6 приложений. Объем диссертации составляет 180 страниц (из них 160 страниц основного текста).

РАЗДЕЛ 1
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАССТРОЙСТВ
ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ
АЛКОГОЛЯ

1.1. Общие и специальные критерии оценки нормальности / аномальности поведения личности в гуманитарных науках в целом, и полоролевого поведения в частности

В психологии термин «поведение» используется для обозначения вида и уровня активности человека, наряду с такими её проявлениями, как деятельность, созерцание, познание, общение [62]. В Психологическом словаре поведение определено как «присущее живым существам взаимодействие с окружающей средой, опосредованное их внешней и внутренней активностью» [63]. Под внешней активностью человека понимаются любые внешние проявления: движения, действия, поступки, высказывания, вегетативные реакции [62]. Внутренними составляющими поведения считаются: мотивация и целеполагание, когнитивная переработка, эмоциональные реакции, процессы саморегуляции [64]. Прежде чем перейти к определению понятия «расстройство полоролевого поведения», мы должны задать эталон оценки психологических явлений.

В большинстве наук принято деление явлений на «нормальные» и «аномальные». По справедливому замечанию Ж. Годфруа, вопрос «какое поведение можно считать нормальным?» является центральным для объяснения любого из разновидностей человеческого поведения, в том числе и полоролевого [65]. В строгом смысле слова, на что указывает Е.В. Змановская [62], определение понятий «нормальное» / «анормальное» поведение затруднено, а границы между ними весьма размыты. Тем не менее в науке, и в

обыденной жизни данные понятия используются повсеместно. При этом под нормальным поведением, как правило, понимают нормативно-одобряемое поведение, не связанное с болезненным расстройством, к тому же характерное для большинства людей. Аналогично этому, аномальное поведение может быть разделено на: нормативно-неодобряемое, патологическое, нестандартное [62]. В строгом смысле «нормальным» считается все, что соответствует принятой в данной науке в данное время норме-эталону [62]. Способы получения нормы нередко называют критериями. Одним из самых распространенных и общих является статистический критерий, который позволяет определить норму для любого явления с помощью подсчета частоты, с которой оно встречается в популяции. С точки зрения математической статистики нормально все то, что встречается часто, т.е. не реже чем в 50% случаев. В соответствии с законом нормального распределения 2–3% людей по обе стороны от «нормального» большинства будут иметь выраженные нарушения поведения по определенному качеству (интеллект, общительность, эмоциональная устойчивость), а приблизительно по 20% с обеих сторон соответственно – небольшие отклонения. Следовательно, конкретная форма поведения может признаваться нормальной в том случае, если она встречается у большинства людей.

Статистический критерий сочетается с качественно-количественной оценкой поведения по степени его выраженности и степени угрозы для жизни. Например, употребление алкоголя признается нормальным явлением в разумных границах (при небольших дозах и частоте), но аномальным – при злоупотреблении. С другой стороны, поведение, представляющее прямую опасность для жизни самого человека или окружающих, независимо от его частоты, а порой и степени выраженности, оценивается как ненормальное (отклоняющееся от нормы), например суицид или преступление [62].

Наряду со статистическим в гуманитарных науках также используются

специальные критерии оценки нормальности / аномальности поведения личности, в частности, психопатологический [цит. по 62]. С точки зрения данного критерия все поведенческие проявления можно разделить на две группы: нормальные и патологические в значении «здоровье – болезнь». В Уставе Всемирной организации здравоохранения здоровье определяется как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов» [цит. по 66]. Болезнь – «жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов при реактивной мобилизации в качественно-своеобразных формах его компенсаторно-приспособительных механизмов; болезнь чаще характеризуется общим или частичным снижением приспособительности к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного [66]. Патология при этом – «любое отклонение от нормы», в смысле медицинской нормы. Или по-другому, «это общее название конкретных нозологических единиц», т.е. то, что точно соответствует одному из случаев, перечисленных в классификации болезней и их признаков» [66]. На сегодняшний день единственным законодательным стандартом в области психиатрии и медицинской психологии, выполнение которого в нашей стране является абсолютно обязательным, является Закон Украины «О психиатрической помощи» (2000 г.) [67]. Законом Украины «О психиатрической помощи» (ст. 7) предусматривается, что диагноз психиатрического или поведенческого расстройства должен устанавливаться исключительно в соответствии с общепризнанным международным стандартом диагностики, принятым Минздравом Украины для использования в Украине. Таковым на сегодняшний день является МКБ-10. Согласно МКБ-10, РПИ включены в раздел F «Психические и поведенческие расстройства», подраздел F6 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте», который объединяет несколько подразделов с синдромом половой дисфории:

транссексуализм (F64.0), трансвестизм двойной роли (F64.1), расстройство половой идентификации у детей (F64.2), а также другие расстройства половой идентификации РПИ (F64.8) и расстройства половой идентификации, неуточненное (F64.9) [47]. В рубрику F64.9 включаются случаи отклонения от поведения, свойственного данному полу: трансформация полоролевого поведения и гиперролевое поведение [47;14]. Включенность трансформации полоролевого поведения и гиперролевого поведения в клиническую рубрику МКБ-10, обосновано дает нам право рассматривать расстройство полоролевого поведения личности как полоспецифическое поведение, которое не соответствует нормативному по специальному медицинскому (психопатологическому) критерию.

1.2. Распространенность расстройств полоролевого поведения у женщин

Обобщенные данные о распространенности в популяции расстройств полоролевого поведения у женщин отсутствуют [68, 69, 70, 71].

О значительной распространенности нетранссексуальных расстройств половой идентификации (т.н. «других РПИ») (к которым относят расстройства полоролевого поведения), можно судить из материалов изучения распространённости РПИ, отраженных в единичных публикациях. Так, в Российской Федерации помимо транссексуализма, другие РПИ ежегодно выявляются у 30,8% обратившихся за медицинской помощью женщин. Соотношение женщины/мужчины составляет 1,3:1 среди пациентов с транссексуализмом и 1:1,6 среди пациентов с другими РПИ [72]. В целом, отмечена высокая латентность нетранссексуальных РПИ среди населения [71, 72].

Определенные представления о масштабах распространённости расстройств полоролевого поведения в здоровой части популяции и отдельных

нозогруппах можно получить из анализа немногочисленных исследований психосексуальной сферы пациентов, проведенных в отдельных нозоконтингентах. Так, например, в монографии «Супружеская дезадаптация» С.Т. Агаркова [73] приведены данные о распространенности «полоролевой формы сексуальной дезадаптации», которую автор идентифицировал у 8,8% обследованных им *здоровых* супругов. Согласно взглядам научной школы профессора В.В. Кришталя [52, 56, 57, 74, 75, 76] «полоролевая форма сексуальной дезадаптации развивается вследствие девиации полоролевого поведения у одного или обоих супругов – трансформации или гиперролевого поведения, и неблагоприятного сочетания его с полоролевым поведением другого супруга». М.А. Денeko [76], изучая в Украине нарушения сексуального здоровья у женщин со специфическим расстройством личности, установила факт нарушения полоролевого поведения у большинства ($78 \pm 3\%$) из них.

Обобщенные данные о распространенности расстройств полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя в общей и региональных популяциях отсутствуют [13, 15]. Косвенно о распространенности данного коморбидного расстройств в Украине можно судить по единичным публикациям. Так например в публикации В.В. Слюсаря [15] указано, что такое РПИ как трансформация полоролевого поведения (шифр F64.91) было отмечено у 40,91% женщин зависимых от алкоголя.

1.3. Взгляды на происхождение расстройств полоролевого поведения у женщин

На сегодняшний день в медико-психологической модели происхождение расстройств полоролевого поведения у женщин концептуализировано недостаточно, общепризнанные объяснительные модели отсутствуют. Такое состояние объясняется прежде всего сложностью организации, структуры

поведения человека как представителя пола в целом, и недостаточностью знаний о психологических аспектах полоролевого поведения женщин в частности. В медицинской модели расстройств полоролевого поведения распространена точка зрения на то, что одним из этиологических факторов этих расстройств выступает нарушение половой дифференцировки мозга в пренатальном периоде [69, 70]. При этом нарушение дифференцировки мозга не является грубым, искажения полового самосознания не дает и служит фоном для основного патогенного фактора – влияния микросоциальной среды на одном из этапов психосексуального развития – этапе формирования полоролевого поведения [69, 70]. Полагают, в частности, что трансформация полоролевого поведения может формироваться при воспитании родителями в «другом поле», при нарушении половых ролей в семье (чрезмерно властная мать, играющая роль лидера, и подчиняемый отец), а также в неполных семьях. Постулируется, что «у девочек изоляция от матери, недостаточная материнская любовь, отсутствие ласки в детстве приводят в последующем к несвойственным в норме женщинам агрессии и черствости, отсутствию материнского инстинкта» [69, 70]. В то же время известны исследования, которые ставят под сомнения линейность связи негармоничной первичной социализации в родительской семье с формированием расстройств полоролевого поведения [13]. Некоторые авторы полагают, что в ряде случаев полоролевая трансформация может обуславливаться наличием психического расстройства [13, 14, 37, 50, 52, 64, 70]. В литературе высказано мнение о том, что «формирование и видоизменение полоролевого поведения в филогенезе происходит в процессе социальных, культурально опосредованных взаимоотношений, в основе которых лежат модулированные половыми различиями функции продолжения рода и предпочтения в деятельности, а также выходящие за пределы прокреации установки личности, связанные с разнообразными мотивами сексуальных отношений» [68]. Другими словами,

прямо указывается, что обусловленность нарушений полоролевого поведения не может быть сведена к монопричине, а имеет полифакторную детерминацию. Обобщая, можно заключить, что на сегодняшний день отсутствует единство взглядов на происхождение расстройств полоролевого поведения у человека в целом, и у женщин с коморбидным РПП и аддиктивным алкогольным расстройством, в частности.

1.4. Психодиагностика расстройств полоролевого поведения

Проблемность психологической диагностики расстройств половой идентификации в целом, и расстройств полоролевого поведения в частности, вытекает из недостаточной клинической определенности понятий РПИ и РПП в различных научных школах, применения наряду с унифицированными критериями МКБ-10 диагностических критериев РПП, разработанных в национальных научных школах, несовершенства диагностических клинических критериев РПИ и РПП [13, 14, 37, 50, 52, 64, 70]. Все вышперечисленное затрудняет оценку и сопоставимость результатов исследований, обуславливает неполноту диагностики и разработку специфичных для данного класса расстройств стратегий коррекции.

В ходе изучения литературных источников установлены: диспропорция между экспериментально-психологическими исследованиями РПИ и РПП транссексуального и нетранссексуального типа, а именно – преобладание работ, связанных с изучением транссексуализма [77–82]; диспропорция между эмпирическими психологическими исследованиями РПИ по гендерному признаку: преобладают публикации, посвященные проблемам РПИ у мужчин [83, 84]; единичность публикаций, посвященных психодиагностическим особенностям женщин с РПИ, ориентированные на нужды психотерапии (в частности, для выделения мишеней психотерапии) [83]; отсутствие

исследований, посвященных вопросу психодиагностических признаков различных клинических вариантов расстройства полоролевого поведения у женщин при коморбидной патологии с аддиктивным расстройством.

В статье C.D. Doorn [77] представлены результаты сопоставления транссексуалов и транвеститов по различным характеристикам психического развития. Высказаны предположения о существовании у любого человека двух подсистем идентичности (маскулинной и фемининной), которые имеют относительную выраженность и предрасполагают к поиску собственной идентичности. Первый репертуар варьирует от сильной фемининной гендерной идентичности, которая безусловно выражена, до ослабленной и невыраженной фемининной идентичности. Второй варьирует от сильной маскулинной гендерной идентичности до ослабленной и невыраженной фемининной идентичности. MtF-транссексуалы (как и женщины без РПИ) характеризуются сильной и безусловно выраженной фемининной гендерной идентичностью, комбинирующейся с ослабленной, невыраженной маскулинной. Транвестизм рассматривается как позиция между условно выраженной маскулинностью и фемининностью. В публикации T.E. Lobel [78] представлены результаты тестирования школьников с целью изучения взаимосвязи самовосприятия и отвержения традиционных маскулинных и фемининных характеристик. Представляют интерес исследования U. Wolfradt [79], направленные на компоненты половой идентичности у лиц с РПИ, и сопоставление полученных результатов с результатами контрольной группы в рамках нормы. С помощью направленных методик – шкал деперсонализации, самооценки, полоролевых черт и схемы тела – были исследованы и сопоставлены такие психологические компоненты, как самооценка и схема тела у группы нормы и группы пациентов с транссексуализмом. В публикации A. Herman-Jeglinska [80] представлены результаты оценивания при помощи опросника степени маскулинных и фемининных проявлений у MtF- и FtM-транссексуалов и у мужчин и женщин

без РПИ из контрольной группы. Сравнение FtM-транссексуалов и представителей контрольной группы показало, что при транссексуализме наблюдается не простая инверсия полоролевых паттернов, транссексуалы отличаются от не транссексуалов не только своего биологического, но и противоположного пола. Более того, MtF-транссексуалы не являются зеркальным отображением FtM-транссексуалов, они отличаются более крайними проявлениями фемининных, а не маскулинных черт. Исследование Y. Smith [81] отразило результаты изучения психологического функционирования транссексуалов, в подростковом возрасте осуществивших хирургическую коррекцию пола. Полученные при помощи теста Роршаха результаты свидетельствуют об относительно стабильном психологическом функционировании в течение длительного времени и согласуются с данными более ранних исследований, проведенных на основе опросников, за исключением того, что в данном исследовании было отмечено улучшение функционирования у транссексуалов после операции. Исследованию познавательных процессов у лиц с РПИ отведено не столь значительное место в пространстве современных исследований. Такое исследование проводилось с целью изучения релевантных полотиписических особенностей познавательных процессов. Были выбраны такие познавательные процессы, как визуализация, восприятие, ориентировка в пространстве, вербализация, связанные с полом, и два не связанных с полом фактора – владение логическими операциями и счетом. Исследование показало, что паттерн познавательных процессов в большей степени оказался соответствующим биологическому полу пациентов, а не особенностям гендерной идентичности. Результаты психологического обследования группы молодых женщин с синдромом отвергания пола, проведенное Д.Г. Пироговым [83] показали: наличие аутоидентификации с лицами противоположного пола у всех испытуемых, неприятие своего телесного облика, гиперсоциальные установки присущие мужчинам,

стремление вести себя в соответствии с групповыми нормами, общительность, импульсивность, авантюристичность, свободомыслие, лидерство, склонность к экспериментированию, чувствительность к одобрению и порицанию, ранимость, тревожность, снижение самооценки (у 42,30%), склонность к самобичеванию. Автором также установлено, что женщины с истинным транссексуализмом отличаются ограниченными возможностями для психотерапевтического вмешательства, тогда как женщины с транссексуальными установками (у которых на первый план выходят психологические проблемы: нечеткое разделение образа собственного Я и своего тела, сензитивность, повышенная тревожность, желание «разобраться в проблеме») лучше поддаются психотерапевтической коррекции.

Установлено отсутствие единства взглядов исследователей разных стран на объем используемых при исследовании РПИ и РПРП психодиагностических методик. В основе указанного противоречия лежат различия в концептуализации расстройств половой идентификации. Так, например в Российской Федерации при изучении РПИ используют следующие методики: Маскулинность и Фемининность, тест цветовых отношений (ЦТО) (А.А. Такаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков, 1998: цит. по 14). Методика Маскулинность и Фемининность позволяет исследовать такие особенности половой «Я» – концепции, как полоролевая идентичность, представления о половых ролях, полоролевые представления, полоролевое поведение в ситуациях взаимодействия с мужчинами и женщинами, сексуальные предпочтения субъекта исследования. Методика ЦТО выявляет эмоциональный и смысловой аспекты интериоризации половых ролей, специфику эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения, отношение к сексу. Перечисленный психодиагностический объем считается достаточным в рамках поддерживаемой авторами «Модели половой «Я»-концепции с позиции онтогенетического возникновения её составляющих,

степени включенности их в процесс индивидуальной адаптации» (модель А.А. Ткаченко, Д.К. Саламовой, С.Н. Ениколопова, 2002).

Для оценки проблемного полоролевого поведения в Российской Федерации также широко применяется предложенная Б.Е. Алексеевым [64] «Методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения». Методика базируется на Модели уровневой организации поведения человека как представителя пола [64], в рамках которой автором выделены три основных уровня:

1. Маскулинность и фемининность как базисное образование (т.н. М-Ф измерение).

2. Уровень полоролевого поведения, характеризуемый «автоматизированностью» проявлений.

3. Установочно-приспособительное полоролево поведение [64].

М-Ф измерение в данной модели представляет собой функциональную структуру психики, в рамках которой обобщаются (по В.М. Русалову) динамические и приобретенные содержательные характеристики врожденных программ поведения человека как представителя пола; выражая изначально активную роль субъекта, М-Ф измерение влияет на диапазон формирующегося на его основе полоролевого поведения [64].

Предложенная автором модель опирается на общую теорию функциональных систем П.К. Анохина [85], специальную теорию индивидуальности человека (В.М. Русалов [86]), принципы стилевой организации психической деятельности и поведения (Е.Г. Злобина [87]; А.Б. Золотов [88]; А.В. Либин [89]; Л.Я. Дорфман [90]), психогенетические исследования (М.С. Егорова, Т.М. Марютина [91]), нейроандрогенетическую теорию (L. Ellis [92]).

При исследовании полоролевого поведения и его аномалий в Украине получила широкое распространение предложенная А.С. Кочаряном [93, 94]

концепция симптомокомплекса «маскулинности/фемининности». Концепция предполагает выделение трех психологических уровней рассматриваемого симптомокомплекса. 1. Социогенный уровень отражает Я-концепцию личности и представляет собой имеющуюся у человека достаточно устойчивую систему взглядов, убеждений, верований, мифов и т.п. о соответствии собственной личности мужскому или женскому стандарту. Таким стандартом считается инструментальность у мужчин и экспрессивность у женщин. Под инструментальностью понимается наличие личностных качеств, обеспечивающих деловой успех: деловитость, соперничество, напористость, рациональность, эмоциональная холодность и т. д. Под экспрессивностью понимается наличие личностных качеств, обеспечивающих эмоциональность, внимание к людям и понимание их, высокий социальный интеллект и др. 2. Поведенческий уровень обуславливается как социогенными, так и психологическими факторами и влияниями и отражает мужские и женские стандарты поведения. 3. Биогенный уровень выражает конституционально-обусловленную маскулинность или фемининность и определяется нейрогормональной регуляцией сексуального поведения. Первый из указанных – социогенный уровень, или Я-концепцию личности, автор предлагает исследовать с помощью методики ACL A.V. Heilbrun. Для изучения второго уровня – использовать 5-ю шкалу MMPI (или варианты адаптации данной методики). Третий, биогенный уровень симптомокомплекса маскулинность/фемининность автор предлагает оценивать по методу психосексуальной пропорции Dur-Moll L. Szondi.

1.5. Сведения об эмпирическом изучении расстройств полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя

Роль полового/гендерного фактора в формировании и течении

химических зависимостей пристально изучается в течение двух последних десятилетий на основе междисциплинарного подхода [95–101], что обусловлено стабильностью научного интереса к проблеме систематики [102, 103, 104], психопатологии [103, 105, 106], персонологии, качества жизни и стрессоустойчивости [107, 108, 109], биологическим механизмам формирования [110, 111] и гендерно-дифференцированной терапии расстройств аддиктивного спектра [112, 113]. Наряду с этим, остается практически неразработанной проблематика коморбидности расстройств половой идентификации и аддиктивного спектра. Исследования, посвященные данному вопросу единичны [13, 14, 15, 18]. В отдельную группу следует выделить исследования, в которых на клиническом уровне фиксируются отклонение полоролевого функционирования женщин, страдающих алкоголизмом, но второй диагноз (РПИ/РПП по критериям МКБ-10) не выставляется [16, 17]. Типичной является работа Л.К. Шайдуковой [16], которая при обследовании 230 женщин, злоупотребляющих алкоголем, выделила три ведущих «конституционально-психологических типа нарушений»: маскулинно-социопатический (20%), фемининно-конформный (20%), андрогинный (60%), два из которых (маскулинно-социопатический и фемининно-конформный) клинически соответствуют трансформации полоролевого поведения и гиперролевому поведению, а ненормативность полоролевого поведения объективизирована аномальными значениями 5-й шкалы ММРІ.

Анализ публикаций по проблематике женского алкоголизма и нарушений полоролевого поведения также показал, что в зарубежных (англоязычных) публикациях основной акцент делается на определении значения нарушения полового поведения в генезе алкоголизма (часто конституционального происхождения) [105]. При этом исследования нарушений полового поведения больных алкоголизмом женщин в основном направлены на изучение у них показателей маскулинности и фемининности

[цит. по 16]. Другое направление работ ориентировано на установление связи женского алкоголизма с неблагоприятными событиями, ему предшествующими [114, 115, 116]: приоритетно исследуется ситуация социально-ролевой депривации, при которой происходит либо утрата женской роли – в результате развода, измены супруга, вдовства, либо ее изменение – в результате ухода детей из семьи. Полагается, что депривированные подобным образом женщины компенсаторно принимают на себя мужские роли, одним из проявлений которых является алкоголизм, который трактуется как «мужская болезнь» [116].

В русскоязычных публикациях (преимущественно российских) основной акцент авторов делается на установлении полоролевых «морфоконституциональных» особенностей женщин, злоупотребляющих алкоголем и связи указанных особенностей с другими подструктурами индивидуальности. Так, при изучении особенностей алкоголизма у подростков женского пола [55] были выделены два морфоконституциональных типа: инфантильно-фемининный, для которого были характерны незрелость, внушаемость, конформность, несамостоятельность, интолерантность к психотравмам; а также фемининно-маскулинный тип с присущими ему чертами грубости, агрессивности, низкой эмоциональности, импульсивности, дефицитом интуиции. С.В. Цыцарев [117] выделил три основные группы женщин, страдающих алкоголизмом: с повышенной маскулинностью, повышенной фемининностью и одинаковым соотношением факторов фемининность-маскулинность. Полярные изменения характера и поведения женщин, злоупотребляющих алкоголем, выражающиеся преобладанием фемининных и маскулинных черт, были обозначены автором как «морфоконституциональные». Л.К. Шайдукова [16] у женщин, злоупотребляющих алкоголем выявила три ведущих конституционально-психологических типа нарушений: маскулинно-социопатический (20%),

фемининно-конформный (20%), андрогинный (60%). Маскулинно-асоциальный тип характеризовался рядом соматических, психических и поведенческих особенностей. В их числе были отмечены: прямолинейность, грубость, решительность, отсутствие сентиментальности, низкий уровень эмоциональности, агрессивность, склонность к риску. Для лиц, относящихся к этому типу, был характерен ранний уход из-под какой-либо опеки – семейной, общественной, производственной, что было вызвано как особенностями характера, так и внешнесредовыми воздействиями, также были свойственны стремление к независимости, самостоятельности, нетерпимость к контролю, демонстрация неподчиняемости, подчеркивание личной «отваги». Начальная алкоголизация нередко сопровождалась своеобразным лихачеством, мотивировалась проверкой своих возможностей, доказательством своих сил, утверждением равноправия с членами компании (дворовой, уличной и т.п.), своеобразной конкурентностью. Утрированно мужские черты отчетливо проявлялись не только в состоянии алкогольного опьянения, но и в «околоалкогольной» деятельности: в способах добывания алкоголя, в оформлении «алкогольного» времяпрепровождения, поведения в алкогольных ситуациях, внутригрупповой роли «добытчика», «организатора выпивок». Активная деятельность алкогольной направленности у женщин вышеописанного типа трактовалась автором как один из компонентов их «маскулинности». При ретроспективном изучении преморбидных особенностей было выявлено, что 18 «маскулинно-социопатических» больных (37,5% в группе из 48 пациенток) обнаруживали подобные стереотипы поведения еще в подростково-юношеском возрасте. У всех у них была отмечена своеобразная «эмансипация от женской роли», регулярные эпизоды демонстрации мужских образчиков поведения. Это проявлялось в стремлении общаться преимущественно с лицами противоположного пола, предпочтении мальчишеских игр, игнорировании женских занятий, грубоватом стиле

поведения под «своего парня», частом использовании жаргонных, нецензурных слов и т.п. Подобные проявления, по мнению автора, были связаны с половой идентичностью, а так как половая идентичность связана с половым поведением, то алкоголизация у «маскулинно-социопатических» женщин трактовалась автором как одно из проявлений «мужского поведения».

Обозначая вышеописанный конституционально-психологический тип женщин термином «маскулинно-социопатический/маскулинно-асоциальный», автор тем самым намеренно подчеркивает, что асоциальность являлась облигатной чертой характера этого контингента больных. Если в подростковом возрасте у этих лиц отмечалась делинквентность, то в среднем наблюдалась асоциальность как постоянная черта характера. При длительном алкогольном «стаже» в период зрелости асоциальность перерастала в социопатию, при которой наблюдались изменения социально-ролевой структуры, нарушение морально-этических норм. Социопатия была различной степени выраженности и определялась глубиной социальной декомпенсации. Помимо поведенческой и психической составляющей, у 34 (70,8%) женщин отмечалась сомато-конституциональная составляющая маскулинности в виде «андрогадной внешности»: пониженной массы тела, слаборазвитых вторичных половых признаков, грубого «мужского» голоса, лишённого модуляции и мелодичности, порывистых, резких движений (переходные соматопсихические признаки). Изучение соотношения некоторых клинических показателей у лиц с выраженной маскулинностью показало, что давность алкоголизации этих больных значительно превышала таковую у женщин других конституционально-психологических типов; у 19 (39,5%) больных отмечались психопатоподобные изменения личности, у 20 (41,7%) – изменения личности с эйфорической установкой, у 9 (18,8%) – с аспонтанностью (согласно прежним дефинициям эти изменения соответствовали т.н. деградации личности, когда имела место алкогольная энцефалопатия с различной клинической картиной).

Отмеченные факты позволили автору сделать вывод о том, что у 60,5% «маскулинно-социопатических» женщин отмечались выраженные изменения личности. В рассматриваемом исследовании была впервые отмечена и сексуальная дисфункциональность «маскулинно-асоциальных» пациенток: автор отметила понижение полового влечения (либидо) у 22 (45,8%) больных на фоне сохранной высокой сексуальной активности (полное отсутствие половых контактов наблюдалось лишь у 6 (12,5%) больных). У 18 (37,5%) больных отмечался промискуитет (частая смена половых партнеров), что нередко парадоксально сочеталось со слабым половым влечением. Психофизическая регрессия проявлялась в облике 34 (70,8%) женщин: «андроогенная» внешность дополнялась психической деградацией с акцентированием грубости, цинизма, агрессивности, плоского юмора, отсутствием стыдливости, бесцеремонностью и т.д. Экспериментально-психологические исследования с помощью методики ММРІ 36 больных, отнесенных к «маскулинно-асоциальному» типу, поддерживали установленные автором клинические закономерности: у всех больных отмечалось повышение по 5-й шкале (маскулинности) – свыше 60 Т; из них у 17 (35,4%) больных – свыше 70 Т. У 19 (39%) женщин отмечался также подъем свыше 70 Т по 4-й шкале (психопатии).

Фемининно-конформный тип в исследовании Л.К. Шайдуковой характеризовался такими чертами, как подчиняемость, внушаемость, покорность, склонность к компромиссам, соглашательству, стремлении следовать социальным стандартам. Иногда эти черты дополнялись мягкостью, женственностью, отсутствием оригинальности, узостью интересов, банальностью суждений, трафаретностью поступков. Конформность как черта характера и конформизм как стиль поведения не были абсолютными и не диктовались слабыми волевыми качествами – в бытовых вопросах (устройство хозяйства, воспитание детей) эти женщины проявляли определенную твердость

жизненных позиций, однако в ряде вопросов (в том числе «алкогольных») они проявляли уступчивость. Начальное употребление алкоголя у этих женщин, как правило, было связано с определенными традициями, стремлением следовать внутрисемейным и межродственным обычаям, желанием не выбиваться из определенного норматива, установленного в данном кругу. Фемининность этих женщин определялась также эмпатичностью, умением улавливать настроение собеседника, поэтому они нередко становились исполнителями чужой воли – родителей, подруг, сотрудников, впоследствии – мужа. Большинство женщин, относящихся к этому типу, несмотря на выполнение всех социальных функций и удовлетворительную адаптацию в своей микросреде, имели пассивно-созерцательные установки. У них отсутствовала активная поступательность действий – продвижение по службе, добывание денег, хобби и т.д.; они довольствовались невысоким социальным и профессиональным положением. Фемининность также выражалась в повышенной эмоциональности, обидчивости, сентиментальности, что являлось основой для аффективных сдвигов гипотимического типа в период злоупотребления алкоголем. Эмотивность проявлялась особенно отчетливо в измененной картине опьянения, характеризующейся состояниями эйфории и субдепрессии, а также в структуре абстинентного синдрома, протекающего со слабодушием, чувством стыда, вины, раскаяния, ощущением своей социальной неполноценности.

В отличие от маскулинно-асоциального типа женщин, которые очень органично воспринимали свой алкоголизм как часть их «нормального» поведения и без критики относились к его проявлениям, женщины фемининно-конформного типа лишь ситуационно входили в алкогольные роли, не создавали устойчивого алкогольного «Я-образа». Для этой категории женщин были характерны наиболее полное понимание своей женской «роли», стремление следовать стандартам «женского поведения», что проявлялось в манере одеваться, общем облике, привязанности к чисто «женским» занятиям

(кулинария, шитье), склонности к выполнению материнской, воспитательной функции в периоды между активной алкоголизацией. Вероятно, поэтому у больных этого типа, по мнению автора, явления «стигматизации» (ответного поведения на негативный статус «алкоголика», накладываемого обществом на больного алкоголизмом) наблюдались значительно чаще, чем в других группах. С явлением «стигматизации» была связана низкая самооценка у 32 (66,7%) женщин, ссылаясь на многочисленные внешнеситуационные и психотравматические факторы. У этих лиц чаще отмечалась «запрограммированность на неудачу» – неверие в положительные результаты лечения, тревожные опасения и сомнения в успехе, в возможность отказа от спиртного на длительное время. При уменьшении выраженности алкогольной симптоматики возникало не вследствие отсутствия критики и не являлось проявлением алкогольной анозогнозии, как при маскулинно-асоциальном типе, а было вызвано стремлением сохранить неалкогольный «Я-образ», не утратить социального и личного уважения. Положительные проявления феномена «стигматизации» выражались в гиперсоциальном поведении в период ремиссии, которое являлось гиперкомпенсацией на свою социальную ущербность. Больные в период воздержания от алкоголя стремились загладить вину за пьянство путем примерного исполнения социальных ролей, проявления чрезмерного усердия в различных сферах. Разнообразные проявления феномена «стигматизации» у женщин этого типа автором объяснялись противоречием между конституционально-психологической «феминностью» и наличием «мужского» заболевания – алкоголизма. Вместе с тем, утрированная феминность проявлялась и в усилении конформности. Эта категория женщин наиболее часто и легко подвергалась внешнему воздействию. Так, у 37 (77,1%) больных наблюдалось «спайвание» со стороны мужей с возникновением «субмиссивного алкоголизма». Мягкость и отсутствие твердой антиалкогольной установки являлись почвой для алкоголизации женщин в

коллективах с алкогольными традициями при наличии доступа к алкогольным напиткам по характеру работы. Несмотря на изначальное отсутствие собственной инициативы, женщины этой категории легко поддавались внешнему воздействию, становясь «человеком среды».

Из отечественных исследований полоролевого фактора в генезе женского алкоголизма и связи алкогольной аддикции с расстройствами половой идентификации отметим работы Е.В. Кришталя [52, 57], В.В. Слюсаря [15, 18], К.В. Рябухина [17, 118]. Так, например, модифицирующее влияние употребления алкоголя в подростково-юношеском возрасте на формирование полоролевого поведенческого стереотипа было впервые установлено Е.В. Кришталем [57]: «алкоголизм нередко полностью изменяет изначальную присущий личности стереотип полоролевого поведения». Показано, что наличие девиаций полоролевого поведения может выступать не только в роли значимого предикционного для будущей алкоголизации фактора, но и являться коморбидизирующим фактором [57], усложняющим клиническую картину аддикции различными сексопатологическими и психопатологическими симптомами, возникающими в процессе полоролевого конфликта у половых партнеров.

Исследование К.В. Рябухина [118] посвящено определению выраженности психологической маскулинности и фемининности у женщин, страдающих алкоголизмом, а также установлению связи между этими показателями и акцентуациями характера. Для установления типа акцентуации характера автор использовал методику Леонгарда-Шмишека, для определения маскулинности-фемининности – ACL-шкалу А. Хейлбрун. Самые высокие показатели маскулинности на уровне Я-концепции были отмечены у женщин с возбудимой (В), демонстративной (Де), гипертимной (Г) акцентуациями характера, причем различия указанных подгрупп по этому показателю недостоверны ($p > 0,05$). Наиболее низкие показатели маскулинности оказались

у женщин с тревожной (Т), эмотивной (Э), дистимической (Ди) и застревающей (З) акцентуациями, к тому же они были достоверно ниже, чем у женщин с возбудимой ($p < 0,01$) акцентуацией. Маскулинность женщин с педантической (П) акцентуацией была ниже, чем женщин с возбудимой ($t = 1,84; p < 0,05$) и демонстративной ($t = 2,17; p < 0,05$) акцентуациями. Полученные данные о маскулинности в указанных группах были проранжированы в следующей последовательности: В = Де = Г = П > Т = З = Э = Ди. Гипермаскулинность женщин с возбудимой акцентуацией проявлялась в агрессивности, настойчивости, малой чувствительности к переживаниям других людей, в наличии садистических элементов в социальном и сексуальном поведении, в желании властвовать, доминировать. Повышенная маскулинность женщин с демонстративной акцентуацией проявлялась в активности, так называемом «комплексе маскулинности», или по психоаналитической терминологии в «комплексе кастрации», приводившей к соперничеству и борьбе с мужчинами. По феминности на уровне Я-концепции исследованные группы женщин достоверно не различались. Исключение составляли лица с педантической акцентуацией, у которых были самые низкие из восьми анализируемых подгрупп показатели феминности, о чем свидетельствует достоверность различий этой подгруппы женщин по сравнению с подгруппой женщин с возбудимой акцентуацией ($p < 0,01$). Уровни феминности в анализируемых подгруппах были проранжированы автором в виде формулы: Т = З = Э = В = Де = Г > Ди = П. Автором также было установлено, что при возбудимой, демонстративной и гипертимной акцентуациях отмечаются высокие уровни и маскулинности, и феминности в полоролевой Я-концепции женщин; при педантической акцентуации наблюдается повышение маскулинности и снижение феминности, что трактовалось автором как деформация полоролевой Я-концепции. У женщин с тревожной, застревающей, эмотивной и дистимической акцентуациями феминная Я-концепция было повышена.

Полученные результаты позволили сделать предположение о том, что сдвиг в сторону феминизации происходит за счет повышения показателя фемининности при неизменном или даже уменьшенном показателе маскулинности. Женщины с возбудимой, демонстративной, гипертимной и застревающей акцентуациями характера продемонстрировали гипермаскулинность на биогенном уровне, а различия между ними по этому показателю оказались статистически незначимыми ($p > 0,05$). Проведенное исследование также показало, что гипомаскулинными являются женщины с педантической, тревожной, эмотивной акцентуациями, причем различия между ними по этому показателю незначимы ($p > 0,05$). Лица с возбудимой, демонстративной, застревающей и гипертимной акцентуациями имели достоверно более высокие показатели маскулинности на биогенном уровне, чем женщины с эмотивной и тревожной акцентуациями ($p < 0,01$). Полученные автором данные свидетельствовали о межуровневой полоролевой несогласованности (дискордантности) при педантической и застревающей акцентуациях характера, при возбудимой и демонстративной акцентуациях. Расхождение выраженности маскулинности на уровне полоролевой Я-концепции и биогенном уровне позволяет предположить наличие у женщин внутриличностного конфликта и в связи с этим – наличие противоречивости установок и ожиданий. Такого несоответствия нет в группе женщин с тревожной акцентуацией. Проведенное экспериментально-психологическое обследование позволило сделать вывод о наличии зависимости нарушений полоролевого поведения у женщин, страдающих алкоголизмом от типа акцентуации характера. При этом, вариативность проявляется либо в наличии внутреннего конфликта, вызванного несогласованностью между тенденциями поведения на биогенном и социогенном уровнях, либо во взаимном их усилении.

Исследование В.В. Слюсаря [18] подтвердило гипотезу о том, что стиль

поведения в родительских семьях является важным фактором первичной социализации личности будущих супругов, определяя стиль их собственного поведения (адаптивного или дезадаптивного) в двух основных бинарных структурах новосозданной семьи: мужеско-женской и детско-родительской. Автором было установлено, что первичная социализация в родительской семье при наличии у родителей деструктивных социализирующих стилей, а именно индифферентного, либерального и авторитарного, оказывает значимое модифицирующее влияние на нормативное течение и исходы психосексуального развития у женщин, зависимых от алкоголя (что подтверждалось установленной сильной позитивной корреляционной связью между параметрами «деструктивные стили родительского воспитания» и «наличие девиантного (непатологического) полоролевого поведенческого стереотипа» ($r = 0,84$, при $p < 0,001$). Также было установлено, что первичная социализация в родительской семье при наличии у родителей конструктивного (авторитетного) социализирующего стиля обеспечивает гармоничную первичную социализацию женщины и формирование у неё нормативного фемининного полоролевого стереотипа. Полученные данные позволили автору отнести авторитетный стиль родительского воспитания к позитивным социализирующим факторам, обеспечивающим гармоничное течение первичной социализации личности и её психосексуального развития, а индифферентный, либеральный и авторитарный стили – к негативным социализирующим факторам, повышающим риски формирования полоролевых девиаций.

В публикации В.В. Слюсаря [15] отражены результаты исследования полоролевых характеристик 66 женщин зависимых от алкоголя (средний возраст $25,50 \pm 2,10$ лет). Наличие аддиктивного и поведенческого расстройства устанавливалось на основании диагностических критериев МКБ-10. Полоролевых характеристик были изучены с помощью «Методики диагностики

кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения» Б.Е. Алексеева [64]. В ходе исследования было установлено, что девиации полоролевого стереотипа, отражающие дисгармоничность психосексуального развития, весьма распространены среди женщин, зависимых от алкоголя: частота лиц с ненормативным полоролевым поведенческим стереотипом в изученном контингенте достигала величины 75,76%. Среди лиц с ненормативным полоролевым поведенческим стереотипом значимо преобладали женщины с трансформацией полоролевого поведения ($p < 0,001$). Определено, что у большинства женщин, зависимых от алкоголя и имеющих девиации полоролевого поведения, течение алкогольного расстройства имело все признаки злокачественности, на что указывало, прежде всего, ранее начало употребления алкоголя и скоротечность формирования синдрома отмены. Такая негативная динамика алкогольного расстройства, по мнению автора, была связана с высокорисковым аддиктивным поведением, модифицированным имеющимися у женщин полоролевыми характеристиками, присущими противоположному полу, и сопоставимым с аддиктивным поведением у мужчин. Также установлено, что алкоголь существенно модифицирует сексуальное поведение женщин с зависимостью и полоролевыми девиациями, способствуя формированию аномального сексуально-поведенческого паттерна, при котором достижение оргазма и полноценное психосексуальное удовлетворение с половым партнером становится возможным исключительно при условии прекоитальной алкоголизации. Показана первичность расстройств половой роли по отношению к аддиктивному расстройству. Установлено, что высокие показатели шкальной оценки, полученные при использовании «Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения» Б.Е. Алексеева характеризуют нарастание кроссполовой акцентуации М-Ф измерения у женщин, зависимых от алкоголя. При этом максимально высокие показатели шкальной оценки М-Ф измерения установлены у женщин с

патологическим (садистическим) полоролевым поведенческим стереотипом.

1.6. Обобщения к разделу 1

1. Высокая распространенность, раннее начало, серьёзные медицинские и социальные последствия зависимости от алкоголя у женщин свидетельствуют о том, что она является актуальной проблемой современной медицины.

2. Многочисленные работы посвященные зависимости от алкоголя у женщин освещают преимущественно факторы развития, клинический полиморфизм, специфичность её проявлений в половозрастных контингентах. Единичные работы посвящены анализу индивидуально-психологических и полоспецифических (полоролевых, в частности) особенностей женщин, зависимых от алкоголя.

3. Установлена неоднородность контингента женщин, зависимых от алкоголя по критерию наличия или отсутствия расстройств половой идентификации и полоролевого поведения. В частности, установлено, что алкогольная зависимость у женщин может сочетаться с РПП, равно как проявляться и без таковых.

4. Отмечена значительная распространенность РПП у женщин зависимых от алкоголя.

5. Установлено, что расстройства РПИ и РПП являются первичной патологией у значительного числа зависимых от алкоголя женщин, а частое употребление психоактивных веществ при РПИ и РПП неслучайно, поскольку употребление последних позволяет уменьшать обусловленную этими расстройствами дисфункциональность и гендерную неконгруэнтность в полоориентированных ситуациях, временно дезактуализировать имеющийся полоролевой конфликт.

6. Установлено наличие устойчивых представлений о том, что

правильно сформированные половая идентичность, полоролевое поведение и в целом гармоничность психосексуального развития отражают зрелость личности и влияют на ее социальную адаптацию. Несформированность, дисгармоничность и другие особенности полоролевого поведения, отражающие наличие психосексуального диатеза, могут служить предпосылкой для развития внутреннего психологического конфликта и нарушения межличностных отношений, тем самым делая индивидуума более уязвимым в полоспецифических ситуациях.

7. Установлено отсутствие обобщенной статистики по распространенности в мировой женской популяции РПИ, отличных от транссексуализма, а также значительный разброс результатов выборочных клиничко-эпидемиологических исследований указанного класса расстройств; выявлена проблема несовершенства клинической диагностики РПИ в целом и РПРП в частности, которая заключается в недостаточной клинической определенности понятий РПИ и РПРП в различных научных школах, применении наряду с унифицированными критериями МКБ-10 диагностических критериев РПИ и РПРП, разработанных в национальных научных школах, отсутствии четко определенных клинических критериев дифференциации различных форм РПРП в рамках МКБ-10, что затрудняет оценку и сопоставимость результатов исследований.

8. Установлено, что вопросы психологической диагностики расстройств половой идентификации, к которым относятся РПРП, разработаны недостаточно, отсутствует единство взглядов на объем, мишени и задачи психодиагностики указанного класса расстройств, что затрудняет создание унифицированных психодиагностических стандартов.

9. Отмечен общий недостаток знаний о психологических особенностях РПРП у женщин и частная недостаточность знаний таковых особенностей у женщин с коморбидно протекающими РПРП и алкогольной зависимостью.

10. Отмечено отсутствие психодиагностических признаков различных клинических типов РПРП при алкогольной зависимости у женщин, что делает психодиагностику указанного класса расстройств недостаточной.

РАЗДЕЛ 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика обследованных

Исследование проводилось с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на основании информированного согласия на протяжении 2012–2014 годов на базе КУОЗ «Харьковская обласная клиническая наркологическая больница». Всего было обследовано 97 женщин. Клиническую выборку составили 67 женщин с расстройствами полоролевого поведения и алкогольной зависимостью (шифр по МКБ-10: F64.9, F10.21 – «расстройство половой идентификации, неуточненное», «синдром зависимости от алкоголя»). Клиническая диагностика проводилась врачом-психиатром. Выборку здоровых лиц составили 30 женщин без признаков психических и поведенческих расстройств, с нормативным (по медицинскому критерию) фемининным полоролевым поведением (все женщины выборки являлись женами находившихся на лечении в КУОЗ пациентов).

На основании унифицированных критериев МКБ-10 в клинической выборке были выделены две основные группы (табл. 2.1.):

Таблица 2.1.

Распределение групп сравнения по критериям МКБ-10

Группы сравнения	Клинический диагноз по критериям МКБ-10	Абс. ч., чел.	Отн. ч., %
1-я группа (ТПРП ЗА)	F64.9.1., F10.21. (трансформация полоролевого поведения, синдром зависимости от алкоголя)	38	56,72 ¹
2-я группа (ГРП ЗА)	F64.9.2, F10.21. (гиперролевое поведение, синдром зависимости от алкоголя)	29	43,28 ²
Контрольная группа (КГ)	-	30	100,00

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

Первую группу составили 38 (56,72%) пациенток с трансформацией полоролевого поведения, зависимых от алкоголя (ТПРП ЗА).

Вторая группа объединила 29 (43,28%) пациенток с гиперролевым поведением, зависимых от алкоголя (ГРП ЗА).

Тридцать здоровых женщин с нормативным по медицинскому критерию фемининным полоролевым поведением образовали контрольную группу (КГ).

Средний возраст пациенток с РПРП и зависимостью от алкоголя (РПРП ЗА) составил $29,5 \pm 1,02$ лет, здоровых испытуемых – $30,0 \pm 1,06$ лет. Все обследованные женщины были жителями Харькова и Харьковской области.

Группы сравнения были сопоставимы по параметру «величина среднего возраста» ($p > 0,05$), а также по параметрам морфологического (соматического) и гражданского (юридического, паспортного) пола: все испытуемые в них имели телесные (первичные и вторичные) признаки женщин и были записаны в паспортах как лица женского пола (табл. 2.2.).

Таблица 2.2.

Распределение испытуемых по морфологическому и гражданскому полу, %

Детерминанты половой принадлежности	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$		2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$		Контрольная группа, $n = 30$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Морфологический пол						
Женский	38	100,00	29	100,00	30	100,00
Мужской	-	-	-	-	-	-
Гражданский пол						
Женский	38	100,00	29	100,00	30	100,00
Мужской	-	-	-	-	-	-
Всего:	38	100,00	29	100,00	30	100,00

Анализ характеристик возрастных периодов в группах сравнения показал, что большинство пациенток с ТПРП ЗА (68,42%) и ГРП ЗА (68,97%), и все здоровые женщины находились в возрастном интервале 28–32 года (табл. 2.3.). Т.е. все обследованные характеризовались как молодые женщины.

Таблица 2.3.

Распределение испытуемых по возрастным интервалам, %

Возрастной интервал, лет	Группы сравнения					
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$		2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$		Контрольная группа, $n = 30$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
24–27	12	31,58	9	31,03	-	-
28–32	26	68,42 ¹	20	68,97 ²	30	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий $^{1-2} p > 0,05$.

Уровень образования женщин в группах сравнения виден из данных табл. 2.4.

Таблица 2.4.

Распределение испытуемых по уровню образования, %

Группы сравнения	Уровень образования							
	среднее		среднее специальное		неоконченное высшее		высшее	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	16	42,11	22	57,89 ³	-	-	-	-
2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	5	17,24	10	34,48 ⁵	4	13,79	10	34,48 ¹
Контрольная группа, $n = 30$	-	-	14	46,67 ⁴	2	6,67 ⁷	14	46,67 ²

Примечание: достоверность различий: $^{1-2} - p < 0,01$; $^{3-4} - p < 0,01$; $^{3-5} - p < 0,05$; $^{6-7} - p > 0,05$.

В группах сравнения процент лиц с завершенным высшим образованием достоверно был выше в контрольной группе ($^{1-2} - p < 0,01$), тогда как процент лиц со средним специальным образованием достоверно был выше в группе с ТПРП ЗА ($^{3-4} - p < 0,01$ и $^{3-5} - p < 0,05$).

Характер трудовой занятости и деятельности женщин в группах сравнения иллюстрируются данными табл. 2.5.

Таблица 2.5.

Трудовая деятельность испытуемых в группах сравнения, %

Группы сравнения	Характер трудовой деятельности				Должность			
	работники физического труда		работники умственного труда		руководители		исполнители	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
1-я группа ТПРП ЗА, $n = 24$	20	83,33	4	16,67 ¹	-	-	24	100,00
2-я группа ГРП ЗА, $n = 20$	10	50,00	10	50,00 ²	-	-	20	100,00
Контрольная группа, $n = 30$	14	46,67 ³	16	53,33 ⁴	7	23,33	23	76,67

Примечание: достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² – $p < 0,01$; ³⁻⁴ – $p < 0,01$.

Анализ профессиональной занятости показал, что большинство пациенток с ТПРП ЗА и ГРП ЗА (63,16% и 68,97%, соответственно) были трудоустроены, остальные временно не работали.

Все здоровые женщины были трудоустроены. Большинство из трудоустроенных женщин с ТПРП ЗА и половина женщин с ГРП ЗА занимались физическим трудом. Большинство здоровых женщин являлись работниками умственного труда. Во всех сравниваемых группах испытуемые чаще были исполнителями.

На момент исследования в актуальном браке находились большинство женщин с ГРП ЗА (51,72%) и только 23,68% женщин с ТПРП ЗА. Все здоровые женщины КГ были замужем (табл. 2.6.).

Пациентки с ТПРП ЗА чаще находились в разводе, по сравнению с пациентками с ГРП ЗА ($p < 0,01$).

Таблица 2.6.

**Распределение испытуемых в группах сравнения по признаку
«семейное положение», %**

Группы сравнения	Семейное положение							
	замужем		в разводе		вдова		замужем не была	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	9	23,68 ¹	14	36,84 ³	5	13,16	10	26,32
2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	15	51,72 ²	6	20,69 ⁴	-	-	8	27,59
Контрольная группа, $n = 30$	30	100,00	-	-	-	-	-	-

Примечание: достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² – $p < 0,01$; ³⁻⁴ – $p < 0,01$.

Все имеющие брачный опыт женщины с ТПРП ЗА (28, или 100,00%) и 9,52% женщин с ГРП ЗА состояли в повторном браке, тогда как опыт повторного брака имели только 6,67% здоровых женщин. Достоверно чаще в сравниваемых группах опыт повторного брака имели женщины с ТПРП ЗА ($p < 0,01$) (табл. 2.7.).

Таблица 2.7.

Распределение испытуемых по признаку «повторность брака», %

Группы сравнения	Число браков			
	единственный брак		повторный брак	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
1-я группа ТПРП ЗА, $n = 28$	-	-	28	100 ¹
2-я группа ГРП ЗА, $n = 21$	19	90,48	2	9,52 ²
Контрольная группа, $n = 30$	28	93,33	2	6,67 ³

Примечание: достоверность различий: ¹⁻² – $p < 0,01$; ¹⁻³ – $p < 0,01$.

Дети были у всех здоровых женщин, большинства женщин с ГРП ЗА (52,38%) и только у 9 (32,14%) пациенток с ТПРП ЗА (из имевших брачный опыт) (табл. 2.8.). По два ребенка было у большинства и только у здоровых

женщин. Среди женщин с ТПРП ЗА достоверно чаще детей имели пациентки с ГРП ЗА ($^{1-2} - p < 0,01$).

Таблица 2.8.

Данные о наличии у испытуемых детей, %

Группы сравнения	Наличие детей		Наличие двух и более детей	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
1-я группа ТПРП ЗА, $n = 28$	9	32,14 ¹	-	-
2-я группа ГРП ЗА, $n = 21$	11	52,38 ²	-	-
Контрольная группа, $n = 30$	30	100,00	16	53,33

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

Анализ сравнения семейного положения показал, что женщины с ТПРП ЗА достоверно реже вступали в супружеские отношения по сравнению со здоровыми женщинами с нормативным (фемининным) полоролевым поведением ($p < 0,01$), и достоверно чаще разрывали семейные узы ($p < 0,01$) (табл. 2.6. и 2.7.).

Из данных табл. 2.9. следует, что основные и контрольная группа существенно не отличались по показателю «наличие родительской семьи». Большинство женщин с ТПРП ЗА (84,21%) и ГРП ЗА (96,55%) и все здоровые фемининные женщины имели родительскую семью. Отсутствие родительской семьи среди женщин основных групп чаще отмечалось у пациенток с ТПРП ЗА (в 4,58 раза, $p < 0,01$).

Таблица 2.9.

**Данные об отсутствии/наличии родительской семьи
в группах сравнения, %**

Родительская семья	Группы сравнения					
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$		2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$		контрольная группа, $n = 30$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Наличие семьи	32	84,21	28	96,55	30	100,00 ⁴
Отсутствие семьи	6	15,79 ¹	1	3,45 ²	-	-

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

Как следует из данных табл. 2.10., сравниваемые группы отличались по показателю «полнота семьи». Из имевших родительскую семью, семья была неполной у 18,75% пациенток с ТПРП ЗА и у 50,00% пациенток с ГРП ЗА. Указанный показатель значительно отличался от известных общих показателей неполных семей в популяции, где их доля составляет в среднем 14,7–16% (Е.Б. Бреева, 1999: цит. по [14]). Среди лиц с РПРП ЗА неполную родительскую семью чаще имели женщины с ГРП ЗА ($p < 0,01$).

Таблица 2.10.

Данные о полноте родительской семьи в группах сравнения, %

Полнота семьи	Группы сравнения					
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 32$		2-я группа ГРП ЗА, $n = 28$		контрольная группа, $n = 30$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Полная	26	81,25 ¹	14	50,00 ²	30	100,00 ⁴
Неполная	6	18,75	14	50,00	-	-

Примечание: достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² – $p < 0,01$.

Таким образом, анализ общих характеристик обследованных женщин выявил однородность большинства основных показателей, что стало основанием для вывода о гомогенности основных и контрольной групп, релевантности полученных данных и репрезентативности результатов исследования.

2.2. Методы исследования

Для реализации исследовательской цели был использован комплекс методов:

- 1) теоретический;
- 2) эмпирический;
- 3) математико-статистический.

Теоретический метод (анализ научных источников по теме

исследования).

Эмпирический метод (клинические шкалы, тестирование).

Для изучения особенностей половой идентичности, полового, полоролевого и аддиктивного поведения испытуемых были использованы следующие клинические шкалы: Шкала нарушений половой идентичности (Г.Е. Введенский, Е.В. Мединский [14]) (Приложение 1), Шкала сексуальной ориентации (А. Kinsey et all. [119]) (Приложение 2), Методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения (Б.Е. Алексеев) [64] (Приложение 3), Методика шкалирования оценки мотивов потребления алкоголя (В.Ю. Завьялов) [120].

Использованная в настоящем исследовании батарея тестовых методик отличалась высокой теоретической обоснованностью и валидностью, целенаправленной многомерностью и конструктивной простотой.

Структурные особенности личности испытуемых групп сравнения изучались с помощью Я-структурного теста Г. Аммона (ISTA) [121]. Данная методика разработана представителями гуман-структурологического холистического подхода в рамках динамической психиатрии, максимально интегрирующего различные аспекты понимания человека как биопсихосоциодуховной сущности [122, 123, 124]. В динамической психиатрии выделяются три составляющие функциональной организации Я: конструктивность, деструктивность, дефицитарность и шесть центральных Я-функций, репрезентативно отражающих целостную структуру бессознательного и содержательно понимаемых, как изначально наделенные конструктивным ресурсом [122–124]:

- агрессия – деятельная активность;
- страх (тревожность) – совладание с тревогой;
- внешнее «Я-отграничение» – автономия с гибкой границей «Я»;
- внутреннее «Я-отграничение» – гибкая регуляция границ осознающего

«Я» и неосознаваемых побуждений;

- нарциссизм – позитивное самопринятие;
- сексуальность – взаимообогащающее единение.

Опросник ISTA содержит 220 вопросов, которые оценивались испытуемыми как верные или неверные по отношению к ним. Тест состоит из 18 шкал, объединенных в 6 отдельных блоков. Каждый из блоков описывает деятельность одной из 6 центральных Я-функций. Каждая из Я-функций описывается тремя отдельными шкалами, позволяющими оценить степень выраженности конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющей этих центральных личностных образований. В связи с этим все названные блоки включают конструктивную, деструктивную и дефицитарную шкалы. Интерпретация полученных в ходе применения ISTA результатов, осуществлялась с учетом рекомендаций, изложенных в [121, 122, 123, 124].

Выраженность и соотношение поведенческих аспектов маскулинности/фемининности у испытуемых групп сравнения были изучены с помощью 5-й шкалы «маскулинность-фемининность» «Стандартизированного многофакторного метода исследования личности» (СМИЛ) [125]. Все психологические профили СМИЛ, включенные в настоящее исследование по шкалам L, F, K были оценены как «достоверные» (разность F – K в сырых балах, не превышала по абсолютной величине 11 в ту или иную сторону). Интерпретация по базисным и шкалам достоверности осуществлялась в соответствии с принципами анализа профиля предложенного Л.Н. Собчик [125]. Шкальные значения выше 70 Т-баллов квалифицировали как «высокие»; шкальные значения в интервале 56–70 Т-баллов – как «повышенные», значения в интервале 45–55 Т-баллов – как «средние»; значения в интервале 44–30 Т-баллов – как «сниженные», а значения ниже 30 Т-баллов – как «низкие». Возрастание шкал в пределах средних значений и некоторое их повышение, интерпретировали как положительно связанные с адаптивными свойствами

личности, в то время как высокие или низкие значения шкал – как отражающие патологические феномены и свидетельствующие о снижении адаптивности. В частности, повышенные и пониженные показатели по 5-й шкале («мужественности–женственности») интерпретировали как отклонение от типичного для данного пола ролевого поведения и затруднение сексуальной межличностной адаптации. Для кодирования профилей в настоящем исследовании был избран способ Хатэуэя [цит. по 125]: шкалы, находящиеся в зоне 45Т–55Т, в длиннике кода не записывались вовсе, вместо них ставили прочерк «-»; шкалы, расположенные выше 70Т, отделяли апострофом «'»; за ними указывали шкалы, находящиеся в зоне 55Т–69Т и выше; затем после знака «/» записывали шкалы, расположенные ниже 45Т; показатели шкал достоверности приводили в сырых баллах последовательно, соответственно L:F:K через двоеточие.

Выраженность и соотношение социогенных аспектов маскулинности/фемининности у испытуемых групп сравнения были изучены с помощью ACL-шкалы полоролевого поведения А.В. Heilbrun [126].

Полоролевая ACL-шкала разработана Goudh H.G. и Heilbrun A.V. [126]. Каждое прилагательное в шкальном списке характеризуется полоролевым индексом. 28 прилагательных составляют шкалу маскулинности и 25 – шкалу фемининности. Шкалы маскулинности и фемининности являются независимыми (коэффициент корреляции между ними не достигает значимого уровня). Методика в большей степени ориентирована на социогенные уровни полоролевого функционирования личности, так как диагностирует полоролевою "Я"- концепцию человека. Процедура тестирования по ACL-шкале основана на естественном языке самооценки – на прямом самооценивании испытуемым выраженности у себя маскулинных и фемининных черт. В основе методики лежит концептуализация маскулинности как инструментальности, а фемининности как экспрессивности.

Выраженность и соотношение биогенных аспектов маскулинности/фемининности у испытуемых групп сравнения были изучены с помощью Психосексуальной пропорции - шкала Dur-Moll в методике Зонди Л. (Szondi L.) [127]. Объектом оценивания являются мужские и женские реакции. Концептуально мужские реакции рассматриваются как жесткие, непластичные – как неспособность меняться. Напротив, женские реакции рассматриваются как пластичные, изменяемые. Таким образом, концепция Dur-Moll совершенно отлична от концептуализации маскулинности/фемининности как инструментальности/экспрессивности. В качестве мужских реакций (Dur) в каждом влечении Зонди Л. (1960) рассматривал следующие:

S-Dur	0+, +_0, +_+, +0, ++, -0, -+_, -+
P-Dur	0+, +_0, +_+_, +_+, -0, -+_, -+, --
Sch-Dur	+_0, +_+_, +_+, +_-, +0, +-, -0, --
C-Dur	0+, 0-, +_-, +0, +-, -0, -+_, --

В качестве женских (Moll) Л. Зонди считал следующие реакции:

S-Moll	00, 0+_, 0-, +_+_, +_-, ++_, +-, --
P-Moll	00, 0+_, 0-, +_-, +0, ++_, ++, +-
Sch-Moll	00, 0+_, 0+, 0-, ++_, ++, -+_, -+
C-Moll	00, 0+_, +_0, +_+, ++_, ++, -+, +_+_

Усиления (!) по потребностям в психосексуальной шкале означает лишь усиление мягких (Moll) или твердых (Dur) реакций. Показатель маскулинности: $M = (Rd / Rd + Rm) * 100\%$, где *Rd* – количество *Dur*- ответов, *Rm*- количество *Moll*- ответов. Индекс маскулинности Л. Szondi ориентирован на оценку биогенных аспектов маскулинности/фемининности [127].

При интерпретации результатов изучения психологической

маскулинности/фемининности у испытуемых мы исходили из предложенной проф. А.С. Кочаряном концепции симптомокомплекса маскулинности/фемининности, где «симптомокомплекс» понимается как «структурное образование, элементы которого находятся в разнообразных связях – потенцирования, ретардации, реципрокности, ортогональности и т.п.» [101, 128].

Уровень самооценки и её адекватность у женщин в группах сравнения изучали с помощью Методики исследования самооценки с помощью процедуры ранжирования (А.А. Реан, 2004) [129] (Приложение 4). В литературе высказано мнение, что любые формы аддиктивного поведения в ракурсе желательной терапевтической перспективы нельзя рассматривать изолированно, без учёта системы факторов, вызывающих и поддерживающих зависимость [130]. В.Д. Менделевич [131] и Е.Л. Khantzian [132], прямо указывают, что актуальной задачей современной научно-обоснованной медико-психологической реабилитации аддиктов является не только прекращение употребления психоактивного вещества, но и достижение изменений во всех значимых сферах жизнедеятельности: перестройка мотивационной сферы, коррекция дисфункциональных отношений, решение интерперсональных и внутриличностных конфликтов, интеграция личности, изменение самоотношения, формирование стратегий саморегуляции и совладания со стрессом, изменение самооценки. Побудительным мотивом изучения самооценки у женщин, зависимых от алкоголя с РПП, послужила находка в литературе указания на то, что самооценка аддиктов отличается от самооценки людей, свободных от психоактивных веществ. У аддиктов значительно выше степень расхождения между сниженной самооценкой и оценкой уровня потенциальных достижений, что является дестабилизирующим фактором, поскольку достаточно трудные цели сочетаются с представлениями о низких актуальных возможностях. В результате затрудняется планирование, и

снижается вероятность достижения результата, и, как следствие, в ещё большей степени снижается самооценка. Низкая самооценка у аддиктов соотносится с низким уровнем самоуважения и аутосимпатии, самоинтереса и самопонимания, а так же с ожиданием негативного отношения окружающих. Неудовлетворённость собой приводит к поиску компенсаторных путей поддержания позитивного самоотношения и повышает риск поведения, направленного на быстрое снятие напряжения [130]. Предпосылками при изучении неадекватности самооценки являлось предположение о том, что женщины, зависимые от алкоголя с различными клиническими типами РПП значительно различаются как между собой уровнем адекватности самооценки, существенным для планирования терапевтических усилий, так и от здоровых женщин с нормативной (фемининной) ролью. Ответный бланк Методики [129] содержал 20 стандартных качеств личности: уступчивость, смелость, вспыльчивость, настойчивость, нервозность, терпеливость, увлекаемость, пассивность, холодность, энтузиазм, осторожность, капризность, медлительность, нерешительность, энергичность, жизнерадостность, мнительность, упрямство, беспечность, застенчивость. В левой колонке (N) испытуемый ранжировал эти качества по тому, в какой мере они ему импонировали (20 – высший балл, 1 – низший). Затем в правой колонке ($N1$) ранжировал эти качества по отношению к себе. Между желаемым и реальным уровнем каждого качества определялась разность (d), которая возводилась в квадрат (d^2). Далее подсчитывалась сумма квадратов ($\sum d^2$) и по формуле $r = 1 - 0,00075 \sum d^2$ определялся коэффициент корреляции. Чем ближе коэффициент к 1 (от 0,7 до 1,0), тем выше самооценка, и наоборот. Об адекватной самооценке, свидетельствует коэффициент от 0,4 до 0,6.

Тревожность испытуемых в сравниваемых группах была изучена с помощью Шкалы самооценки реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера – STAI (Ю.Л. Ханин, адаптация, 1976) [133]. Данный тест

является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. В нашем исследовании при оценивании полученных результатов STAI был использован алгоритм К.Р. Червинской, О.Ю. Щелковой [133], который предполагал выделение пяти уровней выраженности для каждого из видов тревожности: очень низкий – от 20 до 24 баллов, низкий – от 25 до 30 баллов, умеренный – от 31 до 45 баллов, высокий – от 46 до 60 баллов и очень высокий – от 61 до 80 баллов.

Особенности эмпатии у испытуемых в группах сравнения изучали с помощью методики «Шкала эмоционального отклика» (Balanced Emotional Empathy Scale — BEES) [134]. Этот опросник был разработан А. Меграбяном (Albert Mehrabian) и модифицирован Н. Эпштейном [135]. С точки зрения А. Меграбяна, эмоциональная эмпатия – это способность сопереживать другому человеку, чувствовать то, что чувствует другой, переживать те же эмоциональные состояния, идентифицировать себя с ним. Как показали исследования, эмоциональная эмпатия связана с общим состоянием здоровья человека, его социальной адаптированностью и отражает уровень развития навыков взаимодействия с людьми. BEES позволяет проанализировать общие эмпатические тенденции испытуемого, такие ее параметры, как уровень выраженности способности к эмоциональному отклику на переживания другого и степень соответствия/несоответствия знака переживаний объекта и субъекта эмпатии. Объектами эмпатии выступают социальные ситуации и люди, которым испытуемый мог сопереживать в повседневной жизни. Опросник состоит из 25 суждений закрытого типа — как прямых, так и обратных.

Испытуемый должен оценить степень своего согласия/несогласия с каждым из них. Шкала ответов (от «полностью согласен» до «полностью не согласен») дает возможность выразить оттенки отношения к каждой ситуации общения. По сравнению с исходным вариантом опросника несколько изменена шкала ответов, составлены таблицы пересчета «сырых» баллов в стандартные оценки. Для обработки ответов мы пользовались Бланком подсчета результатов (Приложение 5). Обработка проводится в соответствии с ключом. За каждый ответ начисляется от 1 до 4 баллов. Общая оценка подсчитывается путем суммирования баллов. Степень выраженности способности личности к эмоциональному отклику на переживания других людей (эмпатии) определяется по таблице пересчета «сырых» баллов в стандартные оценки шкалы стенов. Полученные в ходе исследования результаты интерпретировали стандартным образом. Выделяли следующие уровни выраженности способности личности к эмоциональному отклику на переживания других людей (эмпатии): 82–90 баллов – очень высокий уровень; 63–81 балл – высокий уровень; 37–62 балла – нормальный уровень; 36–12 баллов – низкий уровень; 11 баллов и менее – очень низкий уровень.

Коммуникативные свойства женщин с РПП, зависимых от алкоголя, а также тип интерперсонального поведения и степень его адаптивности в ситуациях интерперсонального взаимодействия были изучены в сравнительном аспекте с помощью Методики «Диагностика межличностных отношений» (ДМО) (Л.Н. Собчик, 1990) [136]. Методика базируется на циркумплексной модели (circumplex model) межличностного взаимодействия, предложенной Т. Лири.

В основу построения циркумплексной модели легли следующие положения [137]:

- Все коммуникативные свойства человека обладают определенной качественной близостью или отдаленностью.

- Качественно близкие свойства могут отличаться по своей интенсивности, степени выраженности или проявленности.

- Совокупности качественно близких интерперсональных характеристик могут быть объединены в относительно однородные группы, представляющие собой типы межличностного поведения.

- Совокупность типов межличностного поведения образует определенную структуру.

- Интенсивность, выраженность или проявленность коммуникативных характеристик отражает их приспособительное или дезадаптационное значение.

Исходя из вышеуказанных положений, типы межличностных взаимодействий и соответствующие им характеристики графически представляются в виде секторов концентрических окружностей. Каждый сектор этих окружностей соответствует определенному типу интерперсонального поведения. Распределение типов поведения по секторам окружности не случайно, а строго соответствует циркумплексной модели: каждый тип плавно переходит в другой по кругу (против часовой стрелки), а типы, представленные в противоположных секторах, противоречивы. Распределение характеристик внутри секторов обусловлено степенью выраженности, заостренности межличностных свойств, так что по мере отдаления от центра к периферии нарастает акцентированность и дезадаптивность. Опросник содержит 128 оценочных суждений, из которых в каждом из 8 типов отношений образуются 16 пунктов, упорядоченных по восходящей интенсивности. Каждая испытуемая описывала с помощью предложенного перечня различные реально существующие или воображаемые объекты: себя («Я реальное»), себя воображаемого («Я идеальное»).

Максимальная оценка уровня ограничивалась 16 баллами и была разделена на четыре степени выраженности отношений: 0–4 балла – низкая; 5–8 баллов – умеренная, 9–12 баллов – высокая, 13–16 баллов – экстремальная.

Полученные в тестовом исследовании данные представлялись графически в виде циркограммы, состоящей из восьми октант. Каждому из четырех уровней в циркограмме соответствовала определенная концентрическая окружность. В результате исследования производился подсчет баллов по каждой октанте с помощью специального «ключа» к опроснику. Полученные баллы переносились на циркограмму. Концы векторов соединялись и образовывали личностный профиль.

По специальным формулам определялись показатели по двум основным факторам: доминирование и дружелюбие.

Доминирование = $(I - V) + 0,7 (VIII + II - IV - VI)$.

Дружелюбие = $(VII - III) + 0,7 (VIII - II - IV + VI)$.

Интерпретация результатов тестирования осуществлялась исходя из принципов, сформулированных К.В. Червинской [137].

Макиавеллизм как личностную полоспецифическую характеристику изучали с помощью «Методики исследования макиавеллизма личности» (четвертая версия Мак-шкалы Р. Кристи, Ф. Гейс, адаптация В.В. Знакова, 2001) [138, 139, 140]). Применение данной методики в контингенте пациентов с РПП обосновано описанными в литературе гендерными различиями «мужского» и «женского» макиавеллизма как на уровне установок, так и на уровне конкретного поведения. По мнению создателей Мак-шкалы, R. Christie, F.L. Geis (1970), макиавелизм представляет собой психологический синдром, основанный на сочетании взаимосвязанных когнитивных, мотивационных и поведенческих характеристик [141]. Главными психологическими составляющими макиавеллизма как свойства личности являются: 1) убеждение субъекта в том, что при общении с другими людьми ими можно и даже нужно манипулировать; 2) навыки, конкретные умения манипуляции [138, 141]. Последние включают в себя способность убеждать других, понимать их намерения и причины поступков. Макиавеллистические убеждения и навыки

могут не совпадать и реализовываться в поведении «автономно» [142]. Макиавеллизм как личностная характеристика в целом отражает неверие субъекта в то, что большинству людей можно доверять, что они альтруистичны, независимы, обладают сильной волей. Высокие оценки по Мак-шкале положительно коррелируют с экстернальностью, подозрительностью, враждебностью [138]. Такие субъекты более эффективно обманывают других, в межличностном общении чаще используют лесть [143] и в целом успешнее влияют на других людей [141]. Макиавеллизм не коррелирует с интеллектом, рациональными установками и такими личностными чертами, как потребность в достижении и уровень тревожности [144]. Люди, демонстрирующие высокие показатели по Мак-шкале, при вступлении в контакт с другими склонны держаться эмоционально отчужденно, обособленно, ориентироваться на проблему, а не на собеседника, испытывать недоверие к окружающим [145]. Текст «Методики исследования макиавеллизма личности» приведен в Приложении № 6.

Использованные в диссертации критерии и типологии: унифицированные диагностические критерии МКБ-10, критерии оценки нарушенной половой идентичности Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского [14], критерии оценки нормативности полового самосознания и полоролевого поведенческого стереотипа Г.С. Васильченко с соавт. [70]; типология стиля ранней женской алкоголизации Б.С. Братусь, П.И. Сидорова [146].

Методы математической статистики. Математическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере Pentium с использованием программ «SPSS 15.0» и «Excel» пакета «Microsoft Office-2010».

Статистическую обработку и анализ экспериментальных данных проводили с использованием параметрических и непараметрических методов. Были вычислены средние значения всех изучаемых показателей в различных

группах, ошибки средних величин. Достоверность различий определялась с помощью критерия Стьюдента. Проверка наличия взаимосвязей между исследуемыми параметрами осуществлялась методом корреляционного анализа. Использовались коэффициент ранговой корреляции Спирмена, *U*-критерий Манна-Уитни [147].

Расчет показателя специфичности признака (ПСП) (градации *z* признака *j* для класса *K* определялась как частота объектов в классах (состояниях), не обладающих симптомом *z*) осуществлялся в соответствии с методикой Л.Е. Панина, В.П. Соколова [148]. Признак, ПСП которого достигал значения 1,000, квалифицировался как «высокоспецифичный»; признак, ПСП которого был < 1, 000 (находился в интервале 0,900–1,000), квалифицировался как «специфичный».

2.3. Обобщения к разделу 2

1. Организация и общая методика эмпирического исследования психологических особенностей у женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя соотнесены с исследовательской целью.

2. Исследовательская выборка образована в соответствии с целями и задачами исследования. Общее количество лиц, вошедших в исследовательскую выборку: 97 (в клиническую выборку – 67, контрольную – 30). Сравнимые выборки различались по критериям наличия/отсутствия синдрома зависимости от алкоголя и наличия/отсутствия аномального (по медицинскому, психопатологическому критерию) паттерна полоролевого поведения, соотносимого в медицинском стандарте Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) с расстройством половой идентификации. Все лица, вошедшие в клиническую выборку были зависимы от алкоголя и имели признаки расстройства половой идентификации в форме

расстройства полоролевого поведения, все лица, образовавшие контрольную выборку не имели признаков алкогольной зависимости и расстройств полоролевого поведения. Использование унифицированных критериев МКБ-10 позволило выделить в клинической выборке две группы с различными типами расстройства полоролевого поведения: трансформацией полоролевого поведения и гиперролевым поведением. Здоровые женщины с нормативным (фемининным) полоролевым поведением составили контрольную группу. Образованные группы сравнения были паритетными по большинству социально-демографических показателей, что позволяет считать результаты исследования такими, что репрезентативно отражают генеральную совокупность.

3. Эмпирические исследования проводились с помощью клинических шкал и тестовых методик: Шкалы нарушений половой идентичности (Г.Е. Введенский, Е.В. Мединский), Шкалы сексуальной ориентации (А. Kinsey et all.), Методики шкалирования оценки мотивов потребления алкоголя (В.Ю. Завьялов), Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения (Б.Е. Алексеев), Я-структурного теста (Г. Аммон), Стандартизированного многофакторный метода исследования личности (Л.Н. Собчик.), 2007), Методики исследования самооценки с помощью процедуры ранжирования (А.А. Реан), Шкала эмоционального отклика (А. Mehrabian, N. Epstein), Шкала самооценки реактивной и личностной тревожности (Ч. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин), Методики Диагностики межличностных отношений (Л.Н. Собчик), ACL-шкалы полоролевого поведения (А.В. Heilbrun), Шкалы Dur-Moll (L. Szondi), Методики исследования макиавеллизма личности (четвертая версия Мак-шкалы Р. Кристи, Ф. Гейс, адаптация В.В. Знакова, 2001). Всего было использовано 4 клинических шкалы и 9 тестовых методик. Все использованные шкалы и методики отвечают цели и задачам исследования, хорошо зарекомендовали

себя в проведении эмпирических исследований и обладают хорошими параметрическими качествами. Достоверность и обоснованность полученных результатов и сделанных на их основе выводов обеспечены использованием валидных и надежных психодиагностических методик, репрезентативной выборкой; корректным применением статических методов с использованием *U*-критерия Манна-Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена, критерия Стьюдента.

РАЗДЕЛ 3

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

3.1. Результаты применения клинических шкал

3.1.1. Результаты изучения половой идентичности

На момент выполнения данного фрагмента исследования врачом-психиатром была проведена клиническая оценка основных характеристик сексуальности испытуемых. Использовались критерии оценки Г.С. Васильченко с соавт. [70]. Было установлено, что все испытуемые имели фенотипические признаки женщин и были записаны в паспортах как лица женского пола. У всех испытуемых имело место стойкое осознание своей принадлежности к женскому полу и гетеросексуальная направленность полового влечения. Полоролевое поведение у всех женщин контрольной группы характеризовалось как нормативное (фемининное), а у всех женщин клинических групп как нарушенное: у пациенток 1-й группы – как трансформированное (маскулинное), у пациенток 2-й группы – как гиперролевое (гиперфемининное). Наличие нарушенного полоролевого поведения являлось признаком нарушения половой идентичности на этапе формирования половой роли, поэтому клиническая оценка полоролевого поведенческого стереотипа была дополнена Шкалой нарушений половой идентичности Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского [14].

Результаты применения Шкалы нарушений половой идентичности, отражающие историю прохождения пациентками 1-й группы этапа становления базовой половой идентичности (или этапа формирования полового

самосознания), отражены в табл. 3.1. Из табл. 3.1., следует, что клинические признаки нарушения половой идентичности у всех испытуемых 1-й группы проявлялись уже в раннем детстве (с 4–5 лет). По С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенскому [14], картина нарушений базовой половой идентичности определяется расстройствами психического и физического «Я».

Таблица 3.1.

Проявления нарушенной половой идентичности у женщин 1-й группы на этапе формирования полового самосознания (базовой половой идентичности) (по критериям Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского, 2006), %

Шкальные признаки нарушенной базовой половой идентичности	Группы сравнения			
	1-я группа ТПП 3А, n = 38		контрольная, n = 30	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Признаки нарушения психического «Я»				
Предпочтение игровой деятельности в группах противоположного пола	-	-	-	-
Отсутствие предпочтений партнеров в играх по полу	29	76,32	-	-
Смешанный характер игровой деятельности	38	100,00	-	-
Отождествление с персонажами противоположного пола	-	-	-	-
Признаки нарушения физического «Я»				
Предпочтение внешних атрибутов другого пола	-	-	-	-
Негативное восприятие собственного телесного облика	-	-	-	-

О нарушении психического «Я» у испытуемых 1-й группы свидетельствовали следующие феномены: а) отсутствие предпочтений партнеров в играх по полу (у большинства), б) смешанный характер игровой деятельности (предметно-инструментальный и эмоционально-экспрессивный) (у всех). Пациентки описывали игры в куклы и наряду с этим – в машинки, конструкторы, кубики. Из табл. 3.1. также видно, что признаки нарушения физического «Я» базовой половой идентичности у испытуемых 1-й группы

отсутствовали.

Испытуемые женщины контрольной группы успешно прошли этап формирования полового самосознания и не выявили признаков нарушений половой идентичности (табл. 3.1.).

История прохождения пациентками 1-й группы этапа становления полоролевой идентичности отражена в табл. 3.2. Из табл. 3.2. следует, что на этапе становления полоролевой идентичности (Ф. Тайсон, Р. Тайсон, 1998: цит. по [14], или этапе половой роли по Г.С. Васильченко с соавт. [69, 70]) (6–12 лет), у всех испытуемых 1-й группы было отмечено предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных другой половой роли, а большинство из них переживали психологический дискомфорт, и не понимали сверстников своего пола.

Таблица 3.2.

Проявления нарушенной половой идентичности у женщин 1-й группы на этапе становления полоролевой идентичности (по критериям Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского, 2006), %

Признаки нарушенной половой идентичности	Группы сравнения			
	1-я группа ТПП 3А, <i>n</i> = 38		контрольная, <i>n</i> = 30	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Признаки нарушения психического «Я»				
Переживание психологического дискомфорта и непонимание сверстников своего пола	37	97,37	-	-
Предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных другой половой роли	38	100,00	-	-
Элементы трансформированного полоролевого поведения	38	100,00	-	-
Признаки нарушения физического «Я»				
-	-	-	-	-

Переживания психологического дискомфорта и непонимания

сверстников своего пола как проявление нарушения психического «Я» проявлялись в непонимании и осуждении фемининных стандартов поведения, характерных для подростков-девочек (увлечение косметикой, нарядами, откровенное обсуждение достоинств и недостатков мальчиков, отношений с ними и т.п.). Все женщины с ТПП ЗА отмечали, что им было «не интересно» со сверстницами, что было «более комфортно находиться и играть с мальчиками». *Предпочтение интересов и увлечений, более свойственных другой половой роли* у испытуемых 1-й группы проявлялось в инверсной игровой активности: преимущественный выбор сверстников противоположного пола в качестве партнеров по играм, преимущественный выбор «мальчиковых» игр и игрушек (игры в «войну», состязательные спортивные игры, машинки, оружие, пр.). Большинство испытуемых отметили ношение одежды противоположного пола. При этом все испытуемые чётко осознавали свою принадлежность к женскому полу. У всех испытуемых 1-й группы к концу этапа становления полоролевой идентичности (к 12 годам) были выявлены элементы трансформированного полоролевого поведения (мужеподобного): драчливость (проявление физической агрессии в отношении сверстников), эпизодическое ношение мужской одежды, стремление к доминированию при общении со сверстниками. Из табл. 3.2. также следует, что признаки расстройства физического «Я» половой идентичности на этапе становления полоролевой идентичности у испытуемых 1-й группы отсутствовали.

Проявления нарушений половой идентичности у пациенток 1-й группы на этапе формирования психосексуальных ориентаций представлены в табл. 3.3. *Генерализованное негативное или амбивалентное отношение к противоположному полу с сосуществованием разнонаправленных (негативных и позитивных) эмоциональных установок* как проявления нарушения психического «Я» были установлены у 23,68 % испытуемых 1-й группы (табл. 3.3.). Преимущественно встречались амбивалентное, двойственное отношение («тревожит и привлекает»). Подобная двойственность своеобразно соотносилась с разными фазами развития либидо и, соответственно с различными объектами: платоническая влюбленность в одного мужчину («первая любовь») сочеталась с негативным отношением к объектам

сексуального либидо; отсутствие эротики («не понимаю, зачем люди целуются») – с промискуитетом; целомудренному отношению к объекту «первой любви» – с половыми актами со случайными партнерами. Однако и к одному объекту отношение могло быть двойственное: наиболее часто сочеталось сексуальное влечение с презрением за несексуальные качества («был хорош в постели, а как мужик слабый»).

Таблица 3.3.

Проявления нарушенной половой идентичности у женщин 1-й клинической группы на этапе формирования психосексуальных ориентаций и на момент исследования (по критериям Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского, 2006), %

Признаки нарушенной половой идентичности	Группы сравнения			
	1-я группа ТПРП ЗА, n = 38		контрольная, n = 30	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Признаки нарушения психического «Я»				
Генерализованное негативное или амбивалентное отношение к противоположному полу с сосуществованием разнонаправленных (негативных и позитивных) эмоциональных установок	9	23,68	-	-
Предпочтение общения с лицами противоположного пола	25	65,79	-	-
Психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций)	38	100,00	-	-
Выбор социальной роли, естественной в данной культуре для противоположного пола	29	76,32	-	-
Выбор сексуальной роли, более характерной в данной культуре для противоположного пола	38	100,00	-	-
Интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства в нормативных гетеросексуальных контактах (гиполибидемия, олигооргазмия)	36	94,74	-	-
Признаки нарушения физического «Я»				
-	-	-	-	-

Предпочтение общения с лицами противоположного пола как проявления нарушения психического «Я» было отмечено у большинства (65,79%) испытуемых 1-й группы (табл. 3.3.).

Психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций) как проявление нарушения психического «Я» была установлена у всех испытуемых 1-й группы (табл. 3.3.). Отсутствие «психологического удовлетворения» при нормативных сексуальных контактах, несмотря на внешнюю их успешность (наличие вагинальной смазки, приятных ощущений во время фрикций, оргазма), – феномен, который претендует на роль патогномоничного при РПИ [14]. В литературе имеются указания на то, что термин «психологическое удовлетворение» не самый удачный [14], но, тем не менее, он достаточно точно описывает гамму субъективных переживаний, которую испытывают женщины с РПИ, в сексуальных контактах с мужчиной. В описаниях изученных нами женщин 1-й группы психологическая неудовлетворенность выражалась как «разочарованность» интимной близостью («вроде все хорошо, а чего-то не хватает», «ждала от мужика большего»), ненасыщаемостью интимного контакта («повторяю, приятно, но нет разрядки»).

Выбор социальной роли, естественной в данной культуре для противоположного пола был установлен у большинства (76,32%) пациенток с ТПРП (табл. 3.3.) Выбираемые профессии отражали стремление к доминированию на работе. Чаще всего пациентки с ТПРП в изученной выборке шли работать в охранные структуры, контролерами в супермаркеты и т.п.

Выбор сексуальной роли, более характерной для противоположного пола был установлен у всех (100,00%) испытуемых 1-й группы (табл. 3.3.) Отклонения от существующих стандартов в фемининной сексуальной роли

проявлялись: в промискуите (частой смене половых партнеров), инициативе сексуального контакта со стороны женщины, активной роли в периоде предварительных ласк; позиционной активности во время секса, в доминировании во время интимной близости, элементах деперсонафикации партнера во время интима (поза сверху, спиной к партнеру), активном включении в сценарный репертуар элементов садистических реализаций.

Интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства в нормативных гетеросексуальных контактах) были отмечены у большинства (94,74%) испытуемых 1-й группы (табл. 3.3.) и проявлялись в форме периодического снижения интенсивности полового влечения (гиполибидемии), редком переживании оргазма при наличии регулярной половой жизни (олигооргазмия). Признаки нарушения физического «Я» половой идентичности на этапе формирования психосексуальных ориентаций, равно как и на момент исследования, у испытуемых 1-й группы отсутствовали (табл. 3.3.).

Изучение периода становления базовой половой идентичности по критериям *Шкалы половой идентичности* позволило установить отсутствие признаков её нарушения у всех пациенток 2-й группы: все они в детстве предпочитали играть в группах своих сверстниц, их игровая деятельность характеризовалась как эмоционально-экспрессивная, ни в одном случае не было отмечено устойчивых отождествлений с персонажами противоположного пола.

Результаты применения Шкалы половой идентичности [14] на этапе формирования полоролевой идентичности у пациенток 2-й группы отражены в табл. 3.4. Из табл. 3.4. следует, что в возрасте от 6 до 12 лет, т.е. на этапе становления полоролевой идентичности (по Ф. Тайсон, Р. Тайсон, 1998: цит. по [14]) у всех испытуемых 2-й группы были установлены «элементы гиперролевого поведения», проявляемые в сверхценном увлечении кулинарией, нарядами, макияжем. Признаки нарушения физического «Я» половой идентичности отсутствовали.

Таблица 3.4.

Проявления нарушенной половой идентичности у женщин 2-й клинической группы на этапе формирования полоролевой идентичности (по критериям Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского, 2006), %

Признаки нарушенной половой идентичности	Группы сравнения			
	2-я группа ГРП ЗА, n = 29		контрольная, n = 30	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Признаки нарушения психического «Я»				
Элементы гиперролевого (фемининного) поведения	29	100,00	-	-
Признаки нарушения физического «Я»				
-	-	-	-	-

Результаты применения Шкалы половой идентичности на этапе формирования психосексуальных ориентаций у женщин 2-й группы отражены в табл. 3.5.

Таблица 3.5.

Проявления нарушенной половой идентичности у женщин 2-й группы на этапе формирования психосексуальных ориентаций и на момент исследования (по критериям Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского, 2006), %

Признаки нарушенной половой идентичности	Группы сравнения			
	2-я группа ГРП ЗА, n = 29		контрольная, n = 30	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Признаки нарушения психического «Я»				
Психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций)	29	100,00	-	-
Выбор аномальной (чрезмерно выраженной) в данной культуре сексуальной роли, характерной для своего пола	29	100,00	-	-
Интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства в нормативных гетеросексуальных контактах (гипо-, и аноргазмия, гениталгии, вагинизм)	25	86,21	-	-
Признаки нарушения физического «Я»				
-	-	-	-	-

Психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций) как проявление нарушения психического «Я» в структуре половой идентичности была установлена у всех пациенток с ГРП ЗА (табл. 3.5.). В описаниях гиперролевых женщин психологическая неудовлетворенность чаще всего выражалась как: «разочарование» после первого и последующих половых контактов («ждала большего»).

Акцентуированная (чрезмерно выраженная) сексуальная роль, характерная для своего пола была установлена у всех (100,00%) женщин с ГРП АЗ (табл. 3.5.) Отклонения от стандартов в данной культуре фемининной сексуальной роли проявлялись: в подчеркнутой пассивности, субмиссивности (подчиненности партнеру) во время интимной близости, предпочтении субдоминантных поз, включении в сценарный репертуар элементов мазохистических реализаций.

Интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства в нормативных гетеросексуальных контактах были установлены у большинства (86,21%) женщин 2-й группы (табл. 3.5.). Проявлялись они в форме преходящих колебаний интенсивности переживания сладострастных ощущений (гипо-, и аноргазмии), недостаточности генитальной lubricации, возникновении преходящих болезненных ощущений в области половых органов (гениталгии), а также преходящих спастических окклюзий половых путей (вагинизм) во время коитуса. Признаки нарушения физического «Я» половой идентичности на этапе формирования психосексуальных ориентаций и на момент исследования у пациенток 2-й группы отсутствовали (табл. 3.5.).

В табл. 3.6. отражены результаты расчета показателей специфичности признаков (ПСП) нарушенной половой идентичности на этапах ее формирования, установленных у испытуемых основных групп.

Таблица 3.6.

**Величины показателей специфичности признаков нарушений половой
идентичности на этапах ее формирования у испытуемых основных групп**

Этап формирования половой идентичности	Признаки нарушения половой идентичности	Величина показателя специфичности признака
Пациентки 1-й группы (ТПРП ЗА)		
Этап формирования базовой половой идентичности (полового самосознания) (4–5 лет)	смешанный характер игровой деятельности в детстве	1,000*
	отсутствие в играх предпочтений партнеров по полу	0,824
Этап становления полоролевой идентичности (6–12 лет)	предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных представителям мужского пола	1,000*
	устойчивые элементы трансформированного (маскулинного) полоролевого поведения	1,000*
	переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола	0,981
Этап формирования сексуальных предпочтений	психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций)	1,000*
	выбор социальной роли, естественной в данной культуре для противоположного пола	0,824
	выбор сексуальной роли, более характерной для противоположного пола	1,000*
	интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства в нормативных гетеросексуальных контактах (гиполибидемия, олигооргазмия)	0,912
Пациентки 2-й группы (ГРП ЗА)		
Этап становления полоролевой идентичности (6–12 лет)	устойчивые элементы гиперролевого (гиперфемининного) поведения	1,000*
Этап формирования сексуальных предпочтений	выбор аномальной (чрезмерно выраженной) в данной культуре сексуальной роли, характерной для своего пола	1,000*
	психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций)	1,000*
	интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства в нормативных гетеросексуальных контактах (гипо-, анооргазмия, гениталгии, вагинизм)	0,848

Примечание: * – высокоспецифичные признаки

Качественный анализ результатов, полученных в ходе применения Шкалы нарушений половой идентичности Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского [14] с последующей математической обработкой материала позволил дать более глубокую клиническую характеристику нарушений половой идентичности у лиц с различными типами РПП и зависимостью от алкоголя. Показатель специфичности признака равный 1,000, указывал на то, что данный признак характерен только для определенного типа расстройства полоролевого поведения. Поэтому все показатели специфичности признаков равные 1,000, в соответствии с алгоритмом интерпретации Л.Е. Панина, В.П. Соколова [148], были определены как «высокоспецифичные», а показатели специфичности < 1,000, лежащие в интервале от 0,900 до 1,000, определены как «специфичные».

3.1.2. Обобщения к подразделу 3.1.1.

1) У всех испытуемых женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя установлены признаки нарушения половой идентичности при адекватной женской аутоидентификации (т.е. стойком осознании своей принадлежности к женскому полу).

2) Признаки нарушения половой идентичности у женщин, зависимых от алкоголя с трансформацией полоролевого поведения манифестировали в возрастном интервале 4–5 лет, который соответствует этапу формирования базовой половой идентичности (полового самосознания).

3) Признаки нарушения половой идентичности у женщин, зависимых от алкоголя с гиперролевым поведением манифестировали в возрастном интервале 6–12 лет, который соответствует этапу становления полоролевой идентичности.

4) У всех испытуемых клинических групп признаки нарушения половой идентичности на всех этапах её формирования проявлялись исключительно

феноменами нарушения психического «Я» (по критериям Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского), что свидетельствовало о парциальности нарушения половой идентичности у лиц исследованного контингента.

5) Спектр высокоспецифичных признаков нарушения половой идентичности у женщин с трансформацией полоролевого поведения, зависящих от алкоголя шире по сравнению с аналогичным спектром у женщин с гиперролевым поведением, что отражает большую выраженность нарушения половой идентичности у пациенток с трансформацией полоролевого поведения.

б) Высокоспецифичными признаками нарушения половой идентичности у женщин с трансформацией полоролевого поведения, зависящих от алкоголя определены:

- смешанный характера игровой деятельности в детстве (время появления признака – 4–5 лет);

- предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных представителям мужского пола (время появления признака – 6–12 лет);

- наличие устойчивых элементов полоролевого поведения более свойственного мужскому полу (время проявления признака – 6–12 лет);

- выбор сексуальной роли, более характерной в данной культуре для противоположного пола (отклонения от стандартов фемининной сексуальной роли проявляются: в промискуите, инициативе сексуального контакта со стороны женщины, доминировании во время интимной близости, элементах деперсонализации партнера во время интима, активном включении в сценарный репертуар элементов садистических реализаций);

- психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций).

7) Высокоспецифичными признаками нарушения половой идентичности

у пациенток с гиперролевым поведением, определены:

- наличие устойчивых элементов гиперролевого (гиперфемининного) поведения (время проявления признака 6-12 лет);

- выбор аномальной (чрезмерно выраженной) в данной культуре сексуальной роли, характерной для своего пола. Отклонения от стандартов в данной культуре фемининной сексуальной роли проявляются в подчеркнутой пассивности, избыточной субмиссивности во время интимной близости, предпочтении субдоминантных поз, включении в сценарный репертуар элементов мазохистических реализаций.

8) Высокоспецифическими общими для женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя определены: психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций).

3.1.3. Результаты изучения полового поведения

Было установлено, что половое поведение в реальной жизни все испытуемые охарактеризовали как «исключительно гетеросексуальное». Однако только у испытуемых контрольной группы гетеросексуальность прослеживалась и в реальной жизни, и в сновидениях, и при мастурбации. У 21 (31,34%) испытуемой контрольной группы, поведение в сновидениях характеризовалось как «преимущественно гетеросексуальное с гомосексуальными элементами». Среди гомоэротических элементов преобладали сцены поцелуев и объятий с другими женщинами. Скрытые гомоэротические тенденции чаще в 1,44 раза были отмечены у женщин с ГРП ЗА ($p < 0,01$). Отношение к гомоэротическим элементам в сновидениях, у всех женщин их имеющих, характеризовалось как эгодистоническое (табл. 3.7.).

**Оценка сексуальной ориентации у женщин в группах сравнения
(по Шкале А. Кинзи), %**

Шкальный параметр	Клинические группы сравнения				Вся выборка аддиктов с РПП, $n = 67$		Контрольная группа, $n = 30$	
	1-я группа, $n = 38$		2-я группа, $n = 29$		абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %				
<i>Поведение в реальной жизни</i>								
Исключительно гетеросексуальное	38	100	29	100	67	100	30	100
<i>Поведение во снах, в мастурбаторных фантазиях</i>								
Исключительно гетеросексуальное	28	73,68	18	62,07	46	68,66	30	100
Преимущественно гетеросексуальное с гомосексуальными элементами	10	26,32 ¹	11	37,93 ²	21	31,34	-	-
<i>Отношение к гомоэротическим элементам в сновидениях</i>								
Синтоническое	-	-	-	-	-	-	-	-
Эгодистоническое	10	26,32	11	37,93	21	31,43	30	100

Примечание: достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² – $p < 0,01$.

3.1.4. Обобщения к подразделу 3.1.3.

1) Анализ результатов, полученных в ходе использования Шкалы А. Кинзи, позволили сделать заключение об однородности структуры либидо у здоровых женщин с нормативным (фемининным) полоролевым поведением, и об отсутствии таковой у женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя.

2) Только у испытуемых контрольной группы гетеросексуальность на поведенческом уровне прослеживалась и в реальной жизни, и в сновидениях, и при мастурбации.

3.1.5. Результаты изучения кроссполовой акцентуированности

Кроссполовая акцентуированность полоролевого поведения была объективизирована с помощью «Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения» Б.Е. Алексеева [64].

В табл. 3.8. приведены значения индекса кроссполового поведения (ИКП) испытуемых групп сравнения.

Таблица 3.8.

Распределение средних значений индекса кроссполового поведения (ИКП) у испытуемых групп сравнения, %, $M \pm m$

Величина ИКП	Основные группы				Контрольная группа, $n = 30$	
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$		2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$			
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
$0,916 \pm 3,01^1$	38	100,00	-	-	-	-
0,00	-	-	29	100,00	-	-
$0,166 \pm 0,01^2$	-	-	-	-	30	100,00

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

Из данных табл. 3.8. следует, что среднее значение ИКП, отмеченное у испытуемых 1-й группы находилось в шкальном интервале значений 0,6–1,0; который соотносится с «наличием явной кроссполовой акцентуации» по Б.Е. Алексееву [64]. Средние значения ИКП, отмеченные во 2-й группе и контрольные группах находились в шкальном интервале значений 0–0,2; который соотносится с «отсутствием кроссполовой акцентуации».

3.1.6. Обобщение к подразделу 3.1.5.

1) Наличие максимального значения ИКП, стремящегося к максимально предельному значению (т.е. к единице), объективизирует наличие трансформации полоролевого поведения у испытуемых 1-й группы. Наличие

минимального значения ИКП, совпадающего с минимально возможным значением (0), объективизирует отсутствие трансформации полоролевого поведения у испытуемых 2-й группы.

3.1.7. Результаты изучения аддиктивного поведения

На момент исследования аддиктивного поведения в группах сравнения у всех пациенток клинической выборки врачом-психиатром была установлена зависимость от алкоголя по критериям МКБ-10, и отсутствие таковой зависимости у здоровых женщин контрольной группы. У большинства испытуемых 1-й группы была установлена II стадия алкогольной зависимости, у большинства испытуемых 2-й группы – I стадия (табл. 3.9.).

Таблица 3.9.

Распределение испытуемых клинических групп относительно стадии зависимости от алкоголя, %.

Стадии зависимости от алкоголя	Группы сравнения			
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$		2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Первая	16	42,11 ¹	17	58,62 ²
Вторая	22	57,89 ³	12	41,38 ⁴
Всего:	38	100,00	29	100,00

Примечание: достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² – $p < 0,01$; ³⁻⁴ – $p < 0,01$.

Средний возраст первых проб алкоголя и формирования алкогольной зависимости у испытуемых основных групп отражены в табл. 3.10. Из табл. 3.10. следует, что пациентки 1-й группы (с ТПРП ЗА) начинали употреблять алкоголь на 0,95 лет раньше чем пациентки 2-й группы (с ГРП ЗА). Клинический материал позволил соотнести проявления ранней алкоголизации у обследованных клинических групп с типами ранней женской алкоголизации, выделенных Б.С. Братусь, П.И. Сидоровым [146]. Было установлено, что 1-й

тип ранней алкоголизации («алкоголизация в кругу лиц мужского пола») встречался исключительно у испытуемых с ТПРП ЗА, а 2-й и 3-й тип алкоголизации – исключительно у испытуемых с ГРП ЗА. При этом, 2-й тип ранней алкоголизации («алкоголизация в кругу лиц женского пола») был выявлен у большинства женщин с ГРП ЗА, а 3-й тип ранней алкоголизации («одиночное пьянство девочки-подростка») был установлен у 24,14% из них. Также были определены варианты ранней алкоголизации внутри выделенных типов.

Таблица 3.10.

Средний возраст первого употребления алкоголя и появления признаков алкогольной зависимости у испытуемых основных групп, $M \pm m$

Средний возраст, лет	Группы сравнения	
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$
Первой пробы алкоголя	$13,55 \pm 1,8^1$	$14,50 \pm 2,6^2$
Появления признаков алкогольной зависимости	$17,10 \pm 2,1^3$	$23,70 \pm 2,8^4$

Примечание: достоверность межгрупповых различий: $^{1-2} - p < 0,05$; $^{3-4} - p < 0,01$.

Распределение типов и вариантов ранней алкоголизации у пациенток клинических групп отражено в табл. 3.11. Первый прием алкоголя у большинства (81,58%) испытуемых с ТПРП ЗА произошел в компаниях сверстников мужского пола (алкоголизация по 1-му варианту 1-го типа). По Б.С. Братусь с соавт. [146] в подобных группах девочки отдают предпочтение «мужскому статусу», копируется мужской подростковый стиль алкоголизации. У части испытуемых с ТПРП ЗА (7, или 18,42%) первое употребление алкоголя происходило под влиянием взрослого пьющего мужчины (алкоголизация по 2-му варианту 1-го типа). В данном варианте стиль алкоголизации носил отпечаток алкоголизма мужского (взрослого) типа. В структуре потребляемого

алкоголя преобладали крепленые вина и крепкие спиртные напитки (водка, виски, самогон). В обоих случаях формирование мужского стиля алкоголизации происходило по «механизму индукции» [146].

Таблица 3.11.

Типы и варианты ранней алкоголизации у испытуемых клинических групп (по критериям Б.С. Братусь, П.И. Сидоров, 1984), %

Типы и варианты стиля ранней женской алкоголизации	Группы сравнения			
	1-я группа ТПРП ЗА, n = 38		2-я группа ГРП ЗА, n = 29	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
1-й тип: Алкоголизация в кругу лиц мужского пола	38	100,00	-	-
1-й вариант: совместная алкоголизация со сверстниками мальчиками	31	81,58	-	-
2-й вариант: употребление алкоголя под влиянием взрослого пьющего мужчины	7	18,42	-	-
2-й тип: Алкоголизация в кругу лиц женского пола	-	-	29	100,00
1-й вариант: употребление алкоголя в кругу сверстниц	-	-	18	62,07
2-й вариант: употребление алкоголя в кругу пьющих женщин	-	-	4	13,79
3-й тип: Одиночное пьянство девочки-подростка	-	-	7	24,14

Первый прием алкоголя у большинства (62,07%) испытуемых с ГРП ЗА произошел в компаниях сверстниц (алкоголизация по 1-му варианту 2-го типа). Алкоголь употреблялся ситуационно – перед танцами, на днях рождения и пр. В ассортименте при первых пробах преобладали слабоалкогольные коктейли (джин-тоник, ром-кола, бренди-кола и пр.). 13,79% испытуемых с ГРП ЗА начали употреблять алкоголь под влиянием взрослой пьющей женщины (алкоголизация по 2-му варианту 2-го типа). Моделью являлась алкоголизация взрослого пьющего человека. Употреблялись крепкие спиртные напитки в больших дозах, близких к пороговой (интоксикационной), до выраженной степени опьянения. При рассмотренных стилях алкоголизации (2-го типа) в

становлении зависимости преобладали механизмы «индукции» (при 1-м варианте 2-го типа) и «деформации» (при 2-м варианте 2-го типа) [146]. У 24,14% испытуемых с ГРП имела место алкоголизация по 3-му типу [138]. При этом типе алкоголизации алкоголь употреблялся в одиночку, в больших дозах, близких к пороговой (интоксикационной), до выраженной степени опьянения. Предпочтение отдавалось некрепким напиткам (шампанское, мартини). Алкоголь во всех случаях употреблялся с целью изменения актуального психического состояния, преодоления имеющегося психоэмоционального дискомфорта. Становление алкогольной зависимости при данном типе происходило по механизму «срыв реактивности» [146].

Соотнесение среднего возраста начала алкоголизации у испытуемых клинических групп с этапностью психосексуального онтогенеза, позволило установить, что первое знакомство с алкоголем всех испытуемых с ТПРП ЗА ($13,55 \pm 1,81$ лет) произошло после прохождения ими этапа формирования стереотипа полоролевого поведения (7–13 лет, по нормативам Г.С. Васильченко с соавт. [69, 70], или 6–12 лет по нормативам С.Н. Матевосяна, Г.Е. Введенского [14]), т.е. когда уже произошел выбор половой роли, наиболее соответствующий психофизиологическим особенностям ребенка и идеалам маскулинности (или фемининности) микросоциальной среды и сформировался характерный стереотип полоролевого поведения. У испытуемых с ГРП ЗА первое знакомство с алкоголем (средний возраст $14,48 \pm 2,8$ лет) во временном аспекте приходилось на этап формирования психосексуальной ориентации (по нормативам Г.С. Васильченко [69, 70]), т.е. когда полоролевой стереотип уже был сформирован.

Сопоставление продолжительности периодов от первых проб алкоголя до начала формирования I стадии алкогольной зависимости среди женщин с РПРП, позволило установить, что у женщин с ТПРП ЗА продолжительность периода формирования алкогольной зависимости от начала первой пробы

алкоголя составила $3,55 \pm 2,8$ лет, тогда как у женщин с ГРП ЗА – $9,20 \pm 0,8$ года (табл. 3.10). Т.е. формирование алкогольной зависимости происходило в 2,6 раз быстрее у женщин с трансформацией половой роли, что может быть объяснено ранней сформированностью у них «мужского» аддиктивного паттерна (алкоголь употреблялся чаще, крепость потребляемого алкоголя была выше, употребление в мужских компаниях осуществлялось «на равных»), т.е. более рисковым стилем аддиктивного поведения в целом.

Для выяснения системной структуры мотивов потребления алкоголя (МПА) и разработки мотивационного профиля личности испытуемых был проведен сравнительный анализ МПА по «Методике шкалирования оценки мотивов потребления алкоголя», разработанной В.Ю. Завьяловым [120]. Распределение типов инициальных МПА у женщин в группах сравнения отражено в табл. 3.12.

Таблица 3.12.

Типы инициальных мотивов употребления алкоголя у женщин в группах сравнения, %

Тип инициального мотива употребления алкоголя	Группы сравнения		
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	Контрольная группа, $n = 30$
Социально-психологические мотивы употребления алкоголя			
Традиционные	-	34,48	63,33
Субмиссивный	18,42 ¹	13,79 ²	6,67
Псевдокультурный	81,58 ³	27,59 ⁴	10,00
Личностные, персональные мотивы употребления алкоголя			
Гедонистические	-	-	10,00
Атарактические	-	24,14	-
Гиперактивации поведения	-	-	10,00
Патологические мотивы употребления алкоголя			
«Похмельная» мотивация	-	-	-
Аддиктивные мотивы	-	-	-
Мотивы самоповреждения	-	-	-
Всего:	100,00	100,00	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: ¹⁻² – $p < 0,01$; ³⁻⁴ – $p < 0,01$.

Как видно из представленных в табл. 3.12. данных, у здоровых женщин были установлены исключительно непатологические инициальные мотивы употребления алкоголя (социально-психологические и личностные), среди которых преобладали социально-психологические ($p < 0,01$), а среди последних – традиционные. Традиционная мотивация – употребление алкоголя по санкционированным в данной микросреде поводам [120]. В большинстве случаев первая проба алкогольсодержащих напитков (шампанское, сухое вино) произошла по инициативе родителей на праздновании Нового года или иного семейного торжества. В остальных случаях – в кругу подруг на праздновании дней рождения.

Псевдокультурная инициальная мотивация употребления алкоголя у здоровых женщин в нашем исследовании в большинстве случаев отражала желание привлечь к себе внимание значимых окружающих (подруг, одноклассников), добиться их расположения, в остальных случаях – приобрести опыт, для того чтобы потом похвастаться в кругу подруг, кто и что «пробовал» из спиртных напитков. Инициальные личностные мотивы в группе здоровых женщин были представлены и мотивом гиперактивации поведения – алкоголь (преимущественно в виде алкогольных коктейлей: «Джин-тоник» и пр.) употреблялся в качестве допинга для того, чтобы поднять тонус, стимулировать воображение и творческую деятельность, улучшить работоспособность. Гедонистический мотив употребления алкоголя у здоровых девочек отражал желание получить приятные ощущения, насладиться вкусом напитка.

Доминирующим инициальным мотивом употребления алкоголя у женщин с ТПРП ЗА являлся псевдокультурный (социально-интегративный) (табл. 3.12.). Частота указанного мотива составляла 81,58%. Псевдокультурный мотив первой алкоголизации отражал стремление девочек 1-й группы с

помощью употребления ПАВ интегрироваться в референтную для них мужскую группу, приобщиться к ценностям субкультуры мужчин. В нашем исследовании инициальная алкоголизация по псевдокультурному (социально-интегративному) мотиву осуществлялась во всех случаях в компаниях сверстников мужского пола или более старших подростков, с которыми испытуемые были знакомы по совместным играм. Прием алкоголя воспринимался как элемент «мужского» ролевого поведения, «подтверждал» принадлежность к сообществу мужчин. Вторичными связанными мотивами являлись мотивы подражания мальчикам, утверждение себя в мужской компании, доказывания способности «пить на равных». Вторым по частоте инициальным мотивом употребления алкоголя у женщин с ТПРП являлся субмиссивный (18,42%). Первая алкоголизация по субмиссивному мотиву происходила у всех трансролевых женщин во время вовлечения их в сексуальные эксцессы взрослыми мужчинами.

Из данных таблицы 3.12 следует, что доминирующим инициальным мотивом употребления алкоголя у женщин с ГРП ЗА являлся традиционный (социально-коммуникативный) (34,48%). В большинстве случаев первая проба алкогольсодержащих напитков (шампанское, сухое вино) происходила в кругу друзей на праздновании дней рождения, по инициативе последних. Употребление алкоголя в компаниях сверстниц облегчало общение в женских коллективах, способствовало преодолению застенчивости, пассивности. Вторым по частоте был псевдо-культурный мотив (социально-интегративный) (27,59%), что отражало стремление части гиперролевых девочек интегрироваться в компанию высокостатусных сверстниц. Третьим по частоте среди инициальных мотивов у лиц с ГРП был атактический мотив (24,14%). Алкоголь употреблялся с целью «снятия» эмоционального напряжения, достижения «расслабленности», «успокоится». Четвертым по частоте среди инициальных мотивов у лиц с ГРП являлся субмиссивный мотив (13,79%).

Употребление алкоголя по субмиссивному мотиву во всех случаях было связано с сповышенной подчиняемостью, неспособностью гиперролевых девочек противостоять натиску пьющей взрослой женщины.

Мотивы употребления алкоголя при сформированном синдроме зависимости от алкоголя у женщин с РППП ЗА отражают данные табл. 3.13.

Таблица 3.13.

Типы мотивов употребления алкоголя у женщин с РППП ЗА при сформированном синдроме зависимости от алкоголя, %

Тип мотива	Группы сравнения		РППП ЗА, $n = 67$
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	
Патологические мотивы употребления алкоголя			
«Похмельная» мотивация	21,05	31,03	25,37 ¹
Аддиктивные мотивы	78,95	68,97	74,63 ²
Мотивы самоповреждения	-	-	-
Всего:	100,00	100,00	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: ¹⁻² – $p < 0,01$.

Как видно из данных, представленных в табл. 3.13., у всех женщин с синдромом зависимости от алкоголя с РППП ЗА были установлены исключительно патологические мотивы употребления алкоголя («похмельный» и аддиктивные), среди которых преобладали аддиктивные ($p < 0,01$). Аддиктивные мотивы, отражали фиксацию в сознании испытуемых истинного влечения к алкоголю, «жажду алкоголя» [120].

Из данных, представленных в табл. 3.14, следует, что среднее групповое значение общего мотивационного напряжения (ОМН) МПА у здоровых женщин из контрольной группы находился в диапазоне от 12 до 26 баллов (средний по группе здоровых балл ОМН = $18,20 \pm 0,4$) и характеризовался как низкий (донозологический интервал составляет от 12 до 35 баллов). В общей выборке женщин-аддиктов с РППП ЗА при сформированном синдроме алкогольной зависимости, ОМН МПА характеризовалось как высокое, что

соответствовало нозологическому уровню употребления алкоголя (средний по группе балл ОМН = $42,51 \pm 1,1$ и находился в диапазоне 35–50 баллов).

Результаты сопоставления среднего возраста клинического оформления РПРП и зависимости от алкоголя у представителей основных групп отражено в табл. 3.15.

Таблица 3.14.

**Средние значения величин мотивационной напряженности потребления
алкоголя у женщин групп сравнения (на момент исследования)
(по В.Ю. Завьялову, 1998), баллы, $M \pm m$**

Характеристика мотивационных особенностей употребления алкоголя	
Контрольная группа, $n = 30$	
Средний показатель общей мотивационной напряженности (ОМН)	$18,20 \pm 0,4^1$
Диапазон баллов	12–26
Общая выборка пациенток с РПРП ЗА, $n = 67$	
Средний показатель ОМН	$42,51 \pm 1,1$
Диапазон баллов	35–50
1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	
Средний показатель ОМН	$44,52 \pm 0,7^2$
Диапазон баллов	35–50
2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	
Средний показатель ОМН	$40,50 \pm 0,6^3$
Диапазон баллов	35–50

Примечание: достоверность различий: $^{1-2} - p < 0,001$; $^{1-3} - p < 0,05$.

Таблица 3.15.

**Результаты сопоставления среднего возраста клинического оформления
РПРП и зависимости от алкоголя у представителей основных групп, $M \pm m$**

	Средний возраст клинического оформления РПРП, лет	Средний возраст клинического оформления зависимости от алкоголя, лет
1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	$9,10 \pm 1,1$	$17,10 \pm 2,10$
2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	$9,35 \pm 1,2$	$23,70 \pm 2,84$

Из табл. 3.15. следует, что у женщин клинических групп расстройство полоролевого поведения предшествовало аддиктивному расстройству.

Также были установлены статистически достоверные корреляции между типом инициальной алкоголизации (по критериям Б.С. Братуся, П.И. Сидорова, 1984), доминирующим мотивом инициальной алкоголизации и вариантами расстройства полоролевого поведения. Сильно выраженными (r_s – коэффициент корреляции Спирмена $> 0,7$) оказались: связи между трансформированным полоролевым поведением у испытуемых 1-й группы и первым типом инициальной алкоголизации («Алкоголизация в кругу лиц мужского пола», в компаниях сверстников по инициативе последних или под влиянием взрослого пьющего мужчины), $r_s = 0,864$, здесь и далее при $p < 0,01$), трансформированным полоролевым поведением и псевдокультурным (социально-интегративным) мотивом инициальной алкоголизации ($r_s = 0,812$); связь между гиперролевым поведением у испытуемых 2-й группы и вторым типом инициальной алкоголизации («Алкоголизация в кругу лиц женского пола», в компаниях сверстниц по инициативе последних или под влиянием взрослой пьющей женщины) ($r_s = 0,741$), гиперролевым поведением и традиционным (социально-коммуникативным) мотивом употребления алкоголя ($r_s = 0,772$).

3.2. Результаты тестирования

3.2.1. Результаты исследования структурных характеристик личности

Применение Я-структурного теста Г. Аммона (ISTA) позволило целостно оценить структуру личности у женщин групп сравнения в совокупности её здоровых и патологически измененных аспектов [121].

В табл. 3.16. отражены средние значения по шкалам ISTA у здоровых

женщин контрольной группы в сравнении с нормативными данными [121, 122]. Сопоставление приведенных в таблице 3.16. данных, не выявило значимых различий между средними шкальными значениями ISTA у женщин контрольной группы и женщин нормативной выборки, что позволило сделать вывод о преобладании в структуре личности испытуемых контрольной группы конструктивных выражений центральных гуман-функций Я и согласованности показателей конструктивности гуман-функций Я в целом.

Таблица 3.16.

Средние шкальные значения ISTA у женщин контрольной группы и нормативной выборки ($M \pm m$), и оценка их различий по t -критерию Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$

Шкалы ISTA	Контрольная группа, $n = 30$	Шкальные значения нормативной выборки	Уровень значимости p
Конструктивная агрессия	9,10 ± 0,28	9,12 ± 0,07	> 0,05
Деструктивная агрессия	6,25 ± 0,35	6,35 ± 0,09	> 0,05
Дефицитарная агрессия	4,44 ± 0,29	4,56 ± 0,07	> 0,05
Конструктивная тревога	7,61 ± 0,26	7,78 ± 0,07	> 0,05
Деструктивная тревога	2,46 ± 0,28	2,42 ± 0,06	> 0,05
Дефицитарная тревога	4,46 ± 0,31	4,53 ± 0,07	> 0,05
Конструктивное внешнее Я-отграничение	7,59 ± 0,23	7,78 ± 0,07	> 0,05
Деструктивное внешнее Я-отграничение	3,40 ± 0,29	3,40 ± 0,05	> 0,05
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	7,86 ± 0,35	7,90 ± 0,07	> 0,05
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	8,77 ± 0,28	9,14 ± 0,07	> 0,05
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	3,88 ± 0,21	3,97 ± 0,05	> 0,05
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	6,66 ± 0,30	6,78 ± 0,08	> 0,05
Конструктивный нарциссизм	8,82 ± 0,35	8,91 ± 0,07	> 0,05
Деструктивный нарциссизм	4,18 ± 0,23	4,17 ± 0,06	> 0,05
Дефицитарный нарциссизм	2,44 ± 0,21	2,56 ± 0,06	> 0,05
Конструктивная сексуальность	9,18 ± 0,40	9,26 ± 0,09	> 0,05
Деструктивная сексуальность	4,96 ± 0,23	5,00 ± 0,08	> 0,05
Дефицитарная сексуальность	2,68 ± 0,21	2,79 ± 0,07	> 0,05

В табл. 3.17. отражены результаты сопоставления средних значений ISTA испытуемых 1-й группы с данными ISTA нормативной выборки [121, 122].

Таблица 3.17.

Средние шкальные значения ISTA у женщин 1-й группы и нормативной выборки ($M \pm m$), и оценка их различий по t -критерию Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$

Шкалы	1-я группа ТПП 3А, $n = 38$	Шкальные значения нормативной выборки	Уровень значимости p
Конструктивная агрессия	7,34 ± 0,43	9,12 ± 0,07	< 0,05
Деструктивная агрессия	7,12 ± 0,39	6,35 ± 0,09	< 0,05
Дефицитарная агрессия	4,20 ± 0,37	4,56 ± 0,07	< 0,05
Конструктивная тревога	7,25 ± 0,33	7,78 ± 0,07	> 0,05
Деструктивная тревога	2,86 ± 0,37	2,42 ± 0,06	> 0,05
Дефицитарная тревога	5,91 ± 0,31	4,53 ± 0,07	< 0,05
Конструктивное внешнее Я-отграничение	6,65 ± 0,31	7,78 ± 0,07	> 0,05
Деструктивное внешнее Я-отграничение	5,25 ± 0,29	3,40 ± 0,05	< 0,05
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	5,85 ± 0,34	7,90 ± 0,07	< 0,05
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	7,52 ± 0,30	9,14 ± 0,07	< 0,05
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	6,45 ± 0,32	3,97 ± 0,05	< 0,05
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	6,09 ± 0,31	6,78 ± 0,08	> 0,05
Конструктивный нарциссизм	7,34 ± 0,41	8,91 ± 0,07	> 0,05
Деструктивный нарциссизм	6,42 ± 0,37	4,17 ± 0,06	< 0,05
Дефицитарный нарциссизм	2,12 ± 0,48	2,56 ± 0,06	> 0,05
Конструктивная сексуальность	7,79 ± 0,48	9,26 ± 0,09	< 0,05
Деструктивная сексуальность	6,42 ± 0,23	5,00 ± 0,08	< 0,05
Дефицитарная сексуальность	3,02 ± 0,21	2,79 ± 0,07	> 0,05

Первой в сравнительном аспекте была проанализирована гуман-функция личности «агрессия», так как наличие общего агрессивного драйва и его многоаспектность обуславливает широкий спектр поведенческих паттернов

личности [121, 122]. Агрессия с точки зрения психодинамической концепции в ее конструктивном виде представляет собой общий потенциал активности, которым располагает личность для решения задач адаптации и поддержания идентичности (обеспечивает способность к установлению контактов с окружающим миром, навык постановки и достижения цели, утверждение и отстаивание суверенного пространства личности, места в социальной иерархии, самоуважения). В процессе первичной социализации (в родительской семье, в иных социализирующих группах) конструктивный аспект агрессии может терять свое изначальное адаптивное значение, приобретая либо деструктивный, либо дефицитарный характер [121, 122].

Испытуемые 1-й группы обнаружили достоверно более низкий уровень конструктивной агрессии по сравнению с нормативной выборкой (табл. 3.17.), и достоверно более высокий уровень деструктивной агрессии. Деструктивная агрессия в нашем исследовании трактовалась как следствие реактивного переформирования изначальной конструктивной агрессии вследствие неблагоприятных условий в первичной социализирующей группе, как определенная деформация способности индивида к деятельному, активному взаимодействию с окружающим миром, людьми и предметами. По данным литературы, в поведении деструктивная агрессия проявляется склонностью к разрушению контактов и отношений (вплоть до неспровоцированных проявлений насилия и «силового» решения проблем, вербализации своего гнева, разрушительными действиями или фантазиями на эту тему) [121, 122, 123]. В нашем исследовании деструктивная агрессия проявлялась в немотивированных ссорах с лицами ближайшего окружения, в частности, с половым партнером, ограниченной способности испытуемых к длительному сохранению отношений с половым партнером, что находило отражение в частой смене половых партнеров.

Испытуемые 1-й группы обнаружили и значимо более высокий уровень

дефицитарной тревоги (табл. 3.17.). В нашем исследовании, повышенная дефицитарная тревога трактовалась как сниженная способность индивида идентифицировать внешние и внутренние угрозы (это проявляется в недооценке либо игнорировании объективной опасности, исключением её из рациональной переработки). Аномально повышенное выражение дефицитарной тревоги обнаруживает себя в стремлении к поиску экстремальных ситуаций с целью более «полно» ощутить реальную жизнь во всей её эмоциональной наполненности [121, 122]. Ограниченная способность испытуемых распознать («прочувствовать») и правильно оценить тревожные состояние других людей (друзей, половых партнеров и пр.) предсказуемо приводит к неадекватности в оценке действий и поступков окружающих.

Испытуемые 1-й группы обнаружили статистически значимый более низкий уровень конструктивного Я-отграничения по сравнению с нормативной выборкой (табл. 3.17.). Кроме того, границы «Я» у женщин 1-й группы характеризовались достоверно более высоким выражением внешнего и внутреннего неконструктивного отграничения. Наличие высокого уровня деструктивного внешнего Я-отграничения выражается в ограниченной способности, готовности и желании к продуктивной коммуникации с предметным миром. По данным литературы, повышенная деструктивность внешнего Я-отграничения проявляется: избеганием контактов, нежеланием вести конструктивный диалог; неприятием проблем окружающих и нежеланием «подпускать» их к своим проблемам; гиперконтролем за проявлениями собственных чувств и реактивной неприязнью к чужой эмоциональной экспрессии; ощущением «эмоциональной пустоты» и недостаточным пониманием сложностей межличностных отношений [121–124]. Повышенная деструктивность внутреннего Я-отграничения проявляется в ограничении доступа к ресурсам собственного бессознательного (на феноменологическом уровне это проявляется в бедности фантазий, в ограниченной способности

видеть и запоминать сновидения). Повышенная дефицитарность внутреннего Я-отграничения у испытуемых 1-й группы в нашем исследовании трактовалась как недостаточная сформированность внутренней границы «Я», которая в норме возникает в процессе структурной дифференциации психического и знаменует собой возможность формирования подлинно автономного «Я» [121–124].

Испытуемые 1-й группы обнаружили статистически значимый более низкий уровень конструктивного нарциссизма и повышенный уровень деструктивного нарциссизма по сравнению с нормативной выборкой (табл. 3.17.). Я-функция нарциссизма определяет отношение человека к самому себе. Она является решающей для самооценки человека, для формирования его Я-концепции [121, 122]. Аммон Гюнтер рассматривал нарциссизм как первичную конструктивную элементарную базовую потребность человека и одновременно как результат интернализации специфического опыта интерперсональных отношений [122]. По мнению автора, благодаря соответствующему негативному опыту в семейной и последующих значимых социализирующих группах нарциссизм принимает болезненное, т.е. деструктивное или дефицитарное качество [122]. Деструктивный нарциссизм в нашем исследовании трактовался как искажение возможности личности реалистично ощущать, воспринимать и оценивать себя. Формируясь в процессе деформированных симбиотических отношений в первичных социализирующих группах (родительской семье или группе ее замещающей), такой нарциссизм инклюзивно включает в себя весь опыт негативных межличностных взаимодействий и фактически представляет собой реактивное защитное переживание ощущения недостаточности позитивно окрашенного внимания родителей или иных значимых социализаторов к растущему «Я» ребенка. По данным литературы, на поведенческом уровне деструктивный нарциссизм проявляется: неадекватной оценкой себя; боязнью близких отношений с

окружающими; искаженным восприятием других и чрезмерной настороженностью в общении с ними, нетерпимостью к критике, низкой толерантностью к фрустрациям, враждебностью к окружающим. Также выражена потребность в подтверждении извне своей исключительности, значимости и ценности [121–124].

У испытуемых 1-й группы установлен значимо более низкий уровень конструктивной сексуальности и более высокий уровень деструктивной сексуальности (табл. 3.17.), что трактовалось, прежде всего, как неспособность к глубоким, интимным взаимоотношениям. Близость у таких пациентов воспринимается как обременительная обязанность или угроза потери аутистической автономии, потому избегается или обрывается с помощью замещения. Сексуальные отношения ретроспективно воспринимаются как травмирующие, наносящие вред или унижающие достоинство.

Обобщая данные сравнительного анализа результатов ISTA испытуемых 1-й группы и нормативной выборки, отметим, что у женщин с ТППП ЗА на фоне сниженных большинства показателей конструктивности гуман-функции Я установлены достоверно более высокие по сравнению с нормативными значениями показатели деструктивности и дефицитарности и преобладание деструктивных аспектов центральных гуман-функций Я в целом. Испытуемым свойственна дисгармоничность Я-структуры личности, проявляющаяся высокой деструктивностью гуман-функции агрессии ($7,12 \pm 0,39$), внешнего Я-отграничения ($5,24 \pm 0,29$), внутреннего Я-отграничения ($6,45 \pm 0,32$), нарциссизма ($6,42 \pm 0,37$) и сексуальности ($6,42 \pm 0,23$), при высокой дефицитарности гуман-функции тревоги ($5,91 \pm 0,31$).

В табл. 3.18. отражены результаты сопоставления средних значений ISTA испытуемых 2-й клинической группы с данными нормативной выборки [121, 122]. Испытуемые 2-й группы продемонстрировали достоверно более низкий уровень конструктивной агрессии и более высокий уровень

дефицитарной агрессии по сравнению с нормативной выборкой (табл. 3.18.).

Таблица 3.18.

Средние шкальные значения ISTA у женщин 2-й группы и нормативной выборки ($M \pm m$), и оценка их различий по t -критерию Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$

Шкалы	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	Шкальные значения нормативной выборки	Уровень значимости p
Конструктивная агрессия	5,34 ± 0,37	9,12 ± 0,07	< 0,05
Деструктивная агрессия	5,20 ± 0,37	6,35 ± 0,09	> 0,05
Дефицитарная агрессия	6,12 ± 0,37	4,56 ± 0,07	< 0,05
Конструктивная тревога	6,66 ± 0,31	7,78 ± 0,07	> 0,05
Деструктивная тревога	4,16 ± 0,37	2,42 ± 0,06	< 0,05
Дефицитарная тревога	4,58 ± 0,34	4,53 ± 0,07	> 0,05
Конструктивное внешнее Я-отграничение	7,07 ± 0,25	7,78 ± 0,07	> 0,05
Деструктивное внешнее Я-отграничение	3,68 ± 0,31	3,40 ± 0,05	> 0,05
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	8,93 ± 0,34	7,90 ± 0,07	> 0,05
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	7,31 ± 0,33	9,14 ± 0,07	< 0,05
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	4,07 ± 0,32	3,97 ± 0,05	> 0,05
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	7,68 ± 0,45	6,78 ± 0,08	< 0,05
Конструктивный нарциссизм	7,76 ± 0,37	8,91 ± 0,07	> 0,05
Деструктивный нарциссизм	4,36 ± 0,36	4,17 ± 0,06	> 0,05
Дефицитарный нарциссизм	3,62 ± 0,35	2,56 ± 0,06	< 0,05
Конструктивная сексуальность	7,40 ± 0,49	9,26 ± 0,09	<0,05
Деструктивная сексуальность	4,15 ± 0,32	5,00 ± 0,08	>0,05
Дефицитарная сексуальность	4,68 ± 0,33	2,79 ± 0,07	<0,05

Низкие показатели по шкале конструктивной агрессии свидетельствовали о сниженной активности, недостатке способности к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, отсутствии потребности в изменении жизненных условий и формировании собственных личностно-значимых целей. Испытуемые, имеющие низкие значения по Шкале

конструктивной агрессии склонны к избеганию каких-либо конфронтаций вследствие страха разрыва симбиотических отношений или из-за отсутствия необходимых навыков в разрешении конфликтов. Для них характерны также неразвитая способность к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях [121–124]. Высокие значения показателей дефицитарной агрессии у испытуемых 2-й группы трактовались, в соответствии со взглядами Г. Аммона [122], как следствие раннего запрета в первичной социализирующей группе на реализацию их потенциала активности. Повышенные (по сравнению с нормативной выборкой) значения дефицитарности агрессии трактовались как сниженная способность устанавливать паритетные контакты и поддерживать оптимальные отношения с окружающими, в избегании дискуссий и ситуаций «соперничества», в повышенной альтруистичности и жертвенности, неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения в жизненных ситуациях [121–124].

Испытуемые 2-й группы проявили достоверно более низкий уровень конструктивной тревоги и более высокий уровень деструктивной тревоги по сравнению с нормативной выборкой (табл. 3.18.). Деструктивная тревога проявлялась неадекватной переоценкой реальных угроз, трудностей; плохой организованностью и склонностью к панике в ситуациях опасности, дезинтегрирующей поведение вследствие переоценки опасности и нарушению эмоциональной регуляции деятельности в целом. Из литературы известно, что при повышенной деструктивной тревоге имеет место боязнь установления новых контактов и доверительных отношений; страх перед авторитетами; неспособность обращаться за помощью и поддержкой в трудных ситуациях [121, 122].

Испытуемые 2-й группы обнаружили достоверно повышенную дефицитарность внешнего Я-отграничения (табл. 3.18.). Это трактовалось как

неспособность отказывать другим, дифференцировать себя от других, также как избыточные просоциальность и конформность (описанная в литературе как «хамелеоноподобная подстройки под чувства и точки зрения других людей, социальная гипердаптивность» [124]).

Испытуемые 2-й группы обнаружили повышенные, по сравнению с нормативной выборкой, различия в показателях дефицитарности внутреннего Я-отграничения (табл. 3.18.). Повышенная дефицитарность внутреннего Я-отграничения трактовалась как «недостаточная сформированность внутренней границы «Я», которая в норме возникает в процессе структурной дифференциации психического, и знаменует собой возможность формирования подлинно автономного «Я» [121].

Как следствие, слабость внутренней границы «Я» выражается склонностью к чрезмерному фантазированию, необузданной мечтательности, при которых воображаемое едва может быть отделено от реальности и контролируемо субъектом. Поведение в целом непоследовательно, зачастую хаотично и несоразмерно наличной жизненной позиции [121–124].

Испытуемые 2-й группы обнаружили достоверно более высокий уровень дефицитарного нарциссизма, по сравнению с нормативной выборкой (табл. 3.18.). Выраженный дефицитарный нарциссизм трактовался как снижение способности формировать целостное отношение к себе, дифференцировать и развивать представления о собственной личности, своих способностях и возможностях, реалистично оценивать себя. Такой вид нарциссизма в концепции Г. Аммона [122] представляет собой рудиментарность чувства собственной недостаточности и автономии, что проявляется низкой самооценкой, субмиссивностью, проблемами установления и поддержания «полноценных» межличностных контактов и отношений с окружающими, интимными партнерами без ущерба своим интересам и жизненным планам, а также бедностью эмоциональных переживаний. Женщины с высоким

дефицитарным нарциссизмом испытывают трудности идентификации собственных мотивов, желаний и принципов, и предсказуемо «растворяются» в нормах, ценностях и потребностях ближайшего окружения [122, 124].

Конструктивная, «взрослая» сексуальность рассматривалась Г. Аммоном [122] как погружение без страха в симбиоз партнерских отношений. При этом подчеркивалось, что сексуальность, как центральная Я-функция, представляет собой, прежде всего, способность устанавливать живой контакт на телесном, душевном и духовном уровнях. Иначе говоря, сексуальность представляется одной из важнейших функций Я, которая в своих проявлениях всегда отображает и репрезентирует целостность Я-идентичности [122, 124]. Развитие сексуальности, как первичной предрасположенности к установлению контактов и способности к получению удовольствия от партнерского взаимодействия на различных уровнях, может быть нарушено или остановлено [121–124]. Тогда сексуальность приобретает черты деструктивной активности или проявляется в качестве определенного психического дефицита [143, 144]. В обоих случаях изменяется функциональное значение сексуальности, она начинает выступать в качестве фактора, удовлетворяющего лишь парциальным целям Я-адаптации, препятствуя развитию и реализации Я-идентичности [124].

В нашем исследовании на фоне пониженной конструктивной сексуальности у женщин с ГПР ЗА отмечена повышенная дефицитарная сексуальность (по сравнению с нормативной выборкой) (табл. 3.18.). Ненормативно высокая дефицитарная сексуальность трактовалась как задержанная в своем развитии Я-функция сексуальности, вследствие генерализованного запрета на любые проявления сексуальной активности в первичной и последующих социализирующих группах. По данным литературы [121, 122, 124], задержка проявляется декларированием и соблюдением отказа от реальных сексуальных контактов, вступление в которые возможно лишь под сильным прессингом вынуждающих на то внешних обстоятельств. По сути,

речь идет о неприятии своей и чужой телесности. Для поведенческих проявлений дефицитарной сексуальности характерна невысокая оценка своего телесного образа и своей сексуальной привлекательности, равно как и склонность обесценивать сексуальную привлекательность других. У лиц с высокой дефицитарной сексуальностью наблюдается нарушение способности ощущать межличностную, интересубъективную и гендерно-половую основу собственно сексуальных действий: сексуальность не воспринимается необходимым компонентом человеческого общения и, как следствие, не может быть адекватно интегрирована в межличностные отношения [124].

Сравнение показателей гуман-функции сексуальности Я испытуемых 1-й и 2-й групп по U критерию Mann-Whitney отражены в табл. 3.19.

Таблица 3.19.

Сравнение показателей гуман-функции сексуальности Я испытуемых 1-й и 2-й групп по U критерию Манна-Уитни (Mann-Whitney)

Шкала гуман-функции сексуальности Я	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	U -критерий Манна-Уитни	
	Величина среднего шкального показателя ISTA		U	p
S1	S1(1) 7,79	S1(2) 7,40	254	0,416
S2	S2(1) 6,48	S2(2) 4,15	742	0,040
S3	S3(1) 3,02	S3(3) 4,68	703	0,044

Из табл. 3.19. следует, что только различия между показателями деструктивной (S2) и дефицитарной (S3) сексуальности у представителей 1-й и 2-й группы статистически достоверны: $U_{S2(1)-S2(2)} = 742$, при $p < 0,05$; $U_{S3(1)-S3(2)} = 703$, при $p < 0,05$. Различие между показателем конструктивной (S1) сексуальности 1-й и 2-й клинической групп не достоверны ($p > 0,05$).

Величина показателя специфичности признака «деструктивная сексуальность» при ТПРП ЗА составила 0,964; величина показателя специфичности признака «дефицитарная сексуальность» при ГРП ЗА составила 0,922. Высокие значения показателей специфичности установленных признаков

позволили операционализировать их в качестве специфических психодиагностических признаков.

3.2.2. Обобщения к подразделу 3.2.1.

При оценке средних значений по шкалам методики ISTA в группах женщин с различными типами расстройства полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя, и сравнении полученных значений с аналогичными нормативными, установлено следующее:

1) У женщин с трансформацией полоролевого поведения, зависимых от алкоголя на фоне сниженных большинства показателей конструктивности гуман-функции «Я» установлены достоверно более высокие по сравнению с нормативными значениями показатели деструктивности и дефицитарности, а также преобладание деструктивных аспектов гуман-функций «Я» над дефицитарными. Профиль ISTA Я-структуры личности испытуемых женщин с трансформацией полоролевого поведения, зависимых от алкоголя: высокая деструктивность гуман-функции агрессии, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности при высокой дефицитарности гуман-функции тревоги.

2) У женщин с гиперролевым поведением, зависимых от алкоголя на фоне сниженных показателей конструктивности гуман-функции Я, установлены достоверно более высокие по сравнению с нормативными значениями показатели дефицитарности и деструктивности, а также преобладание дефицитарных аспектов центральных гуман-функций Я над деструктивными. Профиль ISTA Я-структуры личности испытуемых женщин с гиперролевым поведением, зависимых от алкоголя: высокая дефицитарность гуман-функции агрессии, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности при высокой деструктивности гуман-функции тревоги.

3) Выраженность деструктивности гуман-функции сексуальности Я значимо выше у женщин-аддиктов с трансформацией полоролевого поведения по сравнению с женщинами-аддиктами с гиперролевым поведением (U -критерий Манна-Уитни = 742, $p < 0,05$), а выраженность дефицитарности гуман-функции сексуальности Я значимо выше у женщин-аддиктов с гиперролевым поведением по сравнению с женщинами-аддиктами с трансформацией полоролевого поведения (U -критерий Манна-Уитни = 703, $p < 0,05$).

4) Повышенная деструктивность гуман-функции сексуальности «Я» в профиле ISTA Я-структуры личности женщин с ТППП ЗА определена как специфичный психодиагностический признак ТППП ЗА, а повышенная дефицитарность гуман-функции сексуальности «Я» в профиле ISTA Я-структуры личности женщин с ГПП ЗА определена как специфичный психодиагностический признак ГПП ЗА.

5) В целом, женщины с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя в сравнении со здоровыми женщинами, отличаются менее благоприятными условиями для развития основных интрапсихических образований; несформированностью границ человеческого Я, как регулятора основных энергетических процессов в социальной коммуникации, несформированностью первичной предрасположенности к установлению конструктивных контактов и способности к получению удовольствия от партнерского взаимодействия на различных уровнях.

3.2.3. Результаты изучения психологической маскулинности-фемининности

Результаты изучения поведенческой маскулинности-фемининности (М-Ф) отражены в табл. 3.20.–3.22., социогенной М-Ф – в табл. 3.23., биогенной М-Ф – в табл. 3.24. Обобщенные средние значения поведенческой, социогенной и биогенной М-Ф пациенток основных групп приведены в табл. 3.25.

Таблица 3.20.

**Распределение психологических профилей у женщин с трансформацией
полоролевого поведения, зависимых от алкоголя (ТПРП ЗА), %**

Код психологического профиля*	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %
945'6-/027 KFL	22	57,89 ¹
'5468-/3 KFL	16	42,11 ²
Всего:	38	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: $^{1-2} - p < 0,01$;

* – для кодирования профилей в настоящем исследовании был избран способ Хатэуэя [125].

Таблица 3.21.

**Распределение психологических профилей у женщин с гиперролевым
поведением, зависимых от алкоголя (ГРП ЗА), %**

Код психологического профиля	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %
78123'0-/654 KFL	21	72,41 ¹
123'780-/654 KFL	8	27,59 ²
Всего:	29	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: $^{1-2} - p < 0,01$.

Таблица 3.22.

Результаты применения СМИЛ в группах сравнения, $M \pm m$

Шкалы СМЛ	Группы сравнения		
	контрольная группа, $n = 30$	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$
L	48,12 ± 0,86	54,00 ± 0,86	50,00 ± 1,31
F	55,48 ± 1,09	58,50 ± 1,69	50,00 ± 1,69
K	50,03 ± 0,60	56,00 ± 1,07	50,00 ± 0,90
Шкала 1	46,19 ± 1,15	47,00 ± 1,55	74,00 ± 1,48
Шкала 2	45,48 ± 0,89	44,00 ± 1,36	72,00 ± 1,68
Шкала 3	44,90 ± 1,02	43,00 ± 1,57	72,00 ± 1,63
Шкала 4	52,70 ± 1,16	71,50 ± 1,63	38,00 ± 1,38
Шкала 5	48,86 ± 1,09¹	71,50 ± 1,55²	40,00 ± 1,00³
Шкала 6	56,09 ± 1,39	68,00 ± 1,55	44,00 ± 1,38
Шкала 7	44,51 ± 1,00	44,50 ± 0,97	74,00 ± 1,12
Шкала 8	60,00 ± 1,12	60,50 ± 2,11	73,50 ± 1,48
Шкала 9	51,03 ± 1,19	65,00 ± 1,13	39,00 ± 1,09
Шкала 0	52,90 ± 0,90	43,50 ± 1,21	65,00 ± 0,89

Примечание: достоверность различий: $^{1-3} - p < 0,01$; $^{2-3} - p < 0,01$.

Таблица 3.23.

Средние значения социогенной маскулинности-фемининности при разных типах РПП у женщин, зависимых от алкоголя (шкала ACL А.В. Heilbrun)

Тип расстройства полоролевого поведения	Среднее значение показателя М-Ф (X)		Дисперсия показателя (Б)	
	<i>Mc</i>	<i>Фс</i>	<i>Mc</i>	<i>Фс</i>
Трансформация полоролевого поведения	88,60	76,20	19,20	14,20
Гиперролеовое поведение	70,50	109,9	13,70	17,50

Примечание: *Mc* – маскулинность социогенная, *Фс* – фемининность социогенная.

Таблица 3.24.

Средние значения биогенной маскулинности у зависимых от алкоголя женщин с различными типами РПП (Шкала Dur-Moll)

Тип расстройства полоролевого поведения	Среднее значение показателя биогенной маскулинности (X)	Дисперсия показателя (Б)
Трансформация полоролевого поведения	82,60 ¹	16,20
Гиперролеовое поведение	30,10 ²	5,50

Примечание: различия достоверны $p < 0,001$.

Таблица 3.25.

Обобщенные средние значения (X) поведенческой, социогенной и биогенной маскулинности женщин с РПП, зависимых от алкоголя и дисперсия этих показателей

Тип расстройства полоролевого поведения	Поведенческая маскулинность*		Социогенная маскулинность**		Биогенная маскулинность***	
	<i>X</i>	<i>Б</i>	<i>X</i>	<i>Б</i>	<i>X</i>	<i>Б</i>
Трансформация полоролевого поведения	71,50	11,20	88,60	19,20	82,60	16,20
Гиперролеовое поведение	40,00	7,70	70,50	13,70	30,10	5,50

Примечание: * – СМЛ (5 шкала); ** – шкала ACL А.В. Heilbrun; *** – Шкала Dur-Moll).

Сравнение полученных средних данных СМИЛ у женщин в группах сравнения показали, что оценочные шкалы L, K и F патологических знаков не обнаруживали, что позволило интерпретировать все психологические профили, включенные в исследование как достоверные.

Распределение психологических профилей пациенток 1-й группы отражено в табл. 3.20. Из табл. 3.20., следует, что у большинства (57,89%) пациенток с ТПРП ЗА был установлен профиль: **945'6-/027 KFL**, где L (54Т), F (58Т), K (56Т), 1 (47Т), 2 (43Т), 3 (43Т), 4 (75Т), 5 (74Т), 6 (68Т), 7 (39Т), 8 (54Т), 9 (76Т), 0 (43Т). Высокая 9-я шкала в данном профиле указывает на наличие акцентуации по гипертимическому типу и отражает эмоциональную незрелость. В сочетании с высокой 5-й шкалой вместе с еще более высокой 4-й, полоролевое поведение женщин в таком профиле приобретает черты мужского стиля – с выраженной сексуальной озабоченностью, прагматическим отношением к контактам, построенным на чисто физиологическом влечении, с тенденцией к частой смене сексуальных партнеров, с отсутствием склонности к глубокой, душевной привязанности, к постоянству. В межличностных контактах у женщин с повышенной 6-й шкалой в данном профиле проявляется выраженное чувство соперничества, соревновательность, стремление к отстаиванию престижной роли в референтной группе [125].

У части (42,11%) пациенток с ТПРП ЗА был установлен профиль **'5468-/3 KFL**: L (54Т), F (59Т), K (56Т), 1 (47Т), 2 (45Т), 3 (43Т), 4 (68Т), 5 (69Т), 6 (68Т), 7 (50Т), 8 (67Т), 9 (54Т), 0 (44Т). В этом профиле значения шкал 5468 повышены, но их значения не превышают 70Т баллов. Повышение 5-й и одновременно 4-й шкал (65Т–70Т) выявляет импульсивность, неконформность, авторитарность и стремление к доминированию, повышенное чувство независимости и сопротивление навязываемых извне мнений и авторитетов, стенический тип реагирования, неженственный тип реагирования. Также сочетание повышенных 5-й и 4-й шкал указывают на трудности в контактах с

окружающими в силу слабой сексуальной дифференцированности. Навыки женственного самосознания и поведения выражены недостаточно четко. Повышенная 5-я и сниженная 3-я шкала обнаруживает отсутствие обычно присущей женщинам кокетливости, мягкости в общении, дипломатичности в межличностных контактах и указывает на наличие у женщин характерных для мужчин особенностей полоролевого поведения [125].

Распределение психологических профилей женщин 2-й группы отражено в табл. 3.21. У большинства пациенток (72,41%) с гиперролевым поведением был установлен профиль **78123'0-/654 KFL**: L (50Т), F (50Т), K (52Т), 1 (74Т), 2 (72Т), 3 (72Т), 4 (38Т), 5 (40Т), 6 (44Т), 7 (78Т), 8 (78Т), 9 (39Т), 0 (65Т). Двойной пик шкал 7–8 выше 75Т характерен для состояния хронической социальной дезадаптации и является признаком выраженного комплекса неполноценности или ощущения своей «инакости» в окружающей среде. Такое сочетание выявляет внутреннюю напряженность, тревожность, нервозность, хронически существующее чувство душевного дискомфорта, неуверенности, снижение общей продуктивности, комплекс вины и неполноценности. Высокие 1-я, 2-я и 3-я шкалы отражают наличие высокого уровня невротизации, озабоченности плохим самочувствием и астенодепрессивный фон настроения. Снижение показателя по 5-й шкале (40Т) свидетельствует о наличии отклонения от типичного для женщин полоролевого поведения и указывает на фасадное, гиперкомпенсаторное усиление фемининности, скрывающие гипофункциональность сексуальной сферы. Низкие показатели 4-й шкалы свидетельствуют о снижении мотивации достижения, об отсутствии спонтанности, непосредственности поведения, невыраженном честолюбии, об отсутствии лидерских черт и стремления к независимости, о приверженности общепринятым нормам поведения, о конформизме. В межличностных контактах у женщин с пониженной 6-й шкалой проявляются выраженное отсутствие соперничества,

соревновательности, стремления к отстаиванию престижной роли в референтной группе. Сниженные показатели по 9-й шкале выявляют снижение уровня оптимизма, жизнелюбия и активности. В сочетании со 2-й, 7-й и 8-й шкалам повышение 0-й шкалы (65Т) выявляет ослабление социальных контактов, отгороженность и отчужденность и одновременно указывает на наличие у женщин скромности, застенчивости, социальной уступчивости. Женщины с гиперролевым стереотипом и психологическим профилем типа 78123'0-/654 KFL характеризовались такими чертами, как избыточная подчиняемость, повышенная внушаемость, покорность, доверчивость, повышенная склонность к компромиссам, соглашательству, стремление следовать социальным стандартам. Эти черты сочетались с мягкостью, подчеркнутой женственностью, отсутствием оригинальности, узостью интересов, банальностью суждений, трафаретностью поступков. Гиперфемининность также выражалась в повышенной эмоциональности, обидчивости, сентиментальности, что являлось основой для аффективных сдвигов гипотимического типа в период злоупотребления алкоголем. Утрированная фемининность проявлялась также и в повышенной конформности. Женщины с психологическим профилем типа 78123'0-/654 KFL часто и легко подвергалась внешнему воздействию со стороны значимых лиц. Их аддиктивное поведение инициировалось, формировалось и закреплялось пьющими членами семьи, подругами, мужьями.

У части женщин (27,59%) с гиперролевым поведением был установлен профиль: **123'780-/654 KFL**: L (50Т), F (50Т), К (52Т), 1 (74Т), 2 (72Т), 3 (72Т), 4 (38Т), 5 (40Т), 6 (44Т), 7 (70Т), 8 (69Т), 9 (39Т), 0 (65Т). Отличием данного профиля является то, что значения шкал 7 и 8 не превышает 70Т, т.е. повышенная тревожность трактуется не как состояние, а как черта характера (в данном случае – тревожно-мнительного).

Общим для профиля 78123'0-/654 KFL и 123'780-/654 KFL являлось то,

что их можно охарактеризовать как профили гипостенического типа со сниженными шкалами фемининности-маскулинности.

Характеризуя результаты 5-й шкалы СМИЛ отметим, что средние её значения в группе женщин с алкогольной зависимостью и РПРП находились за пределами шкального интервала 45–55 Т-баллов, что объективизировало наличие отклонений от типичного для данного пола ролевого поведения. В контрольной группе у здоровых женщин без признаков РПРП шкальные значения по 5-й шкале находились в шкальном интервале «средних значений» (45–55 Т-баллов), что говорило об отсутствии отклонений от типичного для данного пола ролевого поведения (табл. 3.22). Средний Т-балл $48,86 \pm 1,09$ по группе (ниже 50Т) отражал у женщин контрольной группы ортодоксально женственный стиль полоролевого поведения: стремление быть опекаемой и найти опору в муже, мягкость, сентиментальность, любовь к детям, приверженность семейным интересам, стыдливость в вопросах секса [125]. Различия между средними шкальными значениями по пятой шкале у испытуемых контрольной группы и основными клиническими группами были достоверными, $p < 0,01$.

Соответственно установленной экспериментальным путем выраженности значений поведенческой маскулинности-фемининности в контингенте женщин с РПРП ЗА (табл. 3.20–3.22.), были выделены два типа аномального полоролевого поведения: трансформированный и гиперролевой.

Результаты исследования выраженности социогенной маскулинности-фемининности женщин, зависимых от алкоголя с РПРП, полученные с помощью полоролевой шкалы ACL приведены в табл. 3.23. Анализ средней тенденции обобщенной выборки, составленной всеми обследованными женщинами с зависимостью от алкоголя ($n = 67$), позволил выявить медиану, которая для маскулинности составила 79,55, а для фемининности – 93,05. Это дало возможность виртуально разместить женщин с разными типами РПРП в

пространстве полоролевых признаков, где абсциссу образует вектор маскулинности, а ординату – вектор фемининности, и отметить, что ни один из типов расстройства полоролевого поведения у женщин при алкогольной зависимости не располагался в андрогинном полоролевом пространстве. Трансформация полоролевого поведения была представлена в маскулинном, гиперролевое поведение – в фемининном полоролевом пространстве. Позиционирование в полоролевом пространстве позволило сделать вывод о том, что индивидуальные полоролевые характеристики испытуемых сопряжены с клиническим типом расстройства полоролевого поведения.

Результаты изучения выраженности биогенной маскулинности у женщин, зависимых от алкоголя с различными типами РПП и иллюстрируются данными табл. 3.24.

Из данных табл. 3.25., видно, что показатели поведенческой маскулинности наиболее высоки у женщин с ТПП ЗА. Для таких женщин характерны независимость, решительность, стремление доминировать и т.п. Иными словами, у женщин с ТПП ЗА снижена степень идентификации с традиционной и культурной ролью женщины. Выраженное снижение показателя маскулинности отмечается у женщин с ГРП ЗА, что свидетельствует об их повышенной чувствительности, сентиментальности, ранимости. Биогенная маскулинность также высока у женщин с ТПП ЗА. Достоверное снижение биогенной маскулинности отмечается у женщин с ГРП ЗА. Иными словами, у женщин с ГРП ЗА наблюдается высокая степень идентификации с традиционной и культурной ролью женщины.

Из данных табл. 3.25. следует, что маскулинность равномерно повышена на поведенческом, социогенном и биогенном уровнях у женщин с трансформацией полоролевого поведения, и равномерно снижена у женщин с гиперролевым поведением.

3.2.4. Обобщение к подразделу 3.2.3.

1) Сопоставляя особенности симптомокомплекса маскулинность/фемининность на разных уровнях полоролевого функционирования личности [93, 94], можно сделать вывод о тотальной маскулинности женщин с трансформацией полоролевого поведения, зависимых от алкоголя, и о тотальной фемининности женщин с гиперролевым поведением, зависимых от алкоголя.

3.2.5. Результаты исследования адекватности самооценки

Самооценка относится к центральным образованиям личности, её ядру, а ее адекватность в значительной степени определяет социальную адаптацию личности, являясь регулятором поведения и деятельности [129].

Результаты исследования адекватности самооценки в группах сравнения с помощью Методики исследования самооценки с помощью процедуры ранжирования (А.А. Реан) представлены в табл. 3.26.

Таблица 3.26.

Результаты исследования адекватности самооценки у женщин групп сравнения, $M \pm m$

Значение коэффициента корреляции (r)	Группы сравнения		
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	Контрольная группа, $n = 30$
	$0,82 \pm 06^1$	$0,34 \pm 02^2$	$0,44 \pm 04^3$

Примечание: достоверность различий: $^{1-2} - p < 0,01$; $^{1-3} - p < 0,01$; $^{2-3} - p < 0,01$.

Из табл. 3.26. следует, что среднее значение коэффициента корреляции ($r = 0,44 \pm 04$) у здоровых женщин (контрольная группа) находилось в квалификационном диапазоне от 0,4 до 0,6, что указывало на наличие у них

адекватной самооценки. При таком уровне самооценки субъект правильно соотносит свои возможности и способности, относится к себе достаточно критически, стремится реально смотреть на свои неудачи и успехи, ставить перед собой достижимые цели [132].

Из табл. 3.26. следует, что среднее значение коэффициента корреляции ($r = 0,82 \pm 06$) у женщин с ТПРП ЗА (1-я группа) находилось в квалификационном диапазоне от 0,7 до 1, что указывало на наличие у них неадекватно высокой самооценки. При таком уровне самооценки у субъекта возникает неправильное представление о себе, идеализированный образ своей личности и возможностей, собственной ценности для окружающих. Индивид склонен игнорировать неудачи ради сохранения привычной высокой оценки самого себя, своих поступков и дел. Неудача представляется ему как следствие чьих-то козней или неблагоприятно сложившихся обстоятельств, ни в коей мере не зависящих от собственных действий и усилий [132].

Среднее значение коэффициента корреляции ($r = 0,34 \pm 02$) у женщин с ГРП ЗА (2-я группа) находилось в квалификационном диапазоне от 0,4 до 0,2, что указывало на наличие у них неадекватно низкой самооценки. Индивиды, имеющие такую самооценку, не ставят перед собой труднодостижимых задач, ограничиваясь решением заведомо выполнимых задач, слишком критичны к себе. Неадекватно заниженная самооценка также соотносится с неуверенностью в себе, робостью и отсутствием дерзаний, невозможностью реализовать свои способности [132].

Установлена высокая теснота связи (коэффициенты корреляции Спирмена $\geq 0,70$) между признаками «неадекватно низкая самооценка» и «гиперролевое поведение» ($r_s = 0,758$, при $p < 0,01$); «неадекватно высокая самооценка» и «трансформация полоролевого поведения» ($r_s = 0,864$, при $p < 0,01$). Величина показателя специфичности признака «неадекватно низкая самооценка» у женщин с ГРП ЗА – 0,981. Величина индекса специфичности признака «неадекватно высокая самооценка» у женщин с ТПРП ЗА – 1,000.

«Неадекватно-высокая самооценка» была операционализирована как

высокоспецифичный психодиагностическая признак у женщин с ТПРП ЗА а «неадекватно-низкая самооценка» – как высокоспецифичный психодиагностическая признак у женщин с ГРП ЗА.

3.2.6. Обобщение к подразделу 3.2.5.

1) Проведенное исследование позволило установить неадекватность самооценки у женщин, зависимых от алкоголя с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа: у женщин с трансформацией полоролевого поведения самооценка оказалась неадекватно завышенной, у женщин с гиперролевым поведением – неадекватно заниженной.

2) Установленные высокие тесноты связей и значений коэффициентов специфичности, позволяет рассматривать неадекватно высокую самооценку в качестве психодиагностического признака женщин с ТПРП ЗА, а неадекватно низкую самооценку – в качестве психодиагностического признака женщин с ГРП ЗА.

3.2.7. Результаты изучения тревожности

Результаты исследования тревожности у женщин в группах сравнения с помощью Шкалы самооценки реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) представлены в табл. 3.27.

Таблица 3.27.

Средние значения Шкал реактивной и личностной тревожности в группах сравнения (Методика STAI) (баллы, $M \pm m$)

Шкалы STAI	Группы сравнения		
	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	контрольная группа, $n = 30$
Реактивная тревожность (RX_1)	$46,5 \pm 2,1^1$	$56,6 \pm 3,1^2$	$26,8 \pm 2,10^3$
Личностная тревожность (RX_2)	$25,50 \pm 2,4^4$	$47,55 \pm 2,2^5$	$31,32 \pm 2,2$

Примечание: достоверность межгрупповых различий: $^{1-2} - p < 0,05$; $^{1-3} - p < 0,01$; $^{2-3} - p < 0,01$; $^{4-5} - p < 0,01$.

Результаты Шкалы Реактивной тревожности (RX_1). Средний шкальный балл RX_1 в контрольной группе равнялся $26,8 \pm 2,1$ баллам, его значение соотносилось с диапазоном низких показателей шкалы (25–30 баллов) (табл. 3.27.). Это означало, что все здоровые женщины продемонстрировали низкую ситуативную тревожность. Эмоциональное состояние здоровых испытуемых на момент исследования характеризовалось ровным, спокойным фоном настроения, присутствовало ощущение психического комфорта, уверенности в себе, была отмечена удовлетворенность актуальной жизненной ситуацией, наблюдалась оптимистическая оценка перспективы.

Установленные значения среднего шкального балла RX_1 в 1-й и 2-й группах ($46,5 \pm 2,1$ и $56,6 \pm 3,1$ баллов, соответственно) соотносились с диапазоном высоких показателей шкалы (46–60 баллов) (табл. 3.27.). Это означало, что все пациентки с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя продемонстрировали высокую ситуативную тревожность. На момент исследования эмоциональное состояние испытуемых в основных группах характеризовалось нестабильностью; у всех наблюдался выраженный психический дискомфорт, оптимистическая оценка перспективы отсутствовала, отмечалась неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией. Интенсивность ситуативной тревожности была значимо выше у пациенток с ГРП ЗА, по сравнению с пациентками с ТПРП ЗА ($p < 0,05$) (табл. 3.27.).

Результаты Шкалы Личностной тревожности (RX_2). У большинства (73,33%) испытуемых контрольной группы средний балл по шкале RX_2 был равен 34,44 баллов, у 8 испытуемых (26,67%) – 28,20 баллов. Средний групповой шкальный балл в контрольной группе составил 31,32 баллов, его значение соотносилось с умеренно выраженной личностной тревожностью (табл. 3.27.). Полученные значения указывали на то, что личностная

тревожность большинства здоровых женщин характеризовалась как умеренная, а у части из них – как низкая. В целом же, личностная тревожность по группе здоровых испытуемых характеризовалась как умеренная. По данным литературы, умеренно выраженная тревожность соотносится с такими индивидуальными характеристиками как исполнительность, добросовестность, тщательность при выполнении обязанностей [133]. Лица с умеренной выраженной тревожностью характеризуются повышенной ответственностью, нерешительностью, они не склонны к самостоятельности, не склонны демонстрировать лидерские качества и не стремятся к установлению широких социальных контактов [133].

У всех пациенток с ТПРП ЗА средний групповой балл по шкале RX_2 был равен $25,50 \pm 2,4$ баллов, его значение соотносилось с диапазоном низких показателей шкалы (25–30 баллов) (табл. 3.27.). Это означало, что все эти испытуемые продемонстрировали низкую личностную тревожность.

У пациенток с ГРП ЗА средний групповой балл по шкале RX_2 был равен величине $47,55 \pm 2,2$ балла, т.е. относился к диапазону высоких показателей шкалы (46–60 баллов) (табл. 3.27.). Это означало, что все эти испытуемые продемонстрировали высокую личностную тревожность. Интенсивность личностной тревожности была значимо ниже у пациенток с ТПРП ЗА по сравнению с пациентками с ГРП ЗА ($p < 0,01$).

По сравнению с испытуемыми с умеренной (контрольная группа) и высокой (2-я группа), испытуемые с низкой личностной тревожностью значимо чаще демонстрировали черты уверенности, решительности, самостоятельности, независимости, стремление к лидерству. Исключительно у испытуемых с высокой личностной тревожностью (с ГРП ЗА) в поведении проявлялись неуверенность в себе, нерешительность, склонность к сомнениям и колебаниям в ситуации выбора, повышенный самоконтроль и чрезмерная самокритичность. Наши наблюдения хорошо согласовывались с данными других исследователей,

которые отмечали, что повышенный уровень личностной тревожности тесно коррелирует со сниженной самооценкой и тенденцией к формированию чувства вины и собственной несостоятельности, с повышенной эмоциональной откликаемостью и лабильностью, избыточной чувствительностью, впечатлительностью и рефлексивностью [133].

Анализ сочетаемости шкал (RX_1 и RX_2). Низкая степень реактивной и личностной тревоги была отмечена у 26,67% здоровых женщин (значения RX_1 и $RX_2 < 31$ балла). Исследование выявило отсутствие признаков тревожности как в актуальном психическом состоянии, так и в структуре личности. По данным литературы испытуемых с низкими значениями шкал тревоги (RX_1 , RX_2) характеризует полная удовлетворенность собой и ситуацией, свобода от стресса. Вероятность возникновения состояния тревожности в социальных ситуациях у них невелика, хотя и не исключена в отдельных, особо важных и личностно-значимых случаях или в ситуациях физической угрозы. Отсутствие склонности к повышенному самоконтролю и рефлексии определяет спонтанное, непосредственное проявление эмоций в поведении, свободную самореализацию [133]. Сочетание низкой степени реактивной с умеренно-выраженной личностной тревогой было отмечено у большинства (73,33%) здоровых женщин (значения RX_1 от 20 до 24 баллов, а RX_2 от 31 до 45 баллов). Данное сочетание трактовалось как отсутствие признаков тревожности в актуальном психическом состоянии (полный психологический комфорт, удовлетворенность) у умеренно тревожных личностей (предрасположенность к тревожным реакциям в настоящее время не актуализировано).

Высокая степень реактивной и низкая степень личностной тревожности была отмечена у всех пациенток 1-й группы. Данное шкальное сочетание трактовалось как «наличие высокого уровня тревожности, психологического дискомфорта, напряженности в настоящем психическом состоянии у малотревожных личностей». Было сделано предположение, что выявленное

нарушение эмоционального фона у женщин с ТПРП ЗА имеет ситуационный, преходящий характер; актуальная ситуация переживается испытуемыми как психотравмирующая или угрожающая их самооценке, самоуважению.

Высокая степень реактивной и личностной тревожности была отмечена у всех женщин 2-й клинической группы. Данное шкальное сочетание трактовалось как «высокий уровень тревожности как актуального психического состояния и как устойчивая личностная особенность». Было сделано предположение, что в настоящее время ситуационные влияния актуализируют конституциональное личностное свойство тревожности, трансформируя его в актуальное состояние тревоги.

Установлена средне-выраженная теснота связи (коэффициенты корреляции Спирмена $< 0,70$) между признаками «высокая личностная тревожность» и «гиперролевое поведение» ($r_s = 0,689$), «низкая личностная тревожность» и «трансформация полоролевого поведения» ($r_s = 0,684$). Величина индекса специфичности признака «высокая личностная тревожность» для 2-й группы – 0,529. Величина индекса специфичности признака «низкая личностная тревожность» для 1-й группы – 0,588.

Таким образом, установленные средне-выраженные значения тесноты связей между признаком «высокая личностная тревожность» и вариантом РПРП, а также средне-выраженные значений коэффициентов специфичности признака, не позволили рассматривать высокую личностную тревожность в качестве психодиагностического признака женщин с ГРП ЗА.

3.2.8. Результаты исследования эмпатии

Проведенное исследование уровня развития способности к эмпатии с помощью методики «Шкала эмоционального отклика» А. Mehrabian (1972) (табл. 3.28.), показало, что у большинства зависимых от алкоголя женщин с

РППП снижена, а у части – неадекватно повышена эмпатия. В контрольной группе результаты составляют $50,65 \pm 0,56$ баллов, что согласно алгоритму интерпретации методики, соответствует «среднему с тенденцией к высокому уровню развития эмпатии». У пациенток с ГРП ЗА (2-я группа) результат составляет $80,44 \pm 0,63$ балла, что соответствует «высокому, с тенденцией к очень высокому уровню развития эмпатии». При этом самый низкий показатель, соотносимый с «низким уровнем развития эмпатии», был установлен у пациенток с ТППП ЗА (1-я группа) – $35,30 \pm 0,77$ балла.

Таблица 3.28.

Результаты исследования уровня развития эмпатии у женщин групп сравнения, баллы, $M \pm m$

Средние значения уровня развития эмпатии	Группы сравнения		
	1-я группа ТППП ЗА, $n = 38$	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	контрольная группа, $n = 30$
	$35,30 \pm 0,77^1$	$80,44 \pm 0,63^2$	$50,65 \pm 0,56^3$

Примечание: достоверность различий: $^{1-2} - p < 0,01$; $^{1-3} - p < 0,01$.

Установленный низкий уровень развития эмпатии, указывает на то, что у испытуемых с трансформированным полоролевым поведением недостаточно выражена способность к эмоциональному отклику на переживания других людей, прогнозированию действий других людей и распознаванию их эмоционального состояния. С другой стороны, гипертрофированный уровень развития эмпатии у испытуемых с гиперролевым поведением значительно повышает риск формирования эмоциональной зависимости от других людей, болезненной ранимости, что затрудняет эффективную социализацию.

Поскольку эмпатия как социально-психологическое свойство личности выступает «катализатором конструктивных форм общения и взаимодействия, а также способствует торможению деструктивных и приносящих вред способов общения» (В.Н. Мясичев, 2003: цит. по [135]) можно сказать, что все зависимые от алкоголя женщины с РППП, и особенно женщины с

трансформацией полоролевого поведения выявили сниженную способность к конструктивным формам общения.

Низкий уровень развития эмпатии проявляется у испытуемых с ТПРП ЗА в том, что они дают эмоциональный отклик на состояния партнера по общению, испытывая противоположные по модальности переживания. Для них характерно со значительными искажениями интерпретировать нейтрально и негативно окрашенные эмоциональные состояния партнера. Они демонстрируют в общении неадекватные вербальные реакции на переживания партнера. Высокий уровень инверсии, ситуативности и ограниченности эмпатии проявляется в большей мере в ситуациях «ограничения», «обвинения», «отказа».

В ходе проведения корреляционного анализа была установлена высокая теснота связи (коэффициенты корреляции Спирмена $\geq 0,70$) между признаками «высокий уровень развития эмпатии с тенденцией к очень высокому» и «гиперролевое поведение» ($r_s = 0,866$, при $p < 0,01$); «низкий уровень развития эмпатии» и «трансформация полоролевого поведения» ($r_s = 0,764$, при $p < 0,01$). Величина показателя специфичности признака «высокий уровень развития эмпатии с тенденцией к очень высокому» для 2-й группы – 1,00. Величина показателя специфичности признака «низкий уровень развития эмпатии» для 1-й группы – 1,000.

3.2.9. Обобщения к подразделу 3.2.8.

1) Таким образом, установленные: аномальность и неоптимальность уровня развития эмпатии у всех женщин, зависимых от алкоголя с РПРП, высокая теснота связи разных вариантов аномальной эмпатии с клиническими типами РПРП, высокие показатели специфичности признаков; позволили выделить «низкий уровень развития эмпатии» в качестве специфичного

психодиагностического признака женщин с ТППП ЗА, а «высокий уровень развития эмпатии с тенденцией к очень высокому» – в качестве специфического психодиагностического признака женщин с ГРП ЗА.

3.2.10. Результаты оценки коммуникативных особенностей

Результаты, полученные с помощью методики ДМО («Диагностика межличностных отношений», Л.Н. Собчик, 1999), показали, что среди обследованных женщин, зависимых от алкоголя и признаками РППП не было синтонных личностей с четко очерченными целевыми установками (симметричные диаграммы поведения отсутствовали). Большинство же здоровых женщин (73,33%) по результатам ДМО показали себя как синтонные личности.

Равномерное распределение октант по кругу в пределах восьми баллов у здоровых фемининных женщин указывало на гомеостатичность или уравновешенность межличностной системы испытуемых. Функционально это означало, что большинство женщины с нормативным фемининной половой ролью проявляли гибкость, используя весь диапазон межличностного поведения. В зависимости от ситуации они могли легко использовать стратегию доминирования или стратегию уступчивости, при этом не чувствуя себя слабым (I и V октанты); проявлять независимость и умение вступать в близкие, зависимые, гармоничные отношения (II и VI октанты); проявлять жесткость и устанавливать дружеские, партнерские отношения (III и VII октанты); обладать здоровой критичностью и быть отзывчивым по отношению к людям (IV и VIII октанты).

Нарушения уравновешенности межличностной системы женщин с РППП проявлялось в *неравномерности распределения октант по кругу*. В этом случае вступал в силу принцип компенсации [137]: поведение испытуемых

подчинялось какой-то одной стратегии (например доминирования), причем происходило это абсолютно во всех ситуациях, без учета специфики самой ситуации, а противоположный тип поведения (например, уступчивость) оказывался неприемлемым и даже болезненным.

Результаты идентификации типов межличностного поведения у испытуемых 1-й группы отражены в табл. 3.29.

Таблица 3.29.

**Распределение типов межличностного поведения испытуемых
1-й группы (методика ДМО), %**

Тип поведения	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Эгоцентрический	22	57,89 ¹
Властно-лидирующий	16	42,11 ²
Всего:	38	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: $^{1-2} - p < 0,01$.

Из табл. 3.29. следует, что у большинства (57,89%) женщин, зависимых от алкоголя с трансформированным полоролевым поведением был установлен эгоцентрический тип поведения, который отражает склонность демонстрировать в межличностном поведении уверенность в себе и постоянное соперничество. При нормативной выраженности поведение характеризуется независимостью, уверенностью в себе, тенденцией к здоровому соперничеству. По мере нарастания эти черты могут выражаться в излишней самоуверенности, гипертрофированном чувстве превосходства над окружающими, хвастливости и эгоцентричности, в крайних вариантах – в высокомерии и самовлюбленности. Самоописания большинства испытуемых с ТПРП ЗА отличались умеренными значениями и наличием отчетливых акцентов на чертах II (средний балл $10,31 \pm 0,54$, интервал 8–12. «Неконформность») и III (средний балл $7,022 \pm 0,44$, интервал 4–8. «Жесткость») октант, из чего следовало, что все они воспринимали себя как независимых и жестких людей. Ведущими чертами

своего характера считали такие свойства, как чувство собственного достоинства, уверенность в себе, стремление к соревнованию с окружающими, независимость в поступках и оценках, а также чувство справедливости в сочетании с искренностью, прямолинейностью, непосредственностью в поведении. Полученные данные характеризовали испытуемых как лиц эгоцентричных, напористых в общении, малоконформных, с завышенной самооценкой.

У части (42,11%) женщин, зависимых от алкоголя с ТПРП ЗА был установлен властно-лидирующий тип поведения (табл. 3.29.). Данный тип отражает выраженность в интерперсональных отношениях стремления к лидерству, которое обычно проявляется в склонности к руководству, тенденции к организаторским способностям, стремлении советовать и поучать.

По мере усиления эти черты могут трансформироваться в доминантность, властность, нетерпимость к критике, в переоценивании собственных возможностей, дидактичность и деспотизм [137]. Самоописания женщин с ТПРП ЗА и властно-лидирующим типом межличностного поведения отличались наличием отчетливых акцентов на чертах I (средний балл $10,22 \pm 0,54$, интервал 8–12. «Авторитарность») и II (средний балл $8,26 \pm 0,44$, интервал 4–8. «Жесткость») октант, из чего следовало, что эти испытуемые воспринимали себя как авторитарных и жестких людей. Ведущими чертами своего характера они считали такие свойства, как стремление к руководству окружающими, лидерству в сочетании с прямолинейностью и жесткостью в отношениях. Полученные данные характеризовали испытуемых как властно-лидирующих, бескомпромиссных, с недостатком конформности и завышенной самооценкой.

Результаты идентификации типов поведения у испытуемых 2-й группы отражены в табл. 3.30.

**Распределение типов межличностного поведения испытуемых
2-й группы (методика ДМО), %**

Тип поведения	2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Субмиссивный	21	72,41 ¹
Зависимо-послушный	8	27,59 ²
Всего:	29	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: $^{1-2} - p < 0,01$.

Из табл. 3.30. следует, что у большинства женщин (72,41%) с гиперролевым поведением был установлен субмиссивный, покорный тип поведения, который характеризуется склонностью занимать в интерперсональных отношениях пассивно-подчиняемую позицию. Коммуникативное поведение при незначительной выраженности этих типологических особенностей описывается как скромность, уступчивость, застенчивость, чувствительность, которые по мере усиления проявляются кротостью, стремлением охотно выполнять чужие поручения, отсутствием своего мнения, самокритичностью, в крайних вариантах – повышенным чувством вины, полной покорностью чужой воли. Самоописания большинства гиперролевых женщин с субмиссивным поведенческим типом отличались наличием отчетливых акцентов на чертах V (средний балл $12,41 \pm 0,58$, интервал 8–12. «Сверхпокорность»)) и VI (средний балл $8,26 \pm 0,44$, интервал 4–8. «Конформность») октант, из чего следовало, что эти испытуемые воспринимали себя как конформных и покорно-застенчивых людей.

У части (27,59%) женщин с гиперролевым поведением был установлен зависимо-послушный тип поведения (табл. 3.30.). Данный поведенческий тип отражает склонность ориентироваться в межличностных отношениях на помощь и сочувствие со стороны окружающих. Эта склонность обуславливает такие черты коммуникативного поведения, как доверчивость, принятие авторитетов,

уступчивость, послушность, уважительность, которые по мере нарастания преобразуются в чрезмерную конформность, тенденцию к восхищению окружающими, потребность в помощи и опеке, доходя в крайних вариантах до полной зависимости от мнения других, активных поисков помощи и сочувствия.

Самоописания гиперролевых женщин с *зависимо-послушным* типом поведения отличались наличием отчетливых акцентов на чертах VI (средний балл $12,22 \pm 0,54$, интервал 12–16. «Сверхзависимость»)) и V (средний балл $8,26 \pm 0,44$, интервал 4–8. «Конформность») октант, из чего следовало, что эти испытуемые воспринимали себя как зависимых и застенчивых людей.

Установлена высокая теснота связи между признаками: «эгоцентрический тип поведения», «властно-лидирующий тип поведения» и признаком «трансформация полоролевого поведения» (коэффициенты корреляции Спирмена 0,845, и 0,805, соответственно, при $p < 0,05$); между признаками «субмиссивный, покорный тип поведения», «зависимо-послушный тип поведения» и признаком «гиперролевое поведение» (коэффициенты корреляции Спирмена 0,855, и 0,844, соответственно, при $p < 0,05$).

Следующим важным аспектом исследования являлось сопоставление описаний реального и идеального «Я» испытуемых. Считали, что количественные отличия между значениями октант двух описаний позволяют охарактеризовать «Я»-концепцию испытуемых. В проводимом исследовании интерпретации полученных данных, имеющие отношение к «Я»-концепции, формализовали в соответствии с алгоритмом, предложенным К.Р. Червинской [137]:

1. Ситуацию «Я-идеальное» диагностировали аналогичным образом, как и для аспекта описания «Я-реального»: выявляли либо равномерность, либо пик, либо два пика, либо три пика и т.п. Тем самым определяли систему ценностей испытуемых: указывались типы поведения и соответствующие характеристики личности.

2. Определялась противоречивость или непротиворечивость системы

ценностей. Для этого использовались таблицы отношений, связывающие различные октанты [137]. Непротиворечивая система ценностей отражала стремление испытуемых к целостности и личностному росту. Противоречивая – указывала на наличие интрапсихических конфликтов. В зависимости от конкретной ситуации и от диагностируемых октант проблемы и внутренние конфликты определяли аналогичным для аспекта описания «Я-реального» способом.

3. Осуществляли сравнение описаний аспектов реального и идеального образа «Я»:

3.1. Путем сопоставления октант реального и идеального описания делался вывод о способах разрешения внутренних конфликтов (если они есть), об уменьшении или увеличении соответствующих личностных особенностей.

3.2. Давалась интегральная характеристика сходства-различия двух описаний. Критерием интегральной характеристики являлось значение коэффициента корреляции Спирмена, полученное путем сопоставления значений «идеальной» и «реальной» октант на каждой из испытуемых. Интегральная характеристика отражает степень рассогласования описаний «реального» и «идеального» образа «Я» у испытуемых, а также степень принятия себя.

Результаты исследования «Я»-концепции у женщин в группах сравнения показали следующее. В контрольной группе у большинства здоровых фемининных женщин, по большому октант отсутствовало расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным». Установленная непротиворечивость системы ценностей отражала стремление здоровых фемининных женщин к целостности и личностному росту. Между значениями «реального» и «идеального» представлений у большинства здоровых женщин без признаков РПП диагностировался высокий положительный коэффициент корреляции Спирмена 0,905, статистически значимо отличный от нуля (для $p < 0,05$), что говорит о достаточной близости описаний «реального» и «идеального» образов «Я». Это отражает хорошую согласованность представлений испытуемых о себе, высокую

степень принятия себя, устойчивость и внутреннюю идентичность личности.

В группе зависимых от алкоголя женщин с РПП, у большинства испытуемых, по большому октанту имелось расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным». Установленная противоречивость системы ценностей отражала у них наличие интрапсихических конфликтов.

Между значениями «реального» и «идеального» представлений у всех женщин с ТПП ЗА и эгоцентрическим типом межличностного поведения диагностировался положительный коэффициент корреляции Спирмена 0,286, статистически значимо близкий к нулю. Это говорит о некотором рассогласовании описаний «реального» и «идеального» образов «Я» у данной части испытуемых, что отражает невысокую степень принятия себя и возможные трудности в самореализации.

У большинства женщин с ТПП ЗА и властно-лидирующим типом поведения (26,32%) по большому октанту отсутствовало расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным», что говорило об отсутствии у них стремления к изменению своего Я и непониманию необходимости этих изменений. Между значениями «реального» и «идеального» представлений у большинства властно-лидирующих женщин диагностировался высокий положительный коэффициент корреляции Спирмена 0,786, статистически значимо отличный от нуля (для $p < 0,05$), что говорит о достаточной близости описаний «реального» и «идеального» образов «Я». Это отражает хорошую согласованность представлений испытуемых о себе, высокую степень принятия себя, устойчивость и внутреннюю идентичность личности. У 15,79% женщин с ТПП ЗА и властно-лидирующим типом поведения в описании аспекта «Я-идеальное» диагностировалось чрезмерно высокое значение, один пик на чертах I октанты. В систему ценностей испытуемых входили следующие свойства: выраженное стремление к лидерству, к неограниченной власти, основанной на наличии настойчивости и несомненным успехом у окружающих, вплоть до восхищения и

поклонения. Сравнение описаний «идеального» и «реального» представлений испытуемых позволяло сделать вывод о стремлении к усилению авторитарности, доминирования. Между значениями «реального» и «идеального» представлений этих испытуемых диагностировался отрицательный коэффициент корреляции Спирмена (-1,595), что указывало на рассогласованность «реального» и «идеального» образов «Я», и отражало некоторое неприятие себя.

У всех гиперролевых женщин, как с субмиссивным, так и зависимо-послушным типами поведения между значениями «реального» и «идеального» представлений диагностируется положительный коэффициент корреляции Спирмена 0,286, статистически значимо близкий к нулю. Это говорит о некотором рассогласовании описаний «реального» и «идеального» образов «Я» и отражает невысокую степень принятия себя и возможные трудности в самореализации.

3.2.11. Результаты исследования макиавеллизма как личностной характеристики испытуемых

Результаты эмпирического исследования особенностей макиавеллизма как личностной характеристики у зависимых от алкоголя женщин с расстройствами полоролевого поведения с помощью Методика исследования макиавеллизма личности (четвертая версия Мак-шкалы) Р. Кристи, Ф. Гейс, отражены в табл. 3.31. Исходя из полученных результатов, формально возможно охарактеризовать всех зависимых от алкоголя женщин с РПРП, как личностей с сильно выраженными макиавеллистическими установками (среднее групповое значение по Мак-шкале > 81 балла). Но сравнительный анализ значений средних по Мак-шкале в группах показал иную картину: статистически-достоверно высокий, по сравнению со здоровыми ($p3$), уровень склонности к макиавеллизму у женщин с трансформацией половой роли ($p1$) ($104,28 \pm 12,33$ балла) и достоверно низкий, по сравнению со здоровыми,

уровень склонности к макиавеллизму у гиперролевых женщин (p_2) ($p_1-p_3 < 0,01, p_2-p_3 < 0,01$).

Таблица 3.31.

Результаты Мак-шкалы у женщин групп сравнения, баллы, $M \pm m$

№ вопроса Мак-шкалы	1-я группа ТПРП ЗА, $n = 38$		2-я группа ГРП ЗА, $n = 29$		Контрольная группа, $n = 30$	
	M	m	M	m	M	m
1	5,54	1,75	3,54	1,64	4,54	1,74
2	3,48	1,74	2,47	1,47	4,47	1,74
3	3,76	1,76	2,74	1,58	2,84	1,66
4	4,45	1,69	2,71	1,56	2,91	1,47
5	4,10	1,62	3,10	1,65	4,10	1,67
6	4,45	1,69	3,35	1,68	3,45	1,81
7	4,67	1,70	3,12	1,65	3,12	1,58
8	6,20	1,77	3,20	1,66	3,50	1,68
9	6,02	1,77	3,02	1,65	3,02	1,65
10	5,68	1,75	2,68	1,55	2,68	1,55
11	6,28	1,78	5,23	1,74	5,23	1,29
12	5,23	1,74	3,10	1,65	4,16	1,74
13	4,60	1,69	2,59	1,45	2,59	1,30
14	4,60	1,69	3,02	1,65	4,40	1,43
15	5,20	1,75	3,17	1,65	3,17	1,59
16	4,79	1,70	3,79	1,73	3,79	1,73
17	5,89	1,72	3,54	1,68	3,54	1,68
18	6,01	1,78	3,88	1,71	3,88	1,71
19	5,78	1,76	3,57	1,65	4,57	1,88
20	7,55	1,82	2,62	1,45	2,62	1,45
Средний балл Мак-шкалы	104,28 ¹	12,33	64,44 ²	10,46	72,58 ³	11,56
	84,364 ± 13,24					

Примечание: достоверность различий: $^{1-2} - p < 0,01$.

Это значит, что главными психологическими составляющими не у всех аддиктов с расстройствами полоролевого поведения, а только у женщин с ТПРП ЗА являлись: убеждение в том, что при общении с другими людьми ими можно и нужно манипулировать и навыки конкретного умения манипулирования. С помощью ложных отвлекающих маневров, зависимые от алкоголя женщины с ТПРП ЗА добивались того, что лица, с которыми они

общаются, сами того не осознавая, изменяли свои первоначальные цели. Следует отметить также, что манипулятивное поведение больных с ТПРП ЗА опосредовано потребностью в алкоголе, что существенно отличало его от смысла манипулятивного поведения здоровых лиц. Высокие и максимально высокие средние значения по Мак-шкале (среди женщин с РПРП) у женщин с ТПРП ЗА позволяют характеризовать их как лиц с сильно выраженным типом макиавеллистской личности. Обобщенные психологические характеристики, которые используются в литературе для данного типа [138, 139]: смелый, амбициозный, доминирующий, настойчивый, эгоистичный. По нашим наблюдениям, больные с ТПРП ЗА, осознанно реализуя своё аморальное поведение по отношению к другим с целью добиться личной выгоды, в то же время не доверяли людям, которых собирались ввести в заблуждение. Они умело находили слабые места других людей и, надо признать, успешно этим пользовались. Достаточно часто больные с высоким уровнем макиавеллизма имели циничный взгляд на других людей, проявляли безразличие, равнодушие к ним. Цели манипуляции у женщин с ТПРП ЗА имели выраженную прагматическую направленность.

Низкие и максимально низкие средние значения по Мак-шкале (среди женщин с РПРП ЗА) у гиперролевых женщин позволяют характеризовать их как лиц со слабо выраженным типом макиавеллистской личности. Обобщенные психологические характеристики, которые используются в литературе для данного типа [138, 139]: трусливый, нерешительный, поддающийся влиянию, честный, сентиментальный, надежный. Низкий уровень макиавеллизма у гиперролевых женщин указывает также на психологическую закрытость, наличие сложности в установлении доверительных отношений.

В ходе корреляционного анализа была установлена высокая теснота связи между признаками «высокий уровень склонности к макиавеллизму» и «трансформация полоролевого поведения» ($r_s = 0,844, p < 0,01$) и между

признаками «низкий уровень склонности к макиавеллизму» и «гиперролевое поведение» ($r_s = 0,868, p < 0,01$). Показатели специфичности признаков имели следующие значения: ПСО «высокий уровень склонности к макиавеллизму» для ТПРП ЗА = 1,000, ПСО «низкий уровень склонности к макиавеллизму» для ГРП ЗА = 1,000. Установленные высокие тесноты связей и значений показателей специфичности признаков позволили рассматривать «высокий уровень склонности к макиавеллизму» как высокоспецифичный психодиагностическую признак женщин с ТПРП ЗА, а «низкий уровень склонности к макиавеллизму» – как высокоспецифичный психодиагностический признак женщин с ГРП ЗА.

ОБОБЩЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена согласно плану научных исследований, проводимых на кафедре психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского Национального Университета имени В.Н. Каразина на базе КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница», которая является базой кафедры, по теме: «Изучение вопросов психодиагностики, этиопатогенеза, клинических особенностей, течения, профилактики и лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств» (№ госрегистрации 0113U001081).

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина Министерства образования и науки Украины (протокол № 11 от 13 июня 2013) и согласована с Межведомственным советом по координации научных исследований по педагогическим и психологическим наукам в Украине (протокол № 3 от 25.03.2014 г.).

Цель исследования. На основе анализа и комплексной оценки психологических особенностей полоролевого поведения, разработать психодиагностические критерии типов расстройства полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ и обобщение современных научных достижений по проблематике расстройств полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя.

2. Определить особенности половой идентичности у женщин, зависимых от алкоголя и выделить специфические признаки нарушения половой идентичности при различных типах расстройства полоролевого поведения.

3. Определить особенности маскулинности и фемининности у женщин с различными типами расстройства полоролевого поведения, зависимых от алкоголя.

4. Исследовать особенности структурных характеристик личности женщин с различными типами расстройства полоролевого поведения, зависимых от алкоголя.

5. Установить особенности адекватности самооценки, эмпатии, тревожности, коммуникативных свойств, макиавеллизма личности у женщин с различными типами расстройства полоролевого поведения, зависимых от алкоголя.

6. Разработать психодиагностические критерии трансформации полоролевого поведения и гиперролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя.

Объект исследования: особенности женской зависимости от алкоголя.

Предмет исследования: полоролевые особенности личности у женщин.

Методы исследования: теоретический (анализ научных источников по теме исследования), эмпирический (тестирование, использование клинических шкал) и математико-статистический.

Теоретико-методологической основой исследования являлись современные представления о принципах психодиагностики (Л.Ф. Бурлачук, М.Е. Жидко, С.Д. Максименко, Л.Ф. Шестопалова); положения медицинской психологии, касающиеся закономерностей формирования полового самосознания и полоролевого поведения в норме и патологии (А.С. Кочарян, В.В. Чугунов, М.В. Маркова); полоролевой и гендерный подходы в психологии (А.С. Кочарян); представление об уровне организации поведения человека как представителя пола (Б.Е. Алексеев); модель половой «Я» концепции с позиции онтогенетического возникновения её составляющих (Д.К. Саламова с

соавт.).

Научная новизна полученных результатов. впервые:

- доказано, что расстройства полоролевого поведения у женщин с ассоциированными РПП и алкогольной зависимостью в изученной выборке характеризуются как нетранссексуальные, а нарушение половой идентичности у них – как парциальное. Парциальность нарушения половой идентичности заключалось в отсутствии признаков нарушения физического «Я» и наличии исключительно признаков нарушения психического «Я» полового самосознания;

- у женщин с ассоциированными РПП и алкогольной зависимостью в изученной выборке установлены специфические различия симптомокомплекса «маскулинности / фемининности»: у лиц с трансформацией полоролевого поведения имела место тотальная маскулинность, а у лиц с гиперролевым поведением – тотальная фемининность на поведенческом, социогенном и биогенном уровнях функционирования личности;

- определены особенности структурных характеристик личности женщин с различными типами РПП, зависимых от алкоголя;

- установлены специфические для различных типов расстройства полоролевого поведения различия адекватности самооценки, уровня развития эмпатии, личностной тревожности, коммуникативных свойств и уровня макиавеллизма личности;

- разработаны психодиагностические критерии трансформации полоролевого и гиперролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя.

Получила дальнейшее развитие:

- стратометрической концепция диагностики образований маскулинности / фемининности в полоролевом пространстве личности, разработанная А.С. Кочаряном

Практическая значимость полученных результатов исследования заключается в разработке психодиагностических критериев для клинически различных типов РСРП у женщин, зависимых от алкоголя. Разработанные для украинского выборки психодиагностические критерии трансформации полоролевого поведения и гиперролевого поведения расширяют традиционный диапазон психодиагностических мишеней при алкогольной зависимости, делают процедуру психодиагностики полоролевого звена патогенеза алкогольной зависимости у женщин более доказуемой. Результаты исследования внедрены в практическую работу КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница» (справка № 3-01 / 86 от 13.04. 2015 г.), Учебную и научно-методическую работу кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина Министерства образования и науки Украины (справка № 136/4 от 16.04. 2015 г.).

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно выполнен аналитический обзор источников научно-медицинской информации по теме работы, сформулирована цель, задачи исследования, разработан его дизайн, методология, сформированы методы и инструментарий, написаны все разделы диссертации, лично проведены все психодиагностические исследования; самостоятельно созданы компьютерные базы полученных данных, осуществлена их математически-статистическая обработка, системный анализ и научная интерпретация полученных результатов, сформулированы выводы и введены в клиническую практику результаты исследования. В публикациях, написанных в соавторстве с профессором В.И. Пономаревым «Диагностика кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя, с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа» и «Особенности сексуального дизонтогенеза у женщин с

ассоциированными расстройствами половой роли и зависимостью от алкоголя» – диссертантке належать набір емпіричного матеріала і його обробка, формулювання висновків.

Апробация результатов исследования. Основные результаты работы докладывались и обсуждались на: научно-практической конференции с участием международных специалистов «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», присвяченої 210-річчю Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна (14–15 квітня 2014 р., м. Харків), научно-практической конференции с участием международных специалистов «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», присвяченої засновнику вітчизняної наукової та практичної психіатрії Петру Олександровичу Бутковському (7–9 жовтня 2015 р., м. Харків), XVI Украинской научно-практической конференции с международным участием «Довженківські читання: Редукція вживання алкоголю – нова наркологічна парадигма», присвяченої 97-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря СРСР О.Р. Довженка (7 квітня 2015 р., м. Харків), международной научно-практической конференции «Актуальні проблеми клінічної, теоретичної, профілактичної медицини, стоматології та фармації» (10–11 квітня 2015 р., м. Одеса), международной научно-практической конференции «Медична наука та практика на сучасному історичному етапі» (8 травня 2015 р., м. Київ).

Публикации. Результаты диссертационного исследования отражены в 14 научных работах, из которых: 3 – в профильных изданиях Украины, 3 – в международных периодических профильных изданиях, 5 – в специализированных научных журналах Украины, 3 – в материалах конференций.

Обобщения Раздела 1. (Современное состояние проблемы расстройств

полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя). В ходе проведения анализа литературных источников по теме диссертации было установлено следующее:

- Высокая распространенность, раннее начало, серьезные медицинские и социальные последствия сочетанного расстройства полоролевого поведения и зависимости от алкоголя у женщин свидетельствуют о том, что она является актуальной проблемой современной медицины.

- В популяции зависимых от алкоголя женщин отмечена значительная распространённость расстройств половой идентификации (РПИ), а среди них – расстройств полоролевого поведения (РПП).

- Употребление алкоголя при РПИ и РПП неслучайно, поскольку позволяет пациентам уменьшать обусловленную этими расстройствами дисфункциональность и гендерную неконгруэнтность (gender incongruence) в полоориентированных ситуациях, временно дезактуализировать имеющийся полоролевой конфликт.

- Отсутствие обобщенной статистики по распространенности РПИ и РПП у женщин и значительный разброс результатов выборочных клинико-эпидемиологических исследований затрудняет выработку адекватной стратегии превенции указанных расстройств.

- Недостаточность диагностических (клинических и психодиагностических) критериев расстройств полоролевого поведения, коморбидно протекающих с расстройствами аддиктивного спектра, обуславливают неполноту диагностики и медико-психологической помощи пациентам данной категории. Недостаточная разработанность вопросов психологической диагностики расстройств полоролевого поведения, отсутствие единства взглядов на объем, мишени и задачи психодиагностики указанного класса расстройств, затрудняет создание унифицированных

психодиагностических стандартов.

- Общий недостаток знаний о психологических особенностях расстройств полоролевого поведения у женщин с алкогольной зависимостью затрудняет концептуализацию данного класса коморбидной патологии, разработку дифференцированных программ терапии, что в конечном итоге, снижает качество помощи больным.

Обобщения Раздела 2. (Материал и методы исследования).

Организация и общая методика эмпирического исследования психологических особенностей у женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя были соотнесены с исследовательской целью и задачами.

Исследование проводилось с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на основании информированного согласия на протяжении 2012–2014 годов на базе КУОЗ «Харьковская обласная клиническая наркологическая больница». исследовательская выборка образована в соответствии с целями и задачами исследования. Общее количество лиц, вошедших в исследовательскую выборку: 97 (в клиническую выборку – 67, контрольную – 30). Сравнимые выборки различались по критериям наличия/отсутствия синдрома зависимости от алкоголя и наличия/отсутствия аномального (по медицинскому, психопатологическому критерию) паттерна полоролевого поведения, соотносимого в медицинском стандарте Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) с расстройством половой идентификации. Все лица, вошедшие в клиническую выборку, были зависимы от алкоголя и имели признаки расстройства половой идентификации в форме расстройства полоролевого поведения; все лица, образовавшие контрольную выборку, не имели признаков алкогольной зависимости и расстройств полоролевого поведения. Использование унифицированных критериев МКБ-10

позволило выделить в клинической выборке две группы с различными типами расстройства полоролевого поведения: трансформацией полоролевого поведения и гиперролевым поведением. Здоровые женщины с нормативным (фемининным) полоролевым поведением составили контрольную группу. Образованные группы сравнения были паритетными по большинству социально-демографических показателей, что позволяет считать результаты исследования такими, что репрезентативно отражают генеральную совокупность.

Средний возраст пациенток с РПП и зависимостью от алкоголя (РПП ЗА) составил $29,5 \pm 1,02$ лет, здоровых испытуемых – $30,0 \pm 1,06$ лет. Все обследованные женщины были жителями Харькова и Харьковской области.

Группы сравнения были сопоставимы по параметру «величина среднего возраста» ($p > 0,05$), а также по параметрам морфологического (соматического) и гражданского (юридического, паспортного) пола: все испытуемые в них имели телесные (первичные и вторичные) признаки женщин и были записаны в паспортах как лица женского пола

Анализ характеристик возрастных периодов в группах сравнения показал, что большинство пациенток с ТПП ЗА (68,42%) и ГПП ЗА (68,97%), и все здоровые женщины находились в возрастном интервале 28–32 года.

В группах сравнения процент лиц с завершенным высшим образованием достоверно был выше в контрольной группе ($^{1-2} - p < 0,01$), тогда как процент лиц со средним специальным образованием достоверно был выше в группе с ТПП ЗА ($^{3-4} - p < 0,01$ и $^{3-5} - p < 0,05$).

Анализ профессиональной занятости показал, что большинство пациенток с ТПП ЗА и ГПП ЗА (63,16% и 68,97%, соответственно) были трудоустроены, остальные временно не работали.

Все здоровые женщины были трудоустроены. Большинство из

трудоустроенных женщин с ТПРП ЗА и половина женщин с ГРП ЗА занимались физическим трудом. Большинство здоровых женщин являлись работниками умственного труда. Во всех сравниваемых группах испытуемые чаще были исполнителями.

На момент исследования в актуальном браке находились большинство женщин с ГРП ЗА (51,72%) и только 23,68% женщин с ТПРП ЗА. Все здоровые женщины КГ были замужем.

Пациентки с ТПРП ЗА чаще находились в разводе, по сравнению с пациентками с ГРП ЗА ($p < 0,01$). Все имеющие брачный опыт женщины с ТПРП ЗА (28, или 100,00%) и 9,52% женщин с ГРП ЗА состояли в повторном браке, тогда как опыт повторного брака имели только 6,67% здоровых женщин. Достоверно чаще в сравниваемых группах опыт повторного брака имели женщины с ТПРП ЗА ($p < 0,01$) (табл. 2.7.).

Дети были у всех здоровых женщин, большинства женщин с ГРП ЗА (52,38%) и только у 9 (32,14%) пациенток с ТПРП ЗА (из имевших брачный опыт). По два ребенка было у большинства и только у здоровых женщин. Среди женщин с РПРП ЗА достоверно чаще детей имели пациентки с ГРП ЗА ($^{1-2} - p < 0,01$).

Анализ сравнения семейного положения показал, что женщины с ТПРП ЗА достоверно реже вступали в супружеские отношения по сравнению со здоровыми женщинами с нормативным (фемининным) полоролевым поведением ($p < 0,01$), и достоверно чаще разрывали семейные узы ($p < 0,01$).

Основные и контрольная группа существенно не отличались по показателю «наличие родительской семьи». Большинство женщин с ТПРП ЗА (84,21%) и ГРП ЗА (96,55%) и все здоровые фемининные женщины имели родительскую семью. Отсутствие родительской семьи среди женщин основных групп чаще отмечалось у пациенток с ТПРП ЗА (в 4,58 раза, $p < 0,01$).

Сравниваемые группы отличались по показателю «полнота семьи». Из имевших родительскую семью, семья была неполной у 18,75% пациенток с ТПРП ЗА и у 50,00% пациенток с ГРП ЗА. Указанный показатель значительно отличался от известных общих показателей неполных семей в популяции, где их доля составляет в среднем 14,7–16% (Е.Б. Бреева, 1999). Среди лиц с РПРП ЗА неполную родительскую семью чаще имели женщины с ГРП ЗА ($p < 0,01$).

Для реализации поставленной цели был использован комплекс методов:

1. теоретический;
2. эмпирический;
3. математико-статистический.

Теоретический метод (анализ научных источников по теме исследования).

Эмпирический метод (клинические шкалы, тестирование).

Эмпирические исследования проводились с помощью клинических шкал и тестовых методик. Были использованы: Шкала нарушений половой идентичности, Шкала сексуальной ориентации, Методика шкалирования оценки мотивов потребления алкоголя, Методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения, Я-структурный тест, Стандартизированный многофакторный метод исследования личности, Методика исследования самооценки с помощью процедуры ранжирования, Шкала эмоционального отклика, Шкала самооценки реактивной и личностной тревожности, Методика Диагностики межличностных отношений, ACL-шкала полоролевого поведения, Шкала Dur-Moll, Методика исследования макиавеллизма личности.

Все использованные шкалы и тестовые методики отвечали цели и задачам исследования, хорошо зарекомендовали себя в проведении эмпирических исследований и обладали хорошими параметрическими

качествами. Достоверность и обоснованность полученных результатов и сделанных на их основе выводов обеспечены использованием валидных и надежных психодиагностических методик, репрезентативной выборкой; корректным применением статических методов с использованием *U*-критерия Манна-Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена, критерия Стьюдента.

Обобщение Раздела 3.

Обобщения результатов применения клинических шкал (подраздел 3.1.). Проведенное изучение половой идентификации, полового поведения, акцентуированности полоролевого поведения (раздел 3.1., подразделы 3.1.1-3.1.5.) и аддиктивного поведения (раздел 3.1., подраздел 3.1.7.) испытуемых с помощью клинических шкал позволило сделать следующие обобщения:

По критериям адекватности половой аутоидентификации, направленности полового влечения и способов его реализации, женщины клинических групп не отличались от здоровых женщин контрольной группы. Все испытуемые с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя имели фенотипические признаки женщин и были записаны в паспортах как лица женского пола. У всех испытуемых имели место стойкое осознание своей принадлежности к женскому полу, гетеросексуальная направленность полового влечения и гетеросексуальная его реализация.

По критерию нормативности стереотипа полоролевого поведения женщины клинических групп существенно отличались от здоровых женщин контрольной группы. Полоролевое поведение у всех женщин клинических групп характеризовалось как нарушенное: у пациенток 1-й группы – как трансформированное (маскулинное), у пациенток 2-й группы – как гиперролевое (гиперфемининное). Наличие нарушенного полоролевого поведения являлось признаком нарушения половой идентичности на этапе

формирования половой роли и негармоничности психосексуального развития в целом. У здоровых женщин полоролевое поведение характеризовалось как нормативное (фемининное), а психосексуальное развитие – как гармоничное.

Клиническая оценка нормативности полового поведения была дополнена Шкалой нарушений половой идентичности Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского. Было установлено, что у всех испытуемых женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя имелись признаки нарушения половой идентичности при адекватной женской аутоидентификации (т.е. стойком осознании своей принадлежности к женскому полу).

Признаки нарушения половой идентичности у женщин, зависимых от алкоголя с трансформацией полоролевого поведения манифестировали в возрастном интервале 4–5 лет, который соответствует этапу формирования базовой половой идентичности (полового самосознания).

Признаки нарушения половой идентичности у женщин, зависимых от алкоголя с гиперролевым поведением манифестировали в возрастном интервале 6–12 лет, который соответствует этапу становления полоролевой идентичности.

У всех испытуемых клинических групп признаки нарушения половой идентичности на всех этапах её формирования проявлялись исключительно феноменами нарушения психического «Я» (по критериям Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского, 2012), что свидетельствовало о парциальности нарушения половой идентичности у лиц исследованной выборки.

Высокоспецифичными признаками нарушения половой идентичности у женщин с трансформацией полоролевого поведения, зависимых от алкоголя определены:

- смешанный характера игровой деятельности в детстве (время

появления признака – 4–5 лет);

- предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных представителям мужского пола (время появления признака – 6–12 лет);

- наличие устойчивых элементов полоролевого поведения более свойственного мужскому полу (время проявления признака – 6–12 лет);

- выбор сексуальной роли, более характерной в данной культуре для противоположного пола (отклонения от стандартов фемининной сексуальной роли проявляются: в промискуите, инициативе сексуального контакта со стороны женщины, доминировании во время интимной близости, элементах деперсонафикации партнера во время интима, активном включении в сценарный репертуар элементов садистических реализаций);

- психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций).

Высокоспецифичными признаками нарушения половой идентичности у пациенток с гиперролевым поведением, определены:

- наличие устойчивых элементов гиперролевого (гиперфемининного) поведения (время проявления признака 6–12 лет);

- выбор аномальной (чрезмерно выраженной) в данной культуре сексуальной роли, характерной для своего пола. Отклонения от стандартов в данной культуре фемининной сексуальной роли проявляются в подчеркнутой пассивности, избыточной субмиссивности во время интимной близости, предпочтении субдоминантных поз, включении в сценарный репертуар элементов мазохистических реализаций.

Высокоспецифическими общими для женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя определены:

психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций).

Спектр высокоспецифичных признаков нарушения половой идентичности у пациенток с трансформацией полоролевого поведения шире по сравнению с аналогичным спектром у аддиктов с гиперролевым поведением, что отражает большую выраженность нарушения половой идентичности у аддиктов с трансформацией полоролевого поведения.

Применение Шкалы сексуальной ориентации А. Кинзи позволило установить, что значительная часть зависимых от алкоголя женщин с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа (31,35%), проявляющих исключительное гетеросексуальное поведение в реальной жизни, обладает латентной гомоэротичностью, на что указывало наличие в их сновидческой продукции устойчиво повторяющихся гомоэротических поведенческих паттернов. Гомоэротические элементы в сновидческой продукции достоверно чаще встречались у гиперролевых женщин, по сравнению с женщинами с трансформацией полоролевого поведения (16,42% против 14,93%; $p < 0,05$). Наличие в структуре гетеросексуально-ориентированного либидо гомоэротических элементов указывало на наличие скрытого полоориентационного конфликта и характеризовало либидо как негармоничное (неоднородное), и нестабильное. Наличие эгодистонического отношения к гомоэротическому поведению в сновидениях во всех случаях указывало на существование интрапсихического конфликта.

Изучение кроссполовой акцентуированности полоролевого поведения с помощью «Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения» Б.Е. Алексеева позволило установить наличие кроссполовой акцентуированности у пациенток с трансформацией полоролевого поведения и ее отсутствие у пациенток с гиперролевым поведением.

Изучение характеристик аддиктивного поведения позволило установить значимые различия в сроках начала алкоголизации у пациенток с разными вариантами проявления расстройства полоролевого поведения: средний возраст первых проб алкоголя у женщин-аддиктов с ТППП – $13,55 \pm 1,8$ лет, у женщин-аддиктов с ГРП – $14,50 \pm 2,6$ лет). У трансролевых аддиктов приобщение к алкоголю происходило на $0,95$ лет раньше ($p < 0,01$). Приобщение к алкоголю у всех испытуемых клинических групп происходило в пубертатном периоде.

Выявлены статистически достоверные корреляции между типом инициальной алкоголизации (по критериям Б.С. Братусь, П.И. Сидорова, 1984), доминирующим мотивом инициальной алкоголизации и вариантами расстройства полоролевого поведения. Сильно выраженными (r_s – коэффициент корреляции Спирмена $> 0,7$) оказались: связи между трансформированным полоролевым поведением у испытуемых 1-й клинической группы и первым типом инициальной алкоголизации («Алкоголизация в кругу лиц мужского пола», в компаниях сверстников по инициативе последних или под влиянием взрослого пьющего мужчины), коэффициент корреляции (r_s) = $0,864$, здесь и далее при $p < 0,01$), трансформированным полоролевым поведением и псевдокультурным (социально-интегративным) мотивом инициальной алкоголизации ($r_s = 0,812$); связь между гиперролевым поведением у испытуемых 2-й клинической группы и вторым типом инициальной алкоголизации («Алкоголизация в кругу лиц женского пола», в компаниях сверстниц по инициативе последних или под влиянием взрослой пьющей женщины) ($r_s = 0,741$), гиперролевым поведением и традиционным (социально-коммуникативным) мотивом употребления алкоголя ($r_s = 0,772$).

Установлено, что показатели общего мотивационного напряжения потребления алкоголя (ОМН) у всех женщин с РППП располагались в

интервале «критического напряжения» в 35–50 баллов (средний по выборке балл ОМН = $42,51 \pm 1,1$), который коррелирует с нозологическим этапом употребления алкоголя. Наивысшие значения показателя общего мотивационного напряжения среди испытуемых групп сравнения отмечены у женщин-аддиктов с трансформацией полоролевого поведения ($p < 0,01$). Общее мотивационное напряжения мотивов потребления алкоголя в клинических группах было значимо выше у женщин-аддиктов с трансформацией полоролевого поведения.

Полученные данные подтвердили необходимость изучения полоролевого фактора в формировании алкогольной зависимости у женщин.

Сопоставления исследованных характеристик полового и аддиктивного поведения позволило установить, что у женщин клинических групп расстройство полоролевого поведения предшествовало аддиктивному расстройству.

Обобщение результатов тестирования (подраздел 3.2.).

У пациенток с трансформацией полоролевого поведения на фоне сниженных большинства показателей конструктивности гуман-функции «Я» установлены достоверно более высокие по сравнению с нормативными значениями показатели деструктивности и дефицитарности, а также преобладание деструктивных аспектов гуман-функций «Я» над дефицитарными. Дисгармоничность Я-структуры личности испытуемых проявлялась высокой деструктивностью гуман-функции агрессии, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности при высокой дефицитарности гуман-функции тревоги (ISTA)

У пациенток с гиперролевым поведением на фоне сниженных показателей конструктивности гуман-функции Я, установлены достоверно

более высокие по сравнению с нормативными значениями показатели дефицитарности и деструктивности, а также преобладание дефицитарных аспектов центральных гуман-функций Я над деструктивными. Дисгармоничность Я-структуры личности испытуемых проявлялась высокой дефицитарностью гуман-функции агрессии, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности при высокой деструктивности гуман-функции тревоги (ISTA).

Выраженность деструктивности гуман-функции сексуальности Я значимо выше у женщин-аддиктов с трансформацией полоролевого поведения по сравнению с женщинами-аддиктами с гиперролевым поведением (U -критерий Манна-Уитни = 742, $p < 0,05$), а выраженность дефицитарности гуман-функции сексуальности Я значимо выше у женщин-аддиктов с гиперролевым поведением по сравнению с женщинами-аддиктами с трансформацией полоролевого поведения (U -критерий Манна-Уитни = 703, $p < 0,05$) (ISTA).

Повышенная деструктивность гуман-функции сексуальности «Я» в профиле ISTA Я-структуры личности женщин с ТППП ЗА определена как специфичный психодиагностический признак ТППП ЗА, а повышенная дефицитарность гуман-функции сексуальности «Я» в профиле ISTA Я-структуры личности женщин с ГПП ЗА определена как специфичный психодиагностический признак ГПП ЗА.

В целом, женщины с расстройствами полоролевого поведения в сравнении со здоровыми женщинами без таковых расстройств, отличаются менее благоприятными условиями для развития основных интрапсихических образований; несформированностью границ человеческого Я, как регулятора основных энергетических процессов в социальной коммуникации, несформированностью первичной предрасположенности к установлению

конструктивных контактов и способности к получению удовольствия от партнерского взаимодействия на различных уровнях.

Полоролевое поведение женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя экспериментальным путем определено как поливариантное (методика СМИЛ). Преобладание мужских или женских характеристик значимо модифицировало поведенческий модус зависимых от алкоголя, что позволило доказательно выделить две модели нарушенного полоролевого поведения: трансформированную и гиперролевою. Каждая из этих поведенческих схем является относительно автономной. Общим признаком для выделенных поведенческих моделей является их нетранссексуальность, т.е. все они осуществляются при правильном половом самосознании (соответствующем морфологическому и гражданскому женскому полу).

Модель трансформированного полоролевого поведения у женщин-алкогольных аддиктов характеризуется наличием поведения, свойственного мужскому полу, при правильном половом самосознании и нормативной (гетеросексуальной) реализации полового влечения. Высокий уровень поведенческой маскулинности у лиц с данной моделью подтверждается высокими значениями по шкале «маскулинности-фемининности» СМИЛ ($71,50 \pm 1,55$ Т-баллов, что > 70 Т-баллов).

Модель гиперролевого поведения характеризуется наличием аномально акцентуированного полоролевого поведения, свойственного биологическому полу, при правильном половом самосознании и нормативной реализации полового влечения; гиперфемининность подтверждается снижением значений по шкале «маскулинности-фемининности» СМИЛ ($40,00 \pm 1,00$ Т-баллов).

Психологические профили СМИЛ женщин с полоролевой трансформацией нетранссексуального типа характеризовались как относящиеся

к стеническому, а гиперролевых женщин – к гипостеническому типу (методика СМИЛ). Психологический профиль большинства (57,89%) трансролевых пациенток имел вид: 945'6-/027 KFL, где L (54Т), F (58Т), К (56Т), 1 (47Т), 2 (43Т), 3 (43Т), 4 (75Т), 5 (74Т), 6 (68Т), 7 (39Т), 8 (54Т), 9 (76Т), 0 (43Т). Психологический профиль у большинства (72,41%) гиперролевых женщин имел вид: 78123'0-/654 KFL: L (50Т), F (50Т), К (52Т), 1 (74Т), 2 (72Т), 3 (72Т), 4 (38Т), 5 (40Т), 6 (44Т), 7 (78Т), 8 (78Т), 9 (39Т), 0 (65Т) (СМИЛ).

Особенности характеристик маскулинности-фемининности на разных уровнях (поведенческом, социогенном, биогенном) функционирования личности пациентов с РППП и аддикцией, указывают на тотальную маскулинность женщин с трансформацией полоролевого поведения и тотальную фемининность женщин с гиперролевым поведением (5-я шкала СМИЛ, Методика ACL А.В. Neilbrun, Шкала Dur-Moll в методике L. Szondi).

Установлена высокая теснота связи между признаками «неадекватно низкая самооценка» и «гиперролевое поведение»; «неадекватно высокая самооценка» и «трансформация полоролевого поведения» (коэффициенты корреляции Спирмена $\geq 0,70$; средние значения коэффициента корреляции (r) находились за пределами квалификационного диапазона от 0,4 до 0,2 (Методики исследования самооценки с помощью процедуры ранжирования (А.А. Реан, 2004). Неадекватность самооценки у всех аддиктов с РППП и установленная высокая теснота связи разных вариантов ненормативной самооценки с клиническими типами РППП, позволило выделить неадекватно высокую самооценку в качестве специфического психодиагностического признака для 1-го варианта РППП ЗА – трансформации полоролевого поведения, а неадекватно низкую самооценку – в качестве психодиагностического признака для 2-го варианта РППП – гиперролевым поведением. Расчитанные значения индекса специфичности выделенных

признаков стремящихся к единице позволяют отнести выделенные признаки к высокоспецифичным.

При сопоставлении результатов применения Шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера, было установлено следующее:

По результатам Шкалы Реактивной тревожности (RX_1) средний шкальный балл RX_1 в контрольной группе равнялся $26,8 \pm 2,1$ баллам, его значение соотносилось с диапазоном низких показателей шкалы (25–30 баллов). Это означало, что все здоровые женщины продемонстрировали низкую ситуативную тревожность. Эмоциональное состояние здоровых испытуемых на момент исследования характеризовалось ровным, спокойным фоном настроения, присутствовало ощущение психического комфорта, уверенности в себе, была отмечена удовлетворенность актуальной жизненной ситуацией, наблюдалась оптимистическая оценка перспективы.

Установленные значения среднего шкального балла RX_1 в 1-й и 2-й группах ($46,5 \pm 2,1$ и $56,6 \pm 3,1$ баллов, соответственно) соотносились с диапазоном высоких показателей шкалы (46–60 баллов). Это означало, что все пациентки с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя продемонстрировали высокую ситуативную тревожность. На момент исследования эмоциональное состояние испытуемых в основных группах характеризовалось нестабильностью; у всех наблюдался выраженный психический дискомфорт, оптимистическая оценка перспективы отсутствовала, отмечалась неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией. Интенсивность ситуативной тревожности была значимо выше у пациенток с ГРП ЗА, по сравнению с пациентками с ТПРП ЗА ($p < 0,05$).

Результаты Шкалы Личностной тревожности (RX_2) характеризовали, что у большинства (73,33%) испытуемых контрольной группы средний балл по шкале RX_2 был равен 34,44 баллов, у 8 испытуемых (26,67%) – 28,20 баллов.

Средний групповой шкальный балл в контрольной группе составил 31,32 баллов, его значение соотносилось с умеренно выраженной личностной тревожностью. Полученные значения указывали на то, что личностная тревожность большинства здоровых женщин характеризовалась как умеренная, а у части из них – как низкая. В целом же, личностная тревожность по группе здоровых испытуемых характеризовалась как умеренная. По данным литературы, умеренно выраженная тревожность соотносится с такими индивидуальными характеристиками как исполнительность, добросовестность, тщательность при выполнении обязанностей [133]. Лица с умеренной выраженной тревожностью характеризуются повышенной ответственностью, нерешительностью, они не склонны к самостоятельности, не склонны демонстрировать лидерские качества и не стремятся к установлению широких социальных контактов [133].

У всех пациенток с ТПРП ЗА средний групповой балл по шкале RX_2 был равен $25,50 \pm 2,4$ баллов, его значение соотносилось с диапазоном низких показателей шкалы (25–30 баллов). Это означало, что все эти испытуемые продемонстрировали низкую личностную тревожность.

У пациенток с ГРП ЗА средний групповой балл по шкале RX_2 был равен величине $47,55 \pm 2,2$ балла, т.е. относился к диапазону высоких показателей шкалы (46–60 баллов). Это означало, что все эти испытуемые продемонстрировали высокую личностную тревожность. Интенсивность личностной тревожности была значимо ниже у пациенток с ТПРП ЗА по сравнению с пациентками с ГРП ЗА ($p < 0,01$).

По сравнению с испытуемыми с умеренной (контрольная группа) и высокой (2-я группа), испытуемые с низкой личностной тревожностью значимо чаще демонстрировали черты уверенности, решительности, самостоятельности, независимости, стремление к лидерству. Исключительно у испытуемых с

высокой личностной тревожностью (с ГРП ЗА) в поведении проявлялись неуверенность в себе, нерешительность, склонность к сомнениям и колебаниям в ситуации выбора, повышенный самоконтроль и чрезмерная самокритичность. Наши наблюдения хорошо согласовывались с данными других исследователей, которые отмечали, что повышенный уровень личностной тревожности тесно коррелирует со сниженной самооценкой и тенденцией к формированию чувства вины и собственной несостоятельности, с повышенной эмоциональной откликаемостью и лабильностью, избыточной чувствительностью, впечатлительностью и рефлексивностью [133].

Анализ сочетаемости шкал (RX_1 и RX_2) показал, что низкая степень реактивной и личностной тревоги была отмечена у 26,67% здоровых женщин (значения RX_1 и $RX_2 < 31$ балла). Исследование выявило отсутствие признаков тревожности как в актуальном психическом состоянии, так и в структуре личности. По данным литературы испытуемых с низкими значениями шкал тревоги (RX_1 , RX_2) характеризует полная удовлетворенность собой и ситуацией, свобода от стресса. Вероятность возникновения состояния тревожности в социальных ситуациях у них невелика, хотя и не исключена в отдельных, особо важных и личностно-значимых случаях или в ситуациях физической угрозы. Отсутствие склонности к повышенному самоконтролю и рефлексии определяет спонтанное, непосредственное проявление эмоций в поведении, свободную самореализацию [133]. Сочетание низкой степени реактивной с умеренно-выраженной личностной тревогой было отмечено у большинства (73,33%) здоровых женщин (значения RX_1 от 20 до 24 баллов, а RX_2 от 31 до 45 баллов). Данное сочетание трактовалось как отсутствие признаков тревожности в актуальном психическом состоянии (полный психологический комфорт, удовлетворенность) у умеренно тревожных личностей (предрасположенность к тревожным реакциям в настоящее время не актуализировано).

Высокая степень реактивной и низкая степень личностной тревожности была отмечена у всех пациенток 1-й группы. Данное шкальное сочетание трактовалось как «наличие высокого уровня тревожности, психологического дискомфорта, напряженности в настоящем психическом состоянии у малотревожных личностей». Было сделано предположение, что выявленное нарушение эмоционального фона у женщин с ТППЗ ЗА имеет ситуационный, преходящий характер; актуальная ситуация переживается испытуемыми как психотравмирующая или угрожающая их самооценке, самоуважению.

Высокая степень реактивной и личностной тревожности была отмечена у всех женщин 2-й клинической группы. Данное шкальное сочетание трактовалось как «высокий уровень тревожности как актуального психического состояния и как устойчивая личностная особенность». Было сделано предположение, что в настоящее время ситуационные влияния актуализируют конституциональное личностное свойство тревожности, трансформируя его в актуальное состояние тревоги.

Установлена средне-выраженная теснота связи (коэффициенты корреляции Спирмена $< 0,70$) между признаками «высокая личностная тревожность» и «гиперролевое поведение» ($r_s = 0,689$), «низкая личностная тревожность» и «трансформация полоролевого поведения» ($r_s = 0,684$). Величина индекса специфичности признака «высокая личностная тревожность» для 2-й группы – 0,529. Величина индекса специфичности признака «низкая личностная тревожность» для 1-й группы – 0,588.

Таким образом, установленные средне-выраженные значения тесноты связей между признаком «высокая личностная тревожность» и вариантом РПП, а также средне-выраженные значений коэффициентов специфичности признака, не позволили рассматривать высокую личностную тревожность в качестве психодиагностического признака женщин с ГПП ЗА.

Ненормативность уровня развития эмпатии у всех аддиктов с РПРП и установленная высокая теснота связи разных вариантов ненормативной эмпатии с клиническими вариантами РПРП, позволило выделить ненормативно низкий уровень развития эмпатии в качестве специфического диагностического признака 1-го варианта РПРП – трансформации полоролевого поведения, а ненормативно-высокий уровень развития эмпатии в качестве специфического диагностического признака 2-го варианта РПРП – гиперролевого поведения. Рассчитанные значения индекса специфичности выделенных признаков эмпатии (стремящихся к единице и равных единице), позволяют отнести их к высокоспецифичным.

Результаты, полученные с помощью методики ДМО, показали, что среди обследованных женщин, зависимых от алкоголя и признаками РПРП не было синтонных личностей с четко очерченными целевыми установками (симметричные диаграммы поведения отсутствовали). Большинство здоровых женщин без РПРП (73,33%) по результатам ДМО показали себя как синтонные личности.

Равномерное распределение октант по кругу в пределах восьми баллов у здоровых фемининных женщин указывало на гомеостатичность или уравновешенность межличностной системы испытуемых. Функционально это означало, что большинство женщины с нормативным фемининной половой ролью проявляли гибкость, используя весь диапазон межличностного поведения. В зависимости от ситуации они могли легко использовать стратегию доминирования или стратегию уступчивости, при этом не чувствуя себя слабым (I и V октанты); проявлять независимость и умение вступать в близкие, зависимые, гармоничные отношения (II и VI октанты); проявлять жесткость и устанавливать дружеские, партнерские отношения (III и VII октанты); обладать здоровой критичностью и быть отзывчивым по отношению

к людям (IV и VIII октанты).

Нарушения уравновешенности межличностной системы женщин с РППИ проявлялось в *неравномерности распределения октант по кругу*. В этом случае вступал в силу принцип компенсации [137]: поведение испытуемых подчинялось какой-то одной стратегии (например доминирования), причем происходило это абсолютно во всех ситуациях, без учета специфики самой ситуации, а противоположный тип поведения (например, уступчивость) оказывался неприемлемым и даже болезненным.

У большинства (57,89%) женщин, зависимых от алкоголя с трансформированным полоролевым поведением был установлен эгоцентрический тип поведения, который отражает склонность демонстрировать в межличностном поведении уверенность в себе и постоянное соперничество. При нормативной выраженности поведение характеризуется независимостью, уверенностью в себе, тенденцией к здоровому соперничеству. По мере нарастания эти черты могут выражаться в излишней самоуверенности, гипертрофированном чувстве превосходства над окружающими, хвастливости и эгоцентричности, в крайних вариантах – в высокомерии и самовлюбленности. Самоописания большинства испытуемых с ТППИ ЗА отличались умеренными значениями и наличием отчетливых акцентов на чертах II (средний балл $10,31 \pm 0,54$, интервал 8–12. «Неконформность») и III (средний балл $7,022 \pm 0,44$, интервал 4–8. «Жесткость») октант, из чего следовало, что все они воспринимали себя как независимых и жестких людей. Ведущими чертами своего характера считали такие свойства, как чувство собственного достоинства, уверенность в себе, стремление к соревнованию с окружающими, независимость в поступках и оценках, а также чувство справедливости в сочетании с искренностью, прямолинейностью, непосредственностью в поведении. Полученные данные характеризовали испытуемых как лиц

эгоцентричных, напористых в общении, малоконформных, с завышенной самооценкой.

У части (42,11%) женщин, зависимых от алкоголя с ТППП ЗА был установлен властно-лидирующий тип поведения. Данный тип отражает выраженность в интерперсональных отношениях стремления к лидерству, которое обычно проявляется в склонности к руководству, тенденции к организаторским способностям, стремлении советовать и поучать.

По мере усиления эти черты могут трансформироваться в доминантность, властность, нетерпимость к критике, в переоценивании собственных возможностей, дидактичность и деспотизм [137]. Самоописания женщин с ТППП ЗА и властно-лидирующим типом межличностного поведения отличались наличием отчетливых акцентов на чертах I (средний балл $10,22 \pm 0,54$, интервал 8–12. «Авторитарность») и II (средний балл $8,26 \pm 0,44$, интервал 4–8. «Жесткость») октант, из чего следовало, что эти испытуемые воспринимали себя как авторитарных и жестких людей. Ведущими чертами своего характера они считали такие свойства, как стремление к руководству окружающими, лидерству в сочетании с прямолинейностью и жесткостью в отношениях. Полученные данные характеризовали испытуемых как властно-лидирующих, бескомпромиссных, с недостатком конформности и завышенной самооценкой.

В группе зависимых от алкоголя женщин с РППП, у большинства испытуемых, по большому числу октант имелось расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным». Установленная противоречивость системы ценностей отражала у них наличие интрапсихических конфликтов.

Между значениями «реального» и «идеального» представлений у всех женщин с ТППП ЗА и эгоцентрическим типом межличностного поведения диагностировался положительный коэффициент корреляции Спирмена $0,286$,

статистически значимо близкий к нулю. Это говорит о некотором рассогласовании описаний «реального» и «идеального» образов «Я» у данной части испытуемых, что отражает невысокую степень принятия себя и возможные трудности в самореализации.

У большинства женщин с ТПРП ЗА и властно-лидирующим типом поведения (26,32%) по большинству октант отсутствовало расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным», что говорило об отсутствии у них стремления к изменению своего Я и непониманию необходимости этих изменений. Между значениями «реального» и «идеального» представлений у большинства властно-лидирующих женщин диагностировался высокий положительный коэффициент корреляции Спирмена 0,786, статистически значимо отличный от нуля (для $p < 0,05$), что говорит о достаточной близости описаний «реального» и «идеального» образов «Я». Это отражает хорошую согласованность представлений испытуемых о себе, высокую степень принятия себя, устойчивость и внутреннюю идентичность личности. У 15,79% женщин с ТПРП ЗА и властно-лидирующим типом поведения в описании аспекта «Я-идеальное» диагностировалось чрезмерно высокое значение, один пик на чертах I октанты. В систему ценностей испытуемых входили следующие свойства: выраженное стремление к лидерству, к неограниченной власти, основанной на наличии настойчивости и несомненным успехом у окружающих, вплоть до восхищения и поклонения. Сравнение описаний «идеального» и «реального» представлений испытуемых позволяло сделать вывод о стремлении к усилению авторитарности, доминирования. Между значениями «реального» и «идеального» представлений этих испытуемых диагностировался отрицательный коэффициент корреляции Спирмена (-1,595), что указывало на рассогласованность «реального» и «идеального» образов «Я», и отражало некоторое неприятие себя.

У всех гиперролевых женщин, как с субмиссивным, так и зависимо-

послушным типами поведения между значениями «реального» и «идеального» представлений диагностируется положительный коэффициент корреляции Спирмена 0,286, статистически значимо близкий к нулю. Это говорит о некотором рассогласовании описаний «реального» и «идеального» образов «Я» и отражает невысокую степень принятия себя и возможные трудности в самореализации.

В ходе корреляционного анализа была установлена высокая теснота связи между признаками «высокий уровень склонности к макиавеллизму» и «трансформация полоролевого поведения» ($r_s = 0,844, p < 0,01$) и между признаками «низкий уровень склонности к макиавеллизму» и «гиперролевое поведение» ($r_s = 0,868; p < 0,01$). Показатели специфичности признаков имели следующие значения: ПСО «высокий уровень склонности к макиавеллизму» для ТПРП ЗА = 1,000; ПСО «низкий уровень склонности к макиавеллизму» для ГРП ЗА = 1,000. Установленные высокие тесноты связей и значений показателей специфичности признаков позволили рассматривать «высокий уровень склонности к макиавеллизму» как высокоспецифичный психодиагностический признак женщин с ТПРП ЗА, а «низкий уровень склонности к макиавеллизму» – как высокоспецифичный психодиагностический признак женщин с ГРП ЗА.

ВЫВОДЫ

В работе представлены теоретическое обоснование и новое решение проблемы психодиагностики расстройств полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя. Результатами исследования являются следующие выводы:

1. Установлено, что особенностью половой идентичности у женщин изученной выборки, с ассоциированными расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя была парциальность нарушений половой идентичности, которая сочеталась с общей адекватной женской аутоидентификацией (т.е. устойчивым осознанием своей принадлежности к женскому полу). При этом, признаки нарушения половой идентичности на всех этапах её формирования проявлялись исключительно феноменами нарушения психического «Я» (по критериям Г.Е. Введенского, Е.В. Мединского).

2. Определено, что специфичными признаками нарушения психического «Я» половой идентичности у женщин с первым типом расстройства полоролевого поведения – трансформацией полоролевого поведения были: смешанный характер игровой деятельности в детстве (4–5 лет); преобладание интересов и увлечений более свойственных представителям мужского пола (6–12 лет); наличие в общем поведенческом паттерне устойчивых элементов полоролевого поведения более свойственных мужчинам (6–12 лет); выбор сексуальной роли, более характерной для противоположного пола, наличие на момент обследования устойчивого ненормативного сексуального паттерна: частая смена половых партнеров, инициативность в установлении интимного контакта, доминирование во время близости, активное включение в сценарный репертуар элементов садистических реализаций; психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций). Специфичными

признаками нарушения психического «Я» половой идентичности у женщин со вторым типом расстройства полоролевого поведения – гиперролевым поведением были: устойчивые элементы чрезмерно усиленного женского поведения в детстве (6–12 лет); выбор акцентированной сексуальной роли, характерной для женского пола, наличие на момент обследования устойчивого ненормативного сексуального паттерна: подчеркнуты пассивность и субмиссивность (подчиненность партнеру) во время интимной близости, включение в сценарный репертуар элементов мазохистических реализаций; психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций).

Парциальность нарушений половой идентичности и отсутствие признаков нарушения физического «Я» полового самосознания характеризовали расстройства полоролевого поведения у женщин в изученной выборке как нетранссексуальные.

3. У женщин с ассоциированными расстройствами полоролевого поведения и алкогольной зависимостью в изученной выборке установлены следующие специфические межтиповые различия симптомокомплекса «маскулинности/фемининности»: у лиц с трансформацией полоролевого поведения имела место тотальная маскулинность, а у лиц с гиперролевым поведением – тотальная фемининность на поведенческом, социогенном и биогенном уровнях функционирования личности.

4. Особенностью женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимостью от алкоголя в изученной выборке была дисгармоничность Я-структуры личности. У женщин с трансформацией полоролевого поведения имели место: высокая деструктивность гуман-функции агрессии, Я-внешнего отграничения, Я-внутреннего отграничения, нарциссизма и сексуальности при высокой дефицитарности гуман-функции тревоги. У женщин с гиперролевым поведением имели место высокая дефицитарность гуман-функции агрессии, Я-

внешнего отграничения, Я-внутреннего отграничения, нарциссизма и сексуальности при высокой деструктивности гуман-функции тревоги. Специфичным признаком женщин с трансформацией полоролевого поведения определена повышенная деструктивность гуман-функции сексуальности «Я»; специфичным признаком женщин с гиперролевым поведением определена повышенная дефицитарность гуман-функции сексуальности «Я».

5. Индивидуально-психологическими особенностями женщин с расстройствами полоролевого поведения и зависимости от алкоголя в изученной выборке были: неадекватность самооценки – она была неадекватно завышена у лиц с трансформацией полоролевого поведения и неадекватно занижена у лиц с гиперролевым поведением; неоптимальность уровня развития эмпатии – низкий уровень развития эмпатии у лиц с трансформацией полоролевого поведения и высокий с тенденцией к очень высокому развитию уровень эмпатии у лиц с гиперролевым поведением; несинтонная межличностная система поведения, в которой доминировали эгоцентричный и властно-лидирующий коммуникативные типы поведения (у лиц с трансформацией полоролевого поведения) и субмиссивный и зависимо-послушный коммуникативные типы поведения (у женщин с гиперролевым поведением); ненормативный уровень макиавеллизма личности: высокий уровень склонности к макиавеллизму – у женщин с трансформацией полоролевого поведения и низкий уровень склонности к макиавеллизму – у женщин с гиперролевым поведением.

6. Психодиагностическими критериям первого типа РПП – трансформации полоролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя определены: однородно-высокие значения поведенческой, социогенной и биогенной маскулинности; высокая деструктивность гуман-функции сексуальности «Я»; неадекватно-повышенный уровень самооценки; низкий уровень развития эмпатии; несинтонная межличностная система поведения, в

которой преобладают эгоцентричный и властно-лидирующий типы поведения; высокий уровень склонности к макиавеллизму.

Психодиагностическими критериям второго типа РПП – гиперролевого поведения у женщин, зависимых от алкоголя определены: однородно-низкие значения поведенческой, социогенной и биогенной маскулинности; повышенная дефицитарность гуман-функции сексуальности «Я»; неадекватно-пониженный уровень самооценки; высокий уровень развития эмпатии с тенденцией к очень высокому; несинтонная межличностная система поведения, в которой преобладают субмиссивный и зависимо-послушный типы поведения; низкий уровень склонности к макиавеллизму.

Перспективы исследования заключаются в выяснении гендерного аспекта психологических особенностей расстройств полоролевого поведения у лиц, зависимых от алкоголя.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бітенський В.С. Метод «мозкового штурму» у вирішенні нетипових клінічних задач з курсу психіатрії, наркології та медичної психології [Текст] / В.С. Бітенський, Е.В. Опря, В.А. Пахмурний // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2014. – № 1 (в одній обкл. 1–2). – С. 56–61.
2. Маркова М.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми [Текст] / М.В. Маркова, П.В. Козира // Медицинская психология. – 2015. – Том 10. – № 1. – С. 8–13.
3. Максименко С.Д. Механізми розвитку особистості [Текст] / С.Д. Максименко // Проблеми сучасної психології. – 2014. – Вип. 26. – С. 7–21.
4. Пономарьев В.И. Распространенность аффективных расстройств и несуицидальных самоповреждений у женщин с потерей плода в анамнезе [Текст] / В.И. Пономарев, М.Е. Водка // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2014. – Том 1. – № 1 (1). – С. 10–15.
5. Простомолотов В.Ф. Пограничная психиатрия: учебное пособие [Текст] / В.Ф. Простомолотов. – 3-е изд., дополн. – Одесса: Бондаренко М.А., 2016. – 456 с.
6. Табачников С.І. Національна концепція профілактики вживання психоактивних речовин дітьми та молоддю в Україні [Текст] / С.І. Табачников, А.М. Вієвський, І.К. Сосін, І.В. Лінський // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2014. – Т. 7. – № 4 (26). – С. 104–106.
7. Чугунов В.В. Генез, коморбидность, патопластика и фон психических заболеваний [Текст] / В.В. Чугунов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. – 2015. – № 1–2. – С. 57–65.
8. Полоролевая психология: коллективная монография [Текст] / А.С. Кочарян, М.Е. Жидко, Н.Н. Терещенко [и др.] / Под ред. доктора психологических наук, профессора А.С. Кочаряна. – Х. : ХНУ имени В.Н. Каразина, 2015. – 236 с.
9. Nutzinger D.O. Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders [Text] / D.O. Nutzinger, U. Prinz, H. Schulz // BMC Psychiatry. – 2013. – № 3. – С. 96–105.
10. Погосов А.В. Психопатологические механизмы коморбидной связи пограничных психических расстройств и алкогольной зависимости [Текст] / А.В. Погосов, И.А. Погосова // Рос. психiatr. журн. – 2013. – № 4. – С. 66–73.

11. Вандыш-Бубко В.В. Органические психические и коморбидные сердечно-сосудистые расстройства (диагностика, экспертиза) [Текст] / В.В. Вандыш-Бубко, Г.В. Тарасова // Психические расстройства в общей медицине.– 2015.– № 1.– С. 14–17.
12. Волель Б.А. Психические расстройства при саркоидозе (обзор литературы) [Текст] / Б.А. Волель, Е.А. Макух, Е.Н. Попова [и др.] // Психические расстройства в общей медицине.– 2015.– № 1.– С. 27–33.
13. Judge C. Gender dysphoria – prevalence and co-morbidities in an Irish adult population [Text] / C. Judge, C. O'Donovan, D. O'Shea [et all.] // Neuroendocrine Science.– 2014.– Vol. 5.– P. 1–5.
14. Матевосян С.Н. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола) [Текст] / С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский.– М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012.– 400 с.
15. Слюсарь В.В. Полоролевые характеристики женщин с алкогольной зависимостью [Текст] / В.В. Слюсарь // Медична психологія.– 2013.– № 3.– С. 8–13.
16. Шайдукова Л.К. Конституционально-психологические особенности нарушений полоролевого поведения женщин, злоупотребляющих алкоголем [Текст] / Л.К. Шайдукова // Практическая медицина.– 2012.– № 2 (Неврология. Психиатрия).– С. 118–122.
17. Рябухін К.В. Порухення статевої ролі «Я-концепції» у жінок, що страждають на алкоголізм [Текст] / К.В. Рябухін // Психічне здоров'я.– 2013.– № 1–2 (38–39).– С. 45–48.
18. Слюсарь В.В. Характеристики стилю поведінки батьків на етапі первинної соціалізації у жінок з непатологічними формами порушення полоролевого поведінки і алкогольної залежності [Текст] / В.В. Слюсарь // Світ медицини та біології.– 2013.– № 4.– С. 44–49.
19. Наркологія: Національний підручник [Текст] / Під ред. Сосіна І.К., Чуєва Ю.Ф.– Харків, Колегіум.– 2014.– 1428 с.
20. Koller G. Long-term treatment of alcoholism [Text] / G. Koller // Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie.– 2013.– Vol. 81 (11).– P. 655–665.
21. Smalbrugge M. Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients [Text] / M. Smalbrugge, L. Jongenelis, A.M. Pot [et al.] // Int. J. Geriatr. Psychiat.– 2005.– Vol. 20, Suppl 13.– P. 218–226.
22. Колпаков Я.В. Структура и уровень мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя [Текст]: Автореф дис. канд. ... психол. наук.– Москва.– 2010.– 24 с.

23. Софронов А.Г. Анализ отдельных социально-демографических и клинических особенностей у неработающих женщин с алкогольной зависимостью / А.Г. Софронов, Ю.А. Николкина // Наркология.– 2013.– № 2.– С. 43–48.

24. Табачников С.И. Аддиктивные расстройства и формирование зависимых состояний от психоактивных веществ у лиц подросткового и молодого возраста [Текст] / С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Т.В. Синицкая [и др.] // Психіатрія, неврологія та медична психологія.– 2014.– Т. 1.– № 1 (1).– С. 48–52.

25. Иванов В.П. Некоторые особенности социально-биологического статуса и психологического портрета пациентов с алкогольной зависимостью I-II стадии / В.П. Иванов, В.Б. Никишина, Н.С. Кущёва [и др.] // Наркология.– 2011.– Т. 10.– № 7.– С. 68–73.

26. Пшук Є.Я. Особливості комунікативних копінг-ресурсів хворих на алкогольну залежність [Текст] / Є.Я. Пшук, М.В. Маркова // Мед. психологія.– 2009.– Т. 4.– № 2–3.– С. 205–208.

27. Васильєва Н.Ю. Вплив алкоголю та інших психоактивних речовин на формування агресивної поведінки у жінок [Текст] / Н.Ю. Васильєва // Архів психіатрії.– 2014.– Т. 20.– № 1 (76).– С. 120–124.

28. Сомкина О.Ю. Суицидальная и несуйцидальная аутоагрессия у женщин, страдающих алкогольной зависимостью [Текст] / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов // Тюменский медицинский журнал.– 2013.– Том 15.– № 3.– С. 41–42.

29. Шайдукова Л.К. Феномен стигматизации в наркологической практике [Текст] / Л.К. Шайдукова, М.В. Овсянников // Казанский медицинский журнал.– 2005.– № 1.– С. 55–58.

30. Маляров С.А. Проблема двойного диагноза депрессии и алкоголизма [Текст] / С.А. Маляров // Архів психіатрії.– 2014.– Т. 20.– № 1 (76).– С. 113–119.

31. Schuckit M.A. Response to alcohol in daughters of alcoholics: A pilot study and a comparison with sons of alcoholics [Text] / M.A. Schuckit, J. Tsuang, V. Hesselbrock [et all.] // Alcohol and Alcoholism.– 2000.– Vol. 35.– № 3.– P. 242–248.

32. Зріз алкогольної ситуації в Україні 2013 (дані 2012 року).– Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України [Електронний документ]. Режим доступу: <http://nbnews.com.ua/ru/tema/100515/> (Дата звернення 1.08.2015).

33. Маркозова Л.М. Результати аналізу епідеміологічної інформації щодо взаємодії між залежністю від психоактивних речовин (алкоголь, тютюн) та об'єктами нехімічного походження [Текст] / Л.М. Маркозова, І.В. Лінський, О.В. Бараненко [та

інш.] // Матеріали XV Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою», присвяченої 96-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря України, Народного лікаря СРСР О. Р. Довженка / Харків: Пляда, 2014.– С. 131–132.

34. Чуев Ю.Ф. Факторы риска формирования алкогольной зависимости у женщин молодого возраста [Текст] / Ю.Ф. Чуев, В.В. Лобачева, Л.А. Бражник [та інш.] // Матеріали XVI Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: Редукція вживання алкоголю— нова наркологічна парадигма», присвяченої 97-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря України, Народного лікаря СРСР Олександра Романовича Довженка / Харків: Пляда, 2014.– С. 249–252.

35. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм [Текст] / В.Б. Альтшулер // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца.– М.: Нолидж, 2000.– С. 116–134.

36. Короленко Ц.П. Формы женской аддиктивной зависимости в постмодернистской культуре [Текст] / Ц.П. Короленко, Т.А. Шпикс // Обозрение психиатрии и медицинской психологии.– 2012.– № 1.– С. 7–12.

37. Stewart S.H. Women, girls, and alcohol [Text] / S.H. Stewart, D. Gavric, P. Collins // In: Brady K.T., Back S.E., Greenfield S., eds. Women and addiction: a comprehensive handbook.– New York, NY: Guilford Press, 2009.– P. 124–148.

38. Овчинников С.В. Клинико-психологические особенности алкоголизма у молодых женщин с девиантным поведением [Текст] / С.В. Овчинников [и др.] // Материалы научно-практической конференции врачей-психиатров Московской области «Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии».– М.: 2006.– С. 269–270.

39. Овчинников С.В. Алкоголизм молодых женщин с девиантным поведением (клинико-психологический, социальный и терапевтический аспекты) [Текст] / С.В. Овчинников, Б.Д. Цыганков, С.А. Шамов, И.В. Старкова // Клиническая наркология.– 2008.– № 3.– С. 67–72.

40. Ураков И.Т. Возрастные аспекты начального этапа формирования женского алкоголизма [Текст] / И.Т. Ураков, И.Б. Власова // Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте.– М., 1982.– С. 51–53.

41. Иванец Н.Н. Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами [Текст] / Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин // Журнал невропатологии и психиатрии.– 1983.– Вып.8.– С. 1222–1228.

42. Гайдабрус А.В. Особенности анамнезу життя та алкогольної залежності у колишніх військовослужбовців [Текст] / А.В. Гайдабрус // Матеріали XVI Української науково-практичної конференції з міжнародною участю «Довженківські читання: Редукція вживання алкоголю – нова наркологічна парадигма», присвяченої 97-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР О.Р. Довженка (7–8 квітня 2015 р).– Харків: Вид-во Плеяда.– 2015.– С. 50–51.

43. Гегешко В.В. Прогноз розвитку першого епізоду синдрому відміни алкоголю з делірієм [Текст] / В.В. Гегешко, О.І. Мінко // Матеріали XVI Української науково-практичної конференції з міжнародною участю «Довженківські читання: Редукція вживання алкоголю – нова наркологічна парадигма», присвяченої 97-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР О.Р. Довженка (7–8 квітня 2015 р).– Харків: Вид-во Плеяда.– 2015.– С. 56–59.

44. Слободянюк Д.П. Медико-психологічні особливості формування залежної поведінки у молоді при соціальних фобіях [Текст] / Д.П. Слободянюк // «Медична наука 2010»: матеріали наук.-практ. конференції (Полтава, 16–17 грудня 2010).– Полтава.– 2010.– С. 62–63.

45. Грошев И.В. Анализ современных исследований гендерно-половозрастных характеристик социофобических психических расстройств, детерминирующих поведенческие паттерны личности [Текст] / И.В. Грошев // Российский психиатрический журнал.– 2010.– № 3.– С. 16–24.

46. Лейл Лаундес (Leil Lowndes) С.С.С. (скрытые сексуальные сигналы) [Текст] / Л. Лаундес / Пер. с англ. И. Ющенко, Д. Буков.– М.: Хорошая книга.– 2003.– 304 с.

47. 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.

48. Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополю любви [Текст] / И.С. Кон.– М.: Олимп; ООО Фирма Издательство АСТ, 1998.– 496 с.

49. Cerwenka S. Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender-Dysphoric Individuals Before the Start of Medical Treatment [Text] / S. Cerwenka [et al.] // International Journal of Sexual Health.– 2014.– Vol. 26.– Issue 1.– P. 52–65.

50. Калинченко С.Ю. Транссексуализм. Возможности гормональной терапии [Текст] / С.Ю. Калинченко.– М.: Практическая медицина, 2006.– 192 с.

51. Стандарты медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам (7-я версия) / Перевод с англ. : группа

«FtM-Феникс» (Россия).– Всемирная профессиональная ассоциация по здоровью транссексуалов, 2013.– 132 с. [Электронный документ]. Режим доступа: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Russian_Standards_v3.pdf (Дата обращения 14.01.2014 г.).

52. Кришталь Е.В. К проблеме формирования патологической семьи при алкоголизме у одного или обоих супругов [Текст] / Е.В. Кришталь // Український вісник психоневрології.– Харків.– 1998.– Т. 6, вип. 2 (17).– С. 18–20.

53. Гавенко В.Л. Наркология: учебное пособие [Текст] / В.Л. Гавенко, Г.О. Самардакова, А.М. Кожина [та ін.].– Ростов-на-Дону: Феникс, 2003.– 288 с.

54. Widom C. Sex roles and psychopathology [Text] / C. Widom (Ed.).– N.Y., London: Plenum Press.– 1984.– 402 p.

55. Сидоров П.И. Ранний алкоголизм [Текст] / П.И. Сидоров, А.В. Митюхляев.– Архангельск: Изд-во АГМА, 1999.– 306 с.

56. Хачатрян А.С. Механизмы развития сексуальной дисгармонии супружеской пары, в которой жены страдают хроническим алкоголизмом [Текст] / А.С. Хачатрян // Научн.-практ. конф. молодых ученых-медиков.– Харьков, 1989.– С.65.

57. Кришталь Е.В. Социальные и социально-психологические факторы развития супружеской дисгармонии при алкоголизме у мужчин [Текст] / Е.В. Кришталь // Український вісник психоневрології.– Харків.– 1998.– Т. 6, вип. 2 (17).– С. 18–20.

58. Пинчук И.Я. Транссексуализм: клиническая характеристика и медицинская помощь лицам с транссексуализмом в Украине [Текст] / И.Я. Пинчук, Б.М. Ворник // Вестник Ассоциации психиатров Украины.– 2014.– № 1.– С. 5–8.

59. Ворник Б.М. Расстройства половой идентификации: Монография. [Текст] / Б.М. Ворник.– К.: ИЦ «Семья», 1998.– 329 с.

60. Бражник Л.А. Преморбидные аспекты женского алкоголизма с девиантными отклонениями [Текст] / Л.А. Бражник, В.В. Лобачева, Е.Н. Милашенко // Матеріали XV Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою», присвяченої 96-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР Олександра Романовича Довженка / Харків: Пляда, 2014.– С. 45–46.

61. Маркозова Л.М. Результаты вивчення гормонального фону у осіб молодого віку з залежністю від алкоголю [Текст] / Л.М. Маркозова // Матеріали XV Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і лікування за потребою», присвяченої 96-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР Олександра Романовича Довженка / Харків: Пляда, 2014.– С. 130–132.

62. Змановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.– 2-е изд., испр. [Текст] / Е.В. Змановская.– М.: Издат. центр «Академия», 2004.– 288 с.

63. Психология: Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского.– М.: Политиздат, 1990.– 494 с.

64. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования [Текст] / Р. Нельсон-Джоунс / Пер. с англ.– СПб.: Издательство «Питер», 2000.– 464 с.

65. Годфруа Ж. Что такое психология. Том 1. [Текст] / Ж. Годфруа / Пер. с франц.– М.: Мир, 1992.– 496 с.

66. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 3. [Текст] / Под ред. Б.В. Петровского.– М.: Советская энциклопедия, 1984.– 512 с.

67. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии [Текст] / В.А. Абрамов.– Донецк: изд-во «Донеччина», 2004.– 272 с.

68. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации [Текст] / Б.Е. Алексеев.– СПб.: Речь, 2006.– 144 с.

69. Сексопатология: Справочник [Текст] / Васильченко Г.С., Ботева И.Л., Маслов В.М. и др. / Под ред. Г.С. Васильченко.– М.: Медицина, 1990.– 576 с.

70. Частная сексопатология: (Руководство для врачей) / Под ред. Г.С. Васильченко.– Т. 2.– М.: Медицина, 1983.– 352 с.

71. Veale J. F. Evidence against a typology: A taxometric analysis of the sexuality of male-to-female transsexuals [Text] / J.F. Veale // Archives of Sexual Behavior.– 2014.– № 43 (6).– P. 1177–1186.

72. Матевосян С.Н. Расстройства половой идентичности: история изучения проблемы и распространенность в Российской Федерации [Текст] / С.Н. Матевосян, Ю.А. Тишова, С.Ю. Калинченко [и др.] // Российский психиатрический журнал, 2008.– № 3.– С. 65–71.

73. Агарков С.Т. Супружеская дезадаптация [Текст] / С.Т. Агарков.– М.: Издательство: Едиториал УРСС, 2004 г.– 256 с.

74. Кришталь В.В. Сексологія. Навчальний посібник: в 4 ч. [Текст] / В.В. Кришталь, Є.В. Кришталь, Т.В. Кришталь.– Харків, Фоліо, 2008.– 990 с.

75. Федотова Е.П. Психотерапия полоролевой дезадаптации супружеской пары при органическом расстройстве личности у мужа [Текст] / Е.П. Федотова // Международный медицинский журнал.– 2006.– № 2.– С. 32–35.

76. Денекко М.А. Формирование сексуальности женщин при специфическом расстройстве личности [Текст] / М.А. Денекко // Медицинская психология.– 2007.– С. 67–70.

77. Doorn C.D. Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals [Text] / C.D. Doorn // Archives of Sexual Behavior.– 1994.– № 23–2: цит. по: Новикова З.Д. Проблема диагностики расстройств половой идентичности у лиц с транссексуализмом [Текст] / З.Д. Новикова, Н.В. Дворянчиков // Электронный журнал «Психологическая наука и образование».– 2012.– №2. Режим доступа: www.psyedu.ru (дата обращения 17.02.2015).

78. Lobel T.E. Self-perception and deceptive behavior: The uniqueness of feminine males [Text] / T.E. Lobel // Sex Roles.– 1999.– Vol. 41.– № 7–8.: цит. по: Новикова З.Д. Проблема диагностики расстройств половой идентичности у лиц с транссексуализмом [Текст] / З.Д. Новикова, Н.В. Дворянчиков // Электронный журнал «Психологическая наука и образование».– 2012.– № 2. Режим доступа: www.psyedu.ru (дата обращения 17.02.2015).

79. Wolfradt U. Depersonalization, self-esteem and body image in male-to-female transsexuals compared to male and female controls [Text] / U. Wolfradt // Archives of Sexual Behavior.– 2001.– № 30–3: цит. по: Новикова З.Д. Проблема диагностики расстройств половой идентичности у лиц с транссексуализмом [Текст] / З.Д. Новикова, Н.В. Дворянчиков // Электронный журнал «Психологическая наука и образование».– 2012.– № 2. Режим доступа: www.psyedu.ru (дата обращения 17.02.2015).

80. Herman-Jeglinska A. Masculinity, Femininity, and Transsexualism [Text] / A. Herman-Jeglinska // Archives of Sexual Behavior.– 2002.– № 31–6.: цит. по: Новикова З.Д. Проблема диагностики расстройств половой идентичности у лиц с транссексуализмом [Текст] / З.Д. Новикова, Н.В. Дворянчиков // Электронный журнал «Психологическая наука и образование».– 2012.– № 2. Режим доступа: www.psyedu.ru (дата обращения 17.02.2015).

81. Smith Y. Postoperative psychological functioning of adolescent transsexuals: A roschach study [Text] / Y. Smith // Archives of Sexual Behavior. 2002.– № 31–3.: цит.

по: Новикова З.Д. Проблема диагностики расстройств половой идентичности у лиц с транссексуализмом [Текст] / З.Д. Новикова, Н.В. Дворянчиков // Электронный журнал «Психологическая наука и образование».– 2012.– № 2. Режим доступа: www.psyedu.ru (дата обращения 17.02.2015).

82. Haraldsen I.R. Sex-sensitive cognitive performance in untreated patients with early onset gender identity disorder [Text] / I.R. Haraldsen [et all.] // *Psychoneuroendocrinology*.– 2003.– № 28.: цит. по: Новикова З.Д. Проблема диагностики расстройств половой идентичности у лиц с транссексуализмом [Текст] / З.Д. Новикова, Н.В. Дворянчиков // Электронный журнал «Психологическая наука и образование».– 2012.– №2. Режим доступа: www.psyedu.ru (дата обращения 17.02.2015).

83. Пирогов Д.Г. Нарушение половой идентичности у молодых женщин: автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.м.н.– СПб., 2004.– 20 с.

84. Симакова Л.С. Личностные особенности FtM-трансгендеров: монография [Текст] / Л.С. Симакова.– М., Берлин: Директ-Медиа, 2015.– 67 с.

85. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем [Текст] / П.К. Анохин.– М.: Медицина, 1975.– 447 с.

86. Русалов В.М. Теоретические проблемы построения специальной теории индивидуальности человека [Текст] / В.М. Русалов // Психологический журнал.– 1986.– № 4.– С. 23-35.

87. Злобина Е.Г. Теоретико-методологические предпосылки исследования стиля жизни личности [Текст] / Е.Г. Злобина // Стиль жизни личности.– Киев, 1982.– С. 16-22.

88. Золотов А.Б. Личность как система [Текст] / А.Б. Золотов Известия Академии наук Молдавской ССР, Серия общественных наук.– Кишинев; Штиница, 1985.– № 1.– С. 47-52.

89. Либин А.В. Стиль человека– от изучения индивидуальных различий к анализу общепсихологических закономерностей [Текст] / А.В. Либин // Мир индивидуальности.– Смоленск, 1996.– С. 35-44.

90. Дорфман Л.Я. Стиль активности– методологические и теоретические предпосылки интегрального подхода [Текст] / Л.Я. Дорфман / Стиль человека: психологический анализ.– М.: Смысл, 1998.– С. 34-51.

91. Егорова М.С. Развитие как предмет психогенетики [Текст] / М.С. Егорова, Т.М. Марютина // Вопросы психологии.– 1992.– № 5-6.– С. 5-15.

92. Ellis L. Evidence of neuroanrogenic etiology of sex roles from a combined

analysis of human, nonhuman primate and nonprimate mammalian studies [Text] / J. Person. Individ. diff.– 1986.– Vol. 7.– № 4.– P. 519–552.

93. Кочарян А.С. Личность и половая роль (симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии) [Текст] / А.С. Кочарян.– Х.: Основа, 1996.– 127 с.

94. Кочарян А.С. Полоролевое пространство личности [Текст] / А.С. Кочарян.– Всеукраинский институт клиент-центрированной и экспириентальной психологии, 2010 [Электронный документ]: <http://pca.kh.ua/2010-01-23-19-51-51/73-space%20>

95. Семке В. Я. Клинико-динамический подход к систематике аддикций [Текст] / В.Я. Семке, Н.А. Бохан, А.И. Мандель // Наркология.– 2005.– № 12.– С. 30–36.

96. Благов Л.Н. Методологические аспекты клинической диагностики в психиатрии-наркологии [Текст] / Л.Н. Благов // Наркология.– 2011.– № 7.– С. 90–100.

97. Сиволап Ю.П. К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств [Текст] / Ю.П. Сиволап // Журнал неврологии и психиатрии.– 2007.– Вып. 11.– С. 4–6.

98. Бохан Т.Г. Системные детерминанты стрессоустойчивости в возрастном и этнопсихологическом контекстах [Текст] / Т.Г. Бохан // Сибирский психологический журнал.– 2007.– Вып. 25.– С. 180–186.

99. Семке Н.А. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний [Текст] / В.Я. Семке, Н.А. Бохан, А.И. Мандель // Наркология.– 2006.– № 1.– С. 60–66.

100. Семке В.Я. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости [Текст] / В.Я. Семке, Н.А. Бохан, С.А. Богомаз // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 2012.– № 2 (71).– С. 94–98.

101. Батухтина Е.И. Гендерные особенности иммунофизиологических взаимосвязей при формировании расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ [Текст] / Е.И. Батухтина, Д.Н. Коконова, Т.И. Невидимова [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 2009.– № 6 (57).– С. 32–35.

102. Бохан Н.А. Эпидемиология, клинико-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный

аспект) [Текст] / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, И.А. Артемьев [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 2006.– № 3.– С. 25–32.

103. Бохан Н.А. Клиническая коморбидность психоневрологических проявлений алкоголизма у женщин [Текст] / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, И.Э. Анкудинова [и др.] // Наркология.– 2011.– № 10 (118).– С. 36–41.

104. Кузнецов В.Н. Эффективность терапии больных алкоголизмом с разными гендерными типами [Текст] / В.Н. Кузнецов, И.Р. Семин // Вопросы наркологии.– 2009.– № 2.– С. 18–22.

105. Brienza R.S. Alcohol Use Disorders in Primary Care Do Gender-specific Differences Exist? [Text] / R.S. Brienza, M.D. Stein // JGIM.– 2002.– Vol. 17.– P. 387–397.

106. Альтшулер В.Б. Клинические проявления и закономерности течения алкоголизма [Текст] / В.Б. Альтшулер // Вопросы наркологии.– 2013.– № 3.– С. 112–134.

107. Спринц А.М. Химические и нехимические зависимости [Текст] / А.М. Спринц, О.Ф. Ерышев.– СПб.: СпецЛит, 2012.– 127 с.

108. Фёдорова С.С. О коморбидности алкоголизма и тревожных расстройств [Текст] / С.С. Федорова // Наркология.– 2013.– № 7.– С. 92–99.

109. Николаева Г.А. Национально-культурная специфика гендерных отношений (на материалах Республики Бурятия): Автореф. диссер. на соис. учен. степ. канд. культурологии.– Санкт-Петербург, 2013.– 24 с.

110. Николаева Г.А. Культура гендерных отношений: проблема понятийно-категориального аппарата [Текст] / Г.А. Николаева // Вестник Восточно-Сибирского государственного технологического университета.– 2011.– Вып. № 2.– С. 196–205.

111. Николаева Г.А. Методология гендерных исследований: культурологический аспект [Текст] / Г.А. Николаева // Вестник Читинского государственного университета.– 2011.– Вып. 6 (73)– 2011.– С 91–98.

112. Николаева Г.А. К проблеме понятия «гендер» в системе научного знания [Текст] / Г.А. Николаева // Развитие творческих способностей студента в инновационном обучении: сб. науч.-метод. ст.– Улан-Удэ.– 2008.– Вып. 15.– Т. 2.– С. 117–125.

113. Алексеев Б.Е. Полоролевой конфликт как форма психосексуального диатеза [Текст] / Б.Е. Алексеев // Вестник СПб МАПО.– 2010.– Т. 2.– С. 48–54.

114. Moss H.B. Comorbid disruptive behavior disorder and their relationship

to adolescent alcohol use disorders [Text] / H.B. Moss, K.G. Lynch // Drug and Alcohol Dependence.– 2001.– Vol. 64.– P. 75–83.

115. De Lima M.S. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population [Text] / M.S. de Lima, J. Dunn, I.P. Novo [et all.] // Subst. Use Misuse.– 2003 Jan.– Vol. 38.– № 1.– P. 51–65.

116. Wilsnack R.W. Sex roles and drinking among adolescent girls [Text] / R.W. Wilsnack, S.C. Wilsnack // J. Stud. Alcohol. – 1978.– Vol. 39.– № 11.– P. 1855–1874.

117. Цыцарев С.В. Особенности личности женщин больных алкоголизмом (клинико-психологическое исследование в связи с задачами психотерапии): Автореф дис. канд... психол. наук.– Ленинград.– 1982.– 24 с.

118. Рябухин К.В. Соотношение типа акцентуации и модели полоролевого поведения у женщин, страдающих хроническим алкоголизмом [Текст] / К.В. Рябухин // Медична психологія.– 2013.– № 2– С. 98–101.

119. Kinsey A.C. Sexual behavior in the human male. [Text] /– A.C. Kinsey, W.B. Pomeroy, C.E. Martin.– Philadelphia: Saunders, 1948.– 804 p.

120. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В.Ю. Завьялов.– Новосибирск: Наука, 1998.– 196 с.

121. Тупицын Ю.Я. Я-структурный тест Амона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей [Текст] / Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров, Т.В. Алхазова [и др.].– СПб., 1998.– 70 с.

122. Очерки динамической психиатрии. Транкультуральное исследование [Текст] / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова.– СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003.– 438 с.

123. Аммон Г. Динамическая психиатрия [Текст] / Г. Аммон / Пер. с нем. и научн. ред. В.Д. Вида.– СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1995.– 200 с.

124. Труш В.М. Сравнительный анализ психологических особенностей законопослушных граждан, лиц совершивших общеуголовные преступления и осужденных за преступления в сфере половой свободы и половой неприкосновенности личности с позиции гуманструктурологии Г. Аммона [Текст] / В.М. Труш // Журнал научных публикаций: электрон. научн. журн.– 2011.– № 6 (29). URL: <http://publikacia.net/062011.php> (Дата обращения 12.03.2016 г.).

125. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ [Текст] / Л.Н. Собчик.– СПб.: Речь, 2000.– 219 с.
126. Gough H.G. Manual for the Adjective Check List and the Need for the ACL [Text] / H.G. Gough, A.B. Heilbrun.– Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1965.– 315 p.
127. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen triebdiagnostik [Text] / L. Szondi.– Bern und Stuttgart: Verlag Hans Huber, 1960.
128. Кочарян А.С. Эффективность методик психодиагностики сложных многоуровневых психологических образований (на примере симптомокомплекса маскулинности/феминности) [Текст] / А.С. Кочарян // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми емпіричних досліджень у психології» (4–5 грудня 2008 р., Київ, 2008) [Электронный документ]. URL: <http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/3063> (дата обращения 12.03.2016 г.).
129. Реан А.А. Психология личности. Социализация, поведение, общение [Текст] / А.А. Реан.– СПб.: «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2004.– 416 с.
130. Будников М.Ю. Самоотношение у наркозависимых в процессе стационарной реабилитации [Текст] / М.Ю. Будников: Автореф. диссерт. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук.– Санкт-Петербург.– 2014.– 28 с.
131. Менделевич В.Д. Концепция патологического влечения к психоактивным веществам сквозь призму канонов современной клинической психиатрии и принципов доказательной медицины / В.Д. Менделевич // Вопросы наркологии.– 2013.– № 1.– С. 133–144.
132. Khantzian E.J. Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication [Text] / E.J. Khantzian // Addiction.– 2013 Apr.– 108 (4). P. 668–669.
133. Червинская К.Р. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний [Текст] / К.Р. Червинская, О.Ю. Щелкова / Под ред. Л.И. Вассермана.– СПб.: Ювента; М.: Издательский центр «Академия», 2002.– 624 с.
134. Опросник методики «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбяна и Н. Эпштейна [Электронный документ]. URL: http://www.psychologos.ru/articles/view/oprosnik_metodiki_shkala_emocionalnogo_otklika_a._megrabyana_i_n._epshteyna (Дата обращения 11.09.2014).
135. Зенцова Н.И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от алкоголя и героина [Текст] / Н.И. Зенцова: Автореф. дис. ... к.п.н.– М.: 2009.– 24 с.

136. Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений. Адаптированный тест Лири [Текст] / Л.Н. Собчик. – М.: Союзучприбор.– 1990.
137. Червинская К.Р. Методика интерперсональных отношений: опыт эксплицирования знаний эксперта-психолога, интерпретационные схемы. Методическое пособие [Текст] / К.Р. Червинская.– СПб.: Речь, 2008.– 160 с.
138. Geis F.L. Machiavellianism [Text] / F.L. Geis // Dimensions of personality.– N.Y.: Wiley-Interscience Publication, 1978.– P. 305–364.
139. Знаков В.В. Макиавеллизм: психологическое свойство личности и методика его исследования [Текст] / В.В. Знаков // Психологический журнал.– 2000.– Т. 21.– № 5.– С. 16–22.
140. Знаков В.В. Методика исследования макиавеллизма личности [Текст] / В.В. Знаков.– М.: Смысл.– 2001.– 20 с.
141. Studies in Machiavellianism [Text] / by R. Christie, F.L. Geis.– N.Y.: Academic Press, 1970.
142. Kraut R.E. Machiavellianism in parents and their children [Text] / R.E. Kraut, J.D. Price // Journal of Personality and Social Psychology.– 1976.– Vol. 33.– № 6.– P. 782–786.
143. Blumstein R.W. Audience, Machiavellianism, and tactics of identity bargaining / R.W. Blumstein // Sociometry.– 1973.– Vol. 36.– № 3.– P. 346–365.
144. Ames M. Machiavellianism and womens grade point averages [Text] / M. Ames, A.H. Kidd // Psychological Reports.– 1979.– Vol. 44.– № 1.– P 223–228.
145. Domelsmith D.E. Sex differences in the relationship between Machiavellianism and self-disclosure [Text] / D.E. Domelsmith, J.T. Dietch // Psychological Reports, 1978.– Vol. 42.– № 3.– P. 721–725.
146. Братусь Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма [Текст] / Б.С. Братусь, П.И. Сидоров.– М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1984.– 144 с.
147. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П. Н. Бабич.– К. : Моріон, 2000.– 320 с.
148. Панин Л.Е. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении [Текст] / Л.Е. Панин, В.П. Соколов.– Новосибирск: Наука, 1981.– 178 с.

Приложения к Главе 2.

Приложение 1.

Шкала нарушений половой идентичности (Г.Е. Введенский, Е.В. Мединский, 2006).

	Критерии
1	Этап формирования полового самосознания
1.1.	Психическое «Я»
1.1.1.	Предпочтение игровой деятельности в группе противоположного пола
1.1.2.	Смешанный характер игровой деятельности (предметно-инструментальный и эмоционально-экспрессивный) или несоответствующий полу
1.1.3.	Отождествление с персонажами противоположного пола
1.2.	Физическое «Я»
1.2.1.	Предпочтение внешних атрибутов другого пола
1.2.2.	Негативное восприятие собственного телесного облика
2	Этап формирования полоролевого поведения
2.1.	Психическое «Я»
2.1.1.	Переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола
2.1.2.	Предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных другой половой роли
2.1.3.	Элементы гиперролевого или трансформированного поведения
2.2.	Физическое «Я»
2.2.1.	Негативное восприятие физиологических проявлений, естественных для своего паспортного пола
2.2.2.	Стремление физически походить на противоположный пол или фобия этого
3	Этап формирования психосексуальных ориентаций
3.1.	Генерализованное негативное или амбивалентное отношение к противоположному полу с сосуществованием разнонаправленных (негативных и позитивных) эмоциональных установок
3.2.	Предпочтение общения с лицами противоположного пола
3.3.	Психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций)
3.4.	Выбор социальной роли, естественной в данной культуре для противоположного пола
3.5.	Выбор сексуальной роли, более характерной для противоположного пола (в сексуальных контактах: у женщин – инициатива в сексуальных контактах, активная роль; элементы деперсонификации партнера [позы]).

Приложение 2.

Шкала сексуальной ориентации А. Кинзи (A. Kinsey et all.).

Сексуально ориентированное поведение			
Поведение в реальной жизни			
Исключительно гетеросексуальное			
Преимущественно гетеросексуальное с гомосексуальными элементами			
Преимущественно гетеросексуальное, иногда гомосексуальное			
Примерно в равной степени гетеро- и гомосексуальное			
Преимущественно гомосексуальное, иногда гетеросексуальное			
Исключительно гомосексуальное			
Поведение во снах, в фантазиях при мастурбации			
Исключительно гетеросексуальное			
Преимущественно гетеросексуальное с гомосексуальными элементами			
Преимущественно гетеросексуальное, иногда гомосексуальное			
Примерно в равной степени гетеро- и гомосексуальное			
Преимущественно гомосексуальное, иногда гетеросексуальное			
Исключительно гомосексуальное			

Приложение 3.

Методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения. Вариант для женского контингента. Б.Е. Алексеев, 2006.

АНКЕТА № □□□

Дайте ответ на следующие утверждения. Используйте только два типа ответов: «да» или «нет» (выбранный ответ обведите кружком)

Маркеры	До 7 лет	От 7 до 13 лет	От 13 до 18 лет	сейчас
1. Предпочитали общество девочек (женщин)	да нет	да нет	да нет	да нет
2. Предпочитали общество мальчиков (мужчин)	да нет	да нет	да нет	да нет
3. Общество девочек (женщин) было неинтересным	да нет	да нет	да нет	да нет
4. Играли в куклы, в «дочки-матери»	да нет	да нет	---- ----	---- ----
5. Играли в машинки, в войну и т.п.	да нет	да нет	---- ----	----- -----
6. Оценивались как сорванец, а позже как человек решительный	да нет	да нет	да нет	да нет
7. Нравились подвижные игры, спортивные занятия	да нет	да нет	да нет	да нет
8. Нравилось шить, готовить	да нет	да нет	да нет	да нет
9. Были уверены в себе, могли защитить себя, вступались за товарищей (подруг)	да нет	да нет	да нет	да нет
10. В поведении проявлялись повышенная чувствительность и неуверенность в себе	да нет	да нет	да нет	да нет
11. Избегали пользоваться косметикой	да нет	да нет	да нет	да нет
12. Предпочитали одежду типа «унисекс»	да нет	да нет	да нет	да нет
Примечание: ответ «нет» кодируется как 1, ответ «да» – как 2.				

Приложение 4.

Бланк методики исследования самооценки (по А.А. Реан, 2004).

Идеал	Качества личности	Я	Разряд	
			<i>d</i>	<i>d</i> ²
	Уступчивость			
	Смелость			
	Вспыльчивость			
	Настойчивость			
	Нервозность			
	Терпеливость			
	Увлекаемость			
	Пассивность			
	Холодность			
	Энтузиазм			
	Осторожность			
	Капризность			
	Медлительность			
	Нерешительность			
	Энергичность			
	Жизнерадостность			
	Мнительность			
	Упрямство			
	Беспечность			
	Застенчивость			

Приложение 5.

Опросник методики «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбяна (модификация Н. Эпштейна).

Инструкция. Прочитайте приведенные ниже утверждения и оцените степень своего согласия или несогласия с каждым из них (поставьте отметку в соответствующей графе бланка для ответов), ориентируясь на то, как вы обычно ведете себя в подобных ситуациях.

Бланк для ответов

к методике «Шкала эмоционального отклика»

Фамилия, имя, отчество _____

Пол _____ Возраст _____ Дата _____

№ п/п	Утверждение	Ответ			
		Согласен (всегда)	Скорее согласен (часто)	Скорее не согласен (редко)	Не согласен (никогда)
1	Меня огорчает, когда вижу, что незнакомый человек чувствует себя среди других людей одиноко				
2	Мне неприятно, когда люди не умеют сдерживаться и открыто проявляют свои чувства				
3	Когда кто-то рядом со мной нервничает, я тоже начинаю нервничать				
4	Я считаю, что плакать от счастья глупо				
5	Я близко к сердцу принимаю проблемы своих друзей				
6	Иногда песни о любви вызывают у меня много чувств				
7	Я бы сильно волновался (волновалась), если бы должен был (должна была) сообщить человеку неприятное для него известие				
8	На мое настроение очень влияют окружающие люди				
9	Мне хотелось бы получить профессию, связанную с общением с людьми				
10	Мне очень нравится наблюдать, как люди принимают подарки				
11	Когда я вижу плачущего человека, то и сам (сама) расстраиваюсь				
12	Слушая некоторые песни, я порой чувствую себя счастливым (счастливой)				
13	Когда я читаю книгу (роман, повесть и т. п.), то так переживаю, как будто все, о чем читаю, происходит на самом деле				
14	Когда я вижу, что с кем-то плохо обращаются, то всегда сержусь				
15	Я могу оставаться спокойным (спокойной), даже если все вокруг волнуются				
16	Мне неприятно, когда люди при просмотре кинофильма вздыхают и плачут				
17	Когда я принимаю решение, отношение других людей к нему, как правило, роли не играет				
18	Я теряю душевное спокойствие, когда окружающие чем-то угнетены				
19	Я переживаю, если вижу людей, легко расстраивающихся из-за пустяков				
20	Я очень расстраиваюсь, когда вижу страдания животных				
21	Глупо переживать по поводу того, что происходит в кино или о чем читаешь в книге				
22	Я очень расстраиваюсь, когда вижу беспомощных старых людей				
23	Я очень переживаю, когда смотрю фильм				
24	Я могу остаться равнодушным (равнодушной) к любому волнению вокруг				
25	Маленькие дети плачут без причины				

Приложение 6.

Текст «Опросника на макиавеллизм» (четвертая версия шкалы Mach-IV) (F.L. Geis, 1978), адаптация В.В. Знакова (2001) и Алгоритм оценки результатов.

Инструкция испытуемому: перед Вами набор утверждений. Каждое утверждение представляет собой распространенное мнение и поэтому не может быть верным или неверным. Вероятно, Вы согласитесь с одними утверждениями и не согласитесь с другими. Внимательно прочитайте все высказывания. Затем отметьте степень Вашего согласия или несогласия с каждым мнением.

Текст опросника

1. Открывать другим истинную причину своих действий нужно только в том случае, если это полезно для тебя.

2. Лучший способ получить от людей что тебе надо – говорить им то, что они хотят услышать.

3. Человек должен делать что-либо, только если он уверен, что это морально оправданно, т.е. правильно с нравственной точки зрения.

4. Большинство людей в сущности хорошие и добрые

5. В общем-то, все люди порочны, и когда-нибудь это обязательно проявляется.

6. Честность – лучшая политика в любых ситуациях.

7. Нельзя оправдывать человека, который для достижения личных целей лжет другому.

8. В общем-то, люди не хотят работать в полную силу без принуждения со стороны.

9. Лучше занимать скромное положение и быть честным, чем быть влиятельным и нечестным.

10. Когда просишь кого-либо сделать что-то для тебя, лучше сказать о настоящей причине, по которой тебе это необходимо, чем придумывать более веские аргументы.

11. Большинство из тех, кто достиг высокого положения в обществе, являются порядочными и безупречными в нравственном отношении людьми.

12. Человек, полностью доверяющий кому-то другому, напрашивается на неприятности.

13. Большинство преступников отличается от остальных людей в основном тем, что преступники недостаточно умны, и поэтому они попадают.

14. Большинство людей – смелые.

15. Льстить нужным людям – значит проявлять мудрость.

16. Можно быть человеком хорошим во всех отношениях.

17. Большинство людей на Земле состоит из простаков, которых нетрудно обвести вокруг пальца.

18. Для того, кто хочет сделать карьеру, главное – не хорошо работать, а уметь обходить формальности и ради достижения цели не бояться идти на мелкие правонарушения.

19. Неизлечимо больные люди с их согласия могут быть умерщвлены.

20. Большинство людей легче забывают о смерти собственных родителей, чем о потере своей собственности.