

## ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Канд. мед. наук М. А. ДЕНЕКО

### PECULIARITIES OF THE PERSONALITY AND SEX-ROLE BEHAVIOR IN WOMEN WITH SPECIFIC PERSONALITY DISORDERS

M. A. DENEKO

*Полтавская областная психоневрологическая больница им. А. Ф. Мальцева*

**Описаны выявленные в результате психодиагностического обследования женщин с разными типами специфического расстройства личности присущие им личностные черты и нарушения полоролевого поведения, обуславливающие дезадаптацию супружеской пары.**

*Ключевые слова: специфические расстройства личности, полоролевое поведение, женщины, супружеская дезадаптация.*

**The author describes personality features and sex-role behavior disorders resulting in spouse disadaptation in women with different types of specific personality disorders, which were revealed by means of psychodiagnostic investigation.**

*Key words: specific personality disorders, sex-role behavior, women, spouse disadaptation.*

Личностные особенности лиц, в том числе женщин, страдающих разными типами специфического расстройства личности, хорошо исследованы и освещены в литературе [1–3 и др.]. Менее изучено их полоролевое поведение, его особенностей касаются авторы лишь единичных работ [4]. Однако вне внимания исследователей остается такой важнейший аспект проблемы, как роль личностных аномалий и нарушенного полоролевого поведения в формировании супружеской дезадаптации, которая, как правило, развивается при специфическом расстройстве личности у жены.

Учитывая большое медико-психологическое и социальное значение супружеской дезадаптации, снижающей качество жизни супругов и подрывающей прочность брака, и недостаточную изученность этой проблемы при указанной патологии у женщин, мы поставили перед собой цель в определенной мере восполнить этот пробел.

Под нашим наблюдением было 320 дезадаптированных супружеских пар, в которых у жен были диагностированы разные типы специфического расстройства личности: эмоционально неустойчивый (53 пациентки), зависимый (также 53), демонстративный (51), ананкастный (46), шизоидный (45), параноидный (30), диссоциальный (27), тревожный (15).

Личностные их особенности выявляли с помощью методики многостороннего исследования личности (ММПИ) [5], полоролевое поведение — по шкале Dur-Moll L. Szondi [6], позволяющей установить маскулинность обследуемых на био-

генном уровне, и по шкале ACL A.V.Heilbrun [7], которая дает возможность получить данные о выраженности маскулинной и фемининной Я-концепции, т. е. о полоролевом поведении на социальном уровне.

При обследовании пациенток по методике ММПИ у них были выявлены пять вариантов усредненного профиля личности.

Первый вариант наблюдался у женщин с демонстративным расстройством личности. Он отражает такие присущие больным черты, как эгоцентризм, демонстративность поведения в сочетании со стремлением отрицать трудности социальной адаптации и подчеркиванием своего соматического неблагополучия. У этих женщин отмечалась высокая способность к вытеснению, что способствовало устранению тревоги, но в то же время и затрудняло формирование достаточно устойчивого поведения. В своем поведении пациентки основывались не на предшествующем опыте, и в каждом конкретном случае оно определялось методом проб и ошибок, стремлением только к удовлетворению своих желаний. При этом благодаря механизму вытеснения больные игнорировали отрицательное отношение со стороны окружающих к их поведению и сохраняли высокую самооценку, вели себя бесцеремонно, не учитывая впечатления, производимого на окружающих. Иными словами, они были не способны критически оценивать возникающие ситуации и свое поведение в них.

Женщины с демонстративным расстройством личности стремились быть в центре внимания,

всячески добивались признания и поддержки. При этом их межличностные контакты были поверхностными, незрелыми. Для разрешения конфликтных ситуаций, уменьшения напряженности и в качестве способа избежать ответственности они злоупотребляли соматическими жалобами. Любые предъявленные к ним требования, нагрузки или нарушение отношений, в частности супружеских, становились для этих женщин декомпенсирующими факторами. Однако конфликтные ситуации они стремились разрешать социально приемлемыми способами.

При осуществлении социальных контактов демонстративные пациентки подавляли свою подозрительность и агрессивность, демонстрируя положительное отношение к окружающим, но по отношению к близким проявляли агрессивность, которая либо не осознавалась, либо получала рациональное объяснение. Этим женщинам была присуща дисгармоничность личности, которая выражалась в сочетании ориентации на внешнюю оценку (с вытеснением отрицательных сигналов от окружения) и ощущения враждебности со стороны окружающих.

Второй вариант профиля личности был выявлен у пациенток с ананкастным, тревожным и зависимым типами расстройства личности. Для них были характерны безразличие и затруднения в межличностном общении.

Обследованные с таким профилем личности были замкнуты, пессимистичны, молчаливы, застенчивы. Они выглядели ушедшими в себя и избегали контактов, несмотря на то, что нуждались в глубоких и прочных связях с окружающими. Угроза разрыва связей вызывала у них тревогу, а уединение и отгороженность отражали стремление избежать разочарования. В действительности эти женщины дорожили оценкой окружающих и испытывали потребность привлечь и удержать их внимание к себе. Характерными для них были реакции, сопровождающиеся чувством вины, гневом, направленным на себя; ситуации, требующие агрессивной реакции, вызывали у них тревогу. Кроме того, у женщин с перечисленными типами расстройства личности наблюдались беспокойство, напряженность, нерешительность. У наших пациенток с данным профилем личности отмечались также сниженная самооценка, пессимистическая оценка перспективы, интрапунитивность, которые сочетались с внутренней напряженностью, тревогой, подавленностью, страхами, снижением интеллектуальной продуктивности и инициативности.

Третий вариант усредненного профиля личности имел место у больных с диссоциальным типом расстройства личности. У этих женщин эмоциональное напряжение, обусловленное блокадой активизированной потребности, находит непосредственное отражение в поведении, минуя систему установок, отношений и социальных ролей, без учета социальных и этических норм.

При диссоциальном расстройстве личности женщины отличались пренебрежением к принятым нормам, моральным и этическим ценностям. Поскольку их поведение не было организовано в соответствии с устойчивыми мнениями, интересами и целями, оно было малопредсказуемо. Пациентки были неспособны планировать свои поступки и действия, не думали об их последствиях. Неумение учитывать собственный опыт и основываться на нем приводило к повторным конфликтам больных с окружающими. Их межличностные отношения отличались поверхностностью и нестойкостью контактов. Асоциальные проявления в поведении этих женщин касались только ближайшего окружения, причем отмечались социально приемлемая рационализация и узкая направленность враждебности и протеста.

Четвертый вариант профиля личности был выявлен у обследованных с шизоидным расстройством личности. Последний отражал дистанцирование личности, затрудненность повседневных контактов, ориентированность главным образом на внутренние критерии, ригидность, неадекватное эмоциональное реагирование. Стремление преодолеть свою отгороженность от окружения и неспособность преодолеть коммуникативные затруднения порождали у шизоидных пациенток амбивалентность в отношениях с окружающими, обусловленную ожиданием внимания и в то же время боязнью холодности с их стороны. В то же время они стремились возложить на окружающих вину за нарушение межличностных отношений, жизненные трудности и эмоциональные конфликты.

Пятый вариант профиля личности мы выявили у женщин с параноидным расстройством личности. Он характеризовал имеющуюся у обследованных ригидность аффекта, связанную главным образом с эгоистическими побуждениями. Для параноидных личностей характерны длительное переживание собственных успехов, повышенное себялюбие и недовольство недостаточным признанием со стороны окружающих. Наши пациентки с таким расстройством личности были озабочены своим престижем и отличались повышенной чувствительностью к несправедливости, независимо от того, была ли она действительной или мнимой. В их характере сочетались такие черты, как сенситивность и самоутверждение, подозрительность, критическое, враждебное отношение к окружающим, упрямство и агрессивность. Исходная аффективная ригидность и чувство враждебности определяли трудности в межличностных отношениях, сопровождавшиеся тревогой. Стремление пациенток избежать разочарования, ограничивающее их контакты, сочеталось с ожиданием враждебных или недобросовестных действий окружающих по отношению к себе.

Помимо перечисленных черт, у пациенток с рассматриваемым профилем личности отмечалась склонность к асоциальному поведению из-за

пренебрежения морально-этическими нормами, правилами, обычаями, что еще более усугубляло трудности социальной адаптации. При этом для них было характерно стремление возложить на окружающих вину за нарушение межличностных отношений, за жизненные трудности и эмоциональные конфликты.

В целом результаты психодиагностического обследования женщин объективно подтвердили наличие у них характерных для того или иного типа специфического расстройства личности особенностей, способствующих формированию супружеской дезадаптации.

При изучении полоролевого поведения женщин с разными типами специфического расстройства личности мы исходили из того, что сексуальная адаптация во многом зависит не только от биологически детерминированных особенностей полоролевого поведения, но и от социогенных факторов, т. е. от Я-концепции личности. У больных специфическими расстройствами личности часто наблюдаются отклонения полоролевого поведения, способствующие нарушению супружеской адаптации, причем, как уже отмечалось, у больных женщин они исследованы недостаточно.

Следует отметить, что ранее исследования полоролевого поведения проводились в рамках континуально-альтернативной модели, где маскулинность и фемининность в сумме давали некую константу, т. е. чем больше в личности маскулинности, тем меньше в ней фемининности. Однако в последующем эта концептуализация изменилась и маскулинность/фемининность рассматриваются в настоящее время как независимые переменные [8].

В рамках такой андрогинной модели полоролевая АСЛ-шкала А. В. Нейлбрун представляет собой две группы прилагательных, одна из которых характеризует маскулинные черты, а другая — фемининные. Первые отражают инструментальность: деловитость, целеустремленность, напористость, агрессивность, склонность к соперничеству, недостаточную межличностную чувствительность; вторые — экспрессивность, т. е. эмоциональность, межличностную чувствительность и коммуникативную компетентность.

На биогенном уровне обследованные нами женщины с эмоционально неустойчивым, демонстративным, диссоциальным, параноидным и шизоидным типами расстройства личности обнаруживали гипермаскулинность, и различия между ними по этому показателю были статистически незначимы ( $t_{э,д} = 0,12$ ;  $t_{э,ш} = 1,39$ ;  $t_{д,ш} = 1,43$ ;  $p > 0,05$ ). Гипомаскулинными являлись женщины с тревожным и зависимым расстройствами личности, причем различия между ними по этому показателю также были незначимы ( $t = 1,17$ ;  $p > 0,05$ ). У пациенток с ананкастным расстройством личности показатель близок к норме. Женщины с эмоционально неустойчивым, демонстративным, диссо-

циальным, параноидным и шизоидным типами расстройства имели достоверно более высокие показатели маскулинности на биогенном уровне, чем женщины с тревожным (соответственно  $t = 4,64$ ;  $t = 4,92$ ;  $t = 3,13$ ;  $p < 0,01$ ) и зависимым (соответственно  $t = 6,34$ ;  $t = 6,71$ ;  $t = 4,53$ ;  $p < 0,01$ ) расстройствами.

С помощью АСЛ-шкалы у наших пациенток были получены следующие данные о выраженности маскулинной и фемининной Я-концепций женщин при разных типах расстройства личности. Поскольку АСЛ-шкала ориентирована на андрогинную полоролевою модель, нас интересовала не разность маскулинности и фемининности, а абсолютная выраженность этих образований в полоролевой Я-концепции.

Анализ полученных в этом исследовании данных позволил заключить, что самые высокие показатели маскулинности на уровне Я-концепции отмечаются у женщин с эмоционально неустойчивым, диссоциальным, демонстративным и ананкастным типами расстройства личности и различие по этому показателю между указанными группами недостоверно ( $t = 0,37$ ;  $p > 0,05$ ).

Наиболее низкие показатели маскулинности отмечаются у больных, страдающих зависимым, тревожным и шизоидным расстройством личности — соответственно они достоверно ниже, чем у женщин с эмоционально неустойчивым и демонстративным ( $t = 5,79$ ;  $p < 0,01$  и  $t = 5,65$ ;  $p < 0,01$ ), диссоциальным ( $t = 6,11$ ;  $p < 0,01$  и  $t = 5,87$ ;  $p < 0,01$ ), ананкастным расстройством ( $t = 4,17$ ;  $p < 0,01$  и  $t = 4,14$ ;  $p < 0,01$ ). Маскулинность ананкастных женщин ниже, чем у эмоционально неустойчивых ( $t = 1,84$ ;  $p < 0,05$ ) и демонстративных ( $t = 2,17$ ;  $p < 0,05$ ). Полученные величины показателей маскулинности в указанных группах можно проранжировать в последовательности: ЭН = Дис = Дем > А > П > Ш = Т = З.

Гипермаскулинность женщин с эмоционально неустойчивым расстройством личности клинически проявлялась в агрессивности, настойчивости, малой чувствительности к переживаниям других людей, в наличии садистических элементов в социальном и сексуальном поведении, в желании властвовать, доминировать. Гипермаскулинность женщин с демонстративным расстройством личности проявлялась в активности, в так называемом «комплексе маскулинности», или, в психоаналитических терминах, «комплексе кастрации», приводящем к соперничеству и борьбе с мужчинами.

По фемининности на уровне Я-концепции самые низкие из анализируемых групп показатели отмечались у пациенток с диссоциальным и ананкастным расстройством личности (достоверность различий этой группы больных по сравнению с женщинами, страдающими эмоционально неустойчивым расстройством, составляла  $t = 2,61$ ; демонстративным —  $t = 3,22$ ; зависимым —  $t = 3,05$ ; шизоидным —  $t = 2,71$ ;  $p < 0,01$ ). Уровни фемининности в анализиру-

емых группах могут быть представлены формулой: Дем = З = ЭН = Ш > Т = П > А = Дис.

При эмоционально неустойчивом, демонстративном и параноидном расстройстве личности имели место высокие уровни и маскулинности, и фемининности в полоролевой Я-концепции больных; при ананкастном и диссоциальном расстройстве наблюдалось повышение маскулинности и снижение фемининности, что, очевидно, отражало деформацию полоролевой Я-концепции защитными механизмами личности (искажение, рационализация и т. п.). При зависимом, шизоидном и тревожном типах расстройства личности у обследованных фемининность в полоролевой Я-концепции повышалась.

Полученные в проведенном нами исследовании данные согласуются с данными литературы о том, что при шизоидном расстройстве личности сдвиг в сторону феминизации происходит за счет заметного повышения фемининности при неизменном или даже уменьшенном показателе маскулинности [8]. При шизоидном расстройстве личности этот сдвиг оказывается довольно неожиданным, тогда как некоторая феминизация

при демонстративном расстройстве соответствует клиническим наблюдениям.

Результаты изучения полоролевого поведения женщин со специфическими расстройствами личности позволили выявить полоролевою несогласованность (дискордантность) при ананкастном и шизоидном расстройствах личности. Несоответствие выраженности маскулинности на уровне полоролевой Я-концепции и биогенном уровне отражает наличие внутриличностного конфликта, обуславливающего противоречивость брачных установок и ожиданий в отношении брачного партнера.

В целом результаты проведенного исследования убедительно показывают, что и черты личности женщин с разными типами специфического расстройства личности, и имеющееся у них ненормативное полоролевое поведение существенно затрудняют коммуникацию, в том числе с супругом, и приводят к развитию дезадаптации супружеской пары. Выявленные закономерности необходимо учитывать при психодиагностике и психотерапевтической коррекции нарушения сексуального здоровья супругов и здоровья семьи.

#### Литература

1. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их симптоматика, динамика и систематика.— М.: Медгиз, 1933.— 186 с.
2. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. Изд. 3-е.— М., 1972.— 575 с.
3. Общая сексопатология / Под ред. проф. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 2005.— 512 с.
4. Николаев В. В. Нарушение сексуального здоровья и функционирования семьи при психопатии у женщин.— Харьков: Основа, 1999.— 170 с.
5. Березин Ф. Б., Мирошников М. Л., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности.— М.: Медицина, 1976.— 186 с.
6. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen triebdiagnostik.— Bern und Stuttgart: Verlag H. Huber, 1960.— 269 p.
7. Heilbrun A. B. Human sex-role behavior.— N. Y.: Pergamon Press, 1981.— 270 p.
8. Кочарян А. С. Личность и половая роль.— Харьков: Основа, 1996.— 127 с.

Поступила 18.02.2008