

Личностные детерминанты формирования особенностей адаптации к болезни у пациентов с активной формой туберкулеза легких: сравнительный анализ с позиций гендерного подхода

Севостьянова М.С.,

клинический психолог, директор Центра современных психологических технологий системного развития высокоадаптивных личностных потенциалов и управления профессиональной эффективностью СКЦ ФМБА России, Красноярск, Россия, SevostyanovaMS@yandex.ru

Представлены дизайн и результаты эмпирического исследования, обращенного к актуальной проблеме интеграции теоретико-методологических аппаратов различных областей психологии для решения актуальных прикладных задач современной соматической медицины. Впервые описано применение гендерного подхода к изучению психологических структур внутренней картины болезни мужчин в возрасте от 25 до 49, страдающих не более трех лет различными формами активного туберкулеза легких. Гипотеза о том, что индивидуальные гендерные характеристики являются личностными детерминантами формирования особенностей адаптации к болезни, подтверждена результатами эмпирического исследования. Ключевые выводы работы: 1) индивидуальный гендерный облик является важным психологическим фактором развития здоровой личности; 2) интериоризация в индивидуальное гендерное пространство некоторых личностных характеристик влияет на особенности формирования у пациентов определенных типов отношения к заболеванию. Сформулированные по результатам исследования выводы подчеркивают необходимость дополнения программ комплексной биопсихосоциальной реабилитации соматических пациентов методами психологической интервенции с позиций гендерного подхода и тем самым имеют значимую практико ориентированную направленность.

Ключевые слова: индивидуальный гендер, гендерное Я, тип отношения к заболеванию, маскулинность, фемининность, андрогиния.

Для цитаты:

Севостьянова М.С. Личностные детерминанты формирования особенностей адаптации к болезни у пациентов с активной формой туберкулеза легких: сравнительный анализ с позиций гендерного подхода [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. №1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/2/Sevostyanova.phtml> (дата обращения: дд.мм.гггг)

For references:

Sevostyanova M.S. Personal determinants of formation disease adaptation in patients with active pulmonary tuberculosis: a comparative analysis from the standpoint of gender approach [Elektronnyi resurs] *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru [Psychological Science and Education PSYEDU.ru]*, 2014, no. 1. Available at: <http://psyedu.ru/journal/2014/2/Sevostyanova.phtml> (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

Современная соматическая медицина, актуальная концепция которой строится на биопсихосоциальной модели болезни, характеризуется приоритетным развитием реабилитационного направления. Эффективная реабилитация невозможна без перестройки дисфункциональных когнитивных, эмоциональных и коннотативных компонентов целостной системы отношений пациента и формирования у него гармоничного отношения к собственному заболеванию, конгруэнтно индивидуальным особенностям его эмоционально-волевой и ценностно-потребностной личностных сфер. Данный процесс требует активного, целенаправленного и осознанного участия пациента как субъекта в лечебном и восстановительном процессе. Все это делает необходимым учет личностных особенностей пациента, его индивидуальной позиции по отношению к заболеванию и лечению. При этом особую актуальность приобретает необходимость комплексного изучения внутренней картины болезни, социально-психологическое содержание которой отражается в типе отношения к заболеванию, и выявления личностных характеристик, влияющих на формирование особенностей адаптации к болезни. Решение поставленной задачи возможно благодаря внедрению идей и методов различных отраслей психологии в клинику соматических заболеваний, что приемлемо и методологически обосновано с позиций биопсихосоциального подхода.

Выбор гендерного подхода как основополагающего для изучения личностных характеристик в рамках проведенного нами эмпирического исследования аргументирован современной общеметодологической тенденцией изучения индивидуальных свойств человека через призму гендера [1; 2; 5; 6], а также теоретическим положением о том, что «гармоничное в качественном и продуктивное в количественном отношении самовосприятие гендерного Я становится основой рационального самопознания и конструктивного самосознания (построения индивидуальной гендерной идентичности), что в целом является фундаментом для укрепления общеадаптационных способностей человека...» [3, с. 78].

С целью изучения влияния гендерного Я на формирование особенностей адаптации к болезни в качестве рабочей исследовательской гипотезы было выдвинуто предположение о том, что индивидуальные гендерные характеристики влияют на развитие того или иного типа отношения к заболеванию, являясь личностными детерминантами формирования особенностей адаптации к болезни.

Контингент и методы исследования

В нашем исследовании приняли участие 40 мужчин в возрасте от 25 до 49 лет, находившиеся на момент обследования на стационарном лечении в туберкулезном отделении ПТД ФГУЗ КБ № 42 ФМБА России и страдающие на момент обследования различными формами активного туберкулеза легких не более трех лет. Критериями включения в выборку стали: 1) добровольное информированное согласие; 2) адекватное восприятие испытуемыми ситуации обследования.

Методом исследования стал письменный опрос с использованием следующих методик: 1) опросник БЕМ (русская версия Bem Sex Role Inventory, 1974 г.); 2) опросник ТОБОЛ. Следует отметить, что опросник ТОБОЛ на сегодняшний момент является единственным валидным инструментом диагностики 12 типов отношений к болезни, которые объединены в три блока по двум критериям: «адаптивность/дезадаптивность» и «интер-/интрапсихическая направленность». Структура и содержание опросника позволяют учесть информацию об отношениях пациента к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредовано связанных с его заболеванием [4].

Для обработки данных были применены методы корреляционного и кластерного анализа.

В соответствии с целью исследования была сформирована совокупность исследуемых параметров, отражающая структуру и содержание гендерного Я, а также выраженность и поливариативность психологических реакций на заболевание.

Во-первых, в эту совокупность параметров вошли *качественные* (разнообразие черт, составляющих маскулинный и фемининный конструкт) и *количественные характеристики индивидуального гендерного облика*: ИМ (индекс маскулинности) отражает степень выраженности маскулинных качеств в образе «Я – сейчас»; ИФ (индекс фемининности) отражает степень выраженности фемининных качеств в образе «Я – сейчас»; ИА (индекс андрогинии) отражает степень выраженности одновременно и маскулинных, и фемининных качеств в образе «Я – сейчас». Важно отметить, что С. Бем подчеркивала положительную роль андрогинии в структуре личности, ее благоприятное влияние на психологическое состояние человека [7].

Во-вторых, в выделенную совокупность вошли неоткорректированные значения шкал первого блока типов отношения к болезни, которые отражают выраженность показателей *гармоничного, эргопатического и анозогностического типов* отношения к заболеванию (ГарТР – индекс гармоничности, ЭргТР – индекс эргопатии, АнзТР – индекс анозогностии соответственно). Считается, что при любом из трех вышеперечисленных типов отношения к заболеванию психическая и социальная адаптация существенно не нарушаются, т. е. все три типа являются различными вариантами психологической адаптации к болезни [4]. На наш взгляд, такой подход дает возможность более дифференцированно описать многомерную модель отношения к болезни (специфику адаптации), позволяя рассмотреть сложную систему отношений пациента с позиций внутриблоковой направленности, а также отследить, в какой степени пациент в своем поведении руководствуется стремлением к сохранению ценностной структуры и к активному социальному функционированию, несмотря на ограничения, накладываемые нарушениями соматического здоровья.

Результаты и их обсуждение

На *первом этапе* обработки полученных данных нами была произведена попарная кластеризация исследуемых характеристик (ИА, ИМ, ИФ с ГарТР, ЭргТР и АнзТР соответственно) с разбиванием в каждом отдельном случае группы из 40 респондентов на три численных кластера. Таким образом, нам удалось получить максимально подробные представления о том, как происходит статистическое распределение испытуемых по группам и какие значения исследуемых параметров присваиваются центроидам полученных кластеров (табл. 1).

Таблица 1

Результаты попарной кластеризации полученных значений исследуемых характеристик

Гармоничный тип реагирования									
Номер кластера	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Кол-во чел. (%)	12 (33,3)	13 (36,1)	11 (30,5)	13 (36,1)	12 (33,3)	11 (30,5)	11 (30,5)	13 (36,1)	12 (33,3)
Значение показателей центро-	ИА			ИМ			ИФ		
	76,9	82,53	90,01	43,15	49,08	47,0	34,09	33,0	42,91
	ГарТР			ГарТР			ГарТР		
	20,0	17,30	22,0	20,0	17,08	22,0	20,18	17,15	21,83

идов									
Эргопатический тип реагирования									
Номер кластера	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Кол-во чел. (%)	12 (33,3)	13 (36,1)	11 (30,5)	13 (36,1)	12 (33,3)	11 (30,5)	12 (33,3)	13 (36,1)	11 (30,5)
Значение показателей центроидов	ИА			ИМ			ИФ		
	77,5	81,92	90,0	43,15	49,08	47,0	34,5	33,23	43,0
	ЭргТР			ЭргТР			ЭргТР		
	21,5	24,07	22,0	21,76	24,08	22,0	21,58	24,07	22,0
Анозогнозический тип реагирования									
Номер кластера	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Кол-во чел. (%)	11 (30,5)	13 (36,1)	12 (33,3)	12 (33,3)	12 (33,3)	12 (33,3)	11 (30,5)	13 (36,1)	12 (33,3)
Значение показателей центроидов	ИА			ИМ			ИФ		
	76,7	81,92	89,75	43,0	49,08	46,83	33,8	33,23	42,91
	АнзТР			АнзТР			АнзТР		
	21,8	24,07	15,75	22,0	24,08	15,75	21,8	24,07	15,75

Примечание. ИМ – индекс маскулинности, ИФ – индекс фемининности, ИА – индекс андрогинии; ГарТР – индекс гармоничности, ЭргТР – индекс эргопатии, АнзТР – индекс анозогнозии.

Анализируя внутрисистемные связи гендерного облика пациента, страдающего активной формой туберкулеза легких и стремящегося к адаптации к заболеванию по гармоничному типу, можно сформулировать следующие выводы. У испытуемых, чей гендерный облик характеризуется наибольшей выраженностью андрогинии, наблюдается доминантная когнитивная установка на гармоничное «со-существование» с собственным заболеванием и ярко выраженная поведенческая направленность на реализацию уже имеющихся в сознании позитивных эффективных стратегий физического и социально-психологического копинга. Однако испытуемые, для которых характерны самые низкие значения ИА, имеют средние для исследуемого контингента показатели выраженности ГарТР. Это позволяет предположить, что при снижении значений ИА основным критерием, определяющим выраженность ГарТР, является специфика соотношения маскулинных и фемининных черт в структуре андрогинии, а также выраженность каких-то конкретных гендерных характеристик.

Кроме этого, для индивидуальности с наиболее ярко выраженным и неизбирательно сформированным маскулинным конструктом характерны самые низкие тенденции к гармоничному восприятию и преодолению состояний депривации и фрустрации, связанных с болезнью и социальным статусом «больной туберкулезом». При этом снижение выраженности конструкта маскулинности не предполагает обязательного усиления гармоничных аттитюдов. Так, самая высокая степень выраженности ГарТР характерна для индивидуальностей со средними значениями ИМ в образе «Я – сейчас». Это может свидетельствовать о том, что для формирования ГарТР необходимо, чтобы маскулинный конструкт гендерного Я обладал средней выраженностью и, возможно, большей дифференциацией с акцентом на формирование и развитие определенных маскулинных качеств.

В свою очередь выраженность конструкта фемининности имеет прямо пропорциональные взаимосвязи с выраженностью ГарТР – при максимальной выраженности конструкта имеет место максимальная выраженность гармоничных реакций и наоборот. Это говорит о том, что мужчины с ярко выраженным фемининным симптомокомплексом склонны демонстрировать наибольший реализм в восприятии симптомов и в понимании тяжести заболевания, трезво оценивать свое состояние и во всем активно содействовать успеху лечения. Для таких пациентов-мужчин в наибольшей степени характерно нежелание обременять других тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности.

Что касается формирования альтернативных типов адаптивного отношения к заболеванию – эргопатического или анозогнозического – то в обоих случаях, как видно из табл. 1, можно констатировать наличие единого специфического механизма влияния на этот процесс маскулинной составляющей индивидуального гендерного облика. А именно: высокие значения ИМ напрямую связаны с тенденцией к преобладанию эргопатических и анозогнозических поведенческих паттернов по отношению к заболеванию и формированию соответствующих когнитивных атрибуций во внутренней картине болезни. Более того, в случае с ЭргТР выявленная взаимосвязь между выраженностью маскулинных черт в образе «Я – сейчас» и выраженностью эргопатических реакций носит абсолютно линейный характер.

Важно отметить, что данный вывод не противоречит традиционным представлениям о «типичном» мужском образе, сверхнасыщенном маскулинными качествами, описательные характеристики которого в той или иной степени соответствуют содержанию эргопатических и анозогнозических реакций. Например, ядро социального гендерного стереотипа «традиционный мужчина» включает такие черты, как самодостаточность, инструментальность, стремление быть неэмоциональным, желание отгородиться от негативных переживаний, эффективность в принятии решений, независимость, веру в себя и т. д. [1] Очевидно, что мужчина, гендерный тип которого может быть охарактеризован как выраженный маскулинный, адаптируясь к заболеванию, с высокой вероятностью будет использовать такие копинг-стратегии, как «уход в работу» или «отрицание болезни».

Влияние фемининного конструкта индивидуального гендерного облика пациента с активной формой туберкулеза легких на формирование ЭргТР и АнзТР неодинаково. В случае с эргопатией наиболее яркое проявление характерных для данного типа реакций наблюдается у пациентов с самыми низкими значениями ИФ. При этом испытуемым с максимальными для исследуемой выборки значениями выраженности фемининной составляющей гендерного Я практически не свойственна анозогнозия.

Все это, а также неоднозначность обнаруженных связей между выраженностью андрогинии и развитием данных двух типов психологического отношения к заболеванию делают необходимым дальнейший анализ связей между социально-психологическими гендерными характеристиками и формированием того или иного типа отношения к заболеванию. Становится актуальным выявление конкретных специфических маскулинных

и фемининных характеристик гендерного Я, выраженность которых в образе «Я – сейчас», согласно субъективной оценке пациента, способствует или, напротив, блокирует развитие того или иного типа психологического отношения к заболеванию.

На втором этапе обработки полученных данных значения всех изучаемых характеристик были статистически обработаны методом корреляционного анализа. Это позволило сгруппировать конкретные маскулинные и фемининные черты гендерного Я в соответствии с их прямым/обратным влиянием на формирование различных типов адаптации к болезни (табл. 2).

Таблица 2

Совокупность личностных гендерных характеристик, взаимосвязанных с формированием определенного типа адаптации к болезни

Тип реагирования на заболевание	Маскулинные характеристики гендерного Я		Фемининные характеристики гендерного Я	
	положительная корреляция (значение коэффициента)	отрицательная корреляция (значение коэффициента)	положительная корреляция (значение коэффициента)	отрицательная корреляция (значение коэффициента)
Гармоничный	Напористость (k=0,866) Аналитичность (k=0,693) Самодостаточность (k=0,895)	Сильная личность (k=-0,511) Быстрота в принятии решений (k=-0,798) Амбициозность, честолюбие (k=-0,756)	Жизнерадостность (k=0,763) Умение сочувствовать (k=0,655) Забота о людях (k=0,632) Понимание других (k=0,541) Способность утешить (k=0,784) Доверчивость (k=0,494)	Инфантильность (k=-0,761)
Эргопатический	Сильная личность (k=0,868) Быстрота в принятии	Напористость (k=-0,648) Аналитичность (k=0,486) Самодостаточность	Инфантильность (k=0,739)	Застенчивость (k=-0,721) Понимание других (k=-0,618)

	решений ($k=0,614$)	сть ($k=-0,489$)		Способность утешить ($k=-0,544$)
Анозогнозическ ий	Сильная личность ($k=0,717$) Быстрота в принятии решений ($k=0,529$) Амбициозность, честолюбие ($k=0,718$)	Напористость ($k=-0,497$) Аналитичность ($k=-0,631$) Самодостаточно сть ($k=-0,612$)	Инфантильност ь ($0,713$)	Жизнерадостно сть ($k=-0,854$) Умение сочувствовать ($k=-0,563$) Забота о людях ($k=-0,571$) Способность утешить ($k=-0,516$) Доверчивость ($k=-0,911$)

Как видно из табл. 2, процесс формирования того или иного типа отношения к заболеванию сопряжен с выраженностью в индивидуальном гендерном облике определенных маскулинных и фемининных характеристик. При этом просматривается отчетливая тенденция «обратного влияния черт». Так, если респондент отрицает или считает слабо выраженными в индивидуальном гендерном облике черты, выраженность которых благоприятствует формированию ГарТР (напористость, жизнерадостность, самодостаточность, понимание других и т. д.), то субъективная оценка себя как носителя ярко выраженных идентичных гендерных качеств будет сопряжена с развитием эргопатических и/или анозогнозических реакций. В этом случае адаптация к болезни, вероятнее всего, будет протекать по анозогнозическому и/или эргопатическому типу. Кроме этого следует подчеркнуть особое влияние на формирование ГарТР у мужчин выраженности в образе «Я – сейчас» различных именно фемининных гендерных характеристик.

Несмотря на то, что корреляционные взаимосвязи не являются причинно-следственными, существующие представления об онтогенетических закономерностях становления системы гендерных характеристик личности, согласно которым к 22 годам имеет место достаточно высокий уровень завершенности сложного процесса развития основных компонентов конструкторов маскулинности и фемининности, а изменения в гендерном облике, связанные с учебной или профессиональной деятельностью, незначительны [3], в совокупности с тем фактом, что возраст участников на момент обследования и возраст манифестации заболевания превышает 22 года, дают все основания предположить, что интериоризация в собственное индивидуальное гендерное пространство некоторых личностных характеристик путем присвоения их образу «Я – сейчас» может влиять на особенности формирования психологических механизмов адаптации в ситуации дистресса (в нашем случае тяжелая форма хронического заболевания). Следовательно, личностные характеристики гендерного Я в рамках данного исследования правомерно определять как личностные детерминанты (социально-психологические условия) формирования различных вариаций адаптации к заболеванию.

Полученные нами результаты, с одной стороны, подтверждают уже имеющиеся данные о том, что индивидуальный гендерный облик является важным психологическим фактором развития здоровой личности, с другой – подчеркивают актуальность исследования особенностей гендерного самосознания и самовосприятия для профилактики возникновения дефектов функций психологической саморегуляции в ситуации острого стресса и развития саморазрушающих и опасных для здоровья форм поведения.

Гендерные особенности индивидуальности (степень сформированности гендерного Я и его качественное содержание) должны обязательно учитываться при составлении программ психологической интервенции и психотерапии не только для лиц с дисгармоничным гендерным самосознанием и негативным восприятием собственной идентичности, но и для пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями. Психологическая интервенция с позиций гендерного подхода, направленная на укрепление в гендерном самосознании тех личностных характеристик, выраженность которых благоприятно сказывается на формировании гармоничного типа отношения к заболеванию, и нивелирование характеристик, негативно сказывающихся на процессе эффективной адаптации к болезни, тем самым ухудшая качество жизни и здоровья пациента в целом, должна, на наш взгляд, стать важным звеном сложного процесса комплексной биопсихосоциальной реабилитации.

Литература

1. *Матвеев А.В., Гилберт А.У.* Гендерные противоречия и стереотипы у студенческой молодежи в европейской части России // Вестник ТГПУ. 2002. № 3. С. 94–98.
2. *Пузикова М.С., Хоч Н.С.* Гендерный подход к построению методологических категорий «индивидуальность» и «Я» в современной психологии // Гендерное образование в подготовке учителя: Материалы IV Всероссийской конференции / Под науч. ред. Е.С. Турутиной. Томск: Изд-во ТГПУ, 2011. С. 79–87.
3. *Румянцева П.В.* Гендерная идентичность // Практикум по гендерной психологии / Под ред. И.С. Клециной. СПб.: Питер, 2003. С. 171–176..
4. *Сидоров П.И., Парников А.В.* Введение в клиническую психологию: В 2 т.: Учебник для студ. мед. вузов. Т. II. М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. С. 254–260.
5. *Хоч Н.С., Севостьянова М.С.* Личностная гендерная идентичность как системное свойство индивидуальности женщин и мужчин // Теория и практика гендерных исследований в мировой науке: Материалы II международной конференции / Под науч. ред. А.С. Берберян, М.А. Бутаевой, И.Г. Дорошиной. Пенза-Махачкала-Ереван: Научно-издат. центр «Социосфера», 2011. С. 76–81.
6. *Хоч Н.С., Севостьянова М.С.* Категории «Гендерная индивидуальность», «гендерная идентичность» и «гендерное «Я»: сравнительный анализ // Теория и практика гендерных исследований в мировой науке: Материалы III международной конференции / Под науч. ред. А.С. Берберян, М.А. Бутаевой, И.Г. Дорошиной. Пенза-Махачкала-Ереван: Научно-издат. центр «Социосфера», 2012. С. 5–8.
7. *Vem S.* The measurement of psychological androgyny // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1974. № 42. P. 155–162.

Personal Determinants of Formation Disease Adaptation in Patients with Active Pulmonary Tuberculosis: a Comparative Analysis from the Standpoint of Gender Approach

Sevostyanova M.S.,

Clinical Psychologist, Director of Center for Modern Psychological Technologies of System Development of Highly Adaptive Personal Potential and Professional Efficiency Management, Siberian Clinical Center, Federal Medical-Biological Agency of Russia, Krasnoyarsk, Russia, SevostyanovaMS@yandex.ru

We present the design and results of empirical research, facing the actual problem of integration of theoretical and methodological knowledge of different areas of psychology to solve actual applied problems of modern physical medicine. For the first time, we described the use of gender-based approach to the study of psychological structures of disease internal picture in men aged 25 to 49, suffering from various forms of active pulmonary tuberculosis no more than 3 years. The hypothesis that individual gender characteristics are personality determinants of formation specific adaptation to the disease is confirmed by the results of empirical research. The main conclusions of the work: 1) individual gender appearance is an important psychological factor in the development of a healthy personality; 2) internalization of certain personal characteristics in individual gender space affects the features of the formation of certain types of patients relationship to the disease. The study conclusions highlight the need to complement the complex biopsychosocial rehabilitation programs of somatic patients by methods of psychological intervention from the standpoint of gender mainstreaming, thereby having significant practice oriented focus.

Keywords: individual gender, gender Self, type of attitude to the disease, masculinity, femininity, androgyny.

References

1. Matveev A.V., Gilbert A.U. Gendernye protivorechiia i stereotipy u studencheskoi molodezhi v evropeiskoi chasti Rossii [Gender differences and stereotypes of young students in the European part of Russia] *Vestnik TGPU [Herald TGPU]*, 2002, no. 3, pp. 94–98.
2. Puzikova M.S., Hoch N.S. Gendernye podhod k postroeniyu metodologicheskikh kategorii "individual'nost'" i "Ia" v sovremennoi psihologii [Gender approach to the construction of methodological categories of "individuality" and "I" in modern psychology]. *Gendernoe obrazovanie v podgotovke uchitelia: materialy 4 Vserossiiskoi konferencii [Gender Education in teacher training: Proceedings of the Forth All-Russian Conference]*. Turutina E. S., ed. Tomsk: Publ. TGPU, 2011, pp. 79–87.
3. Rumianceva P.V. Gendernaia identichnost'. Praktikum po gendernoi psihologii [Gender identity]. Klecina I.S., ed. Sankt-Peterburg: Piter, 2003, pp. 171–176.

4. Sidorov P.I., Parnikov A.V. Vvedenie v klinicheskuiu psihologiu: T. II.: Uchebnik dlia studentov medicinskih vuzov [Introduction to clinical psychology: In 2 volumes: Tutorial for stud. honey. universities.]. Moscow: Akademicheskii Proekt, Ekaterinburg: Delovaia kniga, 2000, pp. 254–260.
5. Hoch N.S., Sevost'ianova M.S. Lichnostnaia gendernaia identichnost' kak sistemnoe svoistvo individual'nosti zhenshin i muzhchin [Personal gender identity as a system property personality of women and men]. *Teoriia i praktika gendernyh issledovaniy v mirovoi nauke: materialy 2 mezhdunarodnoi konferencii* [*Theory and practice of gender studies in the world of science: Proceedings of the Second International Conference*]. Penza-Mahachkala-Erevan: Nauchno-izdatel'skii centr «Sociosfera», 2011. pp. 76–81.
6. Hoch N.S., Sevost'ianova M.S. Kategorii "Gendernaia individual'nost'", "gendernaia identichnost'" i "gendernoe Ia": sravnitel'nyi analiz [Category "gender identity," "gender identity" and "gender" I ": a comparative analysis]. *Teoriia i praktika gendernyh issledovaniy v mirovoi nauke: materialy 3 mezhdunarodnoi konferencii* [*Theory and practice of gender studies in the world of science: Proceedings of the Third International Conference*]. Penza-Mahachkala-Erevan: Nauchno-izdatel'skii centr «Sociosfera», 2012, pp. 5–8.
7. Bem S. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, no. 42, pp. 155–162.