

УДК 616.89(616.89-008.442.36)

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И ПОЛОВОЙ ДИСФОРИЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Г.Н. Алексеева*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России*

В настоящее время транссексуализм, являющийся одной из наиболее часто диагностируемых форм расстройств половой идентичности, стал предметом изучения многих научных исследований [1, 3, 4, 16, 17, 19]. Нарушения половой идентичности возникают в результате неправильного течения процесса идентификации в определенные периоды психосексуального развития, завершением которого является становление психического пола [5, 13, 15].

Отечественная модель детерминации пола включает следующие три уровня: физикальные детерминанты, промежуточная детерминанта (гражданский пол), социально-психологические детерминанты, характеризующиеся множеством факторов: половое воспитание, половая идентичность, половая роль, сексуальные предпочтения и ориентации [5]. Психический пол может определяться как континуум состояний с разным соотношением маскулинности и фемининности.

С точки зрения многих авторов [5, 9, 16, 17], нарушения полового самосознания проявляются разными вариантами транссексуализма и характеризуются стойким осознанием своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное, соответственно генетическому полу, формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков. Транссексуализм является «самой глубокой, всеобъемлющей формой гендерной дисфории», при которой индивид полностью отвергает свой гендерный статус и борется за смену паспортного пола, хирургическую пластику тела [14]. Для пациентов с транссексуализмом важным является то, чтобы в социуме их признали другими, в соответствии с желаемым полом, для них также важно получить подтверждающий это документ [12].

Смена пола в медицинском, социальном и юридическом понимании – это приведение гражданского пола в соответствие психическому полу пациента (Приказ Минздрава России от 23.10.2017 № 850н «Об

утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола»).

Согласно принятой в России диагностической модели транссексуализма («Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», приказ МЗ РФ № 311 от 6.08.1999 г.), к основным симптомам транссексуализма относятся: полная идентификация полового самосознания и половой роли с противоположным полом; стойкие доминирующие идеи отвержения своего биологического и социального пола и идеи смены его на противоположный, наличие дисморфоподобных расстройств, гомосексуальная ориентация. К сопутствующей симптоматике относятся различные формы психосоциальной дезадаптации, проявляющиеся психогенными нарушениями, девиантным и деструктивным поведением, суицидальной активностью [11].

В задачи клинических психологов входит решение вопросов дифференциальной диагностики, касающихся отграничения транссексуализма от других психических расстройств, симптоматика которого может быть включена в их клиническую картину, а также изучение половой идентичности и полового самосознания, определение полоролевых и сексуальных предпочтений, особенностей личности транссексуалов [7, 10, 20].

Отечественные психологические исследования в области транссексуализма выявили конфликтность самосознания данного контингента пациентов вследствие большого разрыва между физическим и психическим образами «Я», глубокую диссоциацию между «Я-сегодня» и «Я-завтра» (после операции). Качества, соответствующие желаемому полу, оказываются на вершине ценностной иерархии, а качества своего биологического пола обесцениваются. Образ физического Я приобретает негативный личностный смысл в силу того, что телесные свойства рассматриваются как препятствующие реализации значимых целей и мотивов. Это отражается в активном стремлении изме-

нить свое тело. По мнению Е.Т.Соколовой, первичным звеном в нарушении половой идентичности при транссексуализме является когнитивный образ, основанный на реальной телесной организации транссексуала. Негативное эмоционально-ценностное отношение возникает вторично в результате фрустрации значимых мотивов и жизненных целей [21].

Цель данного исследования – уточнить критерии дифференциальной диагностики групп молодых женщин с транссексуализмом и половой дисфорией при заболеваниях шизофренического спектра с использованием патопсихологических методик для исследования полового самосознания и психосексуальной сферы.

Объектом исследования явились женщины, обратившиеся за помощью в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» с ощущением принадлежности к противоположному полу, идеей отвержения своего биологического и социального пола и желанием смены паспортного пола. В исследование было включено 23 женщины в возрасте от 18 до 25 лет, с диагнозом транссексуализм – 9 человек, с диагнозом шизотипическое расстройство – 14 женщин.

Материалы и методы исследования

В работе использовались клинический, клинко-сексологический и клинко-психологический методы.

В экспериментально-психологическое исследование входил стандартный набор патопсихологических методик: «10 слов», «Пиктограмма» (модификация Б.Г.Херсонского, 1984), «Классификация» (модификация Л.С.Выготского и Б.В.Зейгарник, 1962), «4-й лишний»; дополнительно проводилось исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн (С.Я.Рубинштейн, 1970) и тест К.Маховер «Рисунок человека» (1948).

Данное патопсихологическое исследование было направлено на изучение психосексуальной сферы и одновременно решало дифференциально-диагностические задачи. Интерпретация результатов учитывала как прямой характер, так и проективный потенциал патопсихологических методик [2, 18].

В начале исследования проводилась частично структурированная клиническая беседа с обязательным включением рубрик: анкетные данные, тип воспитания в родительской семье, характер игровой деятельности и отождествления в игре, наличие фантазий и снов, предпочтения в одежде, отношение к своему имени, отношения с родителями, взаимоотношения со сверстниками своего и противоположного пола на всех этапах развития, наличие психотравмирующих событий, время появления желания и намерения смены пола, удовлетворенность сексуальными контактами, усвоенные социальная и сексуальная роли.

В дополнение к основным шкалам в исследовании самооценки по Дембо-Рубинштейн были введены дополнительные шкалы (мужчина, женщина, сексуальный партнер, Я, семья). По характеру разброса отметок на шкалах мы судили о типе половой идентичности, интериоризации половой роли, об удаленности образов «Я-реальное» и «Я-идеальное» друг от друга, что свидетельствовало о наличии внутриличностной дисгармонии и снижении возможностей адаптации.

Методика К.Маховер «Рисунок человека» (1948) использовалась для изучения физического и психического образов Я и дала возможность составить представление о половой роли, эмоциональном отождествлении и сексуальных предпочтениях пациента, межличностном взаимодействии, понимании половых различий.

Результаты исследования

Сопоставление биографических сведений и данных, полученных в результате проведения патопсихологического исследования, направленного на изучение полового самосознания, позволило определить тип полоролевой идентичности пациента, его полоролевые и сексуальные предпочтения, получить представление о «Я-реальном» и «Я-идеальном» пациента в психическом и физическом планах.

Биографические данные, собранные как у самих пациентов, так и у их родителей, выявили следующие общие признаки у всех женщин с шизотипическим расстройством и женщин с транссексуализмом: нарушения детско-родительских отношений, воспитание по типу гиперопеки (гипоопека – в 33% у женщин с транссексуализмом), неврозоподобные расстройства в детском возрасте, предпочтение игр, интересов и одежды, характерных для мальчиков, чрезмерное фантазирование (у женщин с шизотипическим расстройством вплоть до охваченности), негативное отношение к первичным и вторичным половым признакам, переживания отчужденности (вплоть до деперсонализации).

Особенности полоролевой идентичности. Идентичность в группе молодых женщин с транссексуализмом характеризуется выраженной мужской половой ролью. В группе молодых женщин с шизотипическим расстройством идентичность не дифференцирована, представлена слабой мужской и слабой женской ролью.

Образ Я у молодых женщин с транссексуализмом характеризуется положительным эмоциональным отношением, для них типична идентификация с образом мужчины на эмоциональном уровне (таблица).

У молодых женщин с шизотипическим расстройством образ Я носит отрицательное эмоциональное отношение. Для этих женщин характерна рассогласованность образов «Я-реальное» и «Я-идеальное». Это подтверждает наличие внутриличностного конфликта, дисгармоничность и противоречивость

Характеристика отношения к образу Я у женщин с транссексуализмом и у женщин с шизотипическим расстройством

Группы пациентов	Позитивный	Амбивалентный	Негативный	Итого
Женщины с транссексуализмом	7	2	-	9
Женщины с шизотипическим расстройством	1	1	12	14
Всего	8	3	12	23

самооценки и самовосприятия, трудности соотношения своего реального поведения с желаемым.

На фоне гормонотерапии женщины обеих групп отмечали улучшение восприятия образа Я, повышение самооценки, настроения и общительности.

Интерииоризация мужской половой роли. Индикатором интерииоризированной половой роли явились интерпретированные данные методики К.Махвер «Рисунок человека» и исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн.

У женщин с транссексуализмом образ мужчины имеет позитивное эмоциональное отношение, мужская половая роль усвоена, осознана ими. Для большинства этих женщин характерна когнитивная и смысловая интерииоризация мужской половой роли. В группе женщин с шизотипическим расстройством образ мужчины не включен в ценностно-смысловую структуру личности и имеет отрицательное эмоциональное отношение.

Полоролевое поведение у женщин с транссексуализмом носит мужской характер в общении с мужчинами, смешанный – в общении с женщинами, с которыми они успешны в любых партнерских отношениях (дружеских, романтических, сексуальных). У женщин с шизотипическим расстройством преобладает ригидное, маскулинное поведение как с мужчинами, так и с женщинами.

Сексуальное партнерство. Анализ сексуальных предпочтений выявил преобладание женских черт (88%) в образе как идеального, так и реального партнеров у женщин с транссексуализмом. Женщины из этой группы в подавляющем большинстве имеют постоянную сексуальную партнершу и в целом удовлетворены своей сексуальной жизнью.

Женщины с шизотипическим расстройством в 61% случаев дают отрицательную или амбивалентную оценку половых контактов, часто меняют сексуальных партнеров, испытывают сложности в установлении длительных отношений, не удовлетворены половой жизнью. Образ партнера не дифференцирован или слабо дифференцирован по полу. Сексуальная активность женщин этой группы невелика и имеет тенденцию к снижению.

Кризис полоролевой идентичности. Становление полоролевой идентичности и в норме, и при патологии происходит в результате преодоления кризиса идентичности в подростковом возрасте [4, 5].

У всех женщин с транссексуализмом кризис идентичности в пубертате проходил без идентификации

со своим полом, с недифференцированностью полоролевых предпочтений или присвоением противоположной своему полу идентичности. У этой группы женщин нарушения телесного образа – испытываемый дискомфорт, недовольство, игнорирование, желание изменения тела – выражались в неприятии первичных (44%) и вторичных половых (88%) признаков и физиологических проявлений своего биологического пола (100%), в неприязни к своей внешности (55%). Суицидальные мысли возникали у 33% женщин, чрезмерное фантазирование свойственно 22% женщин. В 88% случаев отмечались признаки социальной дезадаптации (потеря интереса к учебе и общению, избегание взаимодействия со сверстниками, конфликты с учителями).

Сомнения в своей половой принадлежности у женщин с шизотипическим расстройством впервые возникли в подростковом возрасте у 80%. Для них характерны: патологическое протекание пубертата, суицидальные мысли и попытки, гиперролевое поведение. Неприятие первичных и вторичных половых признаков наблюдалось в 91% случаев и часто сочеталось с депрессивным фоном настроения, бредовыми идеями дисморфоманического характера и чувствительными идеями отношения. Данный синдром отличает этих женщин от женщин-транссексуалов со схожими проявлениями.

Заключение

Таким образом, патопсихологическое исследование пациентов, женщин с транссексуализмом и с половой дисфорией при шизотипическом расстройстве, имеет дифференциально-диагностическую ценность для отграничения данных групп пациентов. Качественный анализ данных, полученных в результате дополненного патопсихологического эксперимента, позволяет охарактеризовать особенности полового самосознания и психосексуальной сферы в представленных группах.

Несоответствие между полоролевой идентичностью и желаемой половой принадлежностью, недифференцированность сексуального партнера по полу, симптомы распада мыслительных процессов, диссоциация личностно-мотивационной и операционно-процессуальной сторон мышления, специфические расстройства эмоционально-личностной сферы по шизофреническому типу, снижение социального и личностного функционирования являются диагностически значимыми признаками при отграничении шизотипического расстройства от транссексуализма в процессе проведения дополненного патопсихологического исследования пациентов с половой дисфорией.

Дополненное патопсихологическое исследование достаточно информативно, его результаты учитываются в процессе дальнейшего оказания помощи пациенту, определяют направленность психотерапевтических мероприятий и вносят свой вклад в решение вопроса о целесообразности направления на медицинскую комиссию по смене паспортного пола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белкин А.И. Третий пол. М.: Олимп, 2000. 430 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986. С.18–19, 51–52.
3. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная адаптация и реабилитация: Автореф. дисс. ... доктора мед. наук. М., 1994. 48 с.
4. Василенко Л.М. Психические нарушения у лиц с транссексуализмом: принципы лечения и реабилитации: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1995. 24 с.
5. Васильченко Г.С. Справочник по сексопатологии. М.: Медицина, 1990. С.389–394.
6. Введенский Г.Е., Мотевосян С.Н. Методологические проблемы стандартов оказания медицинской помощи лицам с расстройствами половой идентификации // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. № 3. С.92–95.
7. Ворник Т.В., Говорун Т.В., Кроль Н.С. Полоролевое и сексуальное поведение транссексуалов: Материалы научно-практической конференции сексопатологов. М., 1996. С. 25–30.
8. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии: Собр. соч. в 6 т. М., 1984. Т. 4. С.240–385.
9. Григорьева Т.Н. Клиника и терапия нарушений половой идентификации: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. С. 65–85, 100–122.
10. Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики. М.: Флинта, Наука, 2011. 216 с.
11. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 19, № 3 (в печати).
12. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Шигапова В.И. Проблемы оказания помощи лицам с нарушением половой идентификации // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 18, № 2. С. 96–98.
13. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. 2-е изд., М.: Медицина, 1995. 560 с.
14. Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополой любви. М.: Олимп, 1998. 496 с.
15. Лебединская К.С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. М., 1969. 156 с.
16. Малыгин В.Л., Кутукова Е.А., Искандирова А.И., Кибрик Н.Д. и др. Особенности самосознания у лиц с расстройством половой идентификации // Психическое здоровье. 2015. № 8 (11). С. 31–34.
17. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: Медицинское информационное агентство, 2012. 400 с.
18. «Пиктограмма» как метод изучения личности в норме и при некоторых нервно-психических заболеваниях: Методические рекомендации. СПб, 1984. С. 5–8.
19. Пфэффлин Ф. Транссексуальность. Психопатология, психодинамика, лечение. М., 2002. С.190–195.
20. Саламова Д.К., Ткаченко А.А., Ениколопов С.Н. Стратегия психологического исследования лиц с дисфорией пола // Российский психиатрический журнал. 2002. № 2. С. 33–40.
21. Соколова Е.Т. Самосознание при аномалиях личности. М.: МГУ, 1989. 215 с.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И ПОЛОВОЙ ДИСФОРИЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Г.Н. Алексеева

В патопсихологическом исследовании уточнены критерии и значимые признаки дифференциальной диагностики женщин с транссексуализмом и половой дисфорией при заболеваниях шизофренического спектра. Проведен качественный анализ данных, полученных в процессе дополненного патопсихологического эксперимента, который позволил охарактеризовать особенности полового самосознания и

психосексуальной сферы данных групп пациентов: половую идентичность, полоролевое поведение, интериоризацию мужской половой роли, отношение к образу Я и преодоление кризиса идентичности.

Ключевые слова: транссексуализм, половое самосознание, половая идентичность, полоролевое поведение, патопсихологическое исследование.

GENDER SELF-AWARENESS IN YOUNG WOMEN WITH TRANSEXUALISM AND GENDER DYSPHORIA, AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

G.N. Alexeeva

In this investigation, the author specifies the criteria and significant features for differential diagnosis of female transsexualism and gender dysphoria in schizophrenia spectrum disorders. The quality analysis of experimental psychological data has revealed the characteristics of gender self-awareness and psychosexual status in this patient group, e.g. gender

identity, gender role behaviour, male role interiorisation, attitude towards image of self and coping with identity crisis.

Key words: transsexualism, gender self-awareness, gender identity, gender role behaviour, pathopsychological investigation

Алексеева Галина Николаевна – младший научный сотрудник отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: alekseevagalja@yandex.ru