

Расстройство гендерной идентификации

Расстройство гендерной идентификации

George A. Rekers, Ph.D. Gender Identity Disorder.

В данной статье (переведена частично, не включено описание терапевтических вмешательств) дается описание клинических расстройств гендерной идентификации у детей, которые в дальнейшем часто приводят к гомосексуальности, трансвеститству и транссексуализму. Особый интерес представляют исследования автора относительно причин данного явления. Автор описывает свою модель терапии и высказывает предложения относительно того, в каком направлении должны идти исследования, если общество озабочено предотвращением появления подобных проблем.

***Джордж Рекерс, Ph.D.**, обладатель премии Зигмунда Фрейда за вклад в науку является профессором нейropsихиатрии и поведенческих наук, директором исследований по детской и подростковой психиатрии, председателем факультета психологии а школе медицины Университета Южной Каролины в Колумбии. Он является автором девяти книг, более 120 академических журнальных статей и бесчисленных глав в книгах. Он является редактором Справочника по детским и подростковым сексуальным проблемам (*Handbook of Child and Adolescent Sexual Problems, Lexington/Jossey-Bass/Simon & Schuster, 1995*)*

В течение последних трех десятилетий, мы, американцы, стали свидетелями широко разрекламированного движения в образовании и СМИ, которое поставило под вопрос правильность и оправданность многих, если не сказать, всех, полоролевых разграничений в социализации детей. Телевизионные программы и пересмотренные учебные пособия использовались этими социальными силами для того, чтобы признать нормальными семьи с отсутствующим отцом, равно как и союзы различного вида неженатых людей, как просто альтернативные формы семьи, будто бы не несущие негативных социальных последствий.

Парадоксально, но в те же самые десятилетия в науках о душевном здоровье и поведении стали развиваться два процесса. Во-первых, было собрано масса исследовательских данных, которая вела к признанию частого вредного эффекта отсутствия отца во время нескольких критических стадий развития ребенка, включая негативное влияние на нормальное половое развитие и половое приспособление (см., к примеру, Biller, 1974; Hamilton, 1977; Hetherington, Cox & Cox, 1979; Lamb, 1976; Mead and Rekers, 1979; and Rekers, 1986b, 1992). Во-вторых, собранные в достаточном количестве данные клинического опыта и исследований позволили специалистам в области психического здоровья официально установить вновь открытую форму психопатологии – расстройство гендерной идентификации в детском возрасте». (Американская Психиатрическая Ассоциация, 1980).

Совсем недавно маятник внимания общественности качнулся в сторону апологетов «снятия всех различий, связанных с полом». Однако, объективный учет всех результатов исследований в области человеческого развития и клинические исследования требуют уважения и признания важности соответствующих половых ролей в семье и их особой важности для нормального развития гендерной идентичности ребенка.

Нормальное и ненормальное полоролевое развитие

В процессе естественной полоролевой идентификации в семье дети часто пробуют разные модели полоролевого поведения, учась правильно разграничивать мужскую и женскую роль. Некоторые мальчики иногда практикуют поведение, которое в нашей культуре традиционно считается женским, например, одевают платья, используют косметику или участвуют в игре с

вынашиванием и воспитанием детей (дочки-матери). Также и многие девочки могут иногда брать на себя мужскую роль – становясь «папочкой», когда играют с домиками, или временно принимая на себя модели мужского поведения, в результате чего выглядят в глазах общества «бой-бабами». Этот тип временного и эпизодичного кросс-поло-типического поведения обычен для многих мальчиков и девочек и обычно составляет часть опыта обучения в процессе нормальной полоролевой социализации (Maccoby & Jacklin, 1974, Mischel, 1970; Serbin, 1980).

Однако в случаях патологии дети отклоняются от нормальной модели исследования мужского и женского поведения и развивают негибкий, компульсивный, устойчивый и жестко стереотипный паттерн поведения (Zucker, 1985). На одном крае находится поврежденная супермаскулинность мальчиков, которые растут агрессивными, разрушителями, использующими насилие в межличностном отношении, неконтролируемыми, и одновременно им не хватает мягкости, социальной чуткости в поведении (Harrington, 1970). Для этих преувеличенно гипермаскулинизированных мальчиков, которые приняли неадаптивную карикатуру на маскулинность, требуется профессиональное вмешательство. Другая крайность наблюдается в феминизированных мальчиках, которые отвергают свою маскулинность до такой степени, что они непреклонно настаивают на том, что являются девочкой или что они хотят стать мамой и иметь детей (Rekers, 1981; Rekers & Milner, 1978; Rekers & Kilgus, 1997). Такой мальчик часто избегает игр с мальчиками, одевается в одежду девочек, в основном играет с девочками, пробует косметику и разные прически, проявляет типично женские манеры движения рук, походку и движения тела. Феминность этих мальчиков далеко превосходит нормальное преходящее, основанное на любопытстве исследование женского поведения и таким образом представляет собой серьезную клиническую проблему (Rekers, 1985d, 1985e). Хотя по расстройству женской гендерной идентификации существует мало исследований, также можно проследить параллельные условия неадаптивной гиперфеминности и гипермаскулинности у девочек (Rekers & Mead, 1979, 1980).

Одна из задач клинициста – различить нормальные фазы приспособления в психологическом развитии от гендерных нарушений, которые требуют специального терапевтического вмешательства (Rekers & Kilgus, 1995; Rekers, 1995a). Чтобы продемонстрировать эту задачу, позвольте описать вам мальчика.

Карл (псевдоним) был направлен ко мне на лечение в возрасте 8 лет 8 мес. (Rekers, Lovaas & Low, 1974). Направивший доктор признал Карла физически нормальным по условиям доступного тогда биомедицинского тестирования. До того, как направить Карла ко мне, его обследовали две отдельных психиатрических службы и признали имеющим серьезную проблему кросс-гендерной идентичности. В одной из клиник Карла лечили с помощью семейной терапии в течение 8 месяцев – это была очень неудачная попытка облегчить его личные проблемы и его основные трудности во взаимоотношениях с семьей и сверстниками.

Он происходил из неполной семьи, а мать Карла за годы его жизни четырежды вступала в брак. У Карла был семилетний брат и сестра шести лет.

С четырех лет Карл говорил с женской интонацией и употреблял женские выражения. Он был очень словоохотлив, и темами его разговоров чаще всего были платья, роли матери, актеры, играющие женские роли, воспитание детей и женское нижнее белье. У него было несколько постоянно появляющихся женских восклицаний, например: «Боже милостивый!» или «О, мой дорогой!». Его женственные манеризмы представляли собой гиперболизированно скользкую (как у геев) походку и движения рук. Дома он часто использовал полотенца для имитации женской одежды и длинных волос.

В общении со сверстниками Карл позволял мальчишкам дразнить его, никак на это не

реагируя в ответ. Он предпочитал играть с девочками, с удовольствием беря на себя женские роли, и часто играя с сестрой в домик для кукол. Карла дразнили сверстники мальчишки, называя его «бабой» и «гомиком». Он сильно боялся, что ему сделают больно, и симулировал болезни и травмы, только чтобы избежать игры с мальчишками. Не только сверстники считали Карла феминным, но и он сам относился к себе как к «бабе» и «шестерке», а его речь постоянно подразумевала, что он предпочел бы, чтобы его считали девочкой.

Феминное поведение Карла все больше вело его к изоляции от общества, насмешкам, и постоянному ощущению себя несчастным. Его мать, которая считала его феминные маннеризмы смешными до того, как ему исполнилось четыре года, была очень встревожена, когда они сохранились до восьми лет. Она очень хотела, чтобы он получил профессиональную помощь, и она попросила помощи и себе для того, чтобы решить связанные с семьей проблемы.

Расстройство, вызванное несоответствием в измерениях

Доктор Карла определил, что физически его половой статус был как у нормального препубертатного мальчика с нормальным 46XY кареотипом. Его пол по документам был мужским, и мать растила его как мальчика. Его гендерная идентичность была как у девочки. Другими словами, у него была кросс-гендерная идентичность. Он называл себя «бабой» и «шестеркой», и это отражало один из аспектов его идентичности сексуальной роли. Его гендерное поведение было по преимуществу феминным.

Из-за его возраста, его сексуальная ориентация и генитальное взаимодействие не были определены во время его начальной оценки. Он не был вовлечен в сексуальное поведение.

Случай Карла показывает, как любое несоответствие по любым двум из этих психологических измерений может вызвать психологический конфликт и связанные с этим проблемы неприспособленности (Rekers, 1981b; Rosen & Rekers, 1980). Это подводит нас к различению Нарушения гендерно-ролевого поведения и Кросс-гендерной идентификации у мальчиков.

Нарушение гендерно-ролевого поведения

Нарушение гендерно-ролевого может присутствовать уже у мальчика трех лет, который имеет нормальную мужскую физиологию. Обычно, ребенка воспитывали как мальчика, хотя и отмечаются случаи, когда члены семьи передавали маленькому ребенку несоответствующие и двоякие сообщения относительно его физического полового статуса. Гендерная идентичность – обычная мужская, а не женская, хотя половая ролевая идентичность может варьировать от мужской гендерной роли до самоопределения себя «бабой» и «гомиком». Из-за этого случай с Карлом не является типичным примером нарушения гендерно-ролевого поведения. В этом расстройстве развития сексуальная ориентация может отсутствовать, не фигурировать в отчетах, или варьироваться - включая сексуальное возбуждение на мужчин и женскую одежду. На уровне сексуального поведения, у мальчика может присутствовать, а может и не присутствовать занесенная в карту история девиантного сексуального поведения или паттерны мастурбации, связанные с одеванием в женскую одежду или атрибуты.

Отличительные черты нарушения гендерно-ролевого поведения существуют на межличностном уровне, где любой из нижеперечисленных видов поведения наблюдается некоторое время: кросс-дрессинг (одевание в одежду другого пола), игра с косметикой, женственные манеры, избегание маскулинных видов деятельности, избегание сверстников мужского пола, превалирующее желание играть с девочками, женское тембрирование голоса, предпочтение женского содержания в речи, исполнение преимущественно женских ролей во время игр. Конечно, нарушение гендерно-ролевого поведения может встречаться как у

мальчиков, так и у девочек, однако чаще наблюдается у мальчиков. Наблюдаются две крайности в ролевой негибкости относительно маскулинности или феминности как у мальчиков, так и у девочек. Два возможных хронических паттерна у мальчиков – либо чрезвычайная женственность в поведении, либо патологическая гипермаскулинность. У девочек – либо чрезвычайная мужественность в поведении, либо патологическая гиперфеминность.

Расстройство гендерной идентификации в детстве

Помимо поведенческих особенностей при нарушении гендерно-ролевого поведения, мальчик с расстройством гендерной идентификации также проявляет одну из следующих черт:

1. выражает желание быть девочкой или женщиной,
2. высказывает фантазии о том, чтобы вынашивать детей и кормить их грудью либо заявляет о своей женской идентичности или
3. просит удалить пенис.

У Карла – потенциально более серьезное расстройство кросс-гендерной идентификации. Это состояние включает гендерную идентификацию себя женщиной, включая просьбы о смене физического пола.

Я исследовал и отмечал (Rosen & Rekers, 1980) это различие между нарушением гендерно-ролевого поведения и нарушением кросс-гендерной идентификации. Теоретически, нарушение гендерно-ролевого поведения в развитии ребенка можно сравнить с взрослым состоянием транссвеститства, а проблема кросс-гендерной идентификации у детей может иметь параллель с взрослым состоянием транссексуализма. Однако требуются эмпирические исследования по развитию этого у подобных детей.

Кросс-гендерная идентификация у мальчиков является только одним из потенциально возможных типов расстройства гендерной идентификации, поскольку параллельное состояние встречается и у некоторых девочек.

Прогноз относительно детских гендерных расстройств

Когда в литературе ставится вопрос о атипичном гендерном развитии детей, практически всегда без исключения речь идет о случаях дефицита маскулинного развития у мальчиков, включая нарушение кросс-гендерной идентификации, нарушение гендерно-ролевого поведения и развитие гомосексуального поведения. Это наблюдение приводит нас к часто звучащему утверждению о том, что проблемы сексуальной дисфории и девиации возникают чаще у мужчин, чем у женщин, и могут являться отражением сравнительно большей озабоченности американских родителей по поводу феминного полоролевого поведения у мальчиков. Феминные полотилические формы поведения, которые являются начальным критерием наблюдения в случае выявления мальчиков с гендерными нарушениями, могут существовать в различных контекстах развития. Теоретически, существует вероятность, что прогноз и лечение нарушения гендерно-ролевого поведения и нарушения кросс-гендерной идентификации различны; но в этом направлении еще не проводилось исследований. Истории развития всех этих типов гендерных отклонений у мальчиков схожи с ретроспективными отчетами взрослых мужчин-транссексуалов, транссвеститов и некоторых гомосексуалов; а лонгитюдные исследования детей до подросткового возраста показывают, что большинство этих феминизированных мальчиков становятся гомосексуальными, а некоторые – транссвеститами и транссексуалами (Green, 1982; Zucker, 1985; Zuger, 1966, 1978, 1984).

До сих пор не существует какой-то общей оценки частоты этих разнообразных форм полоролевых нарушений.

Медицинское обследование пациентов, участвовавших в исследовании

За последние 12 лет более ста детей было направлено в мой проект гендерных исследований, получивший грант NIMH, для оценки и возможного лечения гендерных нарушений. Моя исследовательская команда провела полные психологические обследования приблизительно 70 из этих детей, и мы затребовали провести полный медицинский осмотр и подготовить отчет по медицинской истории от педиатра каждого ребенка. В добавок к этому к нам присоединился детский генетик для того, чтобы провести более полное медицинское обследование тех, кого направили для участия в проекте. По мнению генетика, основные эндокринологические исследования не требовались до тех пор, пока при физическом осмотре не обнаруживались какие-то аномалии. Таким образом, этой итогом обследования на выборке участников стало: медицинская история, физическое обследование, включая гениталии (внешне), хромосомный анализ, включая две клетки кареотипа и 15 посчитанных, а также исследования полового хроматина.

Все семьдесят детей с гендерными расстройствами были физически нормальными за исключением одного мальчика с неопустившимся яичком (Rekers, Crandall, Rosen & Bentler, 1979). Не было обнаружено свидетельств тому, что в период беременности матери принимали гормоны или что у матерей были случаи гормональных аномалий. Наши исследования не противоречили литературе по взрослым гендерным расстройствам, как, например, трансвеститству и транссексуализму, которые встречаются у индивидов без каких-либо обнаруживаемых или измеряемых отклонений по любому из 5 физических уровней пола.

Важность семейных переменных

В рассмотренных нами случаях социальная воспитательная среда оказывала преимущественное влияние на этиологию психосексуальных нарушений. Я исследовал, как семейные переменные коррелировали со степенью гендерных нарушений в выборке, которой я располагал.

Зачем изучать семьи детей с гендерными нарушениями? Я убежден, что многое о нормальном жизненном цикле было выявлено именно благодаря изучению случаев отклонений, и это изучение пролило свет на критические процессы, связанные с нормальным социальным развитием.

На начальном этапе исследования семей этих мальчиков я сконцентрировался на их отцах, заместителях отца и мужских моделях, которые были доступны этим мальчикам. Исследовательская литература по психосексуальному развитию нормальных детей выявила, что именно отец является тем, чье ролевое поведение скорее всего формирует в семье поведение ребенка, соответствующее полу (Mead & Rekers, 1979). Характеристики, которые отмечаются как самые важные для формирования нормальной гендерной идентичности – это отцовская забота и доминирование. Для сравнения, литература по эффектам отцовской депривации указывает, что процесс усвоения сексуальной роли нарушается, когда отец либо физически, либо эмоционально отсутствует дома (Biller, 1974; Hamilton, 1977).

Влияние отсутствия отца на психосексуальное развитие бросается в глаза в проведенных ранее клинических исследованиях гомосексуалов и транссексуалов. Однако непосредственно исследований семей с гендерными нарушениями проводилось мало.

Семейные проблемы, связанные с гендерными нарушениями

Мое личное исследование семейных переменных, ассоциируемых с детскими гендерными расстройствами было основано на выборке мальчиков, оцененных нами на предмет гендерных нарушений, для которых мы провели три независимых психологических оценки, каждая из которых принимала во внимание следующие факторы: заявление о идентичности, историю переодеваний в одежду противоположного пола и частоту таковых, кросс-гендерное поведение во время игр, отношения ребенок-родитель, родительские аттитюды относительно гендерного поведения, взаимоотношения со сверстниками, успехи в учебе и социуме, эмоциональное состояние, и степень соответствия (конгруэнтность) диагнозов независимых психологов.

Два других клинических психолога, помимо меня, провели независимую диагностическую оценку каждого ребенка, и оценили его по 2 шкалам: гендерно-ролевого поведения и гендерной идентичности. Каждая из этих шкал представляла собой континуум от «нормы» до тяжелого расстройства (Bentler, Rekers & Rosen, 1979; Rekers, 1988a; Rekers & Morey, 1989a, 1989b, 1989c, 1990).

Одним из самых шокирующих фактов, которые я обнаружил, изучая семьи этих мальчиков, было наличие психиатрических проблем. Восемьдесят (80%) процентов матерей и 45% отцов имели историю проблем с психикой и (или) психиатрического лечения. Возможно, эти цифры завышены из-за того, что родители, которые искали ранее помощи для себя, в дальнейшем будут искать помощи и для своих детей, а другие родители с детьми с подобными проблемами к специалистам и не обращались. Однако, как бы то ни было, обнаруженные данные предполагают, что родители детей с гендерными расстройствами все же имеют необычайно высокую степень психологических проблем.

Наши находки относительно отцовской депривации у этих мальчиков находят себе много параллелей с литературой по разрушительным эффектам отсутствия отца на процесс нормального психосексуального развития.

У мальчиков с наибольшей степенью нарушений отсутствие отца наблюдалось во всех случаях. В оставшейся группе менее тяжелых случаев отсутствие отца зафиксировано в 54% случаев. Используя непараметрический тест вероятности Фишера, эта разница была принята как значимая.

Для всей группы из 46 человек, 37% не имели дома взрослой мужской ролевой модели (биологического отца или его заместителя). Согласно данным по переписи 1977 г. по США (которые применимы к данной выборке), только 12% всех белых детей жили только со своей матерью, без отца или лица, его заменяющего. Из 36 мальчиков в этом исследовании которые получили диагностическую оценку, 75% ребят с наиболее тяжелыми нарушениями и 21% менее тяжелых не имели ни биологического отца, ни его заместителя - статистически важная разница ($p=.01$ Fishers).

Восемидесяти процентам мальчиков, чьи отцы покинули семью, не исполнилось 5 лет на момент расставания, а средний возраст расставания составил 3,55 года. Табл. 2 показывает, что наиболее частая причина отсутствия отца был развод или расторжение отношений.

Из этих исследований и других исследований на малых выборках начинает вырисовываться стабильная картина. Мальчики с более серьезными гендерными нарушениями, по всей видимости, гораздо реже имеют мужскую ролевую модель дома, нежели те, у которых нарушения менее выражены (Rekers, Mead, Rosen & Brigham, 1983; Rekers & Swihart, 1989).

В целом, образ отцов детей с гендерными расстройствами, который складывается из этих данных, сильно отличается от образа идеального отца, который обеспечивает передачу маскулинности через свое физическое и психологическое присутствие, через активную включенность в детскую жизнь, принятие решений в семье, через лидерство, доминирование и заботу (Mead & Rekers, 1979).

Очень часто в доме в период раннего развития личности в доме не было мужской ролевой модели - отца, его заместителя или старшего сиблинга. Это отсутствие мужской ролевой модели, с которой можно было бы идентифицироваться, было более заметно в случае мальчиков с более выраженными нарушениями в сторону феминности. В случаях, когда отец или его заместитель присутствовал в семье, он обычно описывался как психологически отдаленный от семьи.

Эти разнообразие источники из клинического опыта позволяют предположить, что отцовские переменные коррелируют с нарушением мужской сексуальной роли, хотя и направление причинности между этими переменными логически вытекает, но не твердо установлена с помощью научного исследования. Идеальное будущее исследование в данной области должно представлять собой лонгитюдное исследование большого количества мальчиков случайной выборки при рождении, которая будет содержать достаточное количество мальчиков с гендерными нарушениями. Такое исследование сможет обеспечить точную каузальную очевидность. Достаточно будет иметь две группы для сравнения - нормальных мальчиков и мальчиков с другими нарушениями.

Послесловие

Дальше описан процесс терапии, по терминам еще более сложный, чем предыдущий текст, однако показывающий, что при правильном подходе изменения возможны.

Многие не поверят, что успешная терапия возможна. Должен отметить, что в данном случае терапевтические вмешательства осуществлялись достаточно рано, пока психика еще только формируется, были комплексными и включали, в первую очередь, активное вмешательство семьи. Важно подчеркнуть, что терапия один-на-один не срабатывала, обязательно нужно было перемоделирование семейной ситуации, вмешательство в учебный процесс, изменение круга и моделей общения со сверстниками...

Грустно, когда человек говорит: я в течение полугода работала сразу с несколькими психиатрами, и ничего не добились. Не удивительно. Во-первых, вряд ли была мотивация. Во-вторых, психика уже стабилизировалась, что складывалось с 1,5 лет и поныне, вряд ли можно переменить за 32 сеанса по 45 минут. В-третьих, не было комплексности. Результат вполне предсказуем.