

Монахова Виктория Вячеславовна

врач-психиатр

Белова Оксана Ромазановна

врач-психиатр

ООО «Центр психического здоровья

профессора Дудина»

г. Благовещенск, Амурская область

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ

Аннотация: в данной статье рассмотрены расстройства половой идентификации у детей (РПИ) – психосексуальные отклонения детского возраста, характеризующиеся устойчивым и интенсивным неприятием своего пола, сильным желанием изменить его на противоположный.

Ключевые слова: расстройства половой идентификации, половая идентичность, полоролевая идентичность, сексуальная ориентация, половое воспитание, наследственность, расстройства личности, социальные факторы, поведенческая модель, гиперопека, гиперконтроль.

Данные расстройства личности встречаются у 6–9% населения. Их происхождение в большинстве случаев неоднозначно. В их развитии играет роль патологическая наследственность (прежде всего алкоголизм, психические заболевания, расстройства личности у родителей), разного рода экзогенно-органические воздействия (черепно-мозговые травмы и другие негрубые повреждения мозга в возрасте до 3–4 лет, а также пре- и перинатальные нарушения), социальные факторы (неблагоприятные условия воспитания в детстве, в результате потери родителей или воспитания в неполной семье, с родителями, не уделяющими внимание детям, болезнями алкоголизмом, асоциальными личностями, имеющими неверные педагогические установки). Развитие расстройств связывают с влиянием двух групп факторов: конституциональных и средовых. К ним относятся [3]:

1. *Пренатальные гормональные сдвиги.* Эндокринный статус женщины во время беременности может повлиять на становление половой идентификации.

Чаще всего наблюдается повышенный или пониженный уровень тестостерона, провоцирующий соответственно маскулинность или феминность ребенка.

2. *Височная эпилепсия.* Выявлена положительная связь между частотой *транссексуализма* и височных судорожных приступов. При своевременном начале терапии антиконвульсантами удастся избежать расстройств идентификации пола.

3. *Патологии хромосомного пола.* РПИ возникают у пациентов с изменением числа или строения половых хромосом. Наиболее распространенным заболеванием является *синдром Клайнфельтера*, при котором у мужчин развиваются фенотипически женские черты (*гинекомастия*, удлиненные ноги и руки), определяющие искаженное восприятие половой принадлежности.

4. *Нарушение детско-родительских отношений.* В основе правильной полоролевой идентификации лежит подражание поведенческой модели родителя того же пола. У мальчиков РПИ формируется в результате патологической тесной связи с матерью, фиксации в роли маленького ребенка. У девочек аналогичные искажения происходят при вынужденной необходимости проявлять самостоятельность и агрессивность с ранних лет.

Отсутствие однополых друзей. Гендерные модели взаимоотношений, социокультурные ожидания усваиваются в процессе общения со сверстниками. РПИ возникают при частом выборе игр противоположной половой принадлежности («казаки-разбойники» или «дочки-матери»), при отсутствии положительного подкрепления правильного поведения взрослыми.

Расстройство половой идентификации в детском возрасте ставится мужчинам на 19.77% чаще, чем женщинам.

Классификация

В психологии половая идентичность рассматривается как компонент самосознания, включающий субъективное восприятие себя и поведенческие проявления половой роли на различных этапах психического и сексуального развития. Процесс гендерной идентификации подразделяется на собственно половую

идентичность, полоролевою идентичность и сексуальную ориентацию. Согласно этому выделены следующие варианты РПИ:

1. *Транссексуализм*. Гендерная идентичность противоположна биологическому полу, данному с рождения. Дети ведут себя, одеваются соответственно психологическому восприятию.

2. *Трансвестизм*. Проявляется стремлением переодеваться в одежду представителей иного пола для получения чувственного удовольствия. Сохраняется восприятие своего анатомического пола.

3. «*Симптоматические*» РПИ. Эта группа расстройств развивается на фоне психических и психоневрологических заболеваний. Наиболее часто нарушения идентификации пола диагностируются у больных с *шизофренией*, ядерными расстройствами личности, органическими поражениями ЦНС.

Расстройства, обычно впервые появляющиеся в раннем детстве (и всегда до начала пубертата), характеризующиеся постоянной интенсивной неудовлетворенностью по поводу зарегистрированного пола вместе с настойчивым желанием принадлежать (или убежденностью в принадлежности) к противоположному полу. Это стойкая озабоченность одеждой и/или занятиями, свойственными противоположному полу, и/или отвергание своего собственного пола. Эти расстройства относительно редки и не должны смешиваться с гораздо более часто встречающейся неконформностью к общепринятому полоролевому поведению. Диагноз предполагает наличие глубокого нарушения чувства принадлежности к мужскому или женскому полу; явно мальчишеского поведения у девочек или девчачьего поведения у мальчика для этого недостаточно. Этот диагноз не может устанавливаться, если индивидуум достиг пубертатного возраста. Поскольку расстройство половой идентификации детского возраста имеет много общих признаков с другими расстройствами идентификации в этом разделе, оно помещено в рубрике F64, а не в F90-F98 [8].

Больше известно о таких расстройствах у мальчиков, чем у девочек. Обычно, начиная с дошкольного возраста и в последующем, мальчики увлечены играми и другими формами деятельности, традиционно считающимися

девчачьими, и часто при переодевании ими может отдаваться предпочтение девичьей или женской одежде. Однако подобное переодевание не вызывает полового возбуждения в отличие от фетишистского трансвестизма у взрослых (F65.1).

Мальчики могут иметь очень сильное желание участвовать в играх и развлечениях девочек; куклы женского пола часто являются их любимыми игрушками; в качестве партнеров своих игр они постоянно выбирают девочек. Общественный остракизм чаще возникает в период обучения ребенка в младших классах школы и достигает максимума в среднем школьном возрасте в связи с унижительными насмешками со стороны других мальчиков. Откровенное женское поведение может уменьшаться в период ранней юности, но катамнестические наблюдения показывают, что в юношеском возрасте и позже у мальчиков с расстройством половой идентификации в 1/3–2/3 случаев проявляется гомосексуальная ориентация. Однако очень немногие демонстрируют транссексуализм во взрослой жизни (хотя большинство взрослых с транссексуализмом сообщают, что в детстве у них существовала проблема половой идентичности) [11].

В клинической практике расстройство половой идентификации у девочек наблюдается реже, чем у мальчиков, однако неизвестно, является ли такое соотношение полов истинным. Для постановки диагноза необходимо, чтобы оно манифестировало до начала пубертата. У девочек, как и у мальчиков, обычно рано начинается увлечение поведением, традиционно ассоциирующимся с противоположным полом. Девочки обычно имеют друзей мальчиков и высказывают жадный интерес к спорту, дракам, не интересуются куклами и женскими ролями в построенных на воображении играх, таких как «папа с мамой» или игра в «дом». Девочки обычно не подвергаются социальному остракизму в такой же степени, как мальчики, хотя они могут страдать от насмешек в позднем детстве или в юности. Большинство из них отказывается от преувеличенной настойчивости в мужских видах деятельности и одежде после достижения юношеского возраста, но у некоторых из них сохраняется мужская идентификация и может проявиться гомосексуальная ориентация.

Исход расстройства существенно благоприятнее в тех случаях, когда у пациента имеется мотивация к достижению идентичности, соответствующей анатомическому полу – снижается вероятность вторичных *психических нарушений*, улучшается адаптация в семье и школе, развивается принятие себя [7].

Профилактика РПИ сводится к правильному половому воспитанию детей. Необходимо исключить *гиперопеку* и гиперконтроль, родителям одного с ребенком пола следует демонстрировать любовь и уважение к своему телу, своей социальной роли, бытовым обязанностям; родителям противоположного пола – подчеркивать разницу между собой и ребенком (девочке: «давай я сумку понесу, я – мужчина», мальчику – «сынок, помоги мне с сумками, ты же сильный» [9].

Для иллюстрации приводим следующее клиническое наблюдение: Больная С., 2004 г.р., наблюдается в медицинском центре в течение года. Обратилась на прием с мамой с жалобами на сниженный фон настроения, подавленность, желание поменять пол, раздражительность, нарушение сна. Из анамнеза известно, что родилась с перинатальным поражением ЦНС, до года наблюдалась у невролога. Психоречевое развитие без особенностей. С 3 лет посещала ДООУ, воспитатели отмечали стеснительность и малообщительность девочки. В СОШ пошла с 7 лет, обучается по общеобразовательной программе в 7 классе. Классный руководитель говорит, что девочка закрытая.

Воспитывается в полной семье, папа страдает алкоголизмом, неоднократно кодировался, мама не работает. Со слов мамы, раньше дочь была более общительной, носила обычную женскую одежду. 3 года назад попросила остричь длинные волосы, ей разрешили, с тех пор носит только короткие стрижки. 2 года назад перестала носить украшения, кроме нейтральных часов, покупает мужские свитера и рубашки, перестала носить платья, юбки, стала называть себя в мужском роде, во всех гаджетах называет себя мужским именем. После того как стала оформляться грудь, пытается ссудулиться, скрывать ее под одеждой, перестала делать депиляцию, старается сделать тембр голоса более низким, хочет накачать руки. Стала высказывать мысли, что она никому не нравится, ее никто не любит. С мамой отношения доверительные, 2 года назад призналась ей, что

чувствует себя некомфортно в теле девочки, рассказала, что год назад была влюблена в девочку. Говорит, что, когда вырастет, сделает операцию по удалению груди. Дружит с тремя девочками, одна из них той же направленности. Маме сообщила, что давно считает себя мальчиком, что ее очень угнетает, что к ней относятся как к девочке.

Перенесенные заболевания: ППЦНС, ОРВИ, в 1г.9м. – оперирована под общим наркозом по поводу загиба сигмовидной кишки. ЧМТ, судорожных приступов не было.

Наследственность: не отягощена психическими заболеваниями.

Status praesens: Т-36,4°. Общее состояние удовлетворительное.

Неврологический статус: Метеочувствительна, плохо переносит жару, в транспорте укачивает. Лицо симметричное. Нистагма нет. Язык по средней линии. Мышечный тонус удовлетворительный. Сухожильные рефлексy с рук и ног живые, D=S. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков нет.

Психический статус: Сознание ясное. Все виды ориентировки сохранены. Внешне опрятная. Лицо гипомимичное. Одета неприметно, в брюки и рубашку серого цвета, волос коротко острижен, макияжа, украшений нет. В кабинет вошла с матерью. Контакту доступна. Глазной контакт отсутствует, говорит, что когда смотрит собеседнику в глаза, кажется, что глупо выглядит. На вопросы отвечает в плане заданного, больше односложно. Сведения о себе дает полные. Смущенно рассказывает о своих переживаниях. В глаза старается не смотреть, отводит взгляд в сторону. «Меня не устраивает мой пол, мое положение в обществе, я испытываю дискомфорт в теле девушки, уже окончательно определилась, что хочу быть мальчиком, знаю, что для этого надо посетить психиатра, принимать гормоны, я готова на это, так же хочу оперативным путем удалить грудь, половые органы менять не хочу. Я считаю себя мальчиком и обращаюсь к себе как к мальчику, всех друзей прошу обращаться к себе как к Марку, кто-то зовет, кто-то нет. Своей проблемой делилась со многими мальчиками и девочками, все понимают меня». Сообщила, что обижает и раздражает, когда ее причисляют

к женскому полу. Хотя сообщила, что в 2015 году пробовала себя идентифицировать как лесбиянку. Были отношения в интернете на протяжении 3 лет.

Мышление последовательное, по темпу не изменено. Память развита достаточно. Внимание с признаками истощаемости. Волевые побуждения снижены. Фон настроения несколько снижен. Эмоционально маловыразительна. В поведении спокойна. Суицидальные мысли и намерения категорически отрицает. Расстройств восприятия, бреда не выявляет. Сон нарушен.

Была обследована:

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Признаки дисфункции срединно-стволовых структур преимущественно диэнцефального уровня. Частотные характеристики альфа ритма соответствуют возрастной норме. Эпилептиформной, пароксизмальной, разрядной активности не выявлено.

РЭГ: Объемное пульсовое кровенаполнение достаточное. Смешанный гипер-гипотонический тип дистонии с преобладанием гипертонуса резистивных сосудов. Венозный отток значительно затруднен.

Психолог: Выявляются признаки наличия внутриличностного конфликта в сферах принятия собственной гендерности, половой идентичности, сексуальности, отсутствие четкого представления ребенка о мужской и женской социальных ролях, отсутствие ясных предпочтений или неприятия мужской и женской идентичности. Выявляются признаки дисгармонически протекающего пубертатного криза созревания, выражающиеся в нарушении базовой половой идентичности, не сформированности полоролевой идентичности и сексуальной ориентации.

Выставлен клинический DS: F64.2 Расстройства половой идентификации у детей.

Проведено лечение:

1. Психотерапия.
2. Флуоксетин 0,02 по 1 капсуле утром в течение 5 месяцев.
3. Гидроксезин 0,025 по 1 таблетке на ночь в течение 1 месяца.
4. Пикамилон 0,05 по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1,5 месяцев.

5. Психологическая коррекция.

Катамнез: В ходе лечения начала сомневаться в своей принадлежности (мальчик или девочка), улучшился фон настроения, нормализовался ночной сон, стала более общительной с матерью и сверстниками, стала заниматься вокалом, стала не раздражаться, нормально реагировать, когда к ней обращаются в женском лице, хотя продолжает говорить, что позиционирует себя с мужским полом. Влюбилась в мальчика, сомневается, как себя вести в отношениях с ним, так как ощущает чувства как к парню.

В настоящее время в семье каждый живет сам по себе. Отец категорически не принимает данную ситуацию, изменил свое отношение к ребенку. Девочка просит рассказать матери как ей тяжело, что она испытывает это состояние именно сейчас и не надо навязывать свое мнение, просит донести матери то, что ее ребенок всегда будет ее и нет разницы дочерью будет или сыном, что будет всегда ее любить и стараться ей угодить, чтобы она не расстраивалась. Считает, что окружающие стали воспринимать ее так, как она себя чувствует, т.е. мальчиком. Перестала испытывать депрессивное состояние, отмечает, что лечение помогло адаптироваться в обществе, чувствовать себя в нем комфортнее, но сохраняется чувство вины перед матерью, хотя виноватой себя не считает.

Мама стала испытывать отвращение к дочери за низкий голос, небритые ноги, перестала ее обнимать, тоже испытывает чувство вины, что не может сделать дочь счастливой.

Список литературы

1. Белопольская Н.Л. Половозрастная идентификация. Методика исследования детского самосознания. Серия: Вып. 2-е изд. – М.: Когито-Центр, 1998. – 24 с.
2. Ледовских Н.К. Педагогические условия полоролевого развития в старшем дошкольном возрасте. – М.: Владос, 2008. – 237 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
4. Василенко Л.М. Ранние и поздние факторы дезадаптации у лиц с транссексуализмом // Современные тенденции организации психиатрической

помощи: клинические и социальные аспекты. – М., 2004. – С. 213–214.

5. Исаев Д.Н. Половое воспитание детей / Д.Н. Исаев, В.Е. Каган. – Л., 1988. – 228 с.

6. Ковалев А.И. Нарушение половой идентичности в детском возрасте. Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 315–316.

7. Мативосян С.Н. Психотерапия расстройств половой идентичности // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Тезисы докладов. – М., 2004. – С. 152–154.

8. Классификация психических расстройств МКБ10. Клинические описания и диагностические указания. Исследовательские диагностические критерии. – 2012.

9. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://meduniver.com/Medical/Psichology/narushenia_identifikacii_pola.html MedUniver

10. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/gender-dysphoria>

11. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – Спб.: Специальная литература, 1996. – 454 с.