

Б.М. Ворник, Е.В. Харчук, А.А. Дмитренко

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: расстройства половой идентификации, женский транссексуализм, патохарактерологические особенности, типы патологического развития личности.

В статье дано описание пяти основных типов патологического развития личности женщин с транссексуализмом, а именно: истероидного, параноидного, шизоастенического, инфантильного и мозаичного, которые наблюдались у 17 (50,0%) обследованных из общего количества женщин, обратившихся с желанием сменить пол. Однако у значительной части – 10 (29,41%) женщин, желающих сменить пол, не выявлено патохарактерологических признаков личности. Эндогенно-процессуальные и экзогенно-органические расстройства психики обнаружены у 7 (20,59%) пациенток с нарушением половой идентификации.

Расстройства половой идентификации являются объектом особого внимания специалистов разных направлений, в первую очередь сексологов, психологов, психиатров. Именно к ним чаще всего и обращаются данные лица. Поэтому особое значение имеет не только проблема гендерного самосознания, но и выявление сопутствующих психических нарушений [2, 3, 6].

Одним из вариантов расстройств половой идентификации является транссексуализм. Первые попытки научного описания этого явления предприняли J. Frankel (1858) и J. Westphal (1870). Позднее возникла необходимость терминологического оформления феномена. Так, R. Kraft-Ebing (1984) определил его как «превратное ощущение своего тела», M. Hirschfeld (1918) считал его разновидностью трансвестизма, употреблялись также формулировки: «сексуальная паранойя», «паранойя половой трансформации», «бред полового метаморфоза». Использовалось также понятие «транссексуальная психопатия» (D. Cauldwell, 1949).

Однако наиболее устоявшимся для данной формы расстройства половой идентификации является термин «транссексуализм», предложенный H. Benjamin в 1953 г. Этот же термин используется в МКБ-10 [1]. Тем не менее, несмотря на широкое распространение он не является универсальным, поскольку в англоязычной литературе зачастую используется тождественное понятие «гендерной дисфории». Терминологическую несогласованность подкрепляет и позиция разработчиков DSM-V, которые включили в классификацию это расстройство именно под таким названием. «Синдром отвергания пола» (Gender Dysphoria Syndrom) был предложен D. Laub, N. Fisk (1974) для определения всех лиц, стремящихся к смене пола [1, 4].

Неоднозначные сведения имеются по поводу распространенности транссексуализма у мужчин и у женщин. Так, общемировой тенденцией является преобладание мужского транссексуализма над женским в соотношении 4:1, а именно от 1:37000 до 1:100000 и от 1:103000 до 1:400000 соответственно [8]. Согласно данным Б. М. Ворника, в Украине имеет место обратное со-

отношение: женский транссексуализм преобладает над мужским в соотношении 4:1 [3, 7].

В силу различий в формировании женского и мужского транссексуализма целесообразно рассматривать эти расстройства по отдельности.

Целью данной работы стало изучение патохарактерологических особенностей лиц женского пола с транссексуализмом.

Материалы и методы исследования

На основании обследования 34 женщин, обратившихся за специализированной помощью по поводу желаний сменить пол, был проведен анализ их характерологических особенностей.

Все пациентки проходили обследование амбулаторно.

Результаты и их обсуждение

Выявлено, что у 7 (20,59%) женщин имела место тяжелая эндогенная или экзогенно-органическая патология. Диагностическая характеристика пациенток выглядела следующим образом: расстройства шизофренического спектра выявлены у 5 (71,43% в данной подгруппе, или 14,71% от общего количества обследованных), психическая патология вследствие органического поражения головного мозга – у 2 (28,57% и 5,88% соответственно) обследованных.

У 18 (52,94%) пациенток было выявлено наличие неблагоприятных социальных и биологических факторов, среди которых – отягощенная наследственность, соматическая патология, дезадаптирующие типы родительского воспитания, употребление психоактивных веществ в анамнезе.

У всех обследованных пациенток с транссексуализмом с началом полового созревания и развития вторичных половых признаков обострялся внутрилличностный половой конфликт (гендер-конфликт), который в некоторых случаях перерастал в стойкую дисморфо-

фобию с реакцией отвергания своего биологического пола. Типичным было и наличие сильной аффективной насыщенности переживаний, наиболее мучительные из которых достигали степени дисфории. Пациентки не только пытались замаскировать нежелательные половые признаки, но и зачастую доходили до совершения актов самоповреждения в отношении половых органов. Все пациентки имели депрессивные переживания разной степени выраженности, нередко с суицидальными намерениями или попытками в анамнезе. Особенности аффективной сферы состояли в наличии в их структуре сверхценных образований, содержание которых заключалось в стойких выраженных идеях, а позже и намерениях, перемены пола, которые пациенты рассматривали как «решение всех своих проблем».

Психопатические реакции были многообразными – от тормозимых (психастенического, астенического и шизоидного типов) до выраженных истероформных и эксплозивных проявлений. Со временем данные реакции приобретали систематический стереотипный характер, вплоть до формирования патохарактерологических расстройств личности.

Социализация этих лиц также проходила болезненно. Смена учебного и трудового коллектива сопровождалась «срывами адаптации», связанными с изменениями условий микросоциальной среды и, как следствие, формированием отношения к образу пациенток со стороны новых субъектов межличностного взаимодействия. Зачастую в силу конституционально-типологических особенностей лиц с транссексуализмом у них возникали протестные реакции в ответ на социальный прессинг, дискриминацию, осуждение окружающих. Дисгармоничные отношения с членами своей семьи (в особенности с родителями), трудности формирования и «удержания» любовных и сексуальных отношений, невозможность создания собственной семьи, частая смена мест работы вследствие стигматизирующих факторов, а также иные затруднения межличностного и внутриличностного характера сенсбилизовали психику пациентов и способствовали дальнейшему усугублению расстройств личности.

Характерными для них являлись антивитальные тенденции, характеризующиеся, среди прочего, высокой суицидальной готовностью.

Проанализировав психопатологические феномены, наблюдавшиеся у обследованных пациенток, мы выделили пять типов патологического развития личности: истероидный, параноидный, шизоастенический, инфантильный, мозаичный.

Истероидный тип патологического развития личности встречался у 2 женщин (11,76% от общего числа лиц с психопатологическими феноменами личностной сферы). В основном, это пациентки из семей с воспитанием по типу гиперопеки или «кумир семьи». В детстве для них были характерны реакции активного протеста, оппозиции, имитации. Зачастую они копировали демонстративное, эксплозивное поведение родителей. У них формировались эмоциональная неустойчивость, слезливость, гневливость, слабодушие. Эти пациентки отличаются эгоцентричностью, манерностью, демонстративностью, пренебрежением к желаниям и чувствам

окружающих, не выносят невнимания к своей персоне. Одевались с оттенком вычурности, нуждались в постоянном восхищении и признании других лиц. Тип реакции на фрустрацию, как правило, экстрапунитивный.

В ситуации взаимодействия с врачом были крайне нетерпеливы, склонны к аффективным вспышкам, уводили беседу в интересное им русло. Как правило, весьма поверхностны в суждениях, запас знаний невелик, гипосоциальны. Реализовали себя с помощью формирования внешнего облика, который зачастую воспринимается как вульгарно-демонстративный с претензией на исключительность.

На пике аффективных переживаний были возможны конверсионные проявления в виде функциональных двигательных расстройств, сурдомутизма, псевдоэпилептических пароксизмов.

Сфера межличностных взаимодействий характеризовалась нестабильностью, неспособностью к формированию устойчивых связей, частой сменой сексуальных партнеров, независимо от их полового самосознания.

Параноидный тип развития личности имел место у 3 женщин (17,65%).

Как правило, такие пациентки воспитывались в семьях со строгим воспитанием, зачастую в приемных, или детдомах. Себя описывали как справедливых, отважных, честных, гордились своими жизненными принципами.

В детстве для них были характерны такие реакции, как активный протест, оппозиция.

Обнаруживали склонность к экстрапунитивному типу реагирования на фрустрацию. Часто объектом для недовольства являлись окружающие. Эмоциональная сфера характеризовалась склонностью к застреванию аффекта, раздражительностью, гневливостью.

При взаимодействии с врачом зачастую предъявляли неадекватные требования, подозревали его в негативном к себе отношении, были склонны к кверулянтским тенденциям. Из-за недоверчивости оппонировали врачу, подозревая его в противодействии «законным и обоснованным» желаниям о смене пола.

В сексуальной сфере характеризовались избирательностью контактов, некоторым ханжеством, приверженностью неким специфическим моральным принципам. Как правило, были склонны к ревности, к своему сексуальному партнеру относились, как к собственности.

Свещенные идеи о смене пола устойчивы и некорректируемы.

Шизоастенический тип патологического развития личности встречался у 4 (23,53%) обследованных. Эти лица характеризовались замкнутостью, сниженной потребностью в межличностных контактах, невысокой коммуникабельностью, некоторой отстраненностью, холодностью. При этом зачастую «внутренняя жизнь» данных пациенток была весьма насыщенной, что выражалось в наличии парадоксальной сенситивности, ранимости. В детстве им были свойственны реакции пассивного протеста. Чаще они происходили из семей со строгим воспитанием.

Со временем эти личностные черты заострялись, что приводило к еще большей социальной дезадаптив-

ности, вплоть до самоизоляции. Характеризовались формированием интрапунитивного типа реагирования на фрустрации.

Половая жизнь таких пациенток, как правило, бедна, либидо снижено, попыток к сексуальному сближению не предпринимали, ограничивались сексуальными фантазиями.

На этом фоне формировались идеи о смене пола как о способе преодоления внутренней дисгармонии и социальной некомпетентности. Тем не менее, такие лица с просьбой о смене пола обращаются относительно редко.

В ситуации взаимодействия с врачом немногословны, испытывали трудности с описанием своих жалоб. Нуждались в психологическом сопровождении, хотя редко об этом заявляли напрямую, маскируя это внешней холодностью и невозмутимостью.

Инфантильный тип патологического развития личности был установлен у 2 (11,76%) женщин. Эти лица характеризовались отсутствием социальной зрелости, высокой внушаемостью, конформностью, несамостоятельностью суждений, задержками психо- и соматосексуального развития, общей ретардацией развития сексуальности, что проявлялось в снижении или отсутствии эротического и сексуального либидо при относительной сохранности платонического. Желание смены пола у таких пациенток не носило устойчивого характера, часто имело ундулирующий тип течения, сопровождалось недостаточным пониманием последствий хирургической и эндокринной коррекции половой принадлежности. Эти пациентки выросли в неполной семье с воспитанием по типу гиперопеки. В детстве поведение характеризовалось уступчивостью, неконфликтностью, легко смирялись с разочарованиями.

Пубертатный период лиц с инфантильным типом патологического развития личности проходил без характерных для данного возраста оппозиционно-протестных проявлений и без вовлечения в процесс половой сегрегации, что воспрепятствовало становлению стереотипов поло-ролевого поведения, а также половой социализации. Тип реагирования на фрустрации – импунитивный.

От проявлений сексуальности такие пациентки воздерживались ввиду ретардации либидо.

Во взаимодействии с врачом были пассивны, вынуждали проявлять в отношении них паттерналистические тенденции, проявляли склонность упрощать объяснения своих переживаний.

Мозаичный тип патологического развития личности был установлен у 6 (35,29%) женщин. Они характеризовались смешанностью психопатологической картины, вмещающей в себя черты описанных выше типов развития личности и нечеткостью основного патомомена, затрудняющей его идентификацию.

В то же время значительная часть пациенток с транссексуализмом – 10 человек (29,41% от общего числа обратившихся) не обнаруживала никаких патохарактерологических особенностей.

Выводы

Таким образом, патологические личностные особенности женщин с транссексуализмом характеризовались динамичностью, склонностью к усугублению с возрастом, зависимостью от условий внешней среды, обстоятельств.

Адекватная медицинская помощь, в первую очередь психологическое сопровождение, способствовала смягчению поведенческой и личностной дисгармонии за счет формирования адекватного отношения к своей личности и своему расстройству, что способствовало улучшению социальной адаптации и снижению накала внутрличностного конфликта.

Список использованной литературы

1. Ворник Б. М. Клинические формы и диагностические критерии расстройства половой идентификации [Текст] / Б. М. Ворник // Сексопатология и андрология : лекции для врачей. – К., 1996. – С. 19–28.
2. Ворник Б. М. Патологическое развитие личности у лиц с расстройствами половой идентификации [Текст] / Б. М. Ворник // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т. 3, № 4 (11). – С. 70–72.
3. Ворник Б. М. Расстройства половой идентификации : монография [Текст] / Б. М. Ворник. – К. : ИЦ «Семья», 1998. – 329 с.
4. Ворник Б. М. Расстройства половой идентификации: клиника, диагностика и коррекция [Текст] : дисс. на соискание научной степени д-ра мед. наук : 14.01.16 / Б. М. Ворник. – Харьков, 2000. – 393 с.
5. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике [Текст] / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – К. : Сфера, 2005. – 308 с.
6. Кришталь Е. В. Сексопатология [Текст] / Е. В. Кришталь, Б. М. Ворник. – К., 2014. – 544 с.
7. Пинчук И. Я. Транссексуализм: клиническая характеристика и медицинская помощь лицам с транссексуализмом в Украине [Текст] / И. Я. Пинчук, Б. М. Ворник, А. А. Дмитренко // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2014. – № 1. – С. 5–8.
8. Сексопатология : справочник [Текст] / Г. С. Васильченко, И. Л. Ботнева, В. М. Маслов [и др.] ; под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ІЗ ТРАНССЕСУАЛІЗМОМ

Б.М. Ворник, Є.В. Харчук, О.А. Дмитренко

У статті дано опис п'яти основних типів патологічного розвитку особистості жінок з транссексуалізмом, а саме: істероїдного, параноїдного, шизоастенічного, інфантильного і мозаїчного, які спостерігалися у 17 (50,0%) обстежених із загальної кількості жінок, які звернулися з бажанням змінити стать. Однак у значній частині – у 10 (29,41 %) жінок, які мають бажання змінити стать, не виявлено патохарактерологічних ознак особистості. Ендогенно-процесуальні та екзогенно-органічні розлади психіки виявлені у 7 (20,59 %) пациенток з порушенням статевої ідентифікації.

Ключові слова: розлади статевої ідентифікації, жіночий транссексуалізм, патохарактерологічні особливості, типи патологічного розвитку особистості.

PATHOCHARACTEROLOGICAL FEATURES OF WOMEN WITH TRANSEXUALISM

B. Vornyk, Ye. Harchuk, O. Dmytrenko

The article describes the five major types of pathological personality development of women with transsexualism, namely hysteroid, paranoid, shyzoasthenic, infantile and mosaic, which were observed in 17 (50,0%) patients of the total number of women attending the desire to change their sex. However, a significant part – 10 (29,41%) of women wanting to change their sex, showed no signs of pathocharacterological features of personality. and Schizophrenophormic and organic mental disorder were found in 7 (20,59%) patients with gender identity disorder.

Key words: gender identity disorders, female-to-male transsexualism, pathocharacterological features, types of pathological personality development.