

ДЕТИ С НЕТИПИЧНЫМ ГЕНДЕРНЫМ РАЗВИТИЕМ

Louise Newman

Гендерная дисфория – чувство неудовлетворенности биологическим полом и назначенной гендерной ролью, может наблюдаться у детей с двухлетнего возраста. Некоторые дети могут чувствовать себя несчастными из-за своей гендерной идентичности и часто могут выражать желание сменить пол. Это может оказать существенное влияние на развитие ребенка в целом, а также на функционирование семьи. Семьи по-разному реагируют на трансгендерные предпочтения ребенка или гендерные вопросы, при этом одни демонстрируют принятие и толерантность, а другие выражают тревогу и желание решить проблему. Мы располагаем скудными данными о распространенности этого состояния у детей, и все еще продолжаются дискуссии о том, какой клинический подход к данной проблеме можно считать наилучшим. Доказательная база, касающаяся лечения детей, весьма ограничена, кроме того, приходится сталкиваться со сложными этическими проблемами. Важно при осмотре детей с гендерными проблемами попытаться понять преобладающие у родителей взгляды и ожидания, касающиеся половых отличий и приемлемого гендерного поведения, и как эти взгляды и убеждения влияют на их взаимоотношения с ребенком. Ребенок с нетипичным гендерным развитием сталкивается не только с дилеммой отсутствия согласованности между телом и психологической гендерной идентичностью, но также и с тревогой, которую нередко эта проблема вызывает у родителей. Помощь детям с гендерным несоответствием включает в себя семейное консультирование, индивидуальную работу с ребенком и внимание к школьной среде. Применение гормональных вмешательств в период, близкий к половому созреванию, остается спорным, однако может снимать дистресс у некоторых детей с гендерной дисфорией и содействовать психологическим вмешательствам.

КОНЦЕПЦИИ ПОЛА И ГЕНДЕРА

Анатомический пол младенца и собственные убеждения и ценности родителей, касающиеся гендера и поведения, являются ключевыми аспектами раннего воспитания. Широта взглядов родителей относительно гендерной идентичности влияет на взаимоотношения с младенцем и ожидания при воспитании. Гендерная

идентичность или внутреннее ощущение себя как представителя мужского или женского пола является конечным результатом взаимодействия биологических и психологических факторов. Теории развития младенцев склонны фокусировать внимание на *половых отличиях*, а не на *гендерном развитии*. В последнее время растет интерес к пониманию комплексных взаимодействий между биологией и социальным опытом, или культурой, играющими роль в формировании гендера.

Концепции пола и гендера иллюстрируют противоречия между биологией и культурой, а также старые и современные модели развития. В старых моделях пол рассматривался, как правило, как генетически обусловленный и врожденный, приводящий к психологическим и социальным отличиям между мужчинами и женщинами или гендерным ролям. Современные теории обращают внимание на то, что биология всегда взаимодействует с окружающей средой. Биологические половые различия находятся под влиянием культуры и языка, а также разных

Определения

Современные теории разделяют понятия пол и гендер

- Пол относится к анатомическим и биологическим (генетическим и гормональным) категориям мужского и женского, но даже биологическое разделение не однозначно и подлежит интерпретации. Вполне вероятно, что в природе может быть больше двух полов или, по меньшей мере, мужские и женские половые характеристики могут проявлять непостоянство
- Гендер относится к преобладающей социально-культурной модели и определяет социальные ожидания относительно мужественности и женственности. Эти ожидания охватывают социально-культурные модели личности, установки и особенности поведения, которые рассматриваются как связанные с полом. Гендер также относится к социальному поведению, свидетельствующему о внутренней сексуальной идентичности – поведенческим свойствам, ассоциирующимся с маскулинностью и фемининностью по социальному определению
- Гендерная идентичность представляет собой сложное сочетание биологии, социализации, психологической идентификации и сексуальности. Она определяется как внутреннее самоощущение человека как биологического, психологического и социального представителя мужского или женского пола. Продолжаются дискуссии относительно нейробиологической основы гендерной идентичности.
- Гендерная роль - это особенности поведения, установки и черты личности, определяемые социально-культурными ожиданиями, как мужские и женские. Гендерная роль встроена в личность как совокупность особенностей поведения, установок и черт личности, которые определяются социально-культурно, как мужские и женские. У детей это измеряется такими переменными, как предпочтение общения со сверстниками своего пола, фантазии и роли в играх, а также предпочитаемый вид игры. Нет единого мнения относительно влияния биологических переменных, таких как уровень женских половых гормонов во время беременности на наблюдаемые особенности поведения, связанные с гендерной ролью
- Сексуальная ориентация определяется как реакция на сексуальные стимулы, тогда как под сексуальной идентичностью подразумевают самоидентификацию человека в плане сексуальных предпочтений. Сексуальная ориентация появляется после завершения полового созревания, но не обязательно совпадает с сексуальной идентичностью. Например, мужчина может испытывать сексуальное возбуждение, главным образом, в ответ на гомосексуальные стимулы, но считать себя (гендерная идентичность) гетеросексуалом.

социальных ожиданий в отношении мужчин и женщин. Культуральные ожидания также влияют на воспитание и ранние взаимоотношения между младенцами мужского и женского пола.

Биологический пол и развитие младенца

В большинстве случаев пол – мужской или женский – назначается ребенку при рождении или при пренатальном исследовании с помощью ультразвуковой технологии. Биологически, пол оказывает глубокое влияние на развитие младенца по целому ряду причин. Во-первых, все больше и больше появляется доказательств в пользу дифференциации мужского и женского головного мозга, хотя неясно до какой степени это оказывает прямое влияние на наблюдаемые половые отличия в поведении и психологическом функционировании. Во-вторых, у каждого из ухаживающих за ребенком, своя собственная система взглядов и ожиданий относительно пола младенца, что оказывает влияние на то, как они воспринимают его и взаимодействуют с ним. И наконец, разные социальные и культурные группы имеют сложные и изменчивые определения и ожидания относительно мужественности и женственности, что предопределяет надлежащее поведение, личные свойства и социальные роли. Эти определения со временем меняются. Например, в западной культуре гендерные роли претерпели значительные изменения, что привело к менее четким границам между мужскими и женскими ролями. У детей чувство гендерной идентичности или восприятие себя как представителя женского или мужского пола формируется в возрасте 2–3 лет, и этот процесс находится под влиянием биологических, психологических и социально-культурных факторов. Продолжаются дискуссии об относительной важности этих факторов в формировании наблюдаемых отличий между мужчинами и женщинами, однако ясно, что эти отличия очевидны уже в раннем детстве.

Расстройства полового развития

Отклонения нормального прохождения этапов половой дифференциации может привести к, так называемым, расстройствам полового развития с нарушением формирования внутренних и наружных половых органов. Существует много разных состояний, некоторые с необычными наружными половыми органами, другие с плохо развитыми внутренними половыми структурами. У некоторых новорожденных могут быть наружные половые органы промежуточного типа, наиболее часто наблюдается маскулинизация наружных гениталий у девочек, в связи подверженностью внутриутробному воздействию мужских половых гормонов при чрезмерном продуцировании андрогена надпочечниками (т.е. при андрогенитальном синдроме). К другим расстройствам относятся овотестикулярные нарушения полового развития и синдром нечувствительности к андрогенам – состояние, при котором 46,XY младенец имеет

МЭРИ (2 года)

Ребенок родился с множественными таковыми аномалиями, включая атрезию заднего прохода, наружные половые органы промежуточного типа и агенез полового члена, а также аномалии мочевыделительной системы. Исследование хромосом показало, что младенец 46, XY, а ультразвуковое исследование выявило неопустившиеся яички. Мэри нуждалась в неотложном оперативном лечении мочевыделительной системы и мочевого пузыря, и воспитывалась как девочка, которой позже планировалась операция на наружных половых органах. В два года Мэри спокойный ребенок с внешностью девочки, которому нравятся «игры женского типа», но также «шумные и грубые» занятия. Несмотря на то, что имеются некоторые данные о том, что уже внутриутробно женский и мужской мозг развиваются неодинаково, социализация оказывает очень серьезное влияние на гендерную идентичность.

женские гениталии. Клинический вопрос, что касается расстройств полового развития, заключается в том, как принять решение, к какому полу отнести младенца.

Значимость культуральных вариаций

Значимость культуральных вариаций состоит в том, что благодаря им повышается вероятность альтернативных моделей взаимоотношений между полом и гендером, а также являются свидетельством того, что нет фиксированных связей между телом, психологической идентификацией и социальными проявлениями гендера. Считается также, что именно культуральный контекст определяет, будет ли гендерное отклонение рассматриваться как *расстройство*, нуждающееся в лечении, или же будет воспринято с пониманием и толерантностью. Для клинициста важно, что принятие западной модели и формулировки гендерной идентичности и развития не препятствует пониманию возможных альтернативных парадигм, и что определенная нормативная модель гендерного развития не навязывается жестко ребенку и его родителям, пытающимся найти причины гендерного отклонения.

Будет ли гендерная вариабельность восприниматься как психическое расстройство или нет, в значительной степени зависит от культуральных ожиданий относительно гендерного поведения. То, что в одной культуре считается проблематичным, может не вызывать никакого беспокойства в другой. Важно выяснить, влияют ли проблемы, связанные с гендерным поведением, на социальные взаимоотношения ребенка и на его функционирование.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Отсутствуют надежные данные, которые позволили бы оценить распределение гендерной дисфории и расстройства гендерной идентичности (РГИ) в общей популяции. В экономически развитых западных странах мальчики направляются на лечение чаще девочек (соотношение 5:1), однако неясно, не является ли это результатом большей терпимости к отклоняющемуся гендерному поведению у девочек и соответствующей социальной тревоги из-за, так называемой, женоподобности мальчиков. Лонгитудинальные исследования свидетельствуют о том, что не во всех случаях гендерная дисфория детского возраста связана с транс-сексуальным исходом (Zucker, 1995), и продолжают дискуссии по поводу взаимосвязи между детской гендерной дисфорией и кросс-гендерной идентичностью, и транс-сексуальностью у подростков и взрослых. Возможно, что к кросс-гендерной идентичности у детей ведут несколько путей, связанных с развитием, и что это не унитарное состояние. Как будет обсуждено ниже, нейробиологические теории склонны рассматривать гендер, как результат функционирования головного мозга, тогда как психологические – сфокусированы на раннем развитии идентичности в контексте взаимоотношений привязанности, и считают, что гендерные проблемы возникают именно в этом контексте.

Независимо от этиологии у детей с гендерной дисфорией наблюдается целый ряд кросс-гендерных фантазий и особенностей поведения, такие дети демонстрируют предпочтения в играх, занятиях и одежде, обычно свойственные противо-

положному полу. Маленькие мальчики в возрасте 2 – 3 лет могут интересоваться постоянным переодеванием в одежду девочек, и проявляют повышенный интерес к деталям женской моды, поведения и манерам. Некоторые из этих мальчиков могут проявлять явное желание играть с девочками и предпочитают куклы и темы дома в играх. Они идентифицируют себя с женскими героями сказок и фильмов и выбирают таких из них, как Золушка или Снежная королева. Они демонстрируют слабый интерес к мальчишеским занятиям или типичным грубым и подвижным играм. Такие предпочтения в играх постоянны и не поддаются разубеждению. Мальчики постарше делают более прямые заявления, касающиеся их желания быть девочками или ощущений себя «настоящей» девочкой в теле мальчика. Большинство таких мальчиков осознают свой анатомический пол, но ощущают его, как неправильный или ошибочный, а у некоторых возникает явное отвращение к своим половым органам, и они пытаются их скрывать.

У девочек с РГИ наблюдаются очень похожие проблемы, при этом маленькие девочки идентифицируют себя с мальчишескими занятиями и поведением и часто надеются, что у них в будущем вырастет пенис. В школе они предпочитают играть с мальчиками и могут настаивать на том, чтобы им разрешали ходить в мужской туалет и носить мужскую или гендерно нейтральную одежду. Они переживают дистресс, если их заставляют носить одежду для девочек или играть в женские игры.

Очевидно, что такие переживания могут сбивать с толку и вызывать дистресс у ребенка, у которого тотчас же возникает чувство, что он не такой, как его сверстники. Маленькие дети могут выражать свое замешательство открыто, но сталкиваясь с насмешками и издевательствами, замыкаются в себе и прячут свои чувства, что может быть потенциально опасно. В то время как дети открываются родителям и в своих семьях, семьи сами по себе часто чувствуют себя растерянными и сбитыми с толку из-за проблем своих детей и также могут испытывать тревогу по поводу того, как может отреагировать расширенная семья и общество.

ДИАГНОЗ

Диагноз расстройства гендерной идентичности все еще остается спорным, несмотря на то, что обе классификации – DSM-IV и МКБ-10 включают эту диагностическую категорию. DSM-IV предполагает четкую идентификацию или предпочтение особенностей гендерной роли противоположного пола (см. Таблицу Н.4.1), тогда как МКБ-10 содержит разные критерии для мальчиков и для девочек. В настоящее время критерии DSM-IV пересматриваются, и предлагается заменить название «расстройство гендерной идентичности» на «гендерное несоответствие», так как последнее представляется как описательный термин, лучше отражающий несоответствие между идентичностью, которую индивид ощущает или выражает, и ожиданиями относительно его стиля жизни, исходя из назначенного пола. В исправленной редакции в диагностических критериях предлагается также сделать акцент на «гендерном несоответствии», а не на кросс-гендерном отождествлении, как таковом.

Таблица Н.4.1 Диагностические критерии расстройства гендерной идентичности

А	<p>Постоянная кросс-гендерная идентификация (не просто желание воспользоваться преимуществами, предоставляемые другому полу данной культурой). У детей расстройство проявляется четырьмя (или более) перечисленными ниже признаками:</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значительное предпочтение игр с детьми противоположного пола 2. Неоднократно высказываемое желание быть лицом другого пола или настойчивое утверждение, что он или она другого пола 3. У мальчиков предпочтение ношения одежды или вещей, напоминающих женские наряды; у девочек настойчивое стремление носить только мужскую одежду 4. Сильное и устойчивое предпочтение ролей противоположного пола в играх, в которых дети воображают себя кем-либо, или высказывание фантазий с представлением себя лицом противоположного пола 5. Интенсивное желание участвовать в играх и развлечениях, свойственных противоположному полу
	<p>У подростков и взрослых нарушение проявляется такими симптомами, как выраженное желание быть лицом противоположного пола или желанием жить и восприниматься как лицо противоположного пола или убежденность в том, что он или она чувствует и реагирует как лицо противоположного пола.</p>
В	<p>Дискомфорт, связанный с собственной половой принадлежностью или чувство несоответствия гендерной роли собственному полу</p>
	<p>У детей расстройство манифестирует каким-либо из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • У мальчиков – утверждение, что его гениталии отвратительны, или что они исчезнут; утверждение, что лучше было бы не иметь пениса или отвращение к типичным мальчишеским играм, игрушкам и мужским видам деятельности • У девочек отказ мочиться сидя, утверждение, что у нее есть или что вырастет пенис; утверждение, что она не хочет, чтобы у нее выросли молочные железы или начались менструации, а также выраженное отвращение к обычной женской одежде.
	<p>У подростков и взрослых нарушение проявляется такими симптомами, как озабоченность по поводу избавления от своих первичных и вторичных половых признаков (например, требование гормонального лечения, хирургического вмешательства или других процедур физического изменения половых признаков с тем, чтобы стать похожим на лицо противоположного пола) или убеждение в том, что их рождение мужчиной или женщиной ошибочно.</p>
С	<p>Расстройство не сочетается с физическим нарушением полового развития</p>

У маленьких детей в возрасте около 2,5–3,5 лет гендер становится частью самоидентификации и социального мира. Ребенок может относить себя или своих сверстников к той или иной гендерной категории примерно в 28 месяцев (Fagot, 1995), и именно с этим связано формирование предпочтений в играх, свойственных собственному полу. При типичном развитии гендер становится неотъемлемой

частью позитивной самоидентификации. До этого момента маленькие дети обычно выражают желание быть одновременно мальчиком и девочкой, и им свойственны характеристики обоих полов. Маленький мальчик, например, может говорить, что он хочет рожать детей, или чтобы у него выросла грудь и при этом оставаться мальчиком, а девочка может хотеть, чтобы у нее вырос пенис. Такое желание быть одновременно мальчиком и девочкой выражается очень ясно и со временем проходит, но может сопровождаться раздражением и завистью. Это не следует рассматривать как РГИ, при котором наблюдается желание быть представителем противоположного пола и может отмечаться отвращение к назначенному при рождении полу.

Важно также обращать внимание на контекст развития кросс-гендерных интересов и желаний, так как переходящие желания могут возникать в контексте тревоги, особенно если это имеет отношение к матери, как первичному объекту привязанности. В некоторых случаях ребенок может беспокоиться по поводу наличия матери и искать утешения в принятии женской роли, в других случаях он может тревожиться из-за принятия матерью ее гендерной роли. Это может происходить, например, в том случае, если мать переживает травму или терпит проявления насилия со стороны мужчины. Такая динамика может влиять на гендерный опыт ребенка и свидетельствовать об имеющихся у родителей нерешенных проблемах, касающихся гендера и сексуальности. Важно отметить, что в исследованиях была обнаружена связь между РГИ, депрессией у матери и тревогой у ребенка в первые три года жизни (Zucker, 1995).

При оценке ребенка и его семьи необходимо также исследовать понимание семьей гендерного поведения и его культурный контекст, а также отношение семьи к несоответствию гендерного поведения социальным и культурным нормам. Некоторые семьи реагируют тревогой, если мальчик демонстрирует типичные женские интересы. В основе такой реакции может лежать обеспокоенность по поводу потенциальной гомосексуальности. Существующие культуральные отличия в толерантности к кросс-гендерному поведению влияют как на реакцию семьи, так и на обращаемость за помощью (Newman, 2002).

Теории атипичного гендерного развития

По-видимому, существуют несколько путей развития РГИ в детском возрасте, и не все случаи детского РГИ связаны с транссексуальностью у взрослых. Были предложены как психологические, так и биологические модели этого состояния, и с их помощью можно было бы описать несколько иные состояния. Биологические теории сфокусированы на процессах половой дифференциации головного мозга, как мужского и женского и на пре- и перинатальном воздействии половых гормонов. Предполагается, что в основе транссексуальности лежит противоречие между дифференциацией половых органов и половой дифференциацией головного мозга, вероятно, приводящее к раннему началу кросс-гендерной идентификации.

Другие модели исследовали половодиморфные ядра гипоталамуса, которые, как предполагается, влияют на гендерную идентичность и сексуальную ориентацию. На основании результатов небольших исследований сообщается об уменьшенном объеме этих ядер у М→Ж-транссексуалов (англ. male-to-female), соответствующем диапазону, характерному для женщин, и об обратной тенденции у Ж→М –транс-

сексуалов (англ. female-to-male). Хотя эти результаты и вызывают определенный интерес, их недостаточно для того, чтобы служить прямым доказательством возможного механизма таких отличий.

Современные психологические теории внимательно изучают восприимчивость к развитию РГИ вместе с факторами воспитания и привязанности, которые могут способствовать возникновению гендерной дистрофии. По описанию Coates and Person (1985) для мальчиков с РГИ характерны тревожный темперамент и уязвимость к разлуке, а также частые травмы, связанные с взаимоотношениями с матерью в раннем детстве, включая депрессию у матери и распад семьи или конфликты. Авторы предполагают, что такой ребенок переживает сепарационную тревогу и идентифицируется с матерью, чтобы не потерять ее. Zucker (1995) также утверждает, что дети с РГИ могут быть предрасположены к тревоге, и что такая тенденция обостряется в контексте небезопасной привязанности. Высказывается мнение, что некоторые семьи могут усиливать кросс-гендерное поведение и интересы, и что именно особенности гендерных проблем родителей влияют на их реакцию на ребенка. Например, мать с проблемами, связанными с маскулинизмом и восприятием мужской агрессии может быть менее склонна к поощрению типичного мужского поведения. Отцы в некоторых семьях характеризуются как отстраненные и не являющиеся положительной моделью мужской роли для мальчиков с РГИ.

В некоторых исследованиях была обнаружена высокая частота психологических расстройств у родителей, дети которых страдают РГИ, включая расстройство личности, постнатальную депрессию и эмоциональную недоступность у матери (Marantz & Coates, 1991). Эти факторы, тем не менее, относятся к категории общих, отнесенных к широкому диапазону проблем с привязанностью и психических, либо связанных с развитием неблагоприятных исходов, и не могут рассматриваться как обоснование специфической модели развития РГИ.

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ

Все больше и больше разногласий возникает как из-за исключительно социально-культурного истолкования гендерной идентичности, так и относительно идеи, что бинарный биологический пол определяет психологические аспекты гендера. Такая увеличивающаяся сложность указывает на необходимость биопсихологического понимания, которое сможет принимать в расчет взаимодействие между биологическими и психологическими факторами при формировании гендерной идентичности.

В клинической практике при оценке детей с гендерной дисфорией и их семей такие расхождения во взглядах нередко становятся центральной темой обсуждения. Родители, в большинстве случаев ориентированы на поддержку своего ребенка и стараются его защитить. Некоторые из них придерживаются биологической модели этиологии, что затрудняет исследование других факторов. Изначально важно проанализировать, как родители понимают гендер и гендерные отклонения, и как на это могут влиять системы культурных убеждений. В Таблице Н.4.2 перечислены проблемы с кросс-культурной оценкой РГИ.

Таблица Н.4.2 Проблемы с кросс-культурной оценкой расстройства гендерной идентичности

- Как в данной культуре понимают разницу между мужчиной и женщиной?
- Как объясняется развитие мальчиков и девочек? Отличия и роли считаются «врожденными» или «приобретенными»?
- Все индивиды делятся только на мужчин и женщин, или существуют альтернативные позиции?
- Как гендерные роли и позиции рассматриваются в религиозном/духовном контексте? Имеются ли табу в отношении нарушения гендерных ролей или изменения пола?
- Разделяются ли в культуре вопросы сексуальной ориентации и гендера? Считается ли, что гендерное отклонение означает потенциальную гомосексуальность?
- Каковы культурные установки в отношении гомосексуальности и гендерного отклонения?
- Имеется ли в культуре определенное место для индивидов с гендерными отклонениями?
- Какие имеются установки в отношении процедур изменения пола и вовлечены ли медицинские/хирургические службы во вмешательства, направленных на смену пола?

Кросс-культуральная оценка

Главная задача при оценке гендерной дисфории в разных культуральных контекстах заключается в том, как наилучшим образом установить, какой конкретной модели пола-гендера и гендерной девиации придерживается сам ребенок и его семья. Планирование надлежащего вмешательства возможно только в том случае, если становится очевидным, как семья понимает гендерное отклонение, и как будет справляться с ним с учетом системы взглядов на эту проблему, преобладающих в этой семье. Важно также поддержать ребенка как в общем социальном контексте, так и при преодолении возможного культурного «разрыва» между семейными и общепринятыми социальными ценностями. Представленные во вкладах примеры иллюстрируют некоторые сложности кросс-культурной оценки РГИ.

Случай с Майклом поднимает некоторые проблемы и дилеммы:

- Следует ли родителей Майкла убеждать в том, что у их ребенка нарушено развитие и его кросс-гендерная идентификация патологична, даже если они на данный момент не считают ее таковой?
- Должна ли среда детского учреждения служить препятствием для выражения Майклом его кросс-гендерных интересов, даже, несмотря на то, что он свободно проявляет их в домашних условиях?
- Можно ли добиться у родителей Майкла изменения убеждений, касающихся гендерной идентичности, и будут ли этичными попытки сделать это?

МАЙКЛ

Майкл, трехлетний мальчик направлен на осмотр детским садом в связи с тем, что, по мнению сотрудников этого учреждения, у него наблюдается явная кросс-гендерная идентификация и соответствующее ей поведение. Семья Майкла из Таиланда; они проживают в Австралии 12 месяцев. Родители неанглоязычные буддисты и придерживаются системы взглядов, которая приписывает позитивную ценность смене гендерной роли и считают, что некоторые дети рождаются с «третьим гендером». Родители Майкла осознают, что их ребенка дразнят в детском саду, и у него проблемы с общением со сверстниками. В расширенной семье есть транссексуалы. Родители не препятствуют кросс-гендерному поведению Майкла, и сотрудникам детского сада очень сложно обсуждать с ними эти проблемы.

На практике, ключевая проблема в работе с Майклом – это его трудности во взаимоотношениях со сверстниками и успеваемость. Несмотря на то, что его семья принимает его поведение, Майкл пытается адаптироваться в группе сверстников

СЭМ

Сэм – четырехлетний мальчик из арабской семьи, в которой начали беспокоиться, что их ребенок женоподобный и склонный к «гомосексуальности». У Сэма отмечаются некоторые кросс-гендерные интересы, но он не соответствует диагностическим критериям РГИ. Модель культуры семьи относится к числу исключительно гомофобных и ригидных в отношении гендерных ролей и поведения. Отец Сэма настаивает на проведении генетического и гормонального исследования своего ребенка, так как считает, что Сэм страдает биологическим заболеванием. Он наказывал своего сына физически за его поведение.

и сообществе, в котором его опыт воспринимается как необычный, и его кросс-гендерная позиция может оказывать отрицательное влияние на его развитие.

В случае с Сэмом, он, в соответствии с пониманием надлежащего мужского поведения, свойственном его семейной культуре, демонстрирует гендерно-некорректное поведение. Здесь актуальная клиническая проблема – это выраженность враждебности, направленной на Сэма, и трудности с вовлечением его отца. Может потребоваться привлечение клинициста из сходной культуры (если доступен) и всех членов семьи к участию в первоначальном обсуждении вопросов, касающихся возможного вмешательства. Важно отнестись с признанием и уважением к беспокойству членов семьи по поводу развития Сэма и вначале попытаться снять тревогу, предлагая соответствующую поддержку, а также проявлять осторожность, пытаясь «изменить» убеждение родителей, что Сэм страдает расстройством биологической природы.

Как видно из представленных здесь примеров, культуральный контекст влияет как на проявления, так и на понимание гендерной дисфории и гендерно-некорректного поведения. Ненормативное гендерно-ролевое поведение в одном контексте может восприниматься как непроблематичная вариация (случай с Майклом), тогда как в другом определяется как расстройство (Сэм). Разные культуры будут формулировать концепции *гендерного расстройства* в соответствии с разными моделями пола-гендера и развития гендерной идентичности. Они также будут варьироваться в понимании стабильности или текучести гендерной идентичности, и отличаться по степени принятия перехода от одной гендерной роли к другой. В некоторых контекстах допускается возможность принятия альтернативных или дополнительных гендерных позиций.

Оценка ребенка

При оценке ребенка с гендерными проблемами необходимо проводить различия между кросс-гендерным поведением (предпочтения в игрушках, играх и совместных занятиях со сверстниками) и идентификацией (утверждения об идентичности, фантазии, ролевые игры), а также определять степень выраженности дисфории и дистресса. Не все дети выражают отвращение к собственному телу или отчетливое желание изменить его, а некоторые дети будут неохотно открывать свои чувства.

Всесторонняя оценка включает в себя изучение понимания со стороны родителей и функционирования, гендерной идентичности ребенка и его общего развития. Доступны несколько инструментов, в том числе: Опросник гендерной идентичности (англ. Gender Identity Interview) (Zucker, 1995) и Опросник муж-

ской гендерной роли (англ. Gender Male Questionnaire) (Igntema & Cohen-Lettens, неопубликованный). Инструменты, которые используют для детей младшего возраста сфокусированы на способности отличать мужское от женского и понимать стабильность гендера. С помощью Теста рисования человека (англ. Draw-a-Person test) можно получить важную качественную информацию относительно представлений ребенка о гендерных ролях (Rekers et al, 1990).

ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Подходы в лечении детей с гендерной дисфорией или РГИ варьируются в зависимости от теоретического понимания состояния и результатов оценки. Например, Coates (2006) утверждает, что, по всей вероятности, существует много путей решения проблем РГИ у детей, и что ни один из них не описан надлежащим образом в научной литературе. Методику лечения необходимо адаптировать к потребностям конкретного ребенка и его семьи.

Диапазон подходов в решении проблем РГИ широкий: от поведенческих стратегий, направленных на ослабление проявлений кросс-гендерного поведения, до психоаналитических методов, которые пытаются анализировать психологическую функцию и значение кросс-гендерной идентификации. К более широким психологическим вмешательствам относятся семейное психообразование и поддержка, а также методики, реализуемые в школьных условиях. Продолжаются дискуссии относительно цели лечения (и что именно лечат) и распознавания *гендерного отличия*, оказывающего огромное влияние на развитие, а также о важности раннего вмешательства.

Сторонники поведенческих подходов, разработанных в 70-е и 80-е годы, рассматривали РГИ как результат некорректного усвоения опыта и направляли свои усилия на подкрепление гендерного поведения и навыков. В рамках таких подходов пациентов побуждают отказаться от кросс-гендерного поведения, а родителей обучают, как использовать подкрепление гендерно-типичного поведения, такого как характерная манера поведения и атлетические навыки у мальчиков. Поощряются взаимоотношения с родителем того же пола, что и ребенок, чтобы он мог служить ролевой моделью. Такой подход поднимает несколько очевидных проблем: этическая сторона попыток контролировать психологическую идентификацию через поведение; потенциальная возможность отрицательного влияния на самооценку, и довольно узкая сосредоточенность на внешнем поведении, при этом остаются без внимания более широкие аспекты развития.

В более современных подходах бихевиоральные стратегии комбинируют с психодинамическим пониманием и работой с родителями для поддержания общего развития ребенка. Meyer-Bahlburg (1985) описывает методику работы с родителями, направленную на поддержание взаимоотношений отец – сын, содействие гендерно-нейтральным интересам и занятиям, а также поддержание взаимоотношений ребенка со сверстниками. Freedman et al (2011) в меньшей степени фокусируются на изменении гендерной идентичности ребенка, чем на решении проблем

развития и семейного функционирования. Этот подход включает в себя, например, действия, направленные на сепарационную тревогу, небезопасную привязанность и депрессивные симптомы, часто наблюдающиеся у мальчиков с РГИ (Coates & Person, 1985; Zucker, 1995).

Гормоны, блокирующие половое созревание

Использование блокаторов полового созревания (аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона, ГнРГ) позволяет добиться обратимого подавления гормонов, продуцируемых в период полового созревания, с которыми связаны происходящие в это время физические изменения. Обоснование применения таких препаратов, главным образом, психологическое, основанное на данных наблюдения дистресса и депрессии, которыми могут сопровождаться изменения в теле у транссексуальных подростков. Подавление полового созревания может снимать непосредственную тревогу и дистресс и способствовать дальнейшему применению психологических вмешательств и проведению консультирования.

В Руководстве по клинической практике общества эндокринологов США (The US Endocrine Society Clinical Practice Guideline (2009)) рекомендуется использовать аналоги ГнРГ не позже, чем при достижении 2 – 3 стадии по шкале Таннера для подавления полового созревания у подростков с явным диагнозом РГИ в начале кросс-гендерной гормональной терапии в возрасте 16 лет.

Geddes (2008) обращает внимание на то, что некоторые дети по достижению подросткового возраста перестанут испытывать транссексуальные чувства или кросс-гендерную идентификацию, хотя процентное соотношение тех, кто возвращается к своему исходному полу, неизвестно. В нескольких исследованиях изучались отдаленные эффекты сдерживаемого полового созревания в этой возрастной группе, и также возникает беспокойство касательно способности принимать обоснованное решение, касающееся данной проблемы, в возрасте 12 – 15 лет.

Продолжаются дискуссии о наиболее подходящей стратегии лечения при РГИ, особенно это касается применения ранней гормональной терапии. Рекомендации, разработанные Королевским колледжем психиатров Великобритании (British Royal College of Psychiatrists (1998)) поддерживают применение (обратимое), по показаниям, ингибиторов стероидных гормонов с целью ослабления дистресса и повышения возможности проводить психиатрическое лечение. Некоторые авторы предостерегают против использования блокаторов полового развития, основывая свое мнение на том, что такое лечение отразится на формирующейся половой идентичности, что может иметь отношение к значительному числу подростков, борющихся с неприемлемой для их личности гомосексуальностью (Korte et al, 2008). Важно также отметить, что течение РГИ у детей изменчиво и пластично, и что переход к транссексуальному развитию сложно предвидеть в каждом отдельном случае.

При лечении детей младшего возраста, работа с семьями может служить поддержкой родителям и обеспечивать их важными стратегиями, дающими возможность помогать детям с проблемами гендерных отклонений справляться с проблемами продолжающегося развития и более широкого социального окружения. Групповые методы поддержки родителей могут быть эффективными в устранении

чувства изоляции. Freedman et al (2011) отмечают, что очень важно снять завесы секретности вокруг гендерных проблем, и позволить ребенку и его семье толерантно относиться к неопределенности развития гендерной идентичности.

Клиническое ведение детей с гендерными проблемами часто включает в себя комплексные психологические, социальные и биологические вмешательства. Исходя из современных научных достижений, физические вмешательства применяются с осторожностью и только после тщательной и всесторонней оценки. Обеспечение родителей и семей прозрачной, спланированной и поэтапной моделью лечения имеет важное значение и может помочь им справиться с дистрессом у ребенка.



Александр Маковский (1869 — 1924) «Портрет мальчика с куклой»