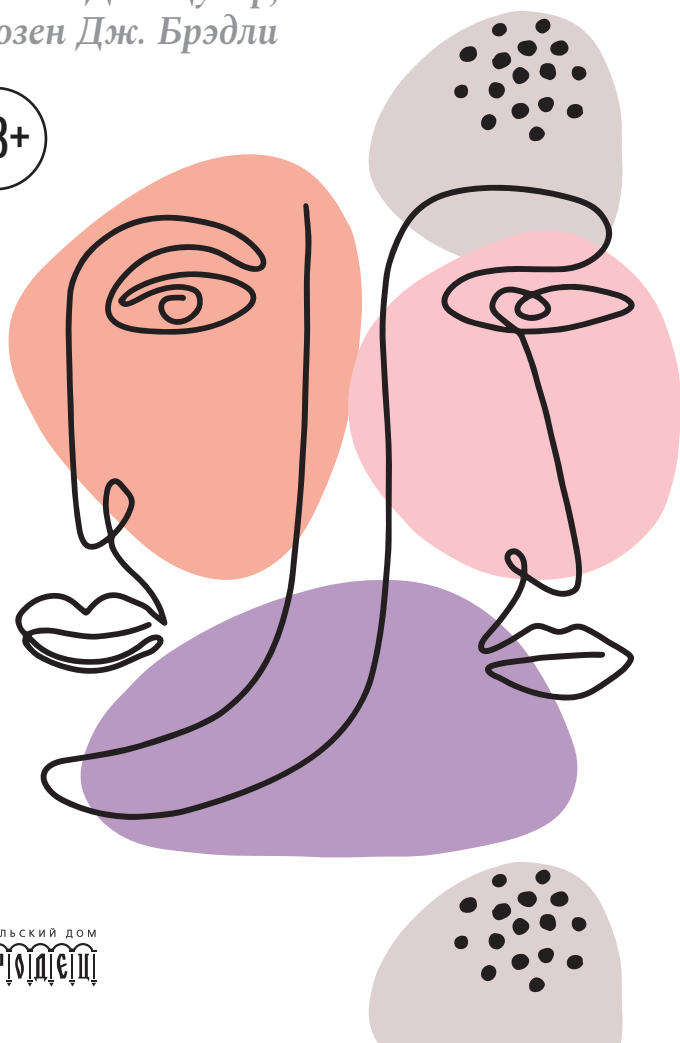


РАССТРОЙСТВА ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

И ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Кеннет Дж. Цукер,
Сьюзен Дж. Брэдли*

18+



УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Представляем вам серию книг, необходимых как специалистам, так и всем, кто хочет найти себя в нашем сложном противоречивом мире. Это:

- классические монографии и учебники;
- современные работы по психиатрии и психологии;
- учебные пособия по актуальным психологическим дисциплинам;
- популярная и просветительская литература по психологии.

Предлагаемые издания расширят научные горизонты практикующих специалистов, а также познакомят с возможностями психологической науки всех тех, кому интересна данная тематика. Не замыкайтесь в себе, не оставайтесь со своими внутренними проблемами, которые кажутся порой неразрешимыми!

Эти книги позволят вам открыть для себя методы психоанализа, аналитической психологии, гештальт-анализа и каждому выбрать близкое направление, подскажут выход из сложной жизненной ситуации, помогут справиться с тревогой, депрессией, внутриличностными конфликтами и изменить свою жизнь к лучшему.

Наш издательский проект создан для вас.

С радостью представляем новую книгу проекта!



*Треушникова Наталья Валерьевна
Президент Союза охраны
психического здоровья*

Союз охраны психического здоровья — общественная организация, ставящая своей задачей улучшение психического здоровья россиян, повышение субъективно воспринимаемого качества жизни и рост психологического комфорта для всего населения России.

В рамках своей деятельности Союз поддерживает:

- проекты в области повышения квалификации специалистов, работающих в психиатрии и психологии;
- проекты, способствующие адаптации и повышению качества жизни людей с психологическими и психическими особенностями и направленные на профилактику психических расстройств;
- проекты по изданию и переизданию книг отечественных и зарубежных авторов, близких темам программной деятельности Союза.

Kenneth J. Zucker, PhD / Susan J. Bradley, MD

GENDER IDENTITY DISORDER

**AND PSYCHOSEXUAL PROBLEMS
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

The Guilford Press
New York / London
1995

Кеннет Дж. Цукер, Сьюзен Дж. Брэдли

РАССТРОЙСТВА ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

И ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
ГЛОБАЛЕСИ

Москва
2020

УДК159.9
ББК53.57(7)
Ц85

Published by arrangement with The Guilford Press

Перевод с английского Ю. Линника
Дизайн обложки И. Викторова

Цукер К. Дж., Брэдли С. Дж.

Ц85 Расстройства гендерной идентичности и психосексуальные проблемы у детей и подростков. — М.: ИД «Городец», 2020. — 640 с.

Данная монография знакомит читателя с всесторонним анализом клинической и исследовательской литературы, посвященной детям и подросткам с расстройствами гендерной идентичности и другими психосексуальными проблемами. Раздел, посвященный детям (главы 2–10), предлагает подробный анализ расстройств гендерной идентичности как у девочек, так и у мальчиков, что включает в себя важнейшую феноменологию, медицинскую, биологическую, психосоциальную этиологию, клиническую формулировку, лечение, долгосрочное наблюдение. Раздел, посвященный подросткам (главы 11–13), предлагает сведения о расстройствах гендерной идентичности, трансвестистском фетишизме и гомосексуальности. Оба раздела включают множество материалов из собственной врачебной практики авторов и содержат попытку объединить все эти случаи с теоретическими разработками, известными из обширной литературы на данную тему, которая стала особенно богата за последние три десятилетия.

Эта монография неоценима для детских психиатров и психологов, сексологов, педиатров, социальных работников, ученых и студентов.

Copyright © 1995 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.
© Ю. Линник, перевод, 2020
© ИД «Городец», 2020

ISBN 978-5-907085-72-5

ПРЕДИСЛОВИЕ

В середине 1970-х Кеннет Цукер был аспирантом Университета Торонто, изучавшим психологию развития личности (возрастную психологию). Сьюзен Брэдли, детский психиатр, работала в Детской и подростковой службе (ныне Центр изучения семьи и детства) при Психиатрическом институте Кларка — государственном научно-исследовательском институте психиатрии, являвшемся одной из учебных больниц при медицинском факультете Университета Торонто. Цукер, с трепетом относившийся к институту Кларка, как-то встретил в его стенах доктора Кингсли Фергюсона, в то время — сотрудника институтского отделения психологии. От Фергюсона Кеннет Цукер узнал, что Брэдли собрала под своим руководством группу для изучения детей и подростков, имеющих проблемы гендерной идентичности. Прочитав книгу Грина «Внутренние конфликты сексуальной идентичности у детей и взрослых» («Sexual Identity Conflict in Children and Adults», Richard Green, 1974), Цукер, незадолго до того получивший магистерскую степень в области клинической психологии и написавший диссертацию о нормальном гендерном развитии у детей, был заинтригован и попросил о встрече с Брэдли. Так началось сотрудничество, которое продолжается до сих пор.

Психиатрический институт Кларка был основан в 1966 году. Долгие годы он поддерживал многих молодых исследователей и новые темы. В 1968 году доктор Бетти Стайнер, психиатр, работающая со взрослыми пациентами, предложила учредить клинику гендерной идентичности для взрослых, которая действует до сих пор. В настоящее время ею руководят психиатр, доктор Роберт Дикки, и психолог, доктор Рэй Бланчард (Steiner, 1985a;

Steiner, Zajac, & Mohr, 1974)¹. В рамках программы медицинского страхования провинции Онтарио клиника гендерной идентичности для взрослых получила полномочия изучать взрослых пациентов с гендерными расстройствами и рекомендовать им при необходимости гормональные и хирургические средства для коррекции пола, которые полностью покрываются страховкой.

Со второй половины 1970-х клиника, созданная для взрослых, начала обслуживать и детей. Доктор Стайнер поинтересовалась у руководителя детской и подростковой службы доктора Гордона Уорма, не захочет ли кто-то из его сотрудников изучать юных пациентов, и многопрофильная группа Сьюзен Брэдли выразила желание этим заняться. В результате возникло отделение, позднее развившееся в активно работающую Клинику детской и подростковой гендерной идентичности (Bradley et al., 1978), которую возглавляет Цукер. На протяжении минувших лет наша работа была поддержана многими коллегами, включая таких специалистов, как Фреда Мартин, Джозеф Бейчман, Фред Лоуи, Вивиан Ракофф, Пол Гарфинкел, Кристофер Уэбстер и Брюс Фергюсон. Мы благодарны им за сотрудничество.

Мы также хотели бы поблагодарить тех наших многочисленных коллег-практиков, которые своей профессиональной работой и неформальными беседами с нами значительно обогатили наши представления о различных видах психосексуального поведения и их расстройствах. Вот имена этих коллег: Дж. Майкл Бейли, Майкл Дж. Баум, Рэй Бланчард, Сьюзен Коутс, Анке А. Эрхарт, Беверли Фэгот, Курт Фройнд, Ричард Фридмен, Брайен Глэдью, Льюис Гурен, Ричард Грин, Мелисса Хайнс, Стивен Ливайн, Хайно Майер-Бальбург, Джон Мани, покойный Роберт Столлер и Ким Уоллен. Разумеется, не следует считать их ответственными за содержание нашей книги, однако мы полагаем, что их вклад, как прямой, так и косвенный, должен быть оценен. Мы также хотели бы поблагодарить профессора Майер-Бальбурга за то, что он просмотрел весь этот том и высказал ряд полезных замечаний, как всегда, отличающихся чрезвычайным остроумием.

Наша благодарность распространяется и на коллег, сотрудничающих с нами в Торонто, которые помогли сформулировать многие идеи данной книги и охотно работали как врачи-психиатры

¹ Здесь и далее в круглых скобках указаны фамилии авторов и (или) годы изданий тех книг и (или) статей, полное библиографическое описание которых дано в «Списке литературы» в конце книги.

со многими детьми и их семьями. Назовем имена этих коллег: Клэр Лоури Салливан (наша ближайшая сотрудница на протяжении нескольких лет), Марино Баттиджелли, Мария Беккер, Алан Бейтель, Андреа Биркенфельд-Адамс, Мириам Бирн, Клаудиа Кошински-Клипшэм, Роберт Деринг, Джоанна Финеган, Синтия Герцман, Джои Глэддинг, Джереми Хармен, Сэм Изенберг, Мира Куксис, Джоди Лозински, Салли Мэннинг, Клаус Минде, Фэй Мишна, Джанет Митчелл, Арнольд Рубинштейн, Дэвид Сакин, Стивен Сибалис, Рут Стинцингер, Костас Тироволас и Род Вахсмут. Наконец, заслуживают благодарности Кэти Спег, проявившая большое мастерство при компьютерной верстке данной книги, Лори Ботнер, показавшая высокий профессионализм при обработке данных, Пьеро Фаццини, в совершенстве овладевший компьютерной программой Harvard Graphics, и Уилма Аранья, оказавшая нам большую помощь при компьютерном наборе отдельных частей рукописи.

При подготовке данной книги Цукер написал черновые варианты глав 1–7 и 9–10, а Брэдли — черновики глав 8 и 11–13.

Некоторые наши исследования, изложенные в книге, были поддержаны грантами благотворительных фондов «Соног» Sonog Foundation и «Лейдлоу», Фонда Декана при Университете Торонто, а также Исследовательского фонда при Психиатрическом институте Кларка.

*Кеннет Дж. Цукер,
Сьюзен Дж. Брэдли.*

Глава 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее исследование посвящено расстройствам гендерной идентичности и психосексуальным проблемам у детей и подростков. Книгу можно разделить на две части: в первой рассматриваются проблемы гендерной идентичности у детей, а во второй — психосексуальные проблемы подростков, связанные с расстройствами их гендерной идентичности. Вообще же, наша более широкая задача заключалась в том, чтобы представить читателю аналитический обзор медицинской и психологической научной литературы, существующей в этой области.

Изучение психосексуального развития и связанных с ним проблем требует серьезного междисциплинарного подхода. Для всех должно стать очевидным, что результаты, достигнутые в этой области знания, стали возможны благодаря множеству дисциплин, развивающихся на стыке биологических и социальных наук. Понимание клинических явлений, которые мы исследуем в данной книге, будет облегчено знаниями о нормальном психосексуальном развитии (см.: Hines, 1982). И поэтому мы всеми силами поддерживаем основополагающую для психологии развития и возрастной психиатрии аксиому, что знания о нормальном и нетипичном развитии взаимно обогащают друг друга и являются, если можно так выразиться, двумя сторонами одной медали (Cicchetti, 1984, 1993; Sroufe & Rutter, 1984). Конечно, эта идея не столь нова, и ею уже давно руководствуются все исследователи — как медики и биологи, так и психологи. В частности, если говорить о сексологии, то можно вспомнить замечание Фрейда (Freud, 1905/1953) об истоках гомосексуальности: «Психоаналитическое исследование

самым решительным образом противостоит любым попыткам отделить гомосексуальных людей от остального человечества... С точки зрения психоанализа, исключительный сексуальный интерес мужчин к женщинам *тоже представляет собой проблему, требующую объяснения, а вовсе не является самоочевидным фактом*» (с. 145–146, курсив наш) [1].

В вводной главе мы предложим читателю краткий обзор некоторых ключевых терминов, небольшой исторический очерк, а также расскажем о цели настоящей монографии.

Терминология

Изучение психосексуального развития и связанных с ним проблем требует, в первую очередь, знакомства с основной терминологией. Для профессионалов, работающих в сфере клинической сексологии или изучающих нормальное психосексуальное развитие, терминология эта будет хорошо знакома; для профессионалов, чьи основные научные интересы лежат в другой сфере, знание терминологии будет полезно, по крайней мере, как основа для осмысления различных аспектов разграничения психосексуальных типов.

Пол

В современной сексологии термин «пол» относится к характерным признакам, вся совокупность которых, как правило, в гармоничном сочетании друг с другом, определяет биологическую мужественность или женственность. У людей перечень самых известных признаков, составляющих биологический пол, включает в себя: гены, определяющие пол; половые хромосомы; H-Y-антиген, определяющий пол; половые железы; половые гормоны; внутреннюю репродуктивную систему и внешние половые органы (Money & Ehrhardt, 1972; Olsen, 1992). Люди с различными типами физических нарушений формирования пола (именуемыми также «истинным гермафродитизмом» и «ложным гермафродитизмом») демонстрируют хотя бы один тип аномалии указанных биологических параметров (см. об этом: Imperato-McGinley, 1983; Money, 1994a; Money & Ehrhardt, 1972; Shearman, 1982).

Гендерная идентичность, гендерная роль и сексуальная ориентация

Несмотря на естественные профессиональные разногласия ученых относительно внешних (поведенческих) и внутренних (органических) определителей психосексуальности, многие современные исследователи принимают за основу как минимум трехчастную модель, составляющие которой обозначаются терминами *гендерная идентичность*, *гендерная роль* и *сексуальная ориентация*.

Ученые и врачи-практики со все возрастающей частотой использовали эти термины уже в 1960-е годы (см.: Money, 1973, 1994b). Первоначально, однако, все три составляющие этой модели относились к понятию «гендерная роль», введенному Джоном Мани (Money, 1955) и определяемому как «все, что говорит или делает данная личность, чтобы проявлять себя как имеющего (имеющую) статус мальчика или мужчины, девочки или женщины соответственно. Это включает в себя сексуальность в эротическом смысле, но не сводится к ней» (р. 254).

В 1960-е и 1970-е годы понятие «гендерная роль» распалось на три указанные выше принципиально различные составляющие (см. об этом, например: Fagot & Leinbach, 1985; Money, 1985; Rosen & Rekers, 1980). *Гендерную идентичность* стали отличать от гендерной роли сразу несколько ученых. Так, например, Роберт Столлер (Stoller, 1964a, 1964b, 1965, 1968a) использовал для объяснения развивающегося у малолетнего ребенка «основополагающего чувства принадлежности к одному из двух полов» несколько иной термин — *глубинная гендерная идентичность* (core gender identity) (1964a, p. 453). Психологи, специализирующиеся на когнитивном развитии (например: Kohlberg, 1966), стали использовать термин «гендерная идентичность» для указания прежде всего на то, что ребенок может четко отличить мужчин от женщин и правильно определить собственный гендерный статус: подобная задача рассматривается некоторыми исследователями как «первый этап» в развитии «гендерной устойчивости», конечным этапом которой является осознание гендерной неизменности (см., например: Eaton & Von Bargen, 1981; Kohlberg, 1966).

Однако осознание ребенком своей гендерной идентичности — это не только когнитивный этап, оно имеет очень важное эмоциональное значение. Для многих детей понимание того, что они относятся к мужскому или женскому полу, — это крайне

серьезная вещь. Когда мы работали с «нормальными» детьми дошкольного возраста и помогали им решать психологические задачи, связанные с гендерной устойчивостью (см. об этом: Slaby & Frey, 1975), то мы заметили, что некоторым детям наши вопросы, не являются ли они представителями противоположного пола, казались чрезвычайно смешными. Других детей подобные вопросы оскорбляли и сердили! Как уже заметили Фэгот и Лейнбах (Fagot & Leinbach, 1989), большинство специалистов в психологии развития долгое время относились к роли эмоциональной составляющей в раннем формировании гендерной идентичности с некоторым пренебрежением. И, напротив, для психиатров-практиков эмоциональная сторона всегда была краеугольным камнем размышлений об этом предмете. Например, термин «гендерная дисфория» со все возрастающей регулярностью использовался для описания пациентов, особенно взрослых, которые чувствуют себя настолько несчастными из-за своего биологического пола (мужского или женского), что они добиваются его изменения путем хирургической операции (Fisk, 1973). Детские психиатры также отмечали важность эмоций, сопровождающих развитие ранней гендерной идентичности (например: Green, 1974; Money, 1968; Stoller, 1965, 1968b).

Термин «гендерная роль» в настоящее время имеет более узкое значение, чем изначально у Джона Мани (Money, 1955). Многие, особенно специалисты по психологии развития, используют его при описании поведения, жизненных установок и личностных черт, которые в данном конкретном обществе, историческом периоде и культурной среде считаются «мужскими» или «женскими», то есть более «подходящими» для типично мужской или женской социальной роли (Huston, 1983). У малолетних детей поведение, соответствующее той или иной гендерной роли, включает в себя ряд легко наблюдаемых явлений, в том числе предпочтение дружеских связей с детьми своего или противоположного пола, выбор фантастического персонажа для исполнения его роли во время игр, интерес к определенным игрушкам, выбор маскарадных костюмов, интерес к групповым играм, похожим на драку. У детей более старшего возраста гендерная роль определялась методом сравнения личностных качеств ребенка и стереотипных представлений о мужественности или женственности (см., например: Absi-Semaan, Crombie, & Freeman, 1993; Alpert-Gillis & Connell, 1989; Hall & Halberstadt, 1980).

Такой метод определения гендерных ролей подразумевает, что они совершенно произвольны и социальны по своей природе. Однако исследователи, работающие в этой области, не всегда разделяют подобный взгляд. Идея о полной произвольности гендерной роли ярче всего звучит в трудах тех ученых, кто относит понятие пола целиком к биологии, а понятие гендера — к социальным наукам (критику такого разделения понятий см.: Maccoby, 1988; Money, 1985; Unger, 1979; о недавних спорах на эту тему см.: Deaux, 1993; Gentile, 1993; Unger & Crawford, 1993). У низших животных определенные поведенческие типы, связанные с их «гендерной ролью», демонстрирующие количественные половые различия (например, игры, похожие на драку, в которых чаще участвуют самцы), возникают под влиянием биологических переменных величин, таких как пренатальные половые гормоны (см., например: Gerall, Moltz, & Ward, 1992; Reinisch, Rosenblum, & Sanders, 1987). Если учесть фенотипическое сходство этих особенностей поведения животных с некоторыми видами поведения людей, связанными с их гендерной ролью, то это может стать серьезным доводом против чисто социального анализа причин таких поведенческих типов (Kenrick, 1987; Money, 1987a, 1988). Как результат, некоторые теоретики используют термины «типичное для данного пола» (*sex-typical*), «проявляющее половой диморфизм» (*sex-dimorphic*) и «характерное для данного пола» (*sex-typed*) для описания половых различий в поведении, поскольку подобные термины более нейтральны в отношении предполагаемых причин рассматриваемых видов поведения. Однако их использование влечет за собой некоторый риск включения в эти понятия таких поведенческих явлений, которые очень слабо соотносятся со смыслом термина «гендерная роль», принятым в психологии, социологии и антропологии. Например, общепринято мнение, что среди дошкольников именно девочки чаще увлекаются рисованием, лепкой или другими художественными занятиями (Fagot, 1977, 1978), однако совсем не очевидно, что в культуре вообще такие формы поведения считаются «женскими».

Рассмотрения требует еще один оттенок смысла, касающийся термина «гендерная роль». Некоторые специалисты по психологии развития разграничивают, с одной стороны, гендерно-ролевые предпочтения, наблюдаемые у детей или высказываемые ими, а с другой стороны, их знания (или стереотипы), касающиеся

гендерных ролей. Такое разграничение, действительно, заслуживает внимания. Например, очевидно, что когда дети становятся старше, они более гибко и не так однозначно относятся к тем видам поведения, которые считаются проявлениями мужской или женской социальной роли. Так, например, дети более старшего возраста охотнее согласятся с участием как мальчиков, так и девочек в определенных видах деятельности или с их способностью работать в той или иной профессиональной сфере (например, что они могут быть врачом, санитаром или медсестрой). В настоящее время детские гендерно-ролевые предпочтения пока еще остаются значительно сильнее связаны с половым диморфизмом на протяжении всего периода взросления. И в этом проявляется влияние тех особенностей психики, из-за которых происходит разрыв между сознанием и аффектом (см., например: Katz & Boswell, 1986; Liben & Signorella, 1987; Serbin, Powlishta, & Gulko, 1993).

Наконец, *сексуальная ориентация* определяется как восприимчивость личности к определенным сексуальным возбудителям. Самым очевидным мерилор ориентации является пол сексуального партнера. В зависимости от класса возбудителей ориентация определяется как гетеросексуальная, бисексуальная или гомосексуальная. В современной сексологии распознать сексуальную ориентацию позволяют психофизиологические технологии, такие как плетизмография пениса и вагинальная фотоплетизмография (см., например: Freund, 1963, 1977; Langevin, 1983; Rosen & Beck, 1988); в то же время все большее распространение получают такие методики, как структурированные серии психологических бесед, особенно когда опрашиваемые не имеют побудительных причин скрывать свою сексуальную ориентацию.

Очень важно разграничить понятия *сексуальная ориентация* и *сексуальная идентичность*. Например, некто может реагировать в основном на гомосексуальные возбудители, но при этом не считать себя в силу каких-то причин гомосексуальным. Социологи (особенно представители школ «социальных сценариев» и «социального конструкционизма») сильнее остальных настаивали на употреблении именно термина «сексуальная идентичность», доказывая, что включение сексуальной ориентации в самоопределение личности произошло сравнительно недавно, это явление изменчиво, зависит от местных культурных особенностей и является результатом сложного взаимодействия социоисторических событий

(см. об этом: Boswell, 1982–1983, 1990; Chauncey, 1994; Epstein, 1987, 1991; Escoffier, 1985; Gagnon, 1990; Gagnon & Simon, 1973; Greenberg, 1989; Interdisciplinary Centre for the Study of Science, Society, and Religion, 1989; McIntosh, 1968; Weeks, 1985, 1991). Например, некоторые историки указывают на то, что слово «гомосексуал» впервые было употреблено как существительное лишь в середине XIX века, а изобрел его немецкий журналист Карл Мария Кертбени (при рождении носивший фамилию Бенкерт), впервые использовавший этот термин в 1869 году (Bullough, 1990; Herzer, 1985). Антропологи, такие как Гилберт Хердт (Herdt, 1980, 1981, 1984, 1990a), описывавшие ритуальное, структурированное по возрасту, гомосексуальное поведение в незападных культурах, замечали, что это поведение вовсе не связано с гомосексуальной идентичностью, но скорее представляет собой «обряд перехода» на пути к взрослой и зрелой гетеросексуальности. А в современной западной культуре существует немало людей (например, женатых мужчин), которых чаще возбуждают представители их пола (или даже только они), но в то же время эти люди не считают себя гомосексуалами или «геями» (см. об этом, например: Ross, 1983) [2]. Кроме того, есть немало людей, вовлеченных в активное гомосексуальное поведение, для которых, однако, гомосексуальные возбудители вовсе не являются основными и предпочтительными, либо же они не рассматривают себя как «настоящих» гомосексуалов (например, это юноши-подростки, вступающие в сексуальные связи с мужчинами за деньги).

В связи с понятием сексуальной ориентации нуждаются в рассмотрении также различные *парафилии* (где «пара-» — приставка, обозначающая нечто ненормальное, из ряда вон выходящее, а «филия» — необычно сильное влечение или привязанность) (см.: Money, 1984, 1986a). Например, возраст тех, к кому личность испытывает влечение, очень важен для определения того, дополняется ли сексуальная ориентация человека каким-либо необычным возрастным предпочтением, как в случае с педофилией (влечением к неполовозрелым детям) и гебефилией (влечением к половозрелым подросткам, обычно 11–14 лет), независимо от того, является ли его «основополагающая» ориентация гетеросексуальной или гомосексуальной (см., например: Freund, Watson, & Rienzo, 1989). В данной монографии мы рассмотрим одну специфическую парафилию — фетишистский трансвестизм: будет описано его зарождение в подростковом возрасте.

Термин «трансвестизм» означает буквально ношение одежды противоположного пола (Hirschfeld, 1910). В недавнем прошлом в медицинской литературе, посвященной взрослым пациентам, практикующие врачи употребляли термин *трансвестизм* в разных значениях (см., например: Housden, 1965; Lukianowicz, 1959, 1962; Randell, 1959), и поэтому без детального рассмотрения каждого отдельного случая зачастую трудно понять, кем являлся описываемый пациент в современном понимании: *транссексуалом* (то есть человеком, считающим себя представителем противоположного пола и желающим, чтобы другие воспринимали его так же, и потому стремящимся к гормональному или хирургическому изменению пола, если таковое доступно), либо *гетеросексуальным трансвеститом* (то есть носящим одежду противоположного пола, как правило, с целью достижения сексуального возбуждения), или же, наконец, *гомосексуальным трансвеститом*, или просто *drag queen* (то есть комедийным актером, переодетым женщиной) (Person & Ovesey, 1984). Кроме того, термин «трансвестизм» употреблялся для обозначения таких действий маленьких детей, которые являются первыми признаками межгендерного поведения, свидетельствующего, что человек ясно осознает себя представителем противоположного пола, вплоть до желания сменить пол, даже если собственно переодевание в одежду другого пола никак не связано с сексуальным возбуждением (см., например: Bakwin, 1960). В современной сексологии общепринято относить трансвестизм к биологическим мужчинам, одевающимся как женщины, поскольку такие действия вызывают у них сексуальное возбуждение (см., например: Blanchard, 1991; Ovesey & Person, 1976; Person & Ovesey, 1978; Stoller, 1971), и именно в таком значении этот термин употребляется в данной монографии [3].

Немного об истории вопроса

Хотя основная масса европейской сексологической литературы раннего периода посвящена гомосексуальности взрослых, парафилиям и мнимым проблемам половой функции (например, мастурбации), встречающиеся там иногда рассказы взрослых пациентов описывают их борьбу с чувством глубокого внутреннего дискомфорта, связанного с тем, что мы сегодня называем гендерной идентичностью [4].

Важнейшие вехи в историческом развитии этого вопроса подытожили два современных исследователя — Хёниг (Hoenig, 1982, 1985a) и Буллоу (Bullough, 1987b). Первое описание транссексуальности считается заслугой Франкеля (Frankel, 1853). Следом за ним Карл Вестфаль (Westphal, 1869) ввел термин «противоположное половое самосознание» (Konträre Sexualempfindung); в некоторых случаях этот термин служил для обозначения всей совокупности явлений, относящихся к противоположной гендерной идентичности, однако гораздо чаще он использовался при описании гомосексуального влечения (Moll, 1891). Один из ближайших сотрудников Зигмунда Фрейда Шандор Ференци (Ferenczi, 1914/1980) использовал словосочетание «субъект-гомоэротик» для описания мужчин, которые ощущали себя женщинами, что проявлялось и в их поведении. Характерные примеры транссексуалов были приведены в фундаментальных научных трудах Рихарда Крафт-Эбинга (Krafft-Ebing, 1886), Магнуса Хиршфельда (Hirschfeld, 1910) и Хэвлока Эллиса (Ellis, 1910/1936).

Хиршфельд (Hirschfeld, 1923) ввел термин «транссексуальность», затем преобразенный в работах Дэвида Оливера Колдвелла (Cauldwell, 1949) в «психопатию транссексуальности». Термин Хиршфельда стал популярен благодаря Гарри Бенджамину (Benjamin, 1954, 1966), эндокринологу, сыгравшему важнейшую роль в гуманизации больничного ухода за взрослыми пациентами, страдающими *гендерной дисфорией*, то есть расстройством гендерной идентичности (Memorial for Harry Benjamin, 1988). Джон Хёниг (Hoenig, 1982) отмечал, что в перечень предметных рубрик «Сводного медицинского указателя» (Cumulative Index Medicus) термин «транссексуальность» был включен только в 1969 году.

Поворотным моментом в признании транссексуальности как клинического феномена стала история Кристины Йоргенсен, которую обнародовал датский эндокринолог Христиан Гамбургер (Hamburger, 1953; Hamburger, Sturup, & Dahl-Iverson, 1953). Хотя существовали и другие подобные личные истории, и научные доклады на эту тему (см., например: Benjamin, 1954), в том числе рассказ первого в мире пациента, подвергшегося хирургической коррекции пола (Abraham, 1931; Hoyer, 1933; Mühsam, 1921), именно клинический случай Кристины Йоргенсен помог закрепить в массовом сознании представление о том, что недовольство некоторых взрослых людей своей гендерной идентичностью может подтолкнуть их к стремлению коренным образом преобразить собственное тело.

Начиная с 1950-х годов взрослые пациенты, страдающие расстройством гендерной идентичности, превратились в распространенный объект клинической практики и стали основной темой множества научных исследований, в том числе целых монографий (Benjamin, 1966; Blanchard & Steiner, 1990; Bolin, 1987; Devor, 1989; Green & Money, 1969; Kando, 1973; King, 1993; Koranyi, 1980; Lothstein, 1983; Pfäfflin & Junge, 1992; Steiner, 1985b; Stoller, 1975; Tully, 1992; Walinder, 1967; Walters & Ross, 1986). Открылись специализированные клиники для взрослых пациентов с проблемами гендерной идентичности и разработаны стандарты их лечения (Pauly & Edgerton, 1986; Standards of Care, 1985). А в 1980 году Американская психиатрическая ассоциация включила транссексуальность в перечень психических расстройств.

С исторической точки зрения, согласно целому ряду обзорных исследований, желание превратиться в представителя противоположного пола вовсе не новое явление, изобретенное западным обществом XX века (см. об этом: Bullough, 1974, 1975, 1987b; Bullough & Bullough, 1993; De Savitsch, 1958; Green, 1969, 1974; Lothstein, 1983; Nanda, 1990; Sweet & Zwilling, 1993). Такое желание, вопреки утверждениям некоторых критиков, не является и современным социальным конструктом (см.: Billings & Urban, 1982; Birrell & Cole, 1990; Garber, 1989; Irvine, 1990; King, 1984; Raymond, 1979; Risman, 1982; Sulcov, 1973; Yudkin, 1978). Подлинная новизна, скорее всего, заключается лишь в доступности гормональных и хирургических технологий, позволяющих частично преобразить биологический пол в соответствии с ощущаемым психологическим состоянием личности (Hausman, 1992). Безусловно, документирование такого явления, как гендерная дисфория, за последние годы стало значительно более детальным (см. об этом: Bullough & Bullough, 1993; Dekker & van de Pol, 1989; Herdt, 1994; Perry, 1987; Sullivan, 1990). Вдобавок действительность преподносит нам все больше неопровержимых доказательств того, что гендерная дисфория (и, говоря еще шире, межгендерная идентичность, то есть самоидентификация с противоположным полом) у взрослых встречается во многих незападных культурах (см. об этом: Blackwood, 1984; Hauser, 1990; Herdt, 1994; Roscoe, 1991; Ruan & Bullough, 1988; Ruan, Bullough, & Tsai, 1989; Stevenson, 1977; Weinrich, 1976; Whitehead, 1981; Wikan, 1977; Williams, 1986); однако в таких обществах это явление может быть осмыслено совершенно по-другому, и отношение к нему самого человека и его

окружения может быть совсем не таким, как у западных психиатров [5].

Связь между лечением синдрома транссексуальности у взрослых и детской психологией стала очевидна после ряда бесед с пациентами, которые рассказывали о своей предыдущей жизни: очень часто расстройство гендерной идентичности человека или ощущаемое недовольство своим гендером возникало еще в детстве. Подобные сведения упоминались уже в трудах сексологов раннего периода, а именно в описаниях тех случаев из врачебной практики, где они сталкивались с *психосексуальной инверсией*: это еще один предшественник термина «транссексуальность» (см., например: Hirschfeld, 1910/1991, гл. 12).

Однако относительно недавно, всего 35 лет назад, Ричард Грин и Джон Мани (Green & Money, 1960) опубликовали серию из пяти историй мальчиков препубертатного возраста с очевидными признаками межгендерного (то есть свойственного противоположному полу) поведения, которое они называли «несоответствующей гендерной ролью» (*incongruous gender role*). И хотя этому исследованию предшествовали другие описания юных пациентов подобного рода (например: Bakwin & Bakwin, 1953; Bender & Paster, 1941; Friend, Schiddel, Klein, & Dunaeff, 1954; MacDonald, 1938), именно Грин и Мани стали первыми авторами, характеризовавшими такой вид детского поведения в новых таксономических рамках, напрямую предшествующих современным терминам «гендерная идентичность», «гендерная роль» и «сексуальная ориентация» (см. также: Bakwin, 1960; Green & Money, 1961a, 1961b). В конце 1960-х изучение детей-пациентов с выраженным межгендерным поведением было рекомендовано как основная стратегия для понимания развития расстройств гендерной идентичности, а также транссексуальности, в стадии их зарождения (Green, 1968; Stoller, 1968b).

Заметим, что в период, когда появились упомянутые описания клинических случаев детского межгендерного поведения, исследователи связывали последнее скорее с сексуальной ориентацией (с гомосексуальностью), чем с транссексуальностью (ср.: Brown, 1957, 1958) [6]. Возможно, это объяснялось тем, что тогда гораздо больше писали о гомосексуальности, чем о транссексуальности. Да и вообще гомосексуальность распространена среди людей гораздо шире, чем транссексуальность (см. ниже, в гл. 3). Если мы вернемся к трудам ранних сексологов, то увидим, что связь между детским гендерным поведением и последующей сексуальной

ориентацией подростков и взрослых не является неожиданно-стью. Вот, например, что пишет об этом Альберт Молль (Moll, 1907/1919):

«Характерные черты женоподобия (мужской гомосексуальности) и мужеподобия (женской гомосексуальности) проявляются уже в раннем детстве. Выше мы говорили, что мальчик с подобными задатками предпочитает общество своих сверстниц, а не сверстников, что он любит играть в куклы и помогать матери в ее домашних делах. Он охотно принимается за стряпню, шитье, штопку. Он смыслит в женской одежде и может помочь своим сестрам в выборе платья. Напротив, девочка, имеющая предрасположенность к тому, чтобы, повзрослев, выказывать черты мужеподобия, часто посещает игровую площадку, где резвятся мальчики. Такой девочке скучно с куклами, но она страстно увлечена деревянными лошадками, играми в солдат и пиратов» (p. 126).

В современной науке связь между детским гендерным поведением и последующей сексуальной ориентацией отошла на второй план, уступив место связи поведения с транссексуальностью, ведь в конце 1960-х годов последняя привлекла пристальное внимание врачей. Кроме того, преобладание психоаналитического подхода в медицинских суждениях о гомосексуальности на протяжении 1960-х, возможно, привело к пренебрежению другими, незротическими сторонами сексуальной ориентации, то есть аспектами, связанными с личностным развитием, поскольку психоанализ заостряет внимание на предполагаемой психодинамике и влиянии семьи (см., например: Abelow, 1986; Friedman, 1988; Lewes, 1988). Однако, как мы неоднократно подчеркиваем в нашей монографии, именно в последние два десятилетия произошел значительный рывок в изучении связей детского гендерного поведения с последующей сексуальной ориентацией и транссексуальностью.

Цели книги

Два фундаментальных исследования Ричарда Грина (Green, 1974, 1987) уже подытожили современное понимание внутренних конфликтов, связанных с гендерной идентичностью у детей,

особенно у мальчиков. В данной монографии мы хотим познакомить читателя с всесторонним анализом клинической и научной литературы, посвященной детям и подросткам с расстройствами гендерной идентичности и другими психосексуальными проблемами. Раздел, посвященный детям (гл. 2–10), предлагает подробный анализ расстройств гендерной идентичности как у девочек, так и у мальчиков, что включает в себя важнейшую феноменологию, эпидемиологию, диагноз, медицинскую оценку, сопутствующую психопатологию, биологическую и психосоциальную этиологию, клиническую формулировку, лечение, долгосрочное наблюдение. Раздел, посвященный подросткам (гл. 11–13), предлагает сведения о расстройствах гендерной идентичности, трансвеститском фетишизме и гомосексуальности. В оба раздела включено множество материалов из клинической практики авторов; делается попытка объединить описанные случаи с теоретическими разработками, известными нам из обширной литературы по теме, в последние 30 лет весьма пополнившейся. Мы надеемся, что монография вдохновит других исследователей и врачей-практиков продолжить дальнейшую работу по изучению психосексуального развития человечества.

Комментарии

- [1] Если учесть это замечание Фрейда, то вызывают большое удивление недавние слова Нэнси Чодороу (Chodorow, 1992), которая считает, что психоанализ «воспринимает нормальное гетеросексуальное развитие как само собой разумеющееся» (р. 268), а следовательно, не требующее объяснений.
- [2] В последние годы некоторые активисты политической субкультуры, симпатизирующей гомосексуалам, даже самих себя стали называть «квирами» (queer), именно так характеризую свою сексуальную идентичность: тем самым они преобразили грубое оскорбление в положительное определение (Duggan, 1992).
- [3] Роберт Столлер (Stoller, 1982) описал три случая возможного трансвеститского фетишизма у биологических женщин: о первом из них сообщил Эмиль Артур Гатейл (Gutheil, 1930), о втором рассказал один из тех, с кем переписывался Столлер, а третий случай он сам наблюдал в ходе своей психотерапевтической практики.

- [4] Хотя подробный разговор на эту тему увел бы нас за рамки краткого обзора, необходимо заметить, что в настоящее время наблюдается значительный интерес к более общей истории сексологии (см., например: Birken, 1988; Bullough, 1987a, 1994; Chauncey, 1982–1983; Faderman, 1992; Haeberle, 1982; Hansen, 1989; Hoenig, 1977a, 1977b; Hutter, 1993; Johnson, 1973; Martin, 1993; Matlock, 1993; Minton, 1986, 1988; Money, 1976a; Nye, 1989a, 1989b, 1991, 1993; Salessi, 1994). Этот интерес вливается в более широкое научное течение — междисциплинарное исследование истории сексуальности, осуществляемое специалистами по социальной истории и другим гуманитарным наукам (см., например: Abelove, Barale, & Halperin, 1993; Bullough, 1976; Burnham, 1972; Fout, 1990; Halperin, 1989; Padgug, 1979).
- [5] Конечно, то же наблюдение применимо и психическим отклонениям вообще, на что уже давно указывают психиатры и антропологи, научные интересы которых лежат на стыке культуры и психопатологии (см., например: Fabrega, 1975, 1994; Stein, 1993).
- [6] Кроме того, существует несколько ранних медицинских сообщений, относящихся к трансвестизму, например, клиническое исследование Гарри Баквина (Bakwin, 1960), озаглавленное «Трансвестизм у детей». Речь в нем идет о детях с выраженным межгендерным поведением, а вовсе не о переодеваниях, связанных с сексуальным возбуждением. Баквин, скорее всего, использовал термин «трансвестизм» для обозначения того понятия, которое сейчас мы называем «транссексуальностью», хотя это не совсем очевидно. С современной точки зрения, его использование термина «трансвестизм» было неточным, но типичным для того периода. Грин и Мани (Green & Money, 1961a) также писали о связи детского межгендерного поведения и «взрослого женоподобия, включающего гомосексуальность и трансвестизм» (р. 286), но не упоминали транссексуальность. Не совсем ясно, подразумевали ли они под термином «трансвестизм» в том числе то явление, которое мы теперь именуем транссексуальностью. Амбивалентное употребление термина «трансвестизм» до сих пор очень распространено среди психоаналитиков (см., например: Karush, 1993, p. 60).

Глава 2

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ

Девочки и мальчики, которым поставлен диагноз «расстройство гендерной идентичности» на основании описания, данного в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» (DSM-IV; Американская психиатрическая ассоциация, 1994), проявляют целый ряд поведенческих особенностей, указывающих на то, что они относят себя к противоположному полу. Эти особенности поведения включают в себя: 1) заявления о своей половой принадлежности; 2) костюмированные игры; 3) выбор игрушек; 4) ролевые игры; 5) выбор товарищей по играм; 6) особенности моторики и речи; 7) заявления о половой анатомии; 8) вовлеченность в игры, похожие на драку. В целом же наблюдается устойчивое предпочтение форм поведения, типичных для противоположного пола, и отказ от поведения, более характерного для своего пола, либо избегание такого поведения. Отмечаются также признаки дистресса и внутреннего дискомфорта из-за осознания себя мальчиком или девочкой. Поведенческие признаки, характеризующие расстройство гендерной идентичности у детей, наблюдаются все одновременно, а не в отрыве друг от друга. Выявление подобного поведенческого типа имеет клиническое значение, и его распознавание крайне важно для оценки состояния ребенка и постановки диагноза (об этом см. в гл. 4).

Большинство таких поведенческих черт начинает проявляться в дошкольном возрасте (в два-четыре года). Однако в ряде случаев некоторые признаки, в частности переодевание (травестизм), наблюдаются даже раньше двух лет, особенно у мальчиков. У некоторых еще до года развивается явление, которое родители описывают как «одержимость» материнской обувью или одеждой

(иногда это удается зафиксировать на фотографиях или в видеозаписях). Медицинские отчеты часто говорят, что родители начинают проявлять беспокойство, когда чувствуют, что такое поведение уже не похоже на «кратковременный период» (обычная первичная оценка родителей), который ребенок «перерастет» (Stoller, 1967). С точки зрения перспективы развития, подобные поведенческие черты возникают именно в момент, когда у детей начинают наблюдаться и другие, более типичные проявления полового диморфизма (Fagot, 1985a; Huston, 1983).

Проиллюстрируем наши рассуждения двумя клиническими случаями [7], типичными для детей, которых направляют для психиатрического обследования.

Случай из практики 2.1

Макс, 5 лет, с IQ, равным 124, был направлен в клинику по настоятельной просьбе соцработника-психиатра, с которым советовались родители. Макс жил с родителями, относящимися к среднему классу, и с младшей сестрой. В два года родители заметили у сына признаки межгендерного поведения. Когда ему исполнилось три года, они обратились к семейному врачу, которого, очевидно, не слишком обеспокоило поведение пациента.

Макс, худой, бледный, хотя и миловидный, ребенок с прямыми белокурыми волосами, ниспадавшими на лоб, предпочитал компанию девочек, но старался избегать игр, когда те становились слишком шумными и возбужденными. С двухлетнего возраста Макс с удовольствием наряжался как девочка, причем занимался этим и дома, и в детском саду. Его отец заметил, что он очень «изобретателен» в переодеваниях. Макс предпочитал типично девчачьи игрушки (в том числе кукол, изображавших девочек), дамские сумочки и украшения. Родители сообщали, что дома в процессе игры он иногда использует женские «ужимки» и говорит нарочито тонким голоском. Макс избегал коллективных игр, похожих на драку, и отказывался участвовать в игре в тиболле, детской разновидности бейсбола. Начиная с трех лет Макс время от времени выражал желание стать девочкой. Он мочился сидя и при случае старался спрятать свой пенис, прикрывая его мошонкой. Ребенок замечал родителям, что хочет, чтобы пенис «улетел»; вместе с тем родители сообщали, что он «гордился», когда пенис достигал эрекции.

Кроме разнообразных устойчивых проявлений самоотождествления с противоположным полом, Макс был крайне тревожным, нервным и скованным ребенком. По воспоминаниям родителей, еще младенцем он с неприязнью относился к чрезмерно подвижным и энергичным играм и громким шумам, а также крайне отрицательно воспринимал посторонних людей. Он всегда плохо спал и часто требовал, чтобы перед сном его накрывали несколькими слоями одежды (например, надевали на него несколько пар носков). К моменту обследования Макс испытывал выраженную тревогу, если оказывался в новых обстоятельствах, таких как школа или незнакомая компания. В период обследования в клинике Макс отказывался разлучаться с родителями и беседовать с врачом с глазу на глаз. Он был крайне скрытен при ответах на вопросы; например, признался, что ему снятся «ужасные» сны, но не мог рассказать их содержание. Когда Макса привели в кабинет психологического тестирования, вначале он отчаянно бросился к матери и заплакал. Оставшись наедине с женщиной-психологом, ребенок успокоился; но при этом в течение всего дня многократно требовал присутствия матери, чтобы та подтверждала его ответы.

Случай из практики 2.2

Салли, 6 лет, с IQ, равным 125, была направлена в клинику по просьбе матери. Родители девочки относились к рабочему классу. Развитие полового самоотождествления дочери стало беспокоить мать еще два года назад, но семейный педиатр не разделял ее тревоги. В конце концов, мать Салли обратилась за помощью к собственному лечащему врачу, который и направил ее к нам. Хотя отец Салли присутствовал при обследовании дочери, его гораздо меньше тревожило ее поведение, поскольку он считал его лишь «кратковременным периодом» в развитии.

При первой встрече Салли была одета в черные тренировочные брюки и легкую спортивную куртку того же цвета. В течение первого часа беседы она закрывала голову капюшоном куртки, так что ее лицо невозможно было разглядеть. Затем девочка опустила капюшон, легла на пол и начала безостановочно грызть ногти. Когда она обнажила голову, стало заметно, что ее волосы коротко острижены так, как в современной культуре считается типичным скорее для мальчиков, чем для девочек. По волосам и одежде посторонний наблюдатель мог принять ее за мальчика.

Мать Салли заметила, что в возрасте около трех лет дочь начала испытывать стойкое отвращение к одежде, считающейся типично женской, например, к платьям. Всякий раз, когда Салли просили надеть платье, ребенка охватывал внезапный приступ гнева. Кроме того, она настаивала (очень упорно, по мнению родителей), чтобы ее волосы были острижены как у мальчика.

Во время обследования Салли предпочитала играть с мальчиками, соглашалась играть только типично мальчишескими игрушками, всегда выбирала мужскую роль в фантазийных представлениях, увлекалась подвижными и азартными видами спорта, которые считаются типично мужскими — такими как хоккей. Ее движения зачастую приобретали нарочито мужской стиль, хотя речевые характеристики, например, высота голоса, оставались девичьими. Она была одержима желанием стать мальчиком. Салли сообщила матери, что ее сверстники-мальчики рассказали ей о «машине», способной изменить половую принадлежность человека, и заявила, что, в случае если родители откажутся выполнять ее требование, она сделает себе «операцию», когда достигнет «25 лет».

Помимо самоидентификации с противоположным полом, Салли выглядела как напряженный, скованный и тревожный ребенок. Точно так же Салли описал ее учитель, добавив, что она молчалива и редко заговаривает сама. Во время беседы с врачами выяснилось, что уже в три года Салли очень завидовала старшему брату, которому тогда было 10 лет. Родители сообщили, что по соседству с ними жило еще несколько детей ее возраста, и между Салли и старшим братом не прекращался конфликт из-за того, что брат не позволял ей присоединяться к «мужским» играм, в которых участвовали он и его друзья-мальчики. В ходе бесед со специалистами с глазу на глаз Салли упомянула, что ей хочется стать сильной, а когда беседовавший с ней психолог предложил сыграть в куклы, девочка с удовольствием «сбросила со скалы» куклу, изображавшую ее старшего брата. Она предпочитала молчать, но утвердительными кивками указывала на то, что зачастую ощущает беспричинный испуг и надеется, что превращение в мальчика сделает ее сильнее.

Во время беседы с участием родителей Салли не выказывала особенной привязанности к кому-то из них. Она редко смотрела на мать и никогда не обращалась к ней для телесного контакта. Под конец беседы Салли уселась на колени к отцу, но сделала

это спокойно и даже холодно. Оба родителя отметили, что дома дочь склонна не обращать внимания на их обычные требования, хотя они не чувствуют, чтобы это было проявлением злого непослушания.

Ниже мы подробнее опишем перечисленные клинические признаки расстройства гендерной идентичности у детей (другие исследования по теме: Coates, 1985; Green, 1974, 1987, 1994a; Stoller, 1968b; Zucker & Green, 1993; Zuger, 1966).

Заявления о половой принадлежности

Некоторые дети еще до наступления школьного возраста начинают решительно заявлять, что на самом деле принадлежат к противоположному полу, и, вопреки всем попыткам их исправить, упрямо придерживаются этого мнения. С клинической точки зрения не всегда ясно, допустили ли эти дети простую понятийную ошибку в обозначении своей гендерной принадлежности либо имеет место сознательное отстаивание своего убеждения. Еще большее число детей знает — является мальчиком или девочкой, но хочет стать представителями противоположного пола. Неоднократно выраженное желание превратиться в представителя другого пола является самой частой причиной направления ребенка на клиническое обследование. Еще одна группа детей никогда не говорит о своих желаниях изменить пол, но поведение ясно указывает на то, что такие дети отождествляют себя с противоположным полом, например, так, как в приведенном ниже случае.

Случай из практики 2.3

Мэтью, 8 лет, с IQ, равным 98, был направлен на обследование матерью, обеспокоенной его гендерным развитием. Его родители, принадлежащие к среднему классу, развелись пять лет назад.

В период прохождения обследования Мэтью выказывал следующие особенности поведения: он предпочитал играть с девочками и страшился общества мальчиков; его любимыми игрушками были куклы, изображавшие девочек, такие как Барби и «Детишки с капустной грядки»; он очень любил играть с волосами кукол, как и с волосами матери, и давал понять, что станет

дамским парикмахером, когда вырастет; ему нравилось переодеваться в женские платья, закалывать волосы заколками и так повсюду ходить; в фантазийных представлениях он выбирал только женские роли, его любимой героиней была Чудо-Женщина, чья способность к перевоплощению его очаровывала; Мэтью часто совершал женоподобные жесты и телодвижения; его пугали мальчишеские игры, похожие на драки, и командные виды спорта; время от времени он мочился сидя; по крайней мере однажды обмолвился, что хотел бы избавиться от своих половых органов. Мэтью никогда ясно не высказывался в том духе, что в настоящее время хочет превратиться в девочку, и никогда не намекал на подобное тайное желание. Однако он заявлял, что раньше очень этого хотел: «Когда мне было четыре года, я каждый день хотел быть девочкой». То есть, несмотря на отсутствие открыто высказанного желания стать девочкой, ощущаемого в период исследования, нам кажется очевидным, что Мэтью явно отождествлял себя с противоположным полом. Ведь в его поведении или фантазиях было крайне мало признаков, свидетельствовавших о самоидентификации с мужским полом или об удовлетворенности тем, что он является мальчиком, а не девочкой.

У детей младшего школьного возраста явное желание стать представителем противоположного пола довольно часто исчезает само собой (этот диагностический вопрос подробнее рассматривается в гл. 4). Однако у детей, страдающих более сильной гендерной дисфорией, продолжает проявляться такое желание, и в результате некоторые начинают всерьез размышлять о том, как сменить пол.

Переодевание

Переодевание (травестизм) является одним из наиболее ярких и поразительных признаков того, что человек отождествляет себя с противоположным полом. Заметим, что очень распространено явление, при котором обычные маленькие мальчики носят материнскую одежду, включая туфли на высоких каблуках, платья, бижутерию, а также используют косметику. Например, согласно исследованию Ричарда Грина (Green, 1976), наиболее вероятным временем начала подобных переодеваний можно считать возраст

между двумя и тремя годами, и до шестилетнего возраста так поступает 94 % мальчиков. Привычка переодеваться в женские платья (в том числе вне дома) является неотъемлемой чертой характера многих мальчиков, причем такое поведение вовсе не сводится лишь к играм. Длительный по времени транссексуализм мальчика, наблюдаемый в детском саду или ином дошкольном учреждении, обычно служит причиной обращения к психологам или психиатрам. Характерная черта транссексуализма: мальчику иногда необходимо лечь спать переодетым в женское платье, и он начинает нервничать, если не может раздобыть такую одежду. Некоторые родители сообщают, что когда их сын возвращается домой после уроков, он буквально одержим желанием переодеться женщиной. Даже у тех родителей, которые в целом амбивалентно, а то и положительно, воспринимают необычную гендерную самоидентификацию сына (см. ниже, гл. 7), возникает беспокойство из-за столь выраженных и постоянных проявлений транссексуализма, и с поступлением сына в школу они пытаются ограничить его поведение определенными рамками. В этом случае некоторые мальчики прибегают к «военным хитростям»: изобретают оригинальные костюмы, заворачиваются в полотенца вместо платьев или просто переодеваются в женскую одежду, когда остаются в одиночестве. В период среднего школьного (препубертатного) возраста общий интерес к переодеванию может преобразиться в увлечение образом женщины-кинозвезды или какой-либо другой популярной личности.

Хотя большинство подобных мальчиков носит в общественных местах обычные мужские костюмы, они зачастую предпочитают цвета, которые считаются более подходящими для девочек, например, красный или розовый (Picariello, Greenberg, & Pillemer, 1990). Некоторые мальчики наотрез отказываются носить спортивные рубашки или другие предметы одежды, которые служат признаками мужественности, так же, как типично мужские значки (Бэтмен, Черепашки-ниндзя, Могучие рейнджеры и т. д.). По свидетельствам некоторых родителей, их дети крайне привередливо относятся к выбору костюма, и потому им приходится покупать вещи осматривательно, иначе во время одевания может разгореться нешуточная ссора.

Что же касается девочек, то их подчеркнутый отказ от типично женских платьев происходит в основном из-за конфликта с родителями, особенно с матерями. Подобные девочки предпочитают мужской стиль одежды вовсе не из соображений удобства

(которыми руководствуются, например, девочки, носящие в общественных местах широкие брюки или тренировочные штаны): в данном случае такое поведение объясняется явным дистрессом из-за осознания ребенком своей принадлежности к женскому полу. Некоторые родители сообщают, что когда они по особому случаю (например, для посещения церкви) просят дочерей надеть типично женское платье, то это вызывает у детей резкую вспышку неконтролируемого гнева. Многие подобные девочки требуют, чтобы их стригли как можно короче, вследствие чего они приобретают фенотипический облик, соответствующий мужскому полу. И поэтому значительную часть этой группы окружающие принимают за мальчиков. Например, одну четырехлетнюю девочку, наблюдавшуюся в нашей клинике, из-за ее внешнего вида воспитательница в детском саду посчитала мальчиком. Эта девочка недавно приехала из азиатской страны и еще не говорила по-английски, а воспитательница была европейского происхождения и потому не могла определить пол ребенка только по имени. Воспитательница предположила, что родители просто ошиблись, обозначив ее в регистрационных документах как девочку. Их заверения никак не могли убедить воспитательницу, и та отвела девочку в ванную комнату, «чтобы проверить».

Выбор игрушек и ролевые игры

Многие мальчики, затеяв ролевые игры, изображают женщин, в том числе своих матерей, сестер, а также персонажей из фильмов или книг. Они проявляют интерес к типично девчачьим занятиям и игрушкам, в частности, к куклам, изображающим девочек, таким как Барби или любой другой образ, популярный среди девочек (например, Кимберли и Трини из фильма «Могучие морфы: Рейнджеры силы» — нового телевизионного сериала, пленившего воображение североамериканских детей), но выказывают очень слабый интерес к игрушкам и ролям, которые считаются типично мужскими.

При клиническом обследовании таких детей мы были особенно поражены двумя основными вариантами подобной игры, один из которых в поведении ребенка обычно преобладает.

Первый вариант включает фантазийную самоидентификацию с доброй, положительной, идеализированной героиней, такой

как Русалочка или Белоснежка. При этом мальчики, увлеченные игрой с Барби (или ее разновидностями), тратят уйму времени на расчесывание, одевание и раздевание куклы. Однако мы очень редко заставляли их за игрой в материнскую заботу, например, за укачиванием кукол, изображающих новорожденных младенцев. Хотя мы не посвящали этому вопросу специального исследования, похоже, что мальчики из этой группы увлечены игрой в родительскую опеку значительно слабее, чем девочки. Подтверждением этого служит, например, то, что подобная игра редко наблюдается во время индивидуальной психотерапии.

Второй вариант включает в себя увлечение отрицательными, «злыми» героинями и самоидентификацию с ними. Такими отрицательными персонажами могут быть, например, Злая Ведьма Запада (из книги «Волшебник страны Оз» и одноименного фильма), или Стервелла Де Виль (из «Ста одного далматинца»), или Урсула (из диснеевского мультфильма «Русалочка»).

Рис. 2.1 и 2.2 воспроизводят рисунки мальчиков, отражающих оба описанных типа.

Многие девочки, участвуя в ролевых играх, выбирают мужские роли: например, изображают отцов, братьев либо персонажей из фильмов и книг. Они проявляют интерес к типично мальчишеским занятиям и игрушкам. Зачастую девочки увлекаются фантазийными играми, имитирующими сражения, разбои и прочие насильственные действия, однако сами подобных действий не совершают (в отличие от мальчиков, имеющих стойкую склонность к девиантному поведению). В таких играх подобные девочки чаще всего играют роль защитника. Они проявляют очень слабый интерес к типично девчачьим ролям и игрушкам, включая укачивание кукол, изображающих младенцев. На рис. 2.3 воспроизведен рисунок девочки, отражающий ее увлеченность физической силой и мощью, которые она связывает с мужской социальной ролью, и ее собственное желание стать штангистом.

Выбор товарищей по играм

Большинство подобных мальчиков весьма охотно присоединяется для игр к группам девочек. Такое предпочтение сохраняется и у мальчиков старшего возраста, но при этом они все чаще оказываются в одиночестве, их социальная изоляция усиливается



Рис. 2.1. Рисунок, изображающий девочку, сделанный 8-летним мальчиком с расстройством гендерной идентичности. Обратите внимание на накрашенные ногти на руках, прическу «лошадиный хвост» на макушке, туфли на высоких каблуках.

(см., например: Green, 1976), поскольку у старших детей все сильнее развивается «половое разграничение», то есть группы мальчиков стараются играть отдельно от групп девочек (La Freniere, Strayer, & Gauthier, 1984; Leaper, 1994; Maccoby & Jacklin, 1987). Некоторые же мальчики (меньшинство) постоянно находятся в одиночестве, имеют крайне мало партнеров для игр, и у них вообще нет близких друзей — ни их, ни противоположного пола.

Вообще же отношения таких мальчиков с девочками отличаются разнообразием. У некоторых может завязаться настоящая искренняя дружба с девочками. Другие, как нам кажется, чувствуют, что они могут «держат под контролем» девочек и младших детей: некоторые педиатры-практики описывали такие отношения как «дружбу начальника и подчиненного» (см.,

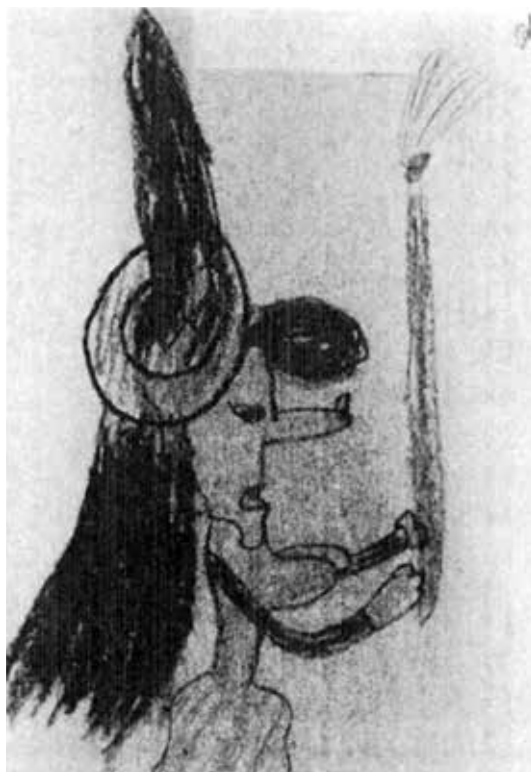


Рис. 2.2. Импровизированный рисунок, изображающий ведьму, сделанный 9-летним мальчиком с расстройством гендерной идентичности. Он внезапно решил нарисовать это, когда рассказывал о своей матери во время беседы с психологом с глазу на глаз.

например: Bakwin, 1968; Zuger, 1966). Коутс, Фридман и Вулф (Coates, Friedman, & Wolfe, 1991) охарактеризовали мальчиков, которые «настаивают на собственных правилах игры, а когда не могут этого добиться, то либо бросают игру, либо впадают в истерику», как «всемогущих» (то есть крайне эгоцентричных) (р. 483). В целом, нам представляется, что мальчики получают из-за своих «девчоночьих» интересов и занятий больше насмешек от девочек, чем от других мальчиков, по крайней мере, в раннем детстве.

Среди таких детей наблюдается стойкое стремление избегать мальчиков как товарищей для игр. Некоторые из них очень опасаются телесных повреждений, которые могут получить, если

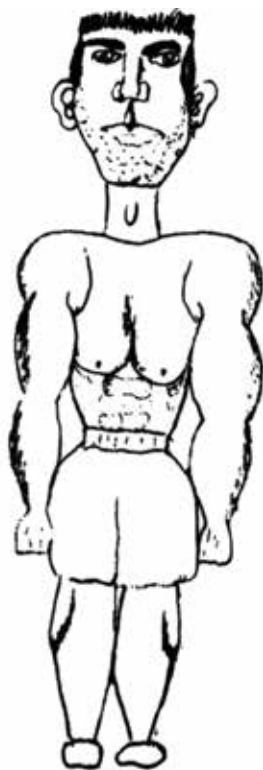


Рис. 2.3. Рисунок, изображающий мужчину, сделанный 11-летней девочкой с расстройством гендерной идентичности, которая хотела стать штангистом, чтобы быть сильной и защищать мать от возможных насильников.

примут участие в играх, похожих на драку. По-видимому, они с трудом отличают подобные игры от настоящих драк, где сопернику действительно хотят сделать больно (см. об этом: Costabile et al., 1991; Pellegrini, 1989; Smith & Boulton, 1990). Поддразнивание со стороны других мальчиков становится особенно заметным в период младшего школьного возраста. Один шестилетний мальчик, наблюдавшийся в нашей клинике, после того как объявил одноклассникам, что на самом деле он является девочкой, судя по всему, подвергался в школе систематическим насмешкам, при этом с ним не хотели общаться ни мальчики, ни девочки. Хорошо известно, что группы мальчиков образуют

устойчивую иерархию подчинения гораздо чаще, чем группы девочек (см., например: Edelman & Omark, 1973). Один мальчик, наблюдавшийся в нашей клинике, был затем помещен в дневной стационар из-за нескольких сопутствующих расстройств поведения. По счастливой случайности он оказался участником исследования, посвященного иерархиям подчиненности в группах сверстников, — и выяснилось, что он занимал там самую низшую ступень (М.М. Konstantareas, personal communication, August 19, 1993; Konstantareas & Homatidis, 1985).

Значительное большинство девочек способно успешно присоединиться для игр к коллективу мальчиков. Хотя представляется, что девочки подвергаются более мягким гонениям из-за интересов, не соответствующих женскому гендеру, создается впечатление, что девочки с ярко выраженной самоидентификацией с мужским полом возбуждают к себе неприязнь. Например, шестилетняя девочка, сменившая свое женское имя на его мужской аналог (оба варианта произносятся одинаково), не была принята ни в мальчишеский, ни в девчачий коллектив своего класса, поскольку все одноклассники жаловались учителю, что они не понимают, кто это на самом деле — мальчик или девочка, что их смущает. Как и у мальчиков подобного типа, у некоторых таких девочек отношения со сверстниками долгое время крайне бедны, у них нет близких друзей ни среди своего, ни среди противоположного пола.

Характер отношений таких девочек со сверстниками-мальчиками может быть разнообразным. У некоторых возникает настоящая искренняя дружба с мальчиками, выросшая из их общих интересов. В младшем школьном возрасте у многих подобных девочек возникает сильное желание соревноваться с мальчиками, но при этом вероятно, они будут исключены из мальчишеских групп, и это породит отчуждение от сверстников. Подобные девочки обычно отвергают предложения дружбы других девочек, отчасти из-за осознания того, что те не разделяют никакие их интересы.

Манера поведения и голос

Некоторые мальчики демонстративно делают типично женские или «женоподобные» телодвижения: например, картинно приподнимают руку, согнутую в локте, и расслабляют запястье,

так что кисть руки как бы обмякает и свисает (см., например: Rekers, Amaro-Plotkin, & Low, 1977; Rekers & Morey, 1989a; Zucker, 1992a). Часто они говорят нарочито тонким голосом, который принимают за девчачий как родители, так и посторонние.

Вот как отец одного семилетнего мальчика (с IQ, равным 115) описывает его поведение:

«Порой его голос и манеры становятся женоподобными, особенно когда он психологически напряжен, а такое с ним бывает часто, поскольку он всегда застенчив... Реагируя на что-либо, он становится женоподобен... Это длится недолго, но это очень женоподобная реакция... Судя по движениям его рук... Я не могу понять, он нарочно вскидывает руку или... или это его естественное поведение... И, кроме того, он закатывает глаза... Все это напоминает какие-то шалости».

Точно так же некоторые девочки совершают типично мужские телодвижения, в частности, намеренно видоизменяют походку (например, идут более широкими шагами) и пытаются говорить более низким голосом, чтобы он звучал как мальчишеский. Однако эти особенности появляются не так часто и регулярно, как некоторые другие поведенческие черты.

Патологическое недовольство своей анатомией

Выражение неприязни к своей половой анатомии пока еще не получило должной оценки исследователей-клиницистов. Поскольку в сознании многих детей, как и взрослых, тема сексуальности связана с рядом психологических запретов, исследования отношения детей к своим половым органам ведутся с переменным успехом (см. об этом: Balk, Dreyfus, & Harris, 1982; Fraley, Nelson, Wolf, & Lozoff, 1991).

Наблюдения показали, что некоторые подобные мальчики предпочитают мочиться сидя; вероятно, эта привычка подпитывает фантазию, что их половые органы женские. Такие мальчики часто отказываются мочиться стоя. Некоторые пытаются спрятать пенис (например, засунув его между сдвинутых ног) и заявляют, что они — девочки. Другие признаки патологического недовольства собственной анатомией включают упорное стремление

имитировать наличие у себя молочных желез, а также высказывания, что они ненавидят свои половые органы. Лесли Лотстайн (Lothstein, 1992) описал несколько примеров «патологического недовольства половыми органами» у мальчиков дошкольного возраста. Так, один мальчик пяти лет говорил: «Когда мой пенис поднимается, я сержусь и злюсь. Я ненавижу его, когда он поднимается. Я хочу отстрелить его ружьем. Я хочу от него избавиться. Я хочу застрелиться и умереть» (р. 95). Однажды этот мальчик попытался отрезать свой пенис, а затем пытался выстрелить в него из отцовского ружья.

Карточка IV из психологического теста, известного как «пятна Роршаха», вызывающая очевидные «фаллические» ассоциации, порой порождает у таких детей своеобразные ответы. Один пятилетний мальчик, наблюдавшийся в нашей клинике, сказал, что он увидел «гигантское чудовище» (D7), а затем указал на одну из частей чернильного пятна (D1) и добавил: «У них есть большая штука, похожая на это, она свисает у них между ног. Что это? Это член... Об этом не очень-то приятно говорить. Это неприличное. Можно сказать «член» тихо, но нельзя произносить это слово громко». Позднее мальчик заметил, что «чудовище» носит высокие каблуки (D2), которые «должны укоротить член». Другие мальчики вообще отказываются объяснять фрагмент D1 («фаллический» выступ на пятне); при этом они выглядят встревоженными, переворачивают карточку, смотрят в другую сторону, возвращают карточку собеседнику-психологу.

У девочек же патологическое недовольство своей анатомией чаще всего выражается в стремлении «отрастить» себе пенис. Одна девочка перед сном засовывала себе в трусы фломастеры Magic Marker. Другая ходила вокруг дома с сосиской, торчащей из ширинки брюк. Третья заявляла, что когда она станет старше, то убьет какого-нибудь мужчину и отрежет его пенис [8]. Четвертую привезли в нашу клинику родители, которые заметили ее попытки отрезать ножницами член брата, а когда девочке это запретили, она очень огорчилась и расстроилась. Пятая, по словам ее родителей, рисовала картинки «с сотнями пенисов» и перед сном молилась богу, чтобы у нее вырос один из них. Наконец, шестая девочка упрямо настаивала, что у нее имеются мужские половые органы, «спрятанные внутри тела», и все попытки родителей разубедить ее оказались тщетны. Когда во время игры в хоккей летящая

шайба случайно ударила ей в живот, девочка прижала ладони к ушибленному месту и закричала: «Ой, мои яички!» Беседы с психологами и тестирования показали, что в действительности девочка знает о своей принадлежности к женскому полу, но при этом ее терзает необоримое желание изменить такое положение. Например, она знает, что на самом деле у нее нет «пениса и яичек, спрятанных внутри тела», но, по ее словам, она уверяет всех в этом, «просто чтобы быть как мальчик».

Девочки более старшего возраста часто бывают охвачены дистрессом, когда узнают о предстоящих изменениях своего тела, связанных с половым созреванием. В среднем школьном (препубертатном) возрасте они часто отказываются ходить на пляже в купальнике, а вместо этого надевают сразу несколько футболок, чтобы скрыть от всех растущую грудь.

Участие в играх, похожих на драку

Мальчикам подобного типа обычно не нравятся игры, похожие на драку, а также состязательные командные виды спорта, как и вообще агрессия в широком смысле: все это вызывает у них явную тревогу. Хотя некоторые психиатры заметили, что такие мальчики двигаются несколько неуклюже (см., например: Bates, Skilbeck, Smith, & Bentler, 1974), однако, как уже сказано, многие такие дети успешно занимаются индивидуальными видами спорта, например плаванием. Некоторые из них пугаются, услышав агрессивную речь, и сами наотрез отказываются произносить бранные слова. Часто они жалуются на других детей, говорящих непристойности, и им становится не по себе, если они попадают в класс к учителю, привыкшему кричать.

В противоположность им, некоторые девочки с удовольствием участвуют в играх, похожих на драку, и, как мы заметили выше, переживают агрессивные фантазии.

Комментарии

- [7] На протяжении всей книги мы следуем рекомендациям Клиффа (Cliff, 1986) относительно соблюдения врачебной тайны при описании клинических случаев.

- [8] Иногда такие фантазии воплощаются в жизнь. Девочка-подросток, страдающая расстройством гендерной идентичности, была направлена на обследование в судебно-психиатрическое отделение нашей клиники после того, как ее обвинили в убийстве. Задолго до этого она играла социальную роль мужчины, и у нее возникли любовные отношения с другой девочкой-подростком. Отец последней заподозрил, что она «ненастоящий парень», и потребовал «доказательств» ее принадлежности к мужскому полу. Тогда девочка соблазнила водителя такси, привела его в свою квартиру, где убила, затем отрезала его пенис и яички и приклеила их к себе с помощью сверхмощного клея Crazy Glue. Ее признали невиновной в связи с психическим заболеванием. Скорее всего, именно это уголовное дело, приковавшее к себе внимание всей местной прессы, вдохновило писательницу Сьюзен Сван на создание образ Пола в романе «Жены из Бата», получившем высокую оценку многих критиков. Впрочем, этот роман — скорее фантастика, чем реалистическое произведение.

Глава 3

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность

Распространенность расстройств гендерной идентичности у детей пока еще систематически не изучена с применением эпидемиологических методов. Тем не менее Майер-Бальбург (Meyer-Bahlburg, 1985) скорее прав, когда характеризует расстройство гендерной идентичности как «редкое явление». Действительно, это психическое отклонение у детей необычно (и сравнимо по распространенности, скажем, с аутизмом) и ни в коей мере не может соперничать с таким достаточно частым расстройством, как склонность к девиантному поведению.

Если мы доверимся оценкам распространенности расстройств гендерной идентичности (транссексуальности) у взрослых, то общее число подобных случаев примерно равняется одному на 24 000–37 000 у мужчин, и одному на 103 000–150 000 у женщин (Meyer-Bahlburg, 1985). Недавно группа исследователей (Bakker, van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993) рассчитала распространенность транссексуальности в Нидерландах, основываясь на количестве пациентов, регулярно проходящих курс лечения гормональными препаратами «с целью изменения пола», в крупнейшей клинике страны, специализирующейся на гендерных проблемах. Итог: 1 на 11 000 у мужчин, и 1 на 30 400 у женщин.

Однако такой подход не может быть универсальным в силу, по крайней мере, трех допущенных ограничений. Во-первых, он исходит из количества пациентов специальных клиник, которые служат для них этапом на пути к хирургической или

гормональной коррекции пола; в таких клиниках вовсе не обязательно должны наблюдаться все граждане, испытывающие проблемы с гендерной самоидентификацией. Во-вторых, предположение, что расстройство гендерной идентичности, наблюдаемое у детей, непременно сохранится у них и во взрослом возрасте, далеко не всегда справедливо (см. ниже, гл. 10). А если мы оцениваем распространенность детских расстройств гендерной идентичности, исходя из данных о транссексуальности взрослых, то тем самым укрепляем представление о редкости этого явления. Наконец, в отличие от взрослых женщин с расстройством гендерной идентичности, которых всегда сексуально привлекают только биологические женщины, взрослых мужчин с аналогичным расстройством, как правило, одинаково привлекают и биологические мужчины, и биологические женщины (см., например: Blanchard, 1985a, 1988, 1989; Blanchard, Clemmensen, & Steiner, 1987) [9]. Взрослые люди с проблемами половой самоидентификации и с гомосексуальной ориентацией очень часто имели в детстве расстройство гендерной идентичности, иногда в скрытой форме. Когда мы оцениваем распространенность детских расстройств гендерной идентичности исходя из распространенности транссексуальности у взрослых мужчин, мы должны принять это во внимание.

Детские расстройства гендерной идентичности напрямую связаны с последующей гомосексуальностью (подробнее мы будем рассуждать об этом в гл. 10). Соответственно, распространенность расстройств гендерной идентичности также может быть определена с помощью анализа литературы, посвященной эпидемиологии гомосексуальности. Однако оценка распространенности гомосексуальности — непростая задача, осложненная множеством проблем, связанных с методологией и интерпретацией. Например, сегодня уже общепризнано, что отдельные гомосексуальные опыты еще не означают гомосексуальной ориентации. Так, самый знаменитый фрагмент «Отчетов Кинси» (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948, p. 623) гласит, что 37 % взрослых мужчин, которых исследователи опрашивали на территории США, в период половозрелой жизни имели хотя бы один гомосексуальный опыт, во время которого достигали оргазма, однако если мы хотим определить распространенность подлинной гомосексуальной ориентации, эти данные не имеют особой ценности (см.: Diamond, 1993a).

Оценки распространенности гомосексуальной ориентации, основанные на других работах, базирующихся на методиках, представленных в «Отчете Кинси» 1948 года, значительно отличаются друг от друга. В исследовании 1990 года (Voeller, 1990) делается вывод, что «если объединить данные о мужчинах и о женщинах, то в среднем 10 % популяции могут быть обозначены как геи [гомосексуалы]» (р. 33, авторский курсив убран). Другие исследователи, проводившие опросы по методике Кинси, предполагают значительно более низкие показатели распространенности гомосексуальности — приблизительно от 2 % до 6 % у мужчин и около 2 % среди женщин (см., например: Diamond, 1993a; Fay, Turner, Klassen, & Gagnon, 1989; Gebhard, 1972; Rogers & Turner, 1991; Whitam & Mathy, 1986). Еще более низкие показатели гомосексуальности, как для мужчин, так и для женщин, вытекают из исследований, посвященных эпидемии СПИДа (Billy, Tanfer, Grady, & Klepinger, 1993; Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994; Leigh, Temple, & Trocky, 1993; Spira, Bajos, & the ACSF Group, 1994; Wellings, Field, Johnson, & Wadsworth, 1994).

Хотя последние сексологические опросы вносят в «Отчеты Кинси» существенные поправки, они еще очень далеки от точного отражения фактической распространенности гомосексуальной ориентации. Ведь до сих пор так и не проведено различие между сексуальными опытами человека в конкретный период времени и в течение всей жизни. Рабочие определения гомосексуального поведения менялись от одного исследования к другому. В основе всех оценок лежали сексуальные связи между людьми, но значительно меньше внимания уделялось фантазиям (например, игре воображения во время мастурбации). А ведь именно оценка сексуальной ориентации в моменты фантазирования очень важна, поскольку некоторые взрослые с гомосексуальными предпочтениями могут не решаться на открытое гомосексуальное поведение в силу целого ряда причин. Досадным обстоятельством остается также проблема отказавшихся от участия в опросе (см. об этом: Fay et al., 1989; Wiederman, 1993). И никто из исследователей, проводящих опросы, даже не пытался сделать поправку на потери среди гомосексуалов в связи с эпидемией СПИДа. Все эти факторы могли способствовать недооценке распространенности гомосексуальной ориентации.

В 1992 году группа исследователей (Remafedi, Resnick, Blum, & Harris, 1992) провела единственный в своем роде опрос на

тему сексуальной ориентации среди 36741 подростка (средний возраст — 15 лет; возрастной диапазон — 12–18 лет; доля ответивших — 69 %). Это была часть большого опроса, касающегося состояния здоровья подростков штата Миннесота (Minnesota Adolescent Health Survey), в который включили несколько пунктов, относящихся к сексуальной ориентации: 1) сексуальные фантазии (мужские образы, женские образы, образы обоих полов); 2) сексуальные опыты любого вида с мужчинами или женщинами; 3) самооценка сексуальной ориентации (от исключительно гомосексуальной или исключительно гетеросексуальной до «неопределенной»); 4) сексуальное влечение; 5) сексуальный интерес.

На первый вопрос 2,2 % юношей и 3,1 % девушек сообщили о своих бисексуальных или гомосексуальных фантазиях. 4,5 % юношей и 5,7 % девушек признались в своих бисексуальных или гомосексуальных чувствах. Однако в пункте о самооценке ориентации только 1,1 % участников опроса определили себя как бисексуалов или гомосексуалов. Исходя из этого, представляется, что подростки охотнее признаются в своих гомосексуальных или бисексуальных чувствах/влечениях, чем определяют себя как «бисексуалов» или «гомосексуалов». Эта особенность уже была отмечена другими исследователями (см., например: Meyer-Bahlburg et al., 1992).

Доля участников опроса, не ответивших на все вопросы (то есть пропустивших те или иные пункты), колеблется от 3,6 % до 7,4 % среди всех возрастных групп. Процент тех, кто «не определился» с сексуальной ориентацией, напрямую зависит от возраста опрашиваемых. Например, 25,9 % от всех 12-летних «не определились», а среди 17-летних таковыми являются лишь 5,0 %.

К сожалению, трудно дать определенное объяснение отсутствию ответов на некоторые вопросы. Например, отказ от ответов о фантазии и влечении мог означать и нежелание сообщать о каких-то необычных, «нестандартных» чувствах, и вообще недостаток опыта сексуального фантазирования или влечения. Вопросы могли быть пропущены, поскольку среди предложенных возможных ответов не было варианта «никаких сексуальных фантазий» или «никакого влечения». Кроме того, в силу самого характера исследования мы не знаем, насколько глубоко опрашиваемые понимали заданные вопросы и верно ли их истолковывали. Чтобы выяснить это, требуется более развернутая и обстоятельная психологическая беседа на сексуальные темы. Наконец, мы

не знаем, как распределены виды сексуальной ориентации среди 31 %, которые отказались отвечать на все вопросы: возможно, там преобладают представители какой-то одной ориентации.

Использование данных о распространенности гомосексуальности среди взрослых для определения распространенности расстройств гендерной идентичности у детей основано на ретроспективных исследованиях, показавших, что значительная часть гомосексуальных мужчин и женщин вспоминают о своем межгендерном (то есть свойственном противоположному полу) поведении в детстве гораздо чаще, чем их гетеросексуальные ровесники (см., например: Bell, Weinberg, & Hammersmith, 1981). Для более основательного количественного анализа ретроспективных исследований, касающихся зависимости сексуальной ориентации взрослых от предыдущего детского поведения, связанного с половыми различиями, Бейли и Цукер (Bailey & Zucker, 1995) провели метаанализ, основанный на 48 отдельных величинах эффекта, взятых из 41 различного источника, из них 32 величины эффекта — для гетеросексуальных мужчин в сравнении с гомосексуальными, а 16 величин эффекта — для гетеросексуальных женщин в сравнении с гомосексуальными. Средние величины эффекта для сравнений сексуальной ориентации у представителей одного пола были достаточно «крупными», если исходить из критериев Коэна (Cohen, 1988): 1,31 для мужчин и 0,96 для женщин, соответственно. На рис. 3.1 и 3.2 изображено частотное распределение объединенных выборок мужчин и женщин соответственно. «Мужское» распределение указывает на то, что 89 % гомосексуальных мужчин превосходят среднюю гетеросексуальную величину и лишь 2 % гетеросексуальных мужчин превосходят среднюю гомосексуальную величину. «Женские» показатели отличаются совсем немного: 81 % гомосексуальных женщин превосходят среднюю гетеросексуальную (женскую) величину, и всего 12 % гетеросексуальных женщин превосходят среднюю гомосексуальную (женскую) величину.

Однако подобные исследования ставят свои собственные интерпретационные проблемы. Например, оценка некоторых особенностей поведения может меняться от одного исследования к другому. Крайне редко встречаются описания надежного способа различения транссексуальной (межгендерной) личности и обычной, не проявляющей межгендерных признаков. Кроме того, как заметил в числе прочих Ричард Фридман (Friedman, 1988),

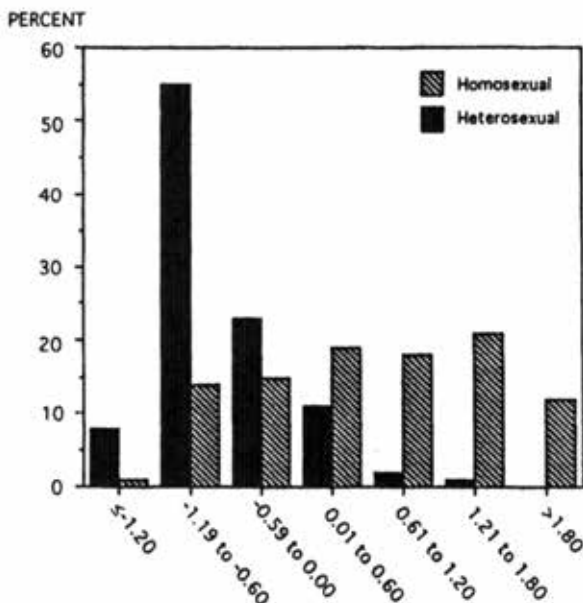


Рис. 3.1. Частотные распределения воспоминаний об особенностях детского поведения, связанных с половыми различиями, для составного распределения гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин. Источник: Baily & Zucker, 1995, р. 48. Авторские права на иллюстрацию принадлежат Американской психологической ассоциации. Перепечатано с разрешения правообладателей.

отдельные люди, отнесенные к числу транссексуальных (межгендерных), совершенно необязательно должны проявлять все признаки, на основании которых ставится диагноз «расстройство гендерной идентичности». Еще предстоит провести действительно серьезное ретроспективно-диагностическое исследование частоты возникновения расстройств гендерной идентичности у гомосексуальных мужчин и женщин (в сравнении с гетеросексуальными мужчинами и женщинами).

Более значимые показатели распространенности расстройств гендерной идентичности могут быть получены благодаря изучению детей, у которых наблюдаются хотя бы некоторые признаки межгендерного поведения (см.: Zucker, 1985, pp. 87–95). Например, Беверли Фэгот (Fagot, 1977) сделала попытку методами статистики выявить детей дошкольного возраста с «умеренным» уровнем

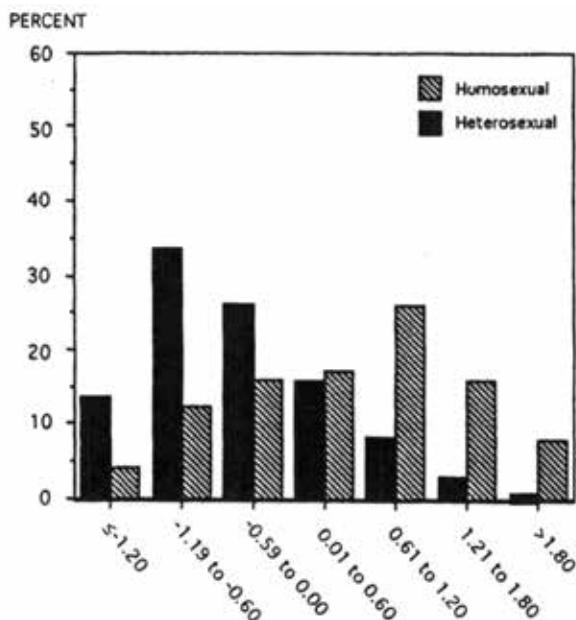


Рис. 3.2. Частотные распределения воспоминаний об особенностях детского поведения, связанных с половыми различиями, для составного распределения гомосексуальных и гетеросексуальных женщин. Источник: Baily & Zucker, 1995, р. 48. Авторские права на иллюстрацию принадлежат Американской психологической ассоциации. Перепечатано с разрешения правообладателей.

межгендерного поведения. Таких детей определяли следующим образом: их склонность к поведению, свойственному противоположному полу, была хотя бы на одно среднее квадратическое отклонение выше, чем в среднем у детей противоположного пола, а склонность к поведению, свойственному их полу, была хотя бы на одно среднее квадратическое отклонение ниже, чем в среднем у детей их пола. В соответствии с этими критериями оценки 7 из 106 мальчиков (то есть 6,6 %) и 5 из 101 девочки (то есть 4,9 %) проявляли умеренное межгендерное поведение.

Другим источником информации, основанном на более широком возрастном диапазоне, является известный «Список вопросов о детском поведении» (Child Behavior Checklist (CBCL); Achenbach & Edelbrock, 1981): это опросник для родителей, касающийся поведенческих проблем у детей, который прекрасно

подходит и для психометрии. Список включает 118 пунктов, два из которых посвящены самоидентификации с противоположным полом: «Ведет себя как ребенок противоположного пола» и «Хочет стать ребенком противоположного пола». При итоговой проверке (см. табл. 3.1) утвердительный ответ на оба вопроса чаще давали родители девочек, чем родители мальчиков, независимо от возраста детей и их клинического статуса (то есть был ребенок направлен на психиатрическое лечение или нет). Среди мальчиков, попавших к психиатрам, желание стать девочкой в возрастной группе четырех — пяти лет (15,5 %) было достаточно высоким, но у детей более старшего возраста резко сокращалось. Среди девочек, направленных к психиатрам, желание превратиться в мальчиков изменялось с возрастом не столь сильно (колебалось между 4,2 % и 8,3 %) и было неизменно выше, чем у девочек, которых никогда не показывали психиатрам.

Хотя в обоих вопросах подчеркнуто разграничиваются клинические (то есть дети, направленные к врачам) и не клинические случаи, по сути, результаты анкет в обеих группах отличаются мало. Оба эти вопроса входят в число пяти пунктов, где это различие минимально. Затем указанное различие вообще посчитали несущественным, поскольку внесли поправки в целый ряд параллельных сравнительных исследований (Achenbach & Edelbrock, 1981, р. 36). Похожие результаты были получены в ходе еще одного опроса родителей (Achenbach, Howell, Quay, & Conners, 1991), который содержит уже три пункта, касающихся самоидентификации с противоположным полом (всего в опроснике 215 пунктов): к двум вышеназванным вопросам, имевшимся в анкете 1981 года, добавлен третий: «Одевается или играет так, как будто он ребенок противоположного пола». Но при этом в новом исследовании утвердительные ответы на два первых вопроса даже более редки, чем в 1981 году, — и это лишь укрепляет общепринятое мнение, что крайняя степень межгендерного поведения встречается достаточно редко.

Главная проблема таких результатов заключается в том, что они не дают адекватной характеристики паттернов межгендерного поведения, которая могла бы быть полезной для выявления новых подобных случаев. И поэтому их скорее можно рассматривать как инструменты, отсеивающие материал для дальнейшего, более тщательного исследования (см.: Pleak, Meyer-Bahlburg,

Таблица 3.1. Процент детей, чьи матери утвердительно ответили на вопросы, касающиеся самоидентификации с противоположным полом, из «Списка вопросов о детском поведении» (Child Behavior Checklist (CBCL))

Group	Age grouping				
	4–5	6–7	8–9	10–11	12–13
Behaves like opposite sex (item 5)					
Boys					
Referred	16.3	11.2	9.5	10.7	2.7
Nonreferred	6.0	5.9	2.7	4.9	0.7
Girls					
Referred	18.6	9.1	14.5	13.1	16.5
Nonreferred	11.8	9.6	11.0	12.5	12.9
Wishes to be of opposite sex (item 110)					
Boys					
Referred	15.5	2.7	5.1	1.1	2.4
Nonreferred	1.3	0.0	0.0	2.3	0.0
Girls					
Referred	6.5	5.8	8.3	7.4	4.2
Nonreferred	5.0	2.6	2.7	1.9	2.7

Использованные термины:

Age grouping — распределение по возрастным группам.

Behaves like opposite sex (item 5) — ведет себя как ребенок противоположного пола (вопрос № 5).

Wishes to be of opposite sex (item 110) — хочет стать ребенком противоположного пола (вопрос № 110).

Boys — мальчики.

Girls — девочки.

Referred — направленный на врачебное обследование (в данном случае — к психиатру).

Nonreferred — не направленный на врачебное обследование.

Примечание: в настоящей таблице данные взяты из анкеты 1981 года (Achenbach & Edelbrock, 1981). Автор опросника Томас Ахенбах в переписке с авторами данной работы 7 декабря 1982 года уточнил некоторые цифры, поскольку в ряде случаев процент был неточен из-за утраты части данных. N = 100 в каждой строчке таблицы.

O'Brien, Bowen, & Morganstein, 1989; Pleak, Sandberg, Hirsch, & Anderson, 1991; Sandberg, Meyer-Bahlburg, Ehrhardt, & Yager, 1993). К сожалению, существующие сегодня теоретические разработки

и инструкции, касающиеся психиатрических диагностических бесед с детьми, не включают в себя достаточное количество вопросов, относящихся к расстройствам гендерной идентичности (Orvaschel, 1989). Однако, по утверждению Дэвида Шэффера (David Shaffer), высказанному в личной беседе с авторами этой работы 4 августа 1994 года, такие вопросы рассматриваются для включения в «полевые исследования» по эпидемиологии в исправленном издании Инструкций по диагностическим беседам с детьми (Shaffer et al., 1993). Таким образом, есть надежда в ближайшем будущем получить новые данные по распространенности расстройств гендерной идентичности.

Частота

Исходя из своего опыта практикующего врача Лесли Лотстайн (Lothstein, 1983) сделал предположение, что многие родители под влиянием современной культуры и «духа времени» не желают применять «сексистские» методы воспитания и их социализации и тем самым невольно усиливают у детей внутренний психологический конфликт, связанный с гендерной идентичностью. Однако мы не располагаем систематизированными данными, касающимися изменений (в большую или меньшую сторону) частоты расстройств гендерной идентичности за последние несколько десятилетий.

Рис. 3.3 показывает число направлений в нашу детскую клинику с 1978 по 1994 годы (и во взрослую клинику — с 1975 по 1977 годы, когда детская клиника еще не была открыта). Можно заметить, что число обращений несколько увеличилось с 1987 по 1994 год, однако определить, связано ли это с увеличением частоты заболеваний, очевидно, невозможно, поскольку выяснять это необходимо эпидемиологическими методами. В настоящее время увеличение числа обращений может просто отражать изменение «местных условий». Например, возможно, наша клиника известнее других, хотя мы никогда особенно активно не искали пациентов. У нас также сложилось впечатление, что обычные практикующие врачи, педиатры и школьные психологи все более внимательно относятся к проблемам гендерной идентичности у детей, отчасти потому, что расстройство гендерной идентичности теперь имеет «официальный» статус

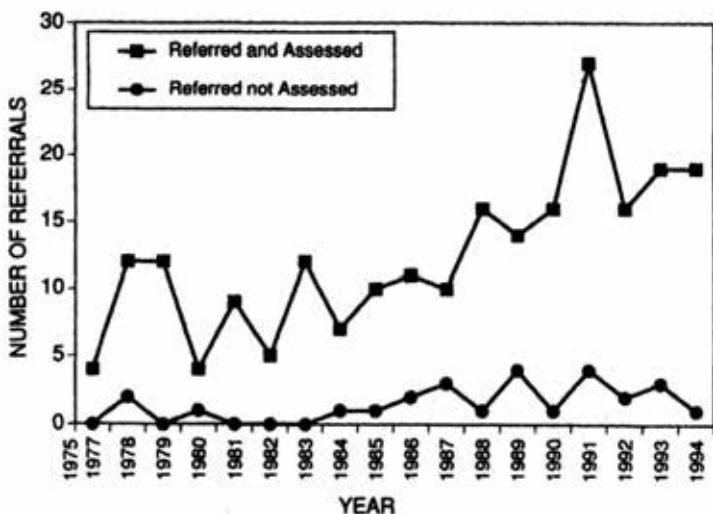


Рис. 3.3. Число детей, ежегодно, с 1975 по 1977 год, направлявшихся в детское отделение клиники гендерной идентичности при Психиатрическом институте Кларка (Торонто, Онтарио), а с 1978 по 1994 год — в детскую и подростковую клинику при Центре изучения семьи и ребенка Психиатрического института Кларка.

Использованные термины:

Number of referrals — число направлений (для обследования в клинике).

Referred and Assessed — направлен и признан нуждающимся в лечении.

Referred not Assessed — направлен и признан не нуждающимся в лечении.

в DSM. Вероятно, на проблемы гендерной идентичности стали обращать больше внимания и родители, учитывая, насколько увеличился поток статей на эту тему в популярных газетах и журналах, в том числе в специальных изданиях. Хотя проблемы, касающиеся долгосрочных психосексуальных последствий (транссексуальность, гомосексуальность), всегда поднимались многими родителями, с которыми мы встречались (о чем мы подробнее расскажем в гл. 4), эти темы, вероятно, приобрели еще большую остроту в связи с эпидемией СПИДа. Однако все это — лишь наши предположения, которые мы пока не пытались проверить эмпирически.

Половые различия в количестве направлений на обследование

Как уже отмечено, мальчиков направляют на обследование в связи с их тревогами из-за своей гендерной идентичности чаще, чем девочек. Это касается как психологических исследований, преследующих исключительно научные цели, так и психиатрического лечения. С момента открытия нашей клиники в 1978 году общее соотношение направленных к нам мальчиков и девочек составляет 6,3:1 ($n = 249$).

Как объяснить такое неравенство? Возможно, психосексуальные расстройства чаще случаются именно у представителей мужского пола из-за их большей биологической уязвимости. Например, давно замечено, что у млекопитающих развитие самцов зависит от выработки мужских половых гормонов (андрогенов) на ранней стадии развития эмбриона. Если андрогенов вырабатывается недостаточно или если клеточные рецепторы не реагируют на движение этих гормонов в крови, то эмбриональное развитие приводит к рождению женских особей даже несмотря на наличие XY половых хромосом. Самой поразительной иллюстрацией такой возможности является синдром нечувствительности к андрогенам (он же синдром тестикулярной феминизации) у генетических мужчин (см., например: Pérez-Palacios, Chávez, Méndez, Imperato-McGinley, & Ulloa-Aguirre, 1987). В связи с этим было высказано предположение, что развитие эмбрионов мужского пола представляет собой более сложный процесс, чем развитие эмбрионов женского пола, и поэтому в нем более вероятны ошибки, которые могут в дальнейшем, после рождения детей, привести к разделению людей на различные психосексуальные типы (см.: Gadpaille, 1972; Money & Ehrhardt, 1972; Stoller, 1972).

Какими бы ни были биологические предпосылки, социальные факторы играют большую роль в неравном соотношении числа мальчиков и девочек, направленных на врачебное обследование. Например, сверстники всегда менее терпимы к межгендерному поведению мальчиков, чем девочек (обзор этого явления сделал один из авторов данной книги в 1985 году: см.: Zucker, 1985), и, вероятно, именно вследствие этого мальчики чаще нуждаются в психологической или даже психиатрической помощи.

В 1995 году группа исследователей (Zucker, Wilson, Kurita, & Stern, 1995) провела оценку детского восприятия клинически значимых форм межгендерного поведения девочек и мальчиков. Иными словами, было исследовано отношение детей к такому набору поведенческих характеристик их сверстников, который позволяет поставить диагноз «расстройство гендерной идентичности». Было придумано пять рассказов, в которых соотношение поведения, свойственного противоположному полу, и поведения, свойственного своему полу, постепенно изменялось, составляя сначала 4:0, затем 3:1, 2:2, 1:3 и, наконец, 0:4. Ученики средней школы, от третьего до шестого класса, прочитали каждый рассказ, а затем ответили на вопросы теста. Предложенный им тест множественного выбора состоял из нескольких вопросов, ответы на которые можно было выбрать из предложенных пяти. Среди вопросов был такой: «Хотел бы ты дружить с главным героем рассказа?» На рис. 3.4 и 3.5 показаны результаты тестов. Первый (рис. 3.4) касался рассказов, где главным героем был мальчик. Мальчикам, участвовавшим в опросе, больше всего нравился герой, чье поведение наиболее соответствует их полу, то есть где коэффициент равен 0:4. С прибавлением какой-либо поведенческой черты, свойственной девочкам (и, соответственно, с уменьшением типично мальчишеского поведения), с главным героем хотели дружить все меньше и меньше. Что касается девочек, участвовавших в опросе, то в целом они проявили относительное равнодушие к предлагаемой дружбе с главным героем каждого рассказа, однако можно усмотреть незначительный рост их симпатии к нему, по мере того как его поведение приобретало все больше девчоночьих черт. При проведении теста, где главным персонажем рассказов была девочка, результаты оказались гораздо менее примечательными (рис. 3.5).

Еще более очевидное доказательство различной реакции на межгендерное поведение мальчиков и девочек представлено в клинических исследованиях Ричарда Грина о «женоподобных мальчиках» и «мужеподобных девочках». В его монографии (Green, 1976) и в работе, написанной совместно с коллегами (Green, Williams, Harper, 1980), приведены родительские оценки отношений между детьми в двух группах сверстников, первая из которых состояла из 55 «женоподобных» мальчиков, а вторая — из 45 мальчиков, чье поведение признано типично

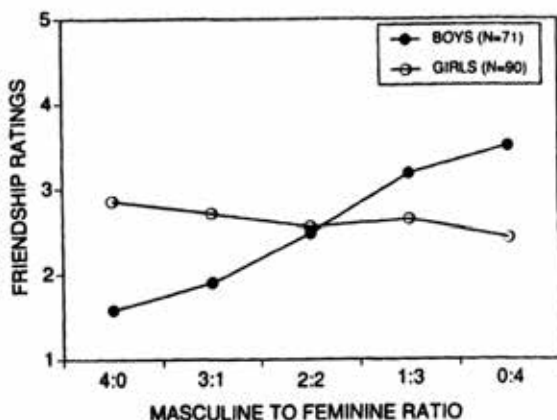


Рис. 3.4. Оценка возможной дружбы с вымышленным сверстником как функция от содержания рассказа и пола оценщика (герой рассказа — мальчик). Источник: Zucker, Wilson, Kurita, & Stern, 1995.

Использованные термины:

Boys — мальчики.

Girls — девочки.

Friendship rating — оценка возможной дружбы (отношение к возможности дружить) с главным героем рассказа.

Masculine to feminine ratio — соотношение мужских (мальчишеских) и женских (девчоночьих) черт поведения героя (женские черты убывают, мужские возрастают).

мальчишеским. Причем первые 55 мальчиков были направлены различными специалистами на психиатрическое освидетельствование и участвовали в более раннем исследовании Ричарда Грина (Green, 1970). В другой опубликованной работе (Green, Williams, & Goodman, 1982) рассмотрены родительские оценки отношений, сложившихся в двух группах сверстниц, первая из которых состояла из 50 «мужеподобных» девочек (то есть девочек с «пацанскими» ухватками), а вторая — из 49 обычных, женственных девочек, привлеченных к исследованию через газетное объявление.

Материнская оценка отношений, сложившихся в этих четырех группах детей одного пола, отображена в табл. 3.2. Бросается в глаза следующая закономерность: обычные, «мужественные» мальчики более способны вступать в устойчивые дружеские отношения со сверстниками, чем «женоподобные» мальчики, особенно если судить по численности такой подгруппы, как

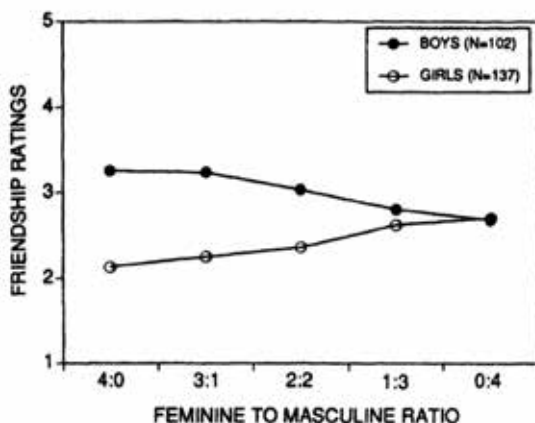


Рис. 3.5. Оценка возможной дружбы с вымышленным сверстником как функция от содержания рассказа и пола оценщика (героиня рассказа — девочка). Источник: Zucker, Wilson, Kurita, & Stern, 1995. И использованные термины:

Boys — мальчики.

Girls — девочки.

Friendship rating — оценка возможной дружбы (отношение к возможности дружить) с главной героиней рассказа.

Feminine to masculine ratio — соотношение женских (девчоночьих) и мужских (мальчишеских) черт поведения героини (женские черты возрастают, мужские убывают).

«общительные дети». (Судя по другим, еще не обработанным данным, собранным Ричардом Грином и проанализированным в еще не опубликованной статье (Zucker, Wilson, Kurita, & Stern, 1995), те «женоподобные» мальчики, которые попали в подгруппу «отвергнутых», были заметно старше, чем «женоподобные» мальчики из трех других подгрупп.)

«Мужеподобные» девочки менее успешно вписывались в группы сверстниц, чем обычные, женственные девочки, хотя эта тенденция не подтверждена анализом родительских оценок (Green, Williams, & Goodman, 1982). Однако из таблицы 3.2 следует, что «мужеподобные» девочки не столь часто отвергались сверстницами, как «женоподобные» мальчики — сверстниками, и гораздо чаще становились лидерами или «общительными детьми». Для верного осмысления этих различий необходимо уточнить, что «мужеподобных» девочек, участвовавших в исследовании,

Таблица 3.2. Мнения матерей об отношениях внутри детских однополых групп, состоящих из «женоподобных» и обычных («мужественных») мальчиков, с одной стороны, и из «мужеподобных» и обычных (женственных) девочек, с другой стороны

Group	Same-sex peer group relations (%)			
	Leader	Good mixer	Voluntary loner	Rejected
Masculine boys (<i>n</i> = 45)	19	70	3	8
Feminine boys (<i>n</i> = 55)	14	29	38	18
Masculine girls (<i>n</i> = 50)	32	44	24	0
Feminine girls (<i>n</i> = 49)	27	63	8	2

Использованные термины:

Same-sex peer group relations (%) — отношения в однополой группе сверстников (в процентах).

Group — группа.

Leader — лидер.

Good mixer — общительный ребенок.

Voluntary loner — добровольно уединившийся (добровольно обособившийся от коллектива).

Rejected — отвергнутый коллективом.

Masculine boys — обычные («мужественные», «неженственные») мальчики.

Feminine boys — «женоподобные» мальчики.

Masculine girls — «мужеподобные» девочки.

Feminine girls — обычные (женственные) девочки.

Примечание: данные взяты из табл. 20 в: Green, 1976, и из табл. 22 в: Green, Williams, & Goodman, 1982.

в отличие от «женоподобных» мальчиков, никогда не направляли к психологам или психиатрам.

Взрослые (например, родители или учителя) также менее терпимо относятся к межгендерному поведению мальчиков, чем девочек (см.: Fagot, 1977, 1985b; Langlois & Downs, 1980). Два современных исследователя (Weisz & Weiss, 1991) разработали «показатель направляемости» (referability index, RI), отражающий

частоту, с которой различные детские заболевания приводят к направлениям в медицинские учреждения (при расчете исходным показателем является общая распространенность заболевания среди популяции). Все 118 пунктов «опросника Ахенбаха» (Child Behavior Checklist, CBCL) были подвергнуты сравнительному анализу с целью выявить соотношение детей, направленных и не направленных к врачам (в частности, к психиатрам). Например, в США родители ведут детей к врачам чаще всего в 20 случаях, которые считают самыми серьезными: среди них — вандализм, плохая учеба в школе, хулиганские выходки по отношению к людям. Среди 20 детских проблем, в связи с которыми родители реже всего обращаются к врачам, «хвастается», «часто дразнится», «любит уединение». Один из авторов исследования Бар Вайс (Bahr Weiss) в письме одному из авторов книги от 4 марта 1992 года уточнил, что относительно мальчиков пункт CBCL, который отражает желание ребенка сменить пол («хочет стать ребенком противоположного пола»), имеет RI, равный 91/118 (то есть входит в верхнюю четверть пунктов), а пункт, отражающий межгендерное поведение ребенка («ведет себя как ребенок противоположного пола»), имеет RI, равный 80/118. А вот у девочек RI заметно ниже: 55/118 в пункте, отражающем желание («хочет стать ребенком противоположного пола»), и 14/118 в пункте, отражающем поведение («ведет себя как ребенок противоположного пола»). В дополнение к этому различию непосредственных реакций родителей на межгендерное поведение мальчиков и девочек следует заметить, что взрослые более склонны предсказывать долгосрочные нетипичные последствия такого поведения (например, гомосексуальность) у «женоподобных» мальчиков, чем у «мужеподобных» девочек (Antill, 1987; Martin, 1990).

Такие исследования, как процитированное Weisz & Weiss, 1991, побуждают сделать прогноз, что девочкам потребуется проявить более выраженную степень межгендерного поведения, чем мальчикам, чтобы родители вынуждены были направить их на психиатрическое обследование. На рис. 3.6 показано, что матери девочек, направленных в нашу клинику в связи с их межгендерным поведением, более, чем матери мальчиков, направленных по тем же причинам, склонны давать высшую оценку двум рассматриваемым пунктам CBCL, то есть они оценивают эти вопросы (о желании сменить пол и о поведении, свойственном противоположному полу) на твердое 2 по общей шкале от 0 до 2, что

означает «Совершенно верно» или «Почти всегда верно». Однако ответы отцов этих детей довольно сильно отличаются от материнских (см. рис. 3.6). Хотя общие оценки матерей и отцов в этих двух пунктах «опросника» соответствуют друг другу, $r(128) = 0,56$, $p < 0,001$, тем не менее на рис. 3.6 также заметно, что матери более, чем отцы, склонны давать оценку «2» обоим пунктам как в отношении мальчиков, так и в отношении девочек: $\chi^2(1) = 5,11$, $p < 0,05$, и $\chi^2(1) = 3,18$, $p < 0,10$, соответственно.

Если мы предположим, что матери в среднем чаще, чем отцы, склонны отводить детей на медицинское обследование (эту особенность мы хорошо заметили за годы нашей практики), вполне вероятно различие в «пороге направляемости к психиатру» для мальчиков и для девочек. Из этого вытекает вопрос, в чем причина столь различного подхода родителей: либо они переоценивают ненормальность поведения мальчика и направляют его к врачу без необходимости (то есть порог слишком низкий), либо недооценивают ненормальность девочек (то есть порог слишком высокий). Для решения этого вопроса необходимо изучить количественные половые различия среди детей в случаях, когда их направляют к психиатрам без необходимости, то есть когда имеет место ложное направление. Мы затронем этот вопрос ниже, в гл. 4.

Наконец, возможно еще одно объяснение такого количественного различия при направлениях детей на обследование: в популяции в целом детское межгендерное поведение (не выходящее за рамки «нормальности») чаще демонстрируют девочки, чем мальчики. Хотя научная литература, посвященная психологии развития (возрастной психологии), далеко не всегда последовательна в этом вопросе, однако очевидно, что у вас больше вероятности встретить девочку с мальчишескими ухватками, чем мальчика с девчоночьими повадками (см. об этом: Brown, 1956; Cole, Zucker, & Bradley, 1982; Sandberg et al., 1993; Serbin et al., 1993). При сравнительном анализе мы можем сделать вывод, что девочки должны проявить более яркое межгендерное поведение, чем мальчики, чтобы окружающие заметили их отличие от большинства сверстниц. Чтобы проверить эту гипотезу, мы сравнили приведенные выше данные опроса родителей, направивших детей на обследование, со сведениями о стандартном поведении обычных детей, взятыми из того же CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1983). Мы

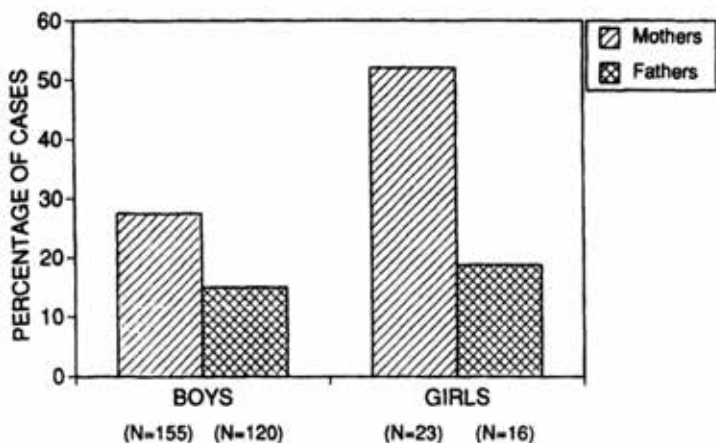


Рис. 3.6. Процентное соотношение матерей и отцов, давших оценку «2» (по шкале от «0» до «2») при ответах на два вопроса анкеты CBCL, касающихся гендерной идентичности детей (вопрос № 5: «Ведет себя как ребенок противоположного пола» и вопрос № 110: «Хочет стать ребенком противоположного пола»).

Использованные термины:

Boys — мальчики.

Girls — девочки.

Mothers — матери.

Fathers — отцы.

Percentage of cases — здесь: процент родителей, поставивших высший балл в двух указанных пунктах, от общего числа родителей, ответивших на эти два пункта опросника.

решили рассчитать процентное соотношение обычных (не направленных к психиатрам) мальчиков и девочек в возрасте от 4 до 11 лет, получивших высший балл («2» по шкале от «0» до «2») в обоих указанных пунктах CBCL, касающихся гендерного развития [10]. Из 398 мальчиков никто не получил высший балл в обоих пунктах; а из 398 девочек так оценили только двух. Поэтому нам представляется, что количественное половое различие, выявленное среди детей, направленных на психиатрическое обследование в связи с их межгендерным поведением, не может быть объяснено количественным половым различием среди обычных детей, проявляющих такое поведение, но никогда не направлявшихся в связи с этим на обследование.

Комментарии

- [9] Однако новейшие исследования подобных клинических случаев выявили незначительное количество биологических женщин с расстройством гендерной идентичности, которые заявляют о своем сексуальном влечении к биологическим мужчинам, имеющим гомосексуальную ориентацию (см., например: Blanchard, 1990a; Blanchard et al., 1987; Clare & Tully, 1989; Coleman, Bockting, & Gooren, 1993; Devor, 1993a, 1993b; Dickey & Stephens, 1995; Stoller, 1982, Case 2).
- [10] Часть данных CBCL, еще не обработанную и хранящуюся на дискете, нам предоставил сам Т.М. Ахенбах (Thomas M. Achenbach).

Глава 4

ДИАГНОЗ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Диагноз «расстройство гендерной идентичности» применительно к детям впервые появился в третьем издании DSM-III, выпущенном Американской психиатрической ассоциацией в 1980 году. Но еще до этого были предложены по крайней мере 23 различных термина для обозначения целого ряда признаков, предполагающих самоидентификацию с противоположным полом (перечислены в: Zucker, 1992b, p. 309). Наконец, консультативная комиссия по психосексуальным расстройствам, участвовавшая в разработке DSM-III, выбрала для обозначения всех явлений такого рода, описанных в медицинской литературе до 1980 года, термин Ричарда Грина (Green, 1971) «расстройство гендерной идентичности».

Затем некоторые оценочные показатели, особенно в отношении девочек, были пересмотрены в «третьем, исправленном» издании Руководства (DSM-III-R), вышедшем в 1987 году. После чего подкомитет по расстройствам гендерной идентичности (далее — подкомитет DSM-IV) рекомендовал дальнейший пересмотр диагностических показателей для четвертого издания (DSM-IV), вышедшего в 1994 году (см.: Bradley et al., 1991). В первой части этой главы мы рассмотрим некоторые спорные вопросы диагностики, относящиеся к показателям расстройства гендерной идентичности, принятым в DSM-IV [11]. Более подробный анализ диагностических показателей детского расстройства гендерной идентичности, принятых в третьем и четвертом изданиях Руководства (DSM-III и DSM-IV), можно найти в Zucker, 1982, 1992b; Zucker, Bradley, & Lowry

Sullivan, 1992. Во второй части данной главы мы рассмотрим проблемы, связанные с оценкой состояния пациентов.

Вопросы диагностики

Поиск места для данного диагноза в общем перечне болезней

Интересно проследить историю того, как диагноз «расстройство гендерной идентичности», поставленный детям, нашел себе место в DSM и в каком именно разделе. В третьем издании DSM он имел почти «незаконный» статус, поскольку из всех детских заболеваний только его отказались помещать в раздел под названием «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенчестве, детстве или подростковом возрасте». Вместо этого «расстройство гендерной идентичности» было включено в раздел «Психосексуальные расстройства» вместе с другими новыми сексологическими диагнозами, такими как транссексуальность. И, возможно, именно благодаря такому отделению этого диагноза от детских болезней в нескольких последующих медицинских справочниках, посвященных исключительно детским психиатрическим проблемам, не было главы о расстройстве гендерной идентичности (см., например: Frame & Matson, 1987; Ollendick & Hersen, 1983). Но уже в третьем, исправленном издании DSM-III-R диагноз «расстройство гендерной идентичности» был перемещен в детский раздел, что могло повлиять на его последующее включение в несколько новых монографий и справочников, посвященных детской психиатрии (см., например: Garfinkel, Carlson, & Weller, 1990; Hooper, Hynd, & Mattison, 1992; Kestenbaum & Williams, 1988; Last & Hersen, 1989).

Однако положение снова изменилось (к лучшему или к худшему — трудно сказать) в четвертом издании DSM-IV. Поскольку широко понимаемый взрослый диагноз «транссексуальность» (и его варианты, такие как расстройство гендерной идентичности у подростков и взрослых, не приводящее к транссексуальности) также был перемещен в детский раздел DSM-III-R (а раздел «Психосексуальные расстройства» был вообще ликвидирован и заменен на «Сексуальные расстройства»), врачи-практики,

работающие со взрослыми, не особенно этому обрадовались (Bradley et al., 1991; Pauly, 1992). Вдобавок «DSM-IV подкомитет» принял решение, что детское расстройство гендерной идентичности, транссексуальность, а также расстройство гендерной идентичности у подростков и взрослых, не приводящее к транссексуальности, не являются качественно разными расстройствами; скорее они отражают, во-первых, возрастные различия пациентов, а во-вторых, степень тяжести заболевания. В итоге подкомитет DSM-IV рекомендовал разработать единый обобщенный диагноз — расстройство гендерной идентичности, который мог бы быть использован, с учетом возрастных разновидностей, для оценки состояния пациента в течение всей жизни (Bradley et al., 1991). В соответствии с этим подкомитет предложил посвятить расстройствам гендерной идентичности особый раздел, где этот диагноз имел бы примерно тот же статус, как, скажем, «тревожные расстройства» или «аффективные расстройства» (они же «расстройства настроения»). В итоге разработчики DSM-IV пришли к компромиссному решению: создать раздел «Сексуальные расстройства и расстройства гендерной идентичности» (Sexual and Gender Identity Disorders); как нам кажется, такой заголовок лучше отражает содержание раздела, чем изначальное название, принятое в DSM-III: «Психосексуальные расстройства» (Psychosexual Disorders).

Диагностические показатели, принятые в DSM-IV, в сравнении с DSM-III-R

В таблице 4.1 представлены показатели для диагноза «расстройство гендерной идентичности у детей», принятые в DSM-III-R, а в таблице 4.2 — принятые в DSM-IV показатели общевозрастного диагноза «расстройство гендерной идентичности» применительно к детям (ниже, в гл. 11, приведены показатели того же расстройства применительно к подросткам и взрослым). Можно заметить, что три показателя (А, В и D) необходимы для постановки диагноза, а показатель С является «критерием исключения» (не позволяющим поставить ребенку диагноз «расстройство гендерной идентичности») (см. ниже, в этой главе, заключительную часть раздела «Дифференциальная диагностика», касающуюся гермафродитизма).

Таблица 4.1. Диагностические показатели расстройства гендерной идентичности у детей (DSM-III-R)

Для девочек:

- А. Устойчивый и напряженный дистресс из-за того, что она девочка, и отчетливо выраженное желание стать мальчиком (а не только желание приобрести предполагаемое культурное преимущество от исполнения мальчишеской социальной роли), либо настойчивые утверждения, что она является мальчиком.
- В. Наблюдаются варианты 1) либо 2):
 - 1) Устойчивое и явное отвращение к типично женской (девчачьей) одежде и настойчивые требования носить только стереотипно мужскую (мальчишескую) одежду, например, нижнее белье и другие принадлежности гардероба.
 - 2) Устойчивое отвращение к своему женскому строению тела, доказываемое по крайней мере одним из нижеследующих трех признаков:
 - а) Искренние заверения в том, что у нее уже вырос (или скоро вырастет) пенис.
 - б) Отказ мочиться сидя.
 - в) Утверждения, что она не хочет, чтобы у нее выросли груди или начались менструации.
- С. Девочка еще не достигла половозрелого возраста.

Для мальчиков:

- А. Устойчивый и напряженный дистресс из-за того, что он мальчик, и, одновременно, сильное и настойчивое желание стать девочкой или, реже, утверждения о том, что он является девочкой.
 - В. Наблюдаются варианты 1) либо 2):
 - 1) Увлечение стереотипно женскими (девчоночьими) занятиями и манерами поведения, проявляемое в транстизме, либо в одежде, внешне похожей на женскую, или в сильном желании участвовать в играх и развлечениях, свойственных девочкам, и отказ от стереотипно мужских (мальчишеских) игрушек, занятий и манер поведения.
 - 2) Устойчивое отвращение к мужскому строению тела, проявляемое по крайней мере одним из трех следующих утверждений, которые он часто повторяет:
 - а) Что, когда он вырастет, станет женщиной (а не просто будет играть женскую социальную роль).
 - б) Что его пенис или яички отвратительны или что они должны скоро исчезнуть.
 - в) Что лучше вообще не иметь пениса или яичек.
 - С. Мальчик еще не достиг половозрелого возраста.
-

Примечание: Источник таблицы Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, III ed., revised, p. 73–74. © American Psychiatric Association, 1987.

Таблица 4.2. Диагностические показатели общевозрастного расстройства гендерной идентичности, примененные к детям (DSM-IV)

- А. Твердая и устойчивая самоидентификация с противоположным полом (а не только желание приобрести предполагаемое культурное преимущество от исполнения социальной роли, свойственной противоположному полу).
У детей данное психическое нарушение выражается четырьмя (или более) признаками из следующих:
- 1) Неоднократно выраженное желание стать ребенком противоположного пола, либо настойчивые заявления, что он (или она) является ребенком противоположного пола.
 - 2) У мальчиков — предпочтение одеваться в женские платья (трансвестизм) или в костюмы, внешне напоминающие женские платья; у девочек — упорное стремление носить исключительно одежду, считающуюся мужской.
 - 3) Твердое и настойчивое предпочтение играть роли противоположного пола в фантазийных играх, где дети изображают вымышленных персонажей, либо собственные устойчивые фантазии, в которых он воображает себя человеком противоположного пола.
 - 4) Ярко выраженное желание участвовать в таких играх и развлечениях, которые стереотипно считаются свойственными детям противоположного пола.
 - 5) Твердое предпочтение детей противоположного пола в качестве своих товарищей для игр.
- В. Устойчивая внутренняя неудовлетворенность своей половой принадлежностью либо ощущение того, что гендерная роль, свойственная его полу, не подходит.
У детей данное психическое нарушение проявляется любым из нижеследующих способов: у мальчиков — постоянными утверждениями, что его пенис либо яички отвратительны, или что они скоро исчезнут, или заявлениями, что лучше вообще не иметь пениса, или отвращением к играм, похожим на драку, или отказом от игрушек и занятий, считающихся типично мужскими (мальчишескими); у девочек — отказом мочиться сидя, утверждением, что у нее вырос (или скоро вырастет) пенис, или заявлениями о том, что она не хочет, чтобы у нее выросли груди, или не хочет, чтобы начались менструации, или явным отвращением к обычной женской (девчоночьей) одежде.

- С. Данное психическое нарушение сопровождается физическим гермафродитизмом (см. ниже раздел «Дифференциальная диагностика» этой главы, его заключительную часть, касающуюся гермафродитизма).
- D. Данное психическое нарушение является причиной клинически значимого дистресса либо ухудшения качества жизни и результативности деятельности в социальной, профессиональной или других важных сферах.

Примечание: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV ed., p. 537–538. © American Psychiatric Association, 1994.

По сравнению с DSM–III и DSM–III–R в DSM–IV было внесено пять главных изменений, касающихся показателей, которые можно использовать при работе с детьми.

1. Показатель А, отражающий самоидентификацию ребенка с противоположным полом, обозначен посредством пяти поведенческих признаков, по крайней мере четыре из которых обязательно должны быть выражены. В предыдущих изданиях данные признаки были перечислены либо в рамках показателя А, либо в показателе В в DSM–III–R. Наряду с этим в DSM–IV эти признаки описаны более четко.
2. Показатель В отражает отвращение ребенка к половым особенностям строения своего тела и его (ее) отказ от таких игр и занятий, которые стереотипно считаются свойственными его (ее) полу. В DSM–III–R показатель В также включал некоторые поведенческие признаки, указывающие на самоидентификацию ребенка с противоположным полом, а в DSM–IV все эти признаки отнесены исключительно к показателю А.
3. В DSM–IV показатели для мальчиков и для девочек не так сильно отличаются друг от друга, как в предыдущих изданиях. Например, в DSM–III–R о девочках сказано, что у них есть «отчетливо выраженное» (stated) желание стать мальчиками, а о мальчиках говорится, что у них «сильное и напряженное» (intense) желание стать девочками. Цукер (Zucker, 1992b) заметил неясность оснований для таких разных эпитетов, наличие которых особенно смущает из-за того, что в предыдущем издании, DSM–III, фраза совершенно одинакова в описании обоих полов: «Устойчивое и ярко выраженное желание стать мальчиком [девочкой]» (Strongly and persistently stated desire to be a boy [girl]). (Американская

психиатрическая ассоциация, 1980, с. 265, курсив — авторов этой книги.) Кроме того, в DSM-III-R фраза о девочках не содержала никаких указаний ни на силу и напряженность желания стать мальчиком, ни на продолжительность этого признака. В DSM-IV и мальчики, и девочки должны проявить «неоднократно выраженное» желание превратиться в детей противоположного пола. Другие поведенческие признаки, необходимые для постановки диагноза, DSM-IV также меньше отличаются друг от друга в отношении мальчиков и девочек, чем в DSM-III-R.

4. В DSM-III-R желание девочки стать ребенком противоположного пола является «не только желанием приобрести предполагаемое культурное преимущество от исполнения социальной роли, свойственной противоположному полу», в то время как в аналогичной фразе о мальчиках подобной оговорки нет. Что же касается DSM-IV, то там эта оговорка указана в отношении как девочек, так и мальчиков.
5. В DSM-III-R показатель A содержит уточнение, что ребенок должен проявлять «устойчивый и напряженный дистресс» из-за того, что является мальчиком (или является девочкой). Этой фразы еще нет в DSM-III, и при этом в DSM-III-R не уточняется, каким образом лечащий врач должен оценивать дистресс, а также какими способами можно выделить его из числа других составляющих показателя, важных для постановки диагноза. В DSM-IV эта фраза была изъята из описания показателя A, и одновременно появился показатель D, утверждающий, что пациент должен проявлять «клинически значимый дистресс либо ухудшение качества жизни и результативности деятельности в социальной, профессиональной или других важных сферах».

Оценка качества показателей DSM-IV

Достоверность и надежность

Может ли диагноз «расстройство гендерной идентичности», описанный в DSM-IV, быть поставлен достоверно? Поскольку показатели изменились, а никаких практических испытаний не проводилось, этот вопрос остается открытым. Мы провели

исследование, касающееся надежности более ранних показателей, описанных в DSM-III (Zucker, Finegan, Doering, & Bradley, 1984), и включили в наше исследование 36 обращений в нашу клинику, последовавших одно за другим. Мы получили коэффициент достоверности К, равный 0,89 и 0,80 для показателей А и В, соответственно (в обоих показателях $p < 0,001$).

В данном исследовании (Zucker, Finegan et al., 1984) надежность показателей, описанных в DSM-III, также была оценена методом сравнения детей, у которых вполне проявляются все показатели, с детьми, демонстрирующими не все показатели диагноза в ряде демографических переменных и поведенческих черт, типичных для их пола. Следует заметить, что, вообще говоря, у детей, не проявивших полный набор показателей DSM-III, обнаруживались хотя бы некоторые признаки самоидентификации с противоположным полом, и потому нельзя считать, что их направили на обследование по ошибке.

В таблицах 4.3 и 4.4 представлено обновление первичных анализов, основанное на более широкой выборке. В таблице 4.3 показано, что дети, проявившие все показатели расстройства гендерной идентичности, описанные в DSM-III («группа DSM-III»), были заметно младше и, скорее всего, происходили из семей, занимавших более высокое социальное положение, и семьи были полными, то есть ребенка воспитывали оба родителя. Это отличает их от детей, не проявивших все показатели, описанные в DSM-III («группа Non-DSM-III»). Однако обе эти подгруппы весьма незначительно отличаются друг от друга по половому составу и IQ. Сравнительный анализ показал, что различия в возрасте детей, их IQ, социальном и семейном положении их родителей в значительной мере взаимозависимы (абсолютный r от 0,32 до 0,50). А вот пол ребенка оказался не связанным ни с одной из остальных демографических переменных.

Для исследования переменных, из которых складывается правильная классификация пациентов в обеих рассматриваемых группах («группа DSM-III» и «группа Non-DSM-III»), мы провели «анализ дискриминантной функции», в который включили возраст ребенка, его пол, IQ, семейное положение родителей, причем важнейший показатель здесь — это возраст ребенка. В результате получилось, что в «группе DSM-III» 82,6 % классифицировано правильно, а в «группе Non-DSM-III» 68,8 % классифицировано правильно.

Таблица 4.3. Демографические характеристики как функция от диагностического статуса «Расстройство гендерной идентичности у детей»

Variables	Diagnostic status	
	DSM-III (n = 113)	Non-DSM-III (n = 80)
Sex of child		
Male (n)	95	72
Female (n)	18	8
p		n.s.
Age (in years)		
M	6.1	8.7
SD	1.9	2.5
n	113	80
p		.000
Full Scale IQ		
M	109.4	105.7
SD	16.3	18.0
n	110	79
p		n.s.
Social class ^a		
M	44.3	38.0
SD	14.9	15.4
n	111	79
p		.005
Family status		
Both parents (n)	86	44
Mother only/reconstituted (n)	27	36
p		.003

^aHollingshead's (1975) Four-Factor Index of Social Status (absolute range = 8–66).

Использованные термины:

Diagnostic status — диагностический статус (то есть соответствие данного пациента тем показателям, которые необходимы для постановки диагноза).

DSM-III (n = 113) — группа из 113 детей, у которых проявляются все показатели диагноза «расстройство гендерной идентичности», описанные в издании DSM-III.

Non-DSM-III (n = 80) — группа из 80 детей, у которых проявляются не все показатели, описанные в DSM-III.

Variables — переменные величины.

Sex of child — пол ребенка.

Male — мужской.

Female — женский.

Age (in years) — возраст (в годах).

M — средняя величина данного показателя по группе.

SD — среднеквадратическое отклонение.

Full scale IQ — общий уровень интеллекта (определяемый по совокупности всех IQ-тестов).

Social class — социальное положение семьи: общественный класс или социальный слой (принадлежность к которому определяется индексом социального положения по шкале от 8 до 66 (Hollingshead, 1975)).

Family status — здесь: характер семьи (полная или неполная).

Both parents — воспитывается обоими родителями.

Mother only/ reconstituted — воспитывается только матерью: либо матерью-одиночкой, либо в «восстановленной семье», то есть матерью и ее новым мужем (за которого она вышла после развода с отцом ребенка).

n. s., not specified — показатель не определен (не рассчитан).

Затем мы сравнили обе подгруппы по нескольким показателям, характеризующим поведение, типичное для пола ребенка (табл. 4.4). Мы протестировали методом t-критерия Стьюдента такие взаимосвязанные переменные величины, как возраст детей,

Таблица 4.4. Показатели поведения, в котором проявляются гендерная идентичность и гендерная роль ребенка, как функция от диагностического статуса «Расстройство гендерной идентичности у детей»

Measures	Diagnostic status				
	DSM-III		Non-DSM-III		p ^a
	M	SD	M	SD	
Parent measures					
Revised Gender Behavior Inventory for Boys ^b					
Factor 1 (Masculinity)	2.7	0.5	2.8	0.6	.047
Factor 2 (Femininity I)	3.0	0.8	2.3	0.7	.000
Factor 3 (Femininity II)	3.2	1.1	2.3	1.0	.001
Factor 4 (Mother's boy)	3.7	0.9	3.6	0.9	.021
Play and Games Questionnaire ^b					
Scale 1 (Feminine/Preschool)	18.9	4.7	17.0	5.6	n.s.
Scale 2 (Masculine, Nonathletic)	9.1	3.5	10.7	4.3	.065
Scale 3 (Masculine, Athletic)	3.1	2.1	5.3	3.2	.001
Enjoyment (Scale 1)	4.0	0.5	3.9	0.6	n.s.
Enjoyment (Scale 2)	3.5	0.7	3.7	0.6	.009
Enjoyment (Scale 3)	3.0	1.1	3.2	1.1	.008
Activity Level/Extraversion ^c	3.1	0.5	3.0	0.6	n.s.
Gender Identity Questionnaire ^d	2.7	0.5	3.2	0.5	.000

	<u>Child measures</u>				
Draw-a-Person test^a					
Percentage opposite-sex persons drawn first ^b	1.7	0.4	1.3	0.5	.000
Height of same-sex person – height of opposite-sex person (in centimeters) ^c	-0.6	3.6	0.1	2.8	n.s.
Rorschach test					
Number of same-sex responses – number of cross-sex responses ^b	-1.3	4.2	-0.3	4.5	n.s.
Free-play task					
Percentage of same-sex play – cross-sex play ^d	-0.4	0.5	0.3	0.6	.000
Gender Identity Interview					
Factor 1 (Affective Gender Confusion) ^e	1.0	0.6	0.3	0.3	.000
Factor 2 (Cognitive Gender Confusion) ^e	0.3	0.6	0.04	0.2	n.s.

Использованные термины:

Diagnostic status — диагностический статус (то есть соответствие данного пациента тем показателям, которые необходимы для постановки диагноза).

DSM-III — группа детей, у которых проявляются все показатели диагноза «расстройство гендерной идентичности», описанные в DSM-III. Non-DSM-III — группа детей, у которых проявляются не все показатели, описанные в DSM-III.

Measures — способы исследования и показатели.

M — средняя величина данного показателя по группе.

SD — среднеквадратическое отклонение.

Parent measures — показатели, определенные родителями (в ходе их опросов).

Child measures — показатели, проявленные самими детьми (в ходе наблюдения над ними).

Revised Gender Behavior Inventory for Boys — исправленный перечень признаков гендерного поведения у мальчиков.

Factor 1 (Masculinity) — фактор 1 (признаки мужественности).

Factor 2 (Femininity I) — фактор 2 (признаки женственности, часть первая).

Factor 3 (Femininity II) — фактор 3 (признаки женственности, часть вторая).

Factor 4 (Mother's boy) — фактор 4 («маменькин сынок»).

Play and Games Questionnaire — опросник об играх и развлечениях.

Scale 1 (Feminine/ Preschool) — шкала 1 («женские» («девчоночьи») игры для детей дошкольного возраста).

Scale 2 (Masculine, Nonathletic) — шкала 2 («мужские» («мальчишеские») игры неспортивного характера).

Scale 3 (Masculine, Athletic) — шкала 3 («мужские» («мальчишеские») игры спортивного характера).

Enjoyment — здесь: уровень радостного настроения ребенка во время игр.

Activity Level/ Extraversion — уровень активности/ экстравертности.

Gender Identity Questionnaire — опросник, касающийся гендерной идентичности (гендерной самоидентификации) ребенка.

Draw-a-Person test — тест рисования фигуры человека (проективный рисунок человека).

Percentage opposite-sex persons drawn first — процент людей противоположного пола, нарисованных в первую очередь.

Height of same-sex person / height of opposite-sex person (in centimeters) — высота человека своего пола, нарисованного ребенком / высота человека противоположного пола, нарисованного ребенком.

Rorschach test — тест Роршаха.

Number of same-sex responses / number of cross-sex responses — число ответов, свидетельствующих о самоидентификации ребенка со своим полом / число ответов, свидетельствующих о самоидентификации ребенка с противоположным полом.

Free-play task — здесь: определение игрового поведения ребенка (поведения ребенка в свободных играх).

Percentage of same-sex play / cross-sex play — процент игр, свойственных своему полу / противоположному полу.

Gender Identity Interview — беседа психолога с ребенком с целью выявить его гендерную идентичность (гендерная самоидентификация).

Factor 1 (Affective Gender Confusion) — фактор 1 (непонимание (и неприятие) своего гендера на эмоциональном уровне).

Factor 2 (Cognitive Gender Confusion) — фактор 2 (непонимание (и неприятие) своего гендера на рассудочном (познавательном) уровне).

n. s. — not specified — показатель не определен (не рассчитан).

Примечание: в сносках (b), (c), (d) показатель «n» обозначает число детей в группе «DSM-III», а в сносках (f), (g), (h), (i), (j) — число детей в группе «Non-DSM-III». Для четырех факторов «Исправленного перечня признаков гендерного поведения у мальчиков» абсолютные диапазоны составляют соответственно: 1.00–5.75; 1.00–5.80; 1.00–6.84; 1.00–5.75. Три шкалы «Опросника об играх и развлечениях» варьируются,

соответственно, в трех следующих диапазонах: 0–29; 0–22; 0–14. В трех оценочных шкалах «Уровня радостного настроения ребенка», в «Уровне активности» и в «Опроснике о гендерной идентичности ребенка» абсолютный диапазон составляет 1–5. Для «Беседы психолога с ребенком» абсолютный диапазон составляет 0–2.

Сноски:

- (a) Величина p основана на тестировании t -критерием Стьюдента с учетом таких взаимосвязанных переменных, как возраст родителей, их социальное и семейное положение (то есть состоят ли они в официальном браке).
- (b) $n = 91/65$.
- (c) $n = 92/64$.
- (d) $n = 74/49$.
- (e) Использованы фиктивные переменные, где 1 означает лицо того же пола, а 2 — лицо противоположного пола. Фактический процент персонажей противоположного пола, нарисованных в первую очередь, составлял 72,5 % и 30,4 % соответственно.
- (f) $n = 110/78$.
- (g) $n = 108/78$.
- (h) $n = 105/73$.
- (i) $n = 106/60$.
- (j) $n = 64/43$.

социальное и семейное положение их родителей. В итоге «группа DSM-III» показала значительно больше признаков межгендерного (то есть свойственного противоположному полу) поведения и меньше признаков поведения, свойственного своему полу, чем «группа Non-DSM-III», — 11 из 18 показателей. Таким образом, представляется, что существует по крайней мере несколько различий между двумя данными группами в степени выраженности поведения, свойственного своему полу, и межгендерного поведения, даже если свести к минимуму различия в демографических переменных.

Эмпирический анализ

Вообще, разработчиков DSM-IV всячески побуждали к использованию расширенных или вновь собранных данных, которые могут подтвердить правомерность тех изменений, которые предполагалось внести в диагностические показатели (см.: Widiger, Frances, Pincus, & Davis, 1990).

Первоначально подкомитет DSM-IV высказывался за объединение описанных в DSM-III показателей А и В. Это отчасти объясняется тем, что оба показателя представляются связанными на понятийном и эмпирическом уровне (см.: Bentler, Rekers, & Rosen, 1979; Rosen, Rekers, & Friar, 1977). Кроме того, в результате исследований, использовавших показатели, описанные в DSM-III и DSM-III-R, было установлено, что диагностические признаки расстройства гендерной идентичности с большей вероятностью можно выявить у малолетних детей (средний возраст = 6,4 года, $n = 54$), чем у детей более старшего возраста (средний возраст = 9,0 лет, $n = 54$) (Zucker, 1992b; Zucker, Finegan, et al., 1984). Чаще всего это объяснялось тем, что более старшие дети не проявляют признаки показателя А. Действительно, несмотря на явную, клинически доказанную самоидентификацию с противоположным полом, эти дети зачастую не высказывали вслух своего желания превратиться в ребенка противоположного пола. Причиной этого, скорее всего, является отрицательное отношение окружающих к таким стремлениям (социальная нежелательность подобных стремлений) и боязнь ребенка стать объектом травли (см.: Bentler, 1976).

Таким образом, если высказанное желание стать ребенком противоположного пола — это всего лишь один из множества поведенческих признаков, предполагающих расстройство гендерной идентичности, то тогда факторный анализ этих признаков должен в итоге привести к общему фактору. Подкомитет DSM-IV проверил эту гипотезу, повторно проанализировав показания родителей и клинические оценки межгендерного поведения, описанные в книге Ричарда Грина о «женоподобных» и обычных мальчиках (Green, 1987; статья Кеннета Цукера и его коллег на эту тему готовится к печати). Осевой факторный анализ по методу «варимакс» в итоге привел к одному решающему фактору, составляющему 51,2 % от дисперсии (табл. 4.5). Переменная «сын утверждает, что хочет стать девочкой» оказалась одним из 15 видов межгендерного поведения, влияющих на данный фактор (всего факторных нагрузок $\geq 0,40$). То есть перед нами — эмпирическое доказательство данной гипотезы.

Как уже было отмечено, опыт врачебной практики и данные некоторых исследований (Bates et al., 1974; Zucker, Finegan, et al., 1984) наводят на предположение, что желание ребенка сменить пол с возрастом уменьшается, то есть более старшие дети

Таблица 4.5. Факторный анализ данных Ричарда Грина (Green, 1987)

Behavioral variables	Factor 1
1. Female role playing	.840
2. Sex-typed role playing (male vs. female)	.826
3. Role when playing house (female)	.772
4. Sex-typed pictures drawn	.757
5. Wears girls' clothes	.732
6. Frequency of cross-dressing	.690
7. Doll playing	.684
8. Composition of peer group	.661
9. Masculine behavior	-.659
10. Relates best to (women)	.650
11. Son states wish to be a girl	.611
12. Doll play	.607
13. Wishes to grow up like dad	-.544
14. Interest in women's clothing	.471
15. Interest in play acting	.437

Использованные термины:

Behavioral variables — поведенческие переменные (то есть изменяющиеся поведенческие признаки).

Female role playing — игра в персонажей женского пола.

Sex-typed role playing (male vs. female) — исполнение ролей, типичных (характерных) для одного из полов (мужского или женского).

Role when playing house (female) — изображает женские роли, когда играет в «дочки-матери».

Sex-typed pictures drawn — рисование картин, характерных для одного из полов (картин, которые обычно рисуют дети одного из полов).

Wears girls' clothes — носит девчоночью одежду.

Frequency of cross-dressing — частота переодеваний в женскую одежду (травестизма).

Doll playing — игра в куклы.

Composition of peer group — состав группы сверстников (с которыми он предпочитает дружить).

Masculine behavior — «мужественное» поведение (то есть поведение, характерное для мужского пола).

Relates best to (women) — лучше устанавливает контакт с (женщинами).

Son states wish to be a girl — сын утверждает, что хочет стать девочкой.

Wishes to grow up like dad — хочет стать похожим на отца, когда вырастет.

Interest in women's clothing — интерес к женской одежде.

Interest in play acting — интерес к игровым действиям.

Примечание: данные восходят к работе Ричарда Грина (Green, 1987) и подтверждены анализами, проведенными Кеннетом Цукером и его коллегами (статья готовится к печати). Учтены только те факторные нагрузки, которых $\geq 0,40$. Положительная нагрузка хотя и не явно, но отражает уровень «женственности». Пп. 1, 3, 5, 6, 8, 10–13 и 15 были оценены матерями. Пп. 2, 4, 7, 9 и 14 представляют собой обобщенные оценки, данные психологами, беседовавшими с детьми.

менее склонны высказывать вслух такое стремление, что, вероятно, объясняется их социальной нежелательностью. Данные Ричарда Грина (Green, 1987) были вновь проанализированы, чтобы проанализировать соотношение возраста ребенка и его желания превратиться в ребенка противоположного пола. С учетом того, что влияние возраста уже предполагалось в других исследованиях (Zucker, 1992b), вновь были сравнены дети от 3 до 9 лет и дети от 9 до 12 лет. В итоге, из первой (младшей) группы, состоящей из 47 мальчиков, 43 (то есть 91,5 %), судя по сообщениям их матерей, высказывали желание стать девочками (кто чаще, кто реже), в то время как во второй (старшей) группе об этом открыто заявляли только 9 из 13 мальчиков, то есть 69,2 % (точный тест Фишера, $p = 0,0588$, односторонний критерий). Частота желания стать ребенком противоположного пола не была связана с несколькими другими демографическими переменными.

Учитывая изменения, которые подкомитет DSM-IV намеревался внести в показатель А (см. табл. 4.2), Цукер и его соавторы (статья на эту тему готовится к печати) вновь рассмотрели оценки признаков межгендерного поведения детей, взятые из бесед с родителями, применительно к группе из 54 детей, не соответствующих всем показателям расстройства гендерной идентичности, описанным в DSM-III-R (Zucker, 1992b). В настоящей работе мы попытались ответить на вопрос, соответствуют ли эти дети показателю А, предложенному в DSM-IV для описания расстройства гендерной идентичности. Поскольку эти дети не делали многократных заявлений о том, что они хотят превратиться в детей противоположного пола, мы обозначили как присутствующие или отсутствующие четыре оставшихся признака: переодевание в костюм противоположного пола (трансвестизм); предпочтение играть в персонажей противоположного пола в фантазийных

играх; интерес к занятиям или игрушкам, свойственным противоположному полу; предпочтение общаться со сверстниками противоположного пола. Если все четыре признака присутствуют, то такие дети должны быть признаны соответствующими вновь очерченному показателю А. (Мы решили повторно не перепроверять данные по 54 детям, соответствующим всем показателям расстройства гендерной идентичности, описанным в DSM-III: по нашему мнению, существенных изменений с этими детьми не должно было произойти, ведь они уже четко высказали свое желание стать детьми противоположного пола и проявляли яркие признаки межгендерного поведения.)

У 54 обследованных детей среднее число признаков, оцененных как явно присутствующие, было равно 2,36 (среднеквадратическое отклонение равно 1,33; диапазон: 0–4). Только 7 детей не проявили ни одного необходимого признака. А у 16 из этих 54 (то есть у 29,6 %) проявились все четыре признака, и, таким образом, они полностью соответствуют показателю А, описанному в DSM-IV.

Помимо этого, мы сравнили подгруппу, соответствующую показателю А, с подгруппой, не соответствующей ему по ряду демографических переменных, таких как возраст, IQ, социальное положение родителей и их семейное положение (то есть состоят ли они в официальном браке). Можно заметить следующую тенденцию, касающуюся возраста: дети, соответствующие показателю А, как правило, младше, чем дети, не соответствующие ему (8,0 лет против 9,4), $t(52) = 1.74$, $p = 0,087$ (двусторонний критерий). Таким образом, возраст продолжает влиять на диагностический статус, но по сравнению с нашим более ранним исследованием (Zucker, Finegan, et al., 1984) это влияние несколько ослабло. Прочие демографические переменные в обеих подгруппах оказались одинаковыми. Повторные исследования приводят к мысли, что пересмотр диагностических показателей в DSM-IV мог стать следствием незначительного увеличения клинических случаев, соответствующих всем показателям.

После того, как вышеописанные повторные исследования были завершены, подкомитет DSM-IV разработал, с учетом замечаний руководства редакции DSM-IV, новый показатель В (см. табл. 4.2); однако при таком подходе постановка точного диагноза может быть еще больше затруднена. К сожалению, повторные исследования, описанные в последнее время, не сосредоточены

именно на показателе В, и потому наше предположение требует дополнительного анализа эмпирических данных.

Влияние культурной среды

Мы уже обращали внимание, что в DSM-IV предположение о простом обретении неких культурных преимуществ в случае смены пола недостаточно для того, чтобы соответствовать показателю А. Отличие этого издания от DSM-III и DSM-III-R состоит в том, что требование исключить желание культурных преимуществ из показателя А относится уже не только к девочкам.

Интересная деталь: подкомитет DSM-IV вначале рекомендовал изъять эту оговорку и объяснил это так: хотя побудительная основа желания сменить пол скорее связана с такими понятиями, как естественная история или ответ на лечение (то есть имеет биологические, а не культурные причины), тем не менее, неясно, какое это имеет значение для постановки диагноза (Bradley et al., 1991). Например, можно утверждать, что мальчики, желающие стать девочками, предполагают получить такие же культурные преимущества, но только «в обратную сторону» (например: «Девочки могут носить как платья, так и брюки»; «Девочки не должны участвовать в играх, похожих на драку, а мальчики должны»). (См.: Coates, 1985; Green, 1974; а также личное сообщение, посланное Дж. Томпсоном президенту Всемирной психиатрической ассоциации Хуану Меззичу 22 июня 1993 года; личное сообщение, посланное Кеннетом Цукером Хуану Меззичу 10 августа 1993 года). И перед тем, как текст DSM-IV был сверстан и напечатан, по этому вопросу удалось достичь компромисса между подкомитетом и специальной комиссией DSM-IV. Вопрос, имеет ли данная оговорка клиническую полезность и ценность, должны будут разрешить дальнейшие эмпирические исследования.

Клиническая оценка стойкости межгендерного поведения

DSM-IV требует дать клиническую оценку поведенческой стойкости в отношении обоих показателей — и А, и В. Например, для показателя А требуется клинически определить, что означает «неоднократно выраженное желание стать ребенком противоположного пола». Каким образом практикующие психиатры могут

измерить желание сменить пол, чтобы оценить его как «стойкое»? Ответ на этот вопрос в значительной мере зависит от того, что мы знаем о распространенности и степени выраженности таких межгендерных желаний во всей популяции. Как мы уже заметили в гл. 3, посвященной эпидемиологии, можно утверждать, что стойкое желание сменить пол встречается относительно редко, однако не существует никакого «золотого стандарта», который может использовать практикующий врач. Разумеется, с трудностями диагностики мы сталкиваемся не только при выявлении расстройства гендерной идентичности. Например, для постановки диагноза «синдром дефицита внимания и гиперактивности» каждый психиатр должен сам решить, насколько «часто» ребенок «встает со своего места во время урока в классе» (American Psychiatric Association, 1994, p. 84). Издание DSM-IV не дает четких указаний, как поступать в таких случаях.

Дифференциальная диагностика

Рассмотрим четыре основные проблемы, связанные с дифференциальной диагностикой, которые необходимо иметь в виду при оценке психического состояния детей. Первая проблема, формально еще не описанная в научной литературе, касается тех случаев, когда у детей проявляются ярко выраженные симптомы расстройства гендерной идентичности, которые обычно оказываются кратковременными и быстро проходят. Исходя из нашего практического опыта мы полагаем, что подобные острые приступы можно истолковать как стрессовую реакцию на какое-то особенное событие в жизни ребенка. Например, некоторые маленькие дети при появлении новорожденного брата или сестры противоположного пола могут выказывать определенные признаки межгендерного поведения (например, переодевание в женскую одежду (травестизм) у мальчиков или «зависть к пенису» у девочек), что, вероятно, связано с процессом психологического вымещения (сублимации) чувства ревности. Такие формы поведения легко отличить от хронической ревности, которая иногда наблюдается у детей, страдающих расстройством гендерной идентичности, развившимся в полной мере. Преходящие симптомы могут также наблюдаться у детей, испытавших временную неудачу при попытке наладить дружеские отношения со сверстниками

своего пола и поэтому, возможно, сожалеющих о своем статусе мальчика или девочки. Однако как только стресс проходит или вызвавший его конфликт улаживается, симптомы расстройства быстро исчезают.

Кроме того, в литературе по практическому психоанализу, посвященной детям ясельного и дошкольного возраста, довольно часто можно встретить описания пациентов, проявляющих признаки гендерной дисфории (например, «зависть к пенису» у девочек), возникновение которой вполне объяснимо в контексте некоторых кризисов взросления (например, неожиданно приобретенных знаний об анатомических различиях). Такие описания наводят на мысль, что эти симптомы не способны усилиться и со временем проходят сами без какого-либо врачебного вмешательства (см., например: Fast, 1984; Frenkel, 1993; Linday, 1994; Renik, Spielman, & Afterman, 1978; Roiphe & Galenson, 1981; Roiphe & Spira, 1991).

Вторая проблема, связанная с дифференциальной диагностикой, включает в себя такую разновидность переодевания (транвестизма) у мальчиков, которая представляется качественно отличной от переодевания, характерного при расстройстве гендерной идентичности. В последнем случае мальчик обычно переодевается в женскую верхнюю одежду (платье) и надевает туфли и бижутерию: тем самым мальчик усиливает свою фантазию, что он похож на женщину. В первом же случае он надевает нижнее женское белье, например, трусики или колготки (Scharfman, 1976; Stoller, 1985a). Клинические данные свидетельствуют, что эта разновидность переодевания не сопровождается другими признаками самоидентификации с противоположным полом; по сути, внешний вид и поведение мальчиков, занимающихся этим, в целом подпадают под определение «мужественных». Из клинического опыта также напрашивается вывод, что переодевания подобного рода связаны с самоуспокоением или смягчением тревоги. Многие мальчики-подростки и взрослые мужчины, практикующие фетишистский транвестизм (American Psychiatric Association, 1994), вспоминают, что в детстве они занимались переодеваниями подобного рода (Bradley & Zucker, 1990; см. также гл. 12 ниже). Следует, однако, отметить, что перспективное исследование не подтвердило предположение, будто детское переодевание такого вида неизбежно влечет в дальнейшем транвестистское поведение. Приведенное ниже описание клинического случая иллюстрирует подобный тип переодевания.

Случай из практики 4.1

Джимми, пятилетний мальчик с IQ, равным 108, был направлен на обследование, поскольку мать беспокоило его поведение: он воровал материнские платья, прятал их, а затем надевал; кроме того, он периодически страдал недержанием кала. Его родители, принадлежавшие к низшему слою среднего класса, длительное время были в разводе, и Джимми жил с матерью, но при этом его отец участвовал в процессе обследования мальчика в нашей клинике.

В три года Джимми начал надевать материнские ночные рубашки, купальники и нижнее белье. Он носил их под собственной одеждой, когда находился вне дома (например, в детском саду). А когда Джимми навещал отца, тайком забирал с собой нижнее белье женщины, с которой тот жил. Кроме того, при посещении универмага он норовил «потеряться» в отделе женского белья.

Родителей Джимми вот уже два года беспокоили его неконтролируемые дефекации: он пачкал белье, а иногда испражнялся прямо на ковер в доме. Родители сообщали, что частота переодеваний в женскую одежду была обратно пропорциональна частоте подобных дефекаций.

При этом Джимми предпочитал играть в мальчишеской компании, любил типично мальчишеские игрушки и с удовольствием участвовал в играх, похожих на драку. Он никогда не высказывал недовольства половыми особенностями строения своего тела и никогда не подражал женским манерам поведения. И только однажды, когда мать попыталась убедить его прекратить переодевания, сказал, что хотел бы стать девочкой: «Ведь тогда я мог бы носить твои платья». Однако, с клинической точки зрения, существует очень мало доказательств наличия у Джимми стойкого желания стать девочкой.

Когда же все клинические признаки расстройства гендерной идентичности присутствуют, то диагноз поставить нетрудно (см.: Zucker, Finegan, et al., 1984). При этом врач, придерживающийся точки зрения, что существует целый спектр признаков самоидентификации с противоположным полом, должен замечать явление, которое Майер-Бальбург (Meyer-Bahlburg, 1985) описал как «зону перехода от межгендерного поведения к простому статистическому отклонению от гендерной нормы» (р. 682).

Судя по клиническому опыту, мальчики, относящиеся к этой переходной категории, неуютно себя чувствуют среди сверстников мужского пола, избегают игр, похожих на драку, не склонны заниматься специфически мужскими видами спорта или типично мальчишескими видами деятельности и испытывают дискомфорт из-за своей принадлежности к мужскому полу. Однако подобные мальчики вовсе не хотят стать девочками и не проявляют сильной увлеченности женственностью. Ричард Фридман (Friedman, 1988) ввел термин *juvenile unmasculinity* («отсутствие мужественности у малолетних»), чтобы описать мальчиков, которые, по его мнению, «страдают из-за стойкого и глубокого ощущения своего несоответствия мужскому полу, что приводит к отрицательной самооценке» (р. 199). (Заметим, что Фридман не взялся рассуждать о противоположном явлении, клинически еще как следует не изученном, — о распространенном среди девочек «отсутствии женственности».) Однако неясно, является ли предполагаемая модель поведения особым синдромом, которому впоследствии сам Фридман (в личном письме Сьюзен Брэдли от 16 июня 1989 года) дал название «ранняя (детская) фаза нетипичного расстройства гендерной идентичности» (*juvenile phase atypical gender identity disorder*), либо же это просто поведенческие черты, находящиеся ниже порога клинической значимости расстройства гендерной идентичности. Как бы то ни было, в подобных случаях можно использовать диагноз «остаточное расстройство гендерной идентичности», поскольку более точного определения не существует (American Psychiatric Association, 1994).

В отношении же девочек важнейшая проблема дифференциальной диагностики состоит в необходимости отличить расстройство гендерной идентичности от томбоизма (*tomboyism*), он же синдром «девчонки-сорванца». Исследование целой группы томбоев («девчонок-сорванцов»), проведенное Ричардом Грином и его коллегами (Green et al., 1982), показало, что для таких девочек характерно множество межгендерных поведенческих черт, наблюдаемых и у девочек, направленных на психиатрическое обследование в связи с нарушениями гендерного поведения (Zucker, 1982). Отчасти именно поэтому в DSM-III-R были изменены показатели расстройства гендерной идентичности применительно к девочкам: цель данных изменений — отличить группы девочек друг от друга (Zucker, 1992b). Для дифференциального диагноза будут полезны по крайней мере три

характерные поведенческие черты: 1) девочки с расстройством гендерной идентичности, по определению, упорно и отчетливо дают понять, как несчастны из-за своей принадлежности к женскому полу, тогда как у томбоев такого не наблюдается; 2) девочки, страдающие расстройством гендерной идентичности, с упорным отвращением и в любых обстоятельствах отказываются носить одежду, которая в данной культуре считается женской, в то время как томбои никогда не выражают столь резкого отрицания, если предложить им надеть женское платье, хотя вообще предпочитают повседневную одежду типа джинсов; 3) девочки с расстройством гендерной идентичности, в отличие от томбоев, ярко демонстрируют (как словами, так и действиями) неудовлетворенность и неловкость из-за половых особенностей строения своего тела.

Наконец, еще одна проблема дифференциальной диагностики касается детей, имеющих как мужские, так и женские половые признаки, то есть детей с особенностями гермафродитизма. В DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) гермафродитизм являлся критерием исключения для диагноза «транссексуальность у взрослых» (то есть взрослым людям с признаками гермафродитизма нельзя ставить диагноз «транссексуальность»); однако гермафродитизм не являлся критерием исключения для диагноза «расстройство гендерной идентичности у детей», хотя в DSM-III отмечается, что «физические отклонения от нормы в строении половых органов редко бывают связаны с расстройством гендерной идентичности» (American Psychiatric Association, 1980, p. 256). А вот в DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) данный критерий исключения в отношении транссексуальности был отменен.

Учитывая, что некоторые дети с признаками гермафродитизма, по наблюдениям психиатров, испытывали тяжелый внутренний конфликт, связанный с гендерной идентичностью, подкомитет DSM-IV рассмотрел вопросы диагностики, касающиеся этой проблемы. Как заметил Майер-Бальбург (Meyer-Bahlburg, 1994), ни DSM-III, ни DSM-III-R не содержат существенной информации о решении данной концептуальной задачи. В DSM-III-R нет четкого разъяснения вопроса, можно ли ставить диагноз «расстройство гендерной идентичности» тем детям, у которых признаки физиологического гермафродитизма сочетаются с психологическим межгендерной самоидентификацией.

Майер-Бальбург (Meyer-Bahlburg, 1994) недавно сделал следующее наблюдение: медицинская литература, посвященная клиническим случаям гермафродитизма, очень редко пыталась использовать психиатрические показатели, разработанные во всех изданиях DSM, при описании пациентов, страдающих внутренним конфликтом из-за трудности определения своей гендерной роли и идентичности (см.: Zucker, Bradley, & Hughes, 1987). Таким образом, невозможно точно определить, какой процент пациентов, имеющих физические признаки гермафродитизма и психологические трудности гендерной самоидентификации, подпадает под формальные критерии диагноза «расстройство гендерной идентичности». Майер-Бальбург (Meyer-Bahlburg, 1994) также утверждал, что вообще неясно, является ли вся феноменология, сопутствующая проблемам гендерной самоидентификации людей с гермафродитизмом, той же феноменологией, что и у людей без гермафродитизма, но с трудностями гендерной самоидентификации (см. также: Bradley et al., 1991); однако подкомитет DSM-IV так и не смог прийти к единому мнению по этому вопросу.

Даже если мы имеем почти одинаковую феноменологию у детей с гермафродитизмом и без него, группы различаются между собой по другим переменным, включая сопутствующие признаки, распространенность, численное соотношение полов и возраст начала расстройства (Meyer-Bahlburg, 1994); этот факт предполагает этиологию, хотя бы в чем-то отличающуюся от той, что мы имеем у детей без признаков гермафродитизма, но с расстройством гендерной идентичности. Например, представляется, что гендерную дисфорию чаще испытывают дети с признаками гермафродитизма, физиологически более близкие к женскому полу и потому воспитываемые как девочки, чем дети с признаками гермафродитизма, более близкие к мужскому полу и считающиеся мальчиками; а вот у детей без гермафродитизма, но с расстройством гендерной идентичности наблюдается обратная картина (по крайней мере, если судить по числу мальчиков и девочек, направленных на психиатрическое обследование).

Поскольку существует вполне реальная возможность определить влияние этиологии у детей с признаками гермафродитизма, встает вопрос: не опасно ли применять к ним тот же диагноз, что и к физиологически нормальным детям (например, предлагать им тот же тип терапевтического вмешательства). С другой

стороны, риск сведется к минимуму, если мы признаем, что некоторые особенные диагнозы в различных клинических случаях вовсе не требуют одинакового лечения. С точки зрения этиологии, очень важно применить «Третью ось» (Axis III) из многоосевой системы, принятой в DSM-IV, где описана связь физических нарушений с психическими расстройствами, и использовать эти разработки для выяснения влияния данной физической аномалии на психическое состояние детей. Однако это не мешает применять диагноз «расстройство гендерной идентичности», если такой подход представляется клинически оправданным (подробнее см.: Bradley et al., 1991; Meyer-Bahlburg, 1994).

В итоге в ходе дополнительных совещаний в редакционной коллегии DSM-IV было решено разрешить применять сопутствующий, общий и неуточненный диагноз «расстройство гендерной идентичности» к людям с физическими признаками гермафродитизма и психическими трудностями гендерной самоидентификации.

Является ли расстройство гендерной идентичности «расстройством» в подлинном смысле?

До сих пор мы рассматривали проблемы диагностики в узких рамках нозологии и других традиционных вопросов, очень важных для достоверности и обоснованности психиатрического диагноза. Однако было бы упущением с нашей стороны не коснуться некоторых спорных проблем, связанных с диагнозом «расстройство гендерной идентичности».

Критики психиатрических диагнозов вот уже длительное время размышляют, на каком основании те или иные поведенческие феномены начинают рассматриваться как «расстройства». Наиболее известным интеллектуальным трамплином к современной дискуссии на эту тему является плодотворная критика понятия «душевная болезнь», высказанная Томасом Сасом (Szasz, 1961). Интересно, что жаркие споры, разгоревшиеся в 1970-е вокруг общепринятого тогда мнения о гомосексуализме как о патологии, и последующее исключение гомосексуальности из перечня психических болезней в DSM сыграли важнейшую роль в осмыслении разработчиками DSM границ, за которыми кончается «нормальность» и начитается психическое заболевание

(см., например: Bayer, 1981; Bayer & Spitzer, 1982; Kirk & Kutchins, 1992, pp. 81–90; Spitzer, 1981).

Тогда на каком же основании мы считаем «расстройство гендерной идентичности» собственно «расстройством»? Как уже отмечено выше, гомосексуальность является наиболее частым психосексуальным последствием, наступающим в половозрелом возрасте у детей, которые длительное время наблюдались у психиатров в связи с расстройством гендерной идентичности (Green, 1987), причем абсолютному большинству таких детей не требовалось никакого хирургического вмешательства для изменения пола, и они не удовлетворяли показателям транссексуальности, принятым в изданиях DSM, предшествующих DSM–IV. Некоторые авторы даже утверждали, что образец межгендерного поведения, который наблюдается у человека в детстве, есть не что иное, как проявление гомосексуальности в неполовозрелом возрасте (см., например: Harry, 1982; Zuger, 1988). Существует еще и мнение Ричарда Иса: для некоторых мальчиков исполнение женской гендерной роли — своеобразный способ «[сексуально] привлечь к себе внимание своего отца и усилить его любовь» (Isay, 1989, p. 30). Другие авторы удивлялись, почему дети, проявляющие «первые задатки гомосексуальности», заслуживают психиатрического диагноза уже в ранний период жизни, а когда достигают следующего периода, то есть взрослого возраста, считаются нормальными (см.: Bem, 1993, pp. 106–111; Fagot, 1992; McConaghy & Silove, 1991; Neisen, 1992; Sedgwick, 1991; Thorne, 1986, 1993). Так, например, Барри Торн задавался следующим вопросом: «Изучив литературу, наиболее глубоко проникшую в данную тему, мы можем спросить: у кого проблема серьезнее — у того, кто навешивает ярлык, или у того, на кого его навешивают?» (Thorne, 1986, p. 31).

Таким образом, мы должны рассмотреть два отдельных вопроса: 1) является ли расстройство гендерной идентичности у детей всего лишь ранним проявлением гомосексуальности? 2) Что включает в себя понятие «расстройство»?

Рассматривая эти вопросы как с концептуальной, так и с эмпирической точки зрения, мы не можем согласиться с утверждением, что поведенческие признаки расстройства гендерной идентичности у детей и гомоэротизм у взрослых — это явления родственные, изоморфные (см.: Coates et al., 1991, p. 518; Friedman, 1988). (Это утверждение, однако, вовсе не отрицает

их близкую статистическую связь, которая очень сильна, как мы отметили в гл. 3. См. также: Bailey & Zucker, 1995.) Ведь если не считать разными переменными гендерную идентичность и сексуальную ориентацию, то тогда как же объяснить феномен транссексуальности, например, у мужчины, который хочет сменить пол и при этом испытывает эротическое влечение к другим мужчинам? С эмпирической точки зрения, ни перспективные, ни ретроспективные исследования не поддерживают мнение о якобы существующей неразрывной связи между расстройством гендерной идентичности и последующей гомосексуальностью. В перспективе абсолютное меньшинство детей с расстройством гендерной идентичности становится транссексуалами, и у относительного меньшинства развивается гетеросексуальная ориентация (Green, 1987; Zucker, 1985, 1990a). В ретроспективе — далеко не все гомосексуальные мужчины и женщины вспоминают, что в детстве их поведение свидетельствовало о расстройстве гендерной идентичности или даже о менее значительных формах межгендерной самоидентификации (см., например: Bailey & Zucker, 1995; Friedman, 1988). Кроме того, мы считаем, что нет убедительных доказательств, поддерживающих мнение Ричарда Исаа (Isay, 1989) об «обратном» соотношении гендерной идентичности и эротического чувства (то есть о том, что гомосексуальные чувства предшествуют межгендерной самоидентификации и именно они его вызывают: Isay, 1989, pp. 29–30; см. подробнее: Zucker, 1990a).

Но даже если все согласятся с тем, что расстройство гендерной идентичности должно быть концептуально и эмпирически отделено от гомосексуальной ориентации, кто-то непременно возразит, что «расстройством» можно признать только одну определенную форму поведения, но не совокупность разных форм поведения, наблюдающихся одновременно. На каком же основании мы объявляем данный набор поведенческих черт «расстройством»? И здесь, кстати, следует признать отсутствие единодушия среди ученых по поводу определения того, что такое «психическое расстройство» (см., например: Scott, 1958; Spitzer & Endicott, 1978; Wakefield, 1992a, 1992b). Учитывая такое положение вещей, мы должны выяснить, соответствует ли расстройство гендерной идентичности тому определению расстройства, которое дано в DSM, то есть «правилам игры».

Роберт Спитцер и Жан Эндикотт (Spitzer & Endicott, 1978) утверждали, что для признания той или иной необычной формы поведения «расстройством» необходимы: дистресс, утрата дееспособности и невозможность самореализации. Спитцер и Эндикотт настаивали, что понятие «расстройство» предполагает «отрицательные последствия для психического состояния, предполагаемое или выявленное нарушение нормальной работы организма и скрытые позывы к резким действиям» (р. 17). Авторы определили дистресс как субъективную жалобу или жалобу, ясно видную по манере поведения (например, в форме тревоги, выражаемой во время панических атак); утрату дееспособности — как функциональное нарушение, проявляемое в целом ряде видов деятельности (например, в невозможности сосредоточиться во время подавленного (депрессивного) состояния); а невозможность самореализации определена ими как отрицательные последствия, наступающие в момент, когда личность тем или иным образом взаимодействует со своим социальным или физическим окружением (например, отсутствие оргазма при сексуальных контактах).

Недавно Дж. Уэйкфилд (Wakefield, 1992a, 1992b) высказал несколько весьма остроумных критических замечаний о том осмыслении понятия «расстройство», которое предложено в DSM. Некоторые расстройства, описанные в DSM (например, преждевременное семяизвержение), совершенно необязательно приводят к нарушению *широкого* ряда различных сторон жизнедеятельности: они могут отрицательно повлиять лишь на некоторые проявления работы организма. Уэйкфилд утверждает, что в общее понятие расстройства необходимо включить представление о «вредоносной недостаточности», определяемой как «отказ некоего (психофизиологического) механизма данной личности выполнять свои природные задачи, для которых этот механизм был предназначен естественным отбором» (Wakefield, 1992a, p. 236). Заметим, что процитированное утверждение Уэйкфилда содержит в себе отсылку к определению «нормального», данному Чарлзом Дейли Кингом (King, 1945): «Нормальное есть все то, чья жизнедеятельность соответствует его предназначению» (р. 494). Ниже мы рассмотрим показатели, ранее описанные в DSM, особенно подробно — требования к понятиям «дистресс» и «утрата дееспособности», а также более новое представление о «вредоносной недостаточности», введенное Уэйкфилдом.

*Проявляют ли дистресс дети с расстройством
гендерной идентичности?*

Спитцер и Эндикотт (Spitzer & Endicott, 1978) потратили не слишком много времени на разработку понятия дистресса, возможно, потому, что, как правило, взрослые пациенты привлекают к себе внимание врачей именно субъективными жалобами. Кроме того, большинство психических расстройств у взрослых состоит из жалоб, причины которых, в терминологии Уэйкфилда (Wakefield, 1992a), надо искать «внутри данной личности».

Однако понятие дистресса — явно более сложное. Целый ряд психических расстройств, распространенных среди взрослых, может привести к субъективному дистрессу только в результате реакции личности на некий особенный конфликт с внешним миром (например, в случае антисоциального (диссоциального) расстройства личности). В подобных случаях весьма спорным выглядит утверждение, будто дистресс развивается исключительно «внутри самой личности». Кроме того, понятие дистресса тесно переплетается с новыми вопросами, которые постоянно поднимают ученые-теоретики. Специалисты по биологической психиатрии могут возразить, что дистресс есть результат неправильного «соединения проводов» в организме. Специалисты по психоаналитической психиатрии могут возразить, что дистресс является результатом сложного взаимодействия внутренних душевных конфликтов, причины которых лежат в процессах взросления. Сторонники социального конструкционизма, самые язвительные современные критики психиатрии, презрительно относятся к понятию «внутриличностный дистресс» за исключением случаев, когда последний является ответом на социальное угнетение. С их точки зрения, сам человек не может быть творцом собственного несчастья.

Что же касается детей в целом, то здесь понятие дистресса кажется еще более запутанным. Разве это понятие применимо только к взрослым? Например, Уэйкфилд (Wakefield, 1992a) утверждал, что некоторые детские психиатрические диагнозы, такие как расстройство поведения, могут быть «рациональным» ответом на факторы окружающего общества (например, на neglect-родителей).

Что же касается детей с расстройством гендерной идентичности, то тут необходимо задать два взаимосвязанных вопроса:

испытывают ли они дистресс из-за своего состояния, и если да, то какова его первопричина? На первый вопрос есть два распространенных взгляда. Согласно первому, дети начинают испытывать дистресс из-за своего межгендерного поведения только после того, как такое поведение наталкивается на сопротивление окружающих (Stoller, 1975). Например, маленькая девочка злится и плачет, когда ей говорят, что она не сможет превратиться в мальчика, или мальчик расстраивается, когда ему говорят, что он не сможет надевать в школу свое розовое девчоночье платьице. Роберт Столлер (Stoller, 1966, 1975) в основном придерживался мнения, что ярко выраженная межгендерная самоидентификация (у мальчиков) является эгосинтонической (то есть мальчики не переживают из-за своих наклонностей, считая их нормальными), поскольку психодинамика их семейного окружения, как правило, тоже синтонична (то есть сочувственна к ним). Ричард Грин (Green, 1974) и Джордж Алан Рекерс (Rekers, 1977b), как и другие исследователи, обращали особое внимание на то, что дистресс чаще всего бывает вызван социальным остракизмом, особенно со стороны ровесников.

Согласно другому взгляду, причиной дистресса служит еще одна сопутствующая психопатология, имеющаяся у «межгендерного» ребенка и у его семьи. Например, Коутс и Пирсон (Coates & Person, 1985) утверждали, что расстройство гендерной идентичности — это своеобразное «разрешение болезни», под которой подразумевается какая-то особая форма психопатологии у ребенка (чаще всего — страх возможной разлуки с родителями или даже страх их воображаемого исчезновения), и душевное состояние ребенка вызвано общей психопатологией семьи. Для сторонников такого взгляда на проблему все осознанные, постоянно повторяющиеся, навязчивые и неуклонные признаки межгендерного поведения связаны с подобными психопатологическими процессами.

Вероятнее всего, оба вышеописанных взгляда в целом правильны, либо же один из двух лучше подходит к каждому данному клиническому случаю (подробнее оба взгляда рассмотрены в гл. 5). Однако второй взгляд лучше совместим с понятием внутриличностного дистресса, вызванного собственными психическими проблемами, а первый скорее подходит к мнению о том, что патологию личности вызывает социальная патология. С клинической точки зрения, наш практический опыт свидетельствует,

что многие дети, имеющие расстройство гендерной идентичности, с самого раннего возраста ощущают внутренний душевный дискомфорт из-за своего социального статуса девочки или мальчика, а это полностью соответствует определению дистресса, данному в DSM.

Используя план свободно структурированной (полуструктурированной) психологической беседы (Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, et al., 1993), психиатр получил от четырехлетнего мальчика (с IQ, равным 104), который незадолго до обследования сообщил родителям, что сам он уже «умер», а теперь в его теле живет одна особенная девочка — героиня фильма, популярного среди детей, следующие ответы.

ПСИХИАТР (П): Ты мальчик или девочка?

РЕБЕНОК (Р): Мальчик.

П: А ты случайно не девочка?

Р: Девочка.

П: Когда ты вырастешь, ты станешь мамой или папой?

Р: Мамой.

П: А ты мог бы вырасти и стать папой?

Р: Нет.

П: А вообще есть что-то хорошее в том, чтобы быть мальчиком?

Р: Ничего.

П: А что плохого в том, чтобы быть мальчиком? Есть в этом что-то особенно плохое, что тебе не нравится?

Р: Есть.

П: Расскажи мне о чем-то плохом, что тебе не нравится в том, чтобы быть мальчиком.

Р: Просто я это ненавижу. Потому что мы должны, как дураки, сидеть смирно.

П: Как ты думаешь, лучше быть мальчиком или девочкой?

Р: Девочкой.

П: Почему?

Р: Потому что это клёво: они могут сидеть, где хотят, ничего не делать и болтать друг с дружкой.

П: Ты когда-нибудь думал о том, что тебе бы хотелось стать девочкой?

Р: Да.

П: А ты можешь объяснить почему?

Р: Я не знаю... Потому что мы сможем сидеть, где хотим, ничего не делать, болтать друг с другом и заниматься всем тем, чем обычно занимаются девочки.

П: А бывало такое, что когда ты воображаешь себя кем-то, то ты путаешься и не знаешь, кем именно себя вообразить — мальчиком или девочкой?

Р: Нет, я всегда воображаю себя девочкой.

П: А ты можешь рассказать об этом поподробнее?

Р: *(не отвечает)*.

П: Ты когда-нибудь чувствовал себя скорее девочкой, чем мальчиком?

Р: Уже слишком поздно об этом спрашивать. Я уже стал девочкой. Потому что я ненавижу быть мальчиком.

П: Ты наверняка знаешь, что такое сны, да? Когда ты засыпаешь ночью, видишь ли ты себя в твоих снах?

Р: Я не вижу снов.

П: Ты когда-нибудь думал о том, что на самом деле ты девочка?

Р: Да.

П: А ты можешь рассказать об этом поподробнее?

Р: *(убегает из комнаты, где велась беседа, и возвращается к матери, сидящей в приемной)*.

Дистресс, испытываемый этим ребенком, представляется нам совершенно очевидным [12].

*Наблюдается ли утрата дееспособности у детей
с расстройством гендерной идентичности?*

Согласно исследованию Спитцера и Эндикотта (Spitzer & Endicott, 1978, p. 23), утрата дееспособности должна быть выявлена «более чем в одном роде деятельности»: такая формулировка понадобилась авторам, чтобы с самого начала предотвратить рассуждения о том, какая именно сторона жизнедеятельности человека является «основной» или «существенной». Нет необходимости придирается к данному определению, когда мы рассматриваем такие диагнозы DSM, как большое депрессивное расстройство, при котором социальная жизнь и профессиональная деятельность личности очень сильно ухудшаются. Однако когда мы начинаем рассматривать диагнозы DSM другого рода, представление об утрате дееспособности становится более расплывчатым.

Например, как мы уже отметили, некоторые сексологические диагнозы, описанные в DSM, вовсе необязательно приводят к общему ухудшению жизнедеятельности (Wakefield, 1992a).

Если же рассматривать детей в целом, то определение утраты дееспособности, наверно, должно быть более четким, поскольку психические нарушения у детей вообще приводят к более легким формам ухудшения дееспособности, чем это происходит при психических расстройствах у взрослых (за исключением некоторых случаев, как, например, аутическое (аутистическое) расстройство, которое столь же сильно ухудшает жизнедеятельность детей, как и любое расстройство у взрослых). Если оставить вопрос, насколько обширной (в клиническом смысле) может быть утрата дееспособности, то вполне естественно поинтересоваться, как обстоит с этим дело у детей, имеющих расстройство гендерной идентичности: проявляют ли они утрату дееспособности. Нам представляется, что в некоторых сферах дееспособность у них ухудшается. Например, детям с расстройством гендерной идентичности, очевидно, гораздо труднее, чем обычным детям, дается усвоение основных понятий, касающихся гендера. Согласно проведенным нами психологическим беседам (Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, et al., 1993), подобные дети чаще, чем их обычные сверстники, неправильно определяют собственный гендер, а учитывая, что гендер как социальная категория используется повсеместно, неверное указание собственного гендера наверняка приводит к постоянным недоразумениям при взаимодействии этих детей с обществом (см.: Массобу, 1988). Несколько эмпирических исследований показало, что дети с расстройством гендерной идентичности имеют столь же значительный набор психопатологий общего поведения, что и дети с другими психическими проблемами, имеющими клиническое значение (более подробный обзор литературы на эту тему см. в гл. 5). И, наконец, у детей с расстройством гендерной идентичности (особенно у мальчиков) явно не складываются отношения со сверстниками, о чем уже говорилось в гл. 2.

Заключение

Концептуальный анализ расстройства гендерной идентичности как психического расстройства, разумеется, приводит к постановке и других вопросов. Например, специалисты в области

социобиологии регулярно спрашивают (принимая во внимание как непосредственные причины явлений, так и первопричины), почему вообще существует такое понятие, как гендерная идентичность.

Знаменитая «теория привязанности», разработанная Джоном Боулби (Bowlby, 1969), представляет собой самый яркий образец исследования в возрастной психиатрии и психологии развития, ведущегося в этом направлении. С точки зрения филогенетики, в приспособляемости людей как вида к окружающей среде и эволюционным изменениям привязанность играет «покровительственную» роль. То есть именно благодаря привязанности у людей возникает чувство защищенности. С точки зрения онтогенеза, привязанность должна дать ребенку ощущение безопасности, побуждающее его смело исследовать социальное и физическое окружение и помогающее ему действовать самостоятельно (подробнее об этом см.: Hay, 1980; Sroufe & Waters, 1977).

Но может ли аналитический метод, использованный для объяснения привязанности, быть применен для лучшего понимания гендерной идентичности? К сожалению, этому вопросу до сих пор уделялось мало внимания. Всеобщность гендера как социальной категории предполагает его важность для организации общественной жизни. Учитывая, что гендер имеет отношение к последующему эротизму, принято соотносить филогенетическую функцию и воспроизводство популяции с известной осторожностью. Связь между социализацией гендера и эротизмом в доиндустриальных обществах, где социализация вообще подчинена более жесткому ритуалу, описана уже очень подробно и ясно (см., например: Herdt, 1990a; Herdt & Stoller, 1990). Такой подход, разумеется, снова возвращает нас к постановке вопроса о гомосексуальности (и, косвенно, о гендерной идентичности) как «отклонении от нормы» с точки зрения эволюции. Например, тот же Джон Боулби (Bowlby, 1969, pp. 130–131) утверждал, что гомосексуальность включает в себе «ошибку», касающуюся того побудительного стимула, который активизирует всю последовательность сексуального поведения (то есть в качестве «объекта» выбирается особь своего пола вместо особи противоположного пола). Однако современные социобиологи не соглашались с эволюционным объяснением гомосексуальности и предполагают наличие у нее адаптивной функции, улучшающей приспособляемость особи к окружающим условиям, хотя такое объяснение

трудно проверить эмпирически (см., например: Kirsch & Weinrich, 1991; Ruse, 1981; Weinrich, 1987). В любом случае, будет ли достигнуто согласие между учеными по вопросу о филогенетической функции сексуальной ориентации или нет, мы уже сейчас можем утверждать, что склонность создавать парные союзы как гетеросексуального, так и гомосексуального характера, увеличивает способность индивида образовывать близкие межличностные связи вообще, а учитывая несомненно стайный характер человека, подобное качество, безусловно, усиливает его приспособляемость к окружающим условиям, то есть выполняет адаптивную функцию.

Клиническая оценка

Психологическое тестирование

Начиная с первой половины 1970-х годов происходит непрерывное преумножение и развитие технических приемов клинической оценки детей с расстройством гендерной идентичности. Эти технические приемы включают в себя: структурированные психологические беседы с родителями об особенностях детского поведения, связанных с половыми различиями (Green, 1987; Roberts, Green, Williams, & Goodman, 1987; Zuger & Taylor, 1969); опросники родителей, охватывающие целый ряд поведенческих черт, связанных с половыми различиями (Bates & Bentler, 1973; Bates, Bentler, & Thompson, 1973; Green, 1976, 1987; Meyer-Bahlburg, Sandberg, Yager, Dolezal, & Ehrhardt, 1994; Zucker, Bradley, Doering, & Lozinski, 1985); исследование открытых (нескрываемых) игр, типичных для каждого пола, в стандартных ситуациях (Doering, Zucker, Bradley, & MacInture, 1989; Green, Fuller, Rutley, & Hendler, 1972; Rekers & Yates, 1976; Zucker, Doering, Bradley, & Finegan, 1982); исследование скрытых игр (которым дети предаются тайком), типичных для каждого пола, в стандартных ситуациях (Green & Fuller, 1973a; Zucker, Doering, Bradley, Alon, & Lozinski, 1984); наблюдение за телодвижениями и жестами, типичными для каждого пола (Bates, Bentler, & Thompson, 1979; Green, Neuberg, & Finch, 1983); оценка развития гендерной устойчивости (Zucker, Kuksis, & Bradley, 1988); типичные для каждого пола признаки, выявляемые во время теста рисования фигуры

Таблица 4.6. Описание технических приемов для клинической оценки пациентов

Reference	Measure/ technique	Content	Original/additional references
Green (1976, 1987)	Parent report	Gender identity, gender role behaviors	Roberts et al. (1987)
Green et al. (1982)	Parent report	Gender identity, gender role behaviors	
Bates & Bentler (1973)	Parent report	Sex-typed games and activities	Doering (1981); Klein & Bates (1980); Meyer-Bahlburg, Feldman, & Ehrhardt (1985); Pleak et al. (1989); Rekers & Morey (1990); Sandberg & Meyer-Bahlburg (1994); Zucker et al. (1985); modified by Meyer-Bahlburg, Sandberg, Dolezal, & Yager (1994)
Bates et al. (1973)	Parent report	Gender role behaviors	Bates et al. (1979); Meyer-Bahlburg, Feldman, & Ehrhardt (1985); Pleak et al. (1989); modified version reported by Zucker et al. (1980)
Zucker & Bradley (this volume)	Parent report	Gender identity, gender role behaviors	Modified from Elizabeth & Green (1984)
Bates et al. (1973)	Parent report	Activity level/ extraversion	Modified version, Zucker & Bradley (this volume)
Green, Fuller, Rutley, & Hendlar (1972)	Free play	Masculine and feminine sex-typed play	
Rekers & Yates (1976)	Free play	Masculine and feminine sex-typed play	Doering et al. (1989); Rekers & Morey (1990); Zucker et al. (1982, 1985)

Green, Fuller, & Rutley (1972)	IT Scale for Children	Projective measure of sex-typed preferences	Rekers, Rosen, & Morey (1990)
Green & Fuller (1973)	Fantasy play	Masculine and feminine fantasy play (stories)	
Zucker, Doering, et al. (1984)	Fantasy play	Masculine and feminine fantasy play (stories)	Cramer & Hogan (1975); Erikson (1951)
Green, Fuller, & Rutley (1972)	Draw-a-Person	Sex of first figure drawn; heights of same-sex and opposite-sex persons; content analysis	Rekers, Rosen, & Morey (1990); Skilbeck et al. (1975); Zucker et al. (1983)
Zucker et al. (1988)	Gender constancy	"Stages" of gender constancy development	Slaby & Frey (1975); Emmerich et al. (1977)
Zucker, Lozinski, et al. (1992)	Rorschach	Sex-typed responses; gender confusion	Tuber & Coates (1985)
Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, et al. (1993)	Gender identity interview	Cognitive and affective gender identity confusion	

Использованные термины:

References — библиографические ссылки (где указаны фамилии авторов и годы изданий тех книг и (или) статей, полное библиографическое описание которых дано в конце данной монографии).

Measure/ technique — способ исследования (клинической оценки) / технический прием.

Content — содержание (тема) исследования.

Original/ additional references — ссылки на дополнительную литературу и (или) на те первоначальные исследования, на которые ссылаются авторы основных работ, приведенных в первом ссылочном столбце.

Parent report — сообщение родителей (о поведении ребенка).

Free play — свободная игра.

IT scale for children — Обсессивно-компульсивная шкала Йеля — Брауна, примененная в отношении детей.

Fantasy play — фантазийные игры (где дети играют роли вымышленных персонажей).

Draw-a-Person — тест рисования фигуры человека (он же тест «Проективный рисунок человека»).

Gender constancy — гендерная устойчивость.

Rorschach — тест Роршаха.

Gender identity interview — психологическая беседа с ребенком, призванная выявить его гендерную идентичность (гендерная самоидентификация).

Gender identity, gender role behaviors — поведенческие черты, свидетельствующие о выбранной гендерной роли ребенка и о его гендерной самоидентификации.

Sex-typed games and activities — игры и другие проявления активности, типичные для одного из полов.

Activity level/ extraversion — уровень активности / экстраверсии (=экстравертности) ребенка.

Masculine and feminine sex-typed play — игра, типичная для мужского или женского пола.

Projective measure of sex-typed preferences — проективный метод определения предпочтений, характерных для одного из полов.

Masculine and feminine fantasy play (stories) — фантазийные игры (или рассказы), типичные для мужского или женского пола.

Sex of first figure drawn; heights of same-sex and opposite-sex persons; content analysis — пол того персонажа, которого ребенок нарисовал в первую очередь; высота персонажей того же пола, к которому принадлежит автор рисунка, и персонажей противоположного пола; анализ содержания рисунка.

Stages of gender constancy development — периоды (стадии) развития гендерной устойчивости.

Sex-typed responses; gender confusion — ответы, типичные для одного из полов; замешательство (путаница) при определении собственного гендера.

Cognitive and affective gender identity confusion — понятийное (познавательное) и чувственное (эмоциональное) замешательство при гендерном самоотождествлении.

Примечание: все технические приемы оценки состояния пациентов можно очень легко применить при клинических обследованиях. Все

они показали по крайней мере некоторую дискриминантную валидность: то есть они действительно помогли отличить детей, имеющих отклонения в гендерной самоидентификации, от нормальных детей, если это были их братья или сестры, либо же дети из контрольной группы (то есть дети без отклонений, привлеченные к исследованию для сравнения). Часть перечисленных выше приемов подходит как для мальчиков, так и для девочек, другие же (как, например, отзывы родителей о гендерно-ролевом поведении детей: Bates et al., 1973) прошли проверку пригодности только в отношении мальчиков.

человека (Green, Fuller, & Rutley, 1972; Skilbeck, Bates, & Bentler, 1975; Zucker, Finegan, Doering, & Bradley, 1983); типичные для каждого пола признаки, выявляемые во время теста Поршаха (Zucker, Lozinski, Bradley, & Doering, 1992; Tuber & Coates, 1985); а также планы структурированных психологических бесед, имеющих целью выявить понятийное (познавательное) и чувственное (эмоциональное) замешательство при определении своей гендерной принадлежности (Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, et al., 1993).

Все эти технические приемы сведены в таблице 4.6. Результаты исследований в целом показали существенную разницу между изучаемыми группами детей, направленных на психиатрическое обследование в связи с их гендерным поведением, и детей без отклонений гендерного поведения, причем в обе группы были включены родные братья или сестры обследуемых, а также дети с психическими нарушениями другого рода (не имеющими отношения к гендерным различиям). Используя данные психологических бесед с родителями, Ричард Грин (Green, 1987) сделал вывод, что при применении анализа дискриминантных функций требуется 6 из 16 поведенческих черт, характерных для каждого пола, чтобы правильно распределить мальчиков между «женственной» группой и «мужественной» («нормальной») группой. Такое доказательство дискриминантной валидности (то есть применимости дискриминантного анализа) было важным шагом на пути к признанию расстройства гендерной идентичности как особого психического отклонения у детей (см.: Rutter, 1978).

В нашем исследовании психологическое тестирование, применяющее некоторые вышеописанные технические приемы, доказало свою полезность для различения детей, имеющих клинически значимые отклонения в гендерном поведении, от обычных детей, привлеченных к исследованию для сравнения. В таблице

4.7 отображен протокол оценок состояния пациентов, которые мы проводим в нашей клинике. Во время обследования детей родители заполняли опросные листы, перечисленные в таблице, а также другие опросники, дополняющие клиническую картину, а дети выполняли те задания, которые им предлагались в течение всего дня, когда проводилось психологическое тестирование. В таблице 4.7 также приведены ссылки на опубликованные и неопубликованные результаты данных обследований.

Таблица 4.7. Протокол психологической оценки поведения, типичного для одного из полов, в клинике детской и подростковой гендерной идентичности при Психиатрическом институте Кларка

Measures	Reference	Controls ^a	Published/unpublished results
Parent measures			
Revised Gender Behavior Inventory for Boys	Zucker et al. (1980)	S,C,N	Zucker et al. (1980, 1985)
Play and Games Questionnaire	Bates & Bentler (1973)	S,C,N	Zucker et al. (1985)
Activity Level/ Extraversion	Zucker et al. (1980)	S,C,N	This volume
Gender Identity Questionnaire (modified)	Elizabeth & Green (1984)	S,C,N	This volume
Child measures			
Draw-a-Person test	Jolles (1952)	S,C,N	Zucker et al. (1983)
Rorschach test	Zucker, Lozinski, et al. (1992)	S,C,N	Zucker, Lozinski, et al. (1992)
Free-play test (modified)	Rekers & Yates (1976)	S,C,N	Zucker et al. (1982, 1985)
Gender constancy tests	Slaby & Frey (1975); Emmerich et al. (1977)	S,C	Zucker et al. (1988)
Dramatic Productions Test	Cramer & Hogan (1975)	S,C	Zucker et al. (1984)
Gender Identity Interview	Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, et al. (1993)	C,N	Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, et al. (1993)

Использованные термины:

Measure — способ исследования.

Reference — библиографическая ссылка (где указаны фамилии авторов и год издания той книги или статьи, полное библиографическое описание которой дано в конце данной монографии).

Controls — контрольная группа детей, привлеченных к исследованиям для сравнения; из них: S — родные братья или сестры (siblings) обследуемых детей; C — «клинически контрольные» дети (имеющие какие-то другие отклонения, не связанные с гендерными различиями); N — нормальные дети.

Published/ unpublished results — опубликованные / неопубликованные результаты исследований.

Parent measures — исследования, основанные на оценках, данных родителями своим детям (путем заполнения опросных листов).

Revised Gender Behavior Inventory for Boys — исправленный перечень характеристик гендерного поведения у мальчиков.

Play and Games Questionnaire — опросник о детских играх и развлечениях.

Activity Level/ Extraversion — уровень активности / экстраверсии (=экстравертности) детей.

Gender Identity Questionnaire (modified) — опросник для родителей, касающийся гендерной самоидентификации их детей (исправленный и дополненный).

This volume — настоящая монография.

Child measures — исследования, основанные на непосредственном наблюдении за детьми.

Draw-a-Person test — тест рисования фигуры человека (он же тест «Проективный рисунок человека»).

Rorschach test — тест Роршаха.

Free-play test (modified) — тест на основе свободной игры (исправленный и дополненный).

Gender constancy tests — тесты на гендерную устойчивость.

Dramatic Productions Test — тест на участие в театрализованных представлениях.

Gender Identity Interview — психологическая беседа с ребенком, призванная выявить его гендерную идентичность (гендерную самоидентификацию).

Для практикующего врача-психиатра очень важно осознавать несовершенство индивидуальных тестов при их использовании для различения нормальных детей и детей, имеющих проблемы. Рассмотрим как пример тест рисования фигуры человека, относительно простой и, возможно, еще как следует не разработанный метод определения психологического гендера ребенка. В ходе этого теста детей просят нарисовать любую

человеческую фигуру, а затем определить ее половую принадлежность. Обследование множества обычных детей показало, что большинство мальчиков и девочек, отвечая на такую просьбу, рисуют в первую очередь персонажей того же пола, что и они сами (Brown, 1979; Heinrich & Triebe, 1972; Jolles, 1952; Tolor & Tolor, 1974). В противоположность этому, три исследования показали, что дети с расстройством гендерной идентичности с гораздо большей вероятностью, чем обычные дети, нарисуют в первую очередь персонажа противоположного пола (Green, Fuller, & Rutley, 1972; Skilbeck et al., 1975; Zucker et al., 1983). Если рассмотреть общее число детей, участвовавших в каждом из трех исследований и нарисовавших в первую очередь персонажей противоположного пола, то процентное соотношение детей, имеющих гендерные проблемы, и обычных детей, привлеченных для сравнения, будет, соответственно, 57 % против 24 %, 32 % против 6 % и 61 % против 20 %.

Очевидно, что ложноотрицательных результатов значительно больше, чем ложноположительных, хотя и тех, и других в каждом исследовании довольно много. Есть несколько объяснений большого числа ложноотрицательных результатов. Во-первых, сам метод подобного обследования детей из-за чисто случайных причин предполагает вероятность ошибочного ответа, равную 50 %. Также очень вероятно, что дети, направленные на обследование из-за нестандартного гендерного поведения, сильно различаются между собой по степени межгендерной самоидентификации, что может влиять на разнообразие ответов при психологическом тестировании. Например, по итогам теста рисования фигуры человека мы обнаружили, что 72,5 % детей, направленных на обследование и удовлетворяющих всем показателям расстройства гендерной идентичности, описанным в DSM-III, нарисовали в первую очередь персонажей противоположного пола, и то же самое сделали только 30,4 % детей, направленных на обследование и не удовлетворяющих всем показателям DSM-III (см. табл. 4.4); таким образом, процент ложноотрицательных результатов меньше именно в группе детей с более яркими признаками данного расстройства. Сам характер теста рисования фигур не допускает возможности длительного наблюдения и «непрерывного измерения». Тем не менее более подробный анализ может выявить некоторые другие особенности детских реакций, свойственных определенному полу. В частности, мы обнаружили

(Zucker et al., 1983), что дети с проблемным гендерным поведением изображали персонажей противоположного пола более высокими, чем персонажей своего пола, тогда как обычные дети (привлеченные для сравнения) были склонны скорее нарисовать более высокими персонажей своего пола, а не противоположного. Уильям Скилбек с соавтором (Skilbeck et al., 1975) заметили, что мальчики с гендерными проблемами рисовали персонажей женского пола более детально, с большим количеством разнообразных подробностей, чем персонажей мужского пола, и это свойство наблюдается вообще у всех подобных мальчиков (Coates, 1985). В целом, детские рисунки мужчин и женщин имеют важное клиническое значение для понимания того, как дети с расстройством гендерной идентичности представляют себе гендерное различие (см. рис. 4.1–4.3).

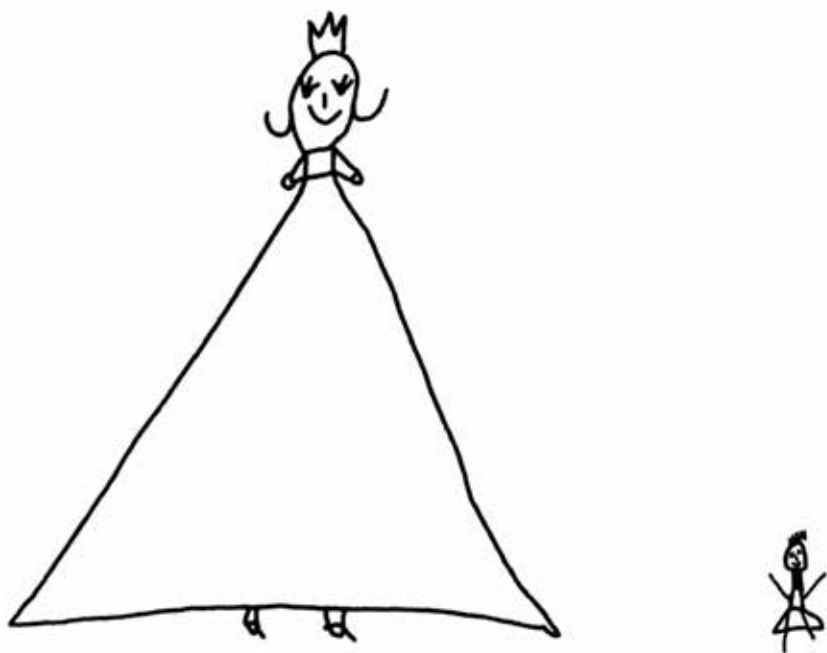


Рис. 4.1. Рисунок, изображающий девочку (слева) и мальчика (справа), сделанный мальчиком с расстройством гендерной идентичности, проходящим тест рисования фигуры человека. Обратите внимание на явную разницу в росте персонажей. Кроме того, автор рисунка объяснил, что он нарисовал мальчика «одетым в юбочку», поскольку он не знает, «как рисовать штанишки».



Рис. 4.2. Импровизированный рисунок, изображающий спортсменку, занимающуюся борьбой, внезапно сделанный 11-летним мальчиком с расстройством гендерной идентичности. Мать мальчика умерла, когда ему было пять лет; отец описывал ее как алкоголичку с буйным нравом, увлекающуюся профессиональной борьбой.



Рис. 4.3. Рисунок мальчика, сделанный девочкой с расстройством гендерной идентичности, проходящей тест рисования фигуры человека. Обратите внимание на наличие у персонажа третьей ноги.

Таблица 4.8. Показатели гендерной идентичности и гендерной роли: соотношение показателей с возрастом у детей, имеющих расстройство гендерной идентичности

Measures	<i>r</i>	<i>p</i> ^a	<i>n</i>
Parent measures			
Revised Gender Behavior Inventory for Boys^b			
Factor 1 (Masculinity)	-.07	n.s.	156
Factor 2 (Femininity I)	-.12	n.s.	156
Factor 3 (Femininity II)	-.33	.001	156
Factor 4 (Mother's Boy)	.25	.002	156
Play and Games Questionnaire^c			
Scale 1 (Feminine/Preschool)	-.27	.001	156
Scale 2 (Masculine, Nonathletic)	.11	n.s.	156
Scale 3 (Masculine, Athletic)	.28	.001	156
Enjoyment (Scale 1)	-.18	.020	156
Enjoyment (Scale 2)	-.02	n.s.	156
Enjoyment (Scale 3)	-.16	.044	156
Activity Level/Extraversion	-.25	.002	156
Gender Identity Questionnaire ^d	-.21	.019	123
Child measures			
Draw-a-Person test			
Percentage opposite-sex persons drawn first	-.29	.001	188
Height of same-sex person – height of opposite-sex person (in centimeters)	.12	n.s.	186
Rorschach test			
Number of same-sex responses – number of cross-sex responses	.11	n.s.	178
Free-play task			
Percentage of cross-sex play	-.41	.001	166
Gender Identity Interview			
Factor 1 (Affective Gender Confusion)	-.33	.000	107
Factor 2 (Cognitive Gender Confusion)	-.36	.000	107

Использованные термины:

Measures — способы исследования и показатели.

Parent measures — показатели, определенные родителями (в ходе их опросов).

Child measures — показатели, проявленные самими детьми (в ходе наблюдения над ними).

Revised Gender Behavior Inventory for Boys — исправленный перечень признаков гендерного поведения у мальчиков.

Factor 1 (Masculinity) — фактор 1 (признаки мужественности).

Factor 2 (Femininity I) — фактор 2 (признаки женственности, часть первая).

Factor 3 (Femininity II) — фактор 3 (признаки женственности, часть вторая).

Factor 4 (Mother's boy) — фактор 4 («маменькин сынок»).

Play and Games Questionnaire — опросник об играх и развлечениях.

Scale 1 (Feminine/ Preschool) — шкала 1 («женские» («девчоночьи») игры для детей дошкольного возраста).

Scale 2 (Masculine, Nonathletic) — шкала 2 («мужские» («мальчишеские») игры неспортивного характера).

Scale 3 (Masculine, Athletic) — шкала 3 («мужские» («мальчишеские») игры спортивного характера).

Enjoyment — здесь: уровень радостного настроения ребенка во время игр.

Activity Level/ Extraversion — уровень активности / экстравертности.

Gender Identity Questionnaire — опросник, касающийся гендерной идентичности (гендерной самоидентификации) ребенка.

Draw-a-Person test — тест рисования фигуры человека (проективный рисунок человека).

Percentage opposite-sex persons drawn first — процент людей противоположного пола, нарисованных в первую очередь.

Height of same-sex person / height of opposite-sex person (in centimeters) — высота человека своего пола, нарисованного ребенком / высота человека противоположного пола, нарисованного ребенком.

Rorschach test — тест Роршаха.

Number of same-sex responses / number of cross-sex responses — число ответов, свидетельствующих о самоидентификации ребенка со своим полом / число ответов, свидетельствующих о самоидентификации ребенка с противоположным полом.

Free-play task — здесь: определение игрового поведения ребенка (поведения ребенка в свободных играх).

Percentage of same-sex play / cross-sex play — процент игр, свойственных своему полу / противоположному полу.

Gender Identity Interview — беседа психолога с ребенком с целью выявить его гендерную идентичность (гендерную самоидентификацию).

Factor 1 (Affective Gender Confusion) — фактор 1 (непонимание (и неприятие) своего гендера на эмоциональном уровне).

Factor 2 (Cognitive Gender Confusion) — фактор 2 (непонимание (и неприятие) своего гендера на рассудочном (познавательном) уровне).

n. s. — not specified — показатель не определен (не рассчитан).

Примечания:

а) двусторонний критерий;

- б) опросник может быть использован только в отношении мальчиков;
- с) опросник может быть использован как для мальчиков, так и для девочек, но данные возрастных соотношений приведены только для мальчиков;
- д) в опроснике преобладают пункты, касающиеся поведения, нетипичного для данного пола.

Поскольку многие практикующие врачи-психиатры, применяя доступные им методы обследования пациентов, зачастую не имеют возможности задействовать весь набор психологических тестов, таблица 4.8 подытоживает соотношение результатов обследований, перечисленных в таблице 4.7, и возраста детей. Можно заметить, что наибольший эффект возраста, составляющий 18 % от дисперсии, наблюдается в результатах теста свободной игры. Этот тест состоит в том, что ребенка оставляют наедине с игрушками и предметами одежды, которые стереотипно считаются «мужскими» («мальчишескими») или «женскими» («девчоночьими»), а наблюдатель, глядя на ребенка из-за полупрозрачного зеркала (зеркала Гезелла), отмечает длительность его игры с каждой вещью.

Каково же объяснение этих эффектов возраста? Отражают ли они истинное уменьшение межгендерной самоидентификации с возрастом? Либо это означает, что межгендерное поведение ребенка как бы «уходит в подполье», когда он или она яснее осознает отрицательную реакцию окружающих, в том числе важных для него людей? А может быть, все дело в методах обследования? Может быть, технические приемы, используемые для оценки гендерной идентичности и гендерной роли детей более старшего возраста, либо вообще для них не подходят, либо слишком прямолинейны и откровенны, чтобы дети дали на них надлежащие ответы? Возможно, доля истины есть в каждом из этих объяснений, и психиатры-практики должны сами решать, какие объяснения лучше подходят к конкретным случаям.

Половые различия

Мы уже отметили в гл. 3, что мальчиков направляют на психиатрическое обследование в связи с развитием их гендерной идентичности гораздо чаще, чем девочек. Данные «Списка вопросов о детском поведении» (CBCL) Ахенбаха (см. рис. 3.6) свидетельствуют, что девочкам может потребоваться более крайняя степень

межгендерного поведения, чем мальчикам, прежде чем родители захотят отвести их к психиатру. Чтобы подвергнуть эту гипотезу более детальной проверке, мы сравнили пол детей, изучаемых по нескольким показателям поведения, типичного для каждого пола. Для каждого показателя мы взяли четыре демографических переменных: возраст, IQ, социальное положение родителей, семейное положение родителей (состоят ли они в официальном браке), и сверили эти переменные с половым составом изучаемых детей. В результате не обнаружилось никаких половых различий в IQ детей и семейном положении их родителей; однако были выявлены значительные половые различия в таких переменных, как возраст детей и (или) социальное положение семей (в некоторых случаях две последние переменные могли меняться одновременно друг с другом).

Результаты показаны в таблице 4.9. Из семи показателей поведения, типичного для каждого пола, четыре дают значительные половые различия. И вообще девочки всегда демонстрировали более яркое межгендерное поведение, чем мальчики. Однако стоит напомнить, что численное соотношение мальчиков и девочек в двух группах — тех, кто соответствует всем показателям расстройства гендерной идентичности, описанным в DSM («группа DSM-III»), и тех, кто соответствует не всем этим показателям («группа Non-DSM-III»), — различается незначительно (см. табл. 4.3).

Если подытожить полученные данные, то можно сделать вывод, что половые различия в показателях поведения, типичного для полов, объясняются в первую очередь не ошибочными направлениями мальчиков к психиатрам, а тем фактом, что девочки, направленные на обследование, в среднем проявляют более сильную межгендерную самоидентификацию, чем направленные мальчики. На наш взгляд, самое простое объяснение этого явления состоит в том, что в сознании родителей «пороговый эффект», побуждающий их отвести ребенка к психиатру, различается для мальчиков и для девочек.

Беседы с родителями

Беседы врачей-психиатров с родителями обследуемых детей призваны установить, соответствует ли ребенок всем показателям расстройства гендерной идентичности, описанным в DSM-IV.

Таблица 4.10 подытоживает те ключевые сферы, в которых требуется клиническая оценка. Этой информации должно быть

Таблица 4.9. Половые различия в показателях поведения, свидетельствующего о гендерной идентичности и гендерной роли

Measures	Boys			Girls			<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	
	Parent measure						
Gender Identity Questionnaire ^a	2.9	0.5	108	2.7	0.5	15	.041 ^b
	Child measures						
Draw-a-Person test							
Percentage opposite-sex persons drawn first	51.5	—	163	76.0	—	25	.038
Height of same-sex person – height of opposite-sex person (in centimeters)	–0.4	3.4	161	–0.3	3.1	25	n.s.
Rorschach test							
Number of same-sex responses – number of cross-sex responses	–0.8	3.9	155	–0.9	6.9	23	n.s. ^c
Free-play task							
Percentage of same-sex play – cross-sex play	–0.1	0.7	145	–0.5	0.4	21	.007
Gender Identity Interview							
Factor 1 (Affective Gender Confusion) ^d	0.7	0.6	93	0.9	0.5	14	.049 ^b
Factor 2 (Cognitive Gender Confusion) ^d	0.2	0.5	93	0.3	0.5	14	n.s. ^d

Использованные термины:

Boys — мальчики.

Girls — девочки.

Measures — способы исследования и показатели.

M — средняя величина данного показателя по группе.

SD — среднеквадратическое отклонение.

Parent measures — показатели, определенные родителями (в ходе их опросов).

Child measures — показатели, проявленные самими детьми (в ходе наблюдения над ними).

Gender Identity Questionnaire — опросник, касающийся гендерной идентичности (гендерной самоидентификации) ребенка.

Draw-a-Person test — тест рисования фигуры человека (проективный рисунок человека).

Percentage opposite-sex persons drawn first — процент людей противоположного пола, нарисованных в первую очередь.

Height of same-sex person / height of opposite-sex person (in centimeters) — высота человека своего пола, нарисованного ребенком / высота человека противоположного пола, нарисованного ребенком.

Rorschach test — тест Роршаха.

Number of same-sex responses / number of cross-sex responses — число ответов, свидетельствующих о самоидентификации ребенка со своим полом / число ответов, свидетельствующих о самоидентификации ребенка с противоположным полом.

Free-play task — здесь: определение игрового поведения ребенка (поведения ребенка в свободных играх).

Percentage of same-sex play / cross-sex play — процент игр, свойственных своему полу / противоположному полу.

Gender Identity Interview — беседа психолога с ребенком с целью выявить его гендерную идентичность (гендерную самоидентификацию).

Factor 1 (Affective Gender Confusion) — фактор 1 (непонимание (и неприятие) своего гендера на эмоциональном уровне).

Factor 2 (Cognitive Gender Confusion) — фактор 2 (непонимание (и неприятие) своего гендера на рассудочном (познавательном) уровне).

n. s. — not specified — показатель не определен (не рассчитан).

Примечание: число мальчиков и девочек, привлеченных для исследования каждого из показателей поведения, типичного для одного из полов, не совсем одинаково в каждом из исследований, поэтому данные сравнения основаны на разном количестве детей. Величина *p* основана на *t*-критерии Стьюдента.

- a) Абсолютный диапазон = 1.0–5.0 (чем ниже уровень значений, тем сильнее отклоняется поведение ребенка от стандартов, принятых для его пола);
- b) возраст ребенка и социальное положение семьи изменяются одновременно с данной переменной;
- c) возраст ребенка изменяется одновременно с данной переменной;
- d) абсолютный диапазон = 0–2 (чем выше уровень значений — тем сильнее отклоняется от нормы поведение ребенка).

достаточно для диагностического заключения. В целях правильной постановки диагноза психиатр должен рассматривать исключительно текущие поведенческие особенности ребенка, проявляемые им на протяжении последних шести месяцев до обследования. Однако для понимания развития расстройства и дальнейших прогнозов очень важно проследить весь период его течения, начиная с возникновения, и все изменения, которые расстройство претерпело со

временем. Например, бесполезно узнать, что ребенок более старшего возраста в прошлом выражал желание превратиться в человека противоположного пола, но теперь прямо об этом не говорит, хотя другие черты межгендерного поведения у него явно присутствуют.

Таблица 4.10. План клинической оценки основных поведенческих черт расстройства гендерной идентичности у детей

1. *Заявления о своей гендерной идентичности.*
 - Ребенок часто заявляет, что он (она) хочет стать человеком противоположного пола или уже является таковым (например, мальчик говорит: «Я хочу стать девочкой, я — девочка», или: «Я хочу вырасти, чтобы стать мамой, а не папой»).
 - Ребенок иногда заявляет о своем желании стать человеком противоположного пола.
 - Ребенок лишь изредка заявляет о своем желании стать человеком противоположного пола.
 - Ребенок никогда не заявляет о своем желании стать человеком противоположного пола.
2. *Недовольство строением своего тела.*
 - Ребенок часто выражает недовольство половыми особенностями строения своего тела (например, мальчик говорит: «Мне не нравится мой пенис»; или девочка говорит: «Я хочу иметь пенис, а не вагину»), либо же он (она) проявляет это недовольство поведением (например, мальчик мочится сидя, как будто у него есть женские гениталии, а девочка, наоборот, мочится стоя, как будто у нее есть мужские гениталии).
 - Ребенок иногда выражает недовольство половыми особенностями строения своего тела или проявляет это недовольство своим поведением.
 - Ребенок лишь изредка выражает недовольство половыми особенностями строения своего тела или проявляет это недовольство своим поведением.
 - Ребенок никогда не выражает недовольство половыми особенностями строения своего тела или проявляет это недовольство своим поведением.
3. *Переодевание в костюм противоположного пола (травестизм).*
 - Ребенок часто переодевается в костюм противоположного пола (например, мальчик надевает материнские платья, туфли на высоких каблуках, бижутерию и пользуется материнской косметикой,

а также имитирует длинные волосы с помощью полотенец; а у девочек это проявляется в том, что они отказываются надевать типично женскую одежду и носят мальчишеские брюки или шорты, чтобы выглядеть как мальчики; часто хотят иметь короткую стрижку, поскольку это также считается признаком принадлежности к мужскому полу).

- Ребенок иногда переодевается в костюм противоположного пола.
- Ребенок лишь изредка переодевается в костюм противоположного пола.
- Ребенок никогда не переодевается в костюм противоположного пола.

4. *Игрушки и ролевые игры.*

- Ребенок предпочитает играть в такие игрушки и исполнять такие роли, которые стереотипно ассоциируются с противоположным полом (например, мальчики предпочитают играть в куклы женского рода, такие как Барби или Джемма, изображать женских персонажей в фантазийных представлениях, подражать женщинам-супергероиням из комиксов, рисовать исключительно женские образы; а девочки предпочитают играть в куклы мужского рода, такие как Солдат Джо или Трансформер, играть мужские роли в детских спектаклях, подражать супергероям-мужчинам, рисовать исключительно мужские образы).
- Ребенок играет в такие игрушки и исполняет такие роли, которые можно считать как мужскими, так и женскими.
- Ребенок избегает игрушек и ролей, которые стереотипно ассоциируются с его (ее) полом, но при этом не увлекается игрушками и ролями, ассоциирующимися с противоположным полом.
- Ребенок предпочитает нейтральные занятия (например, рисование или игру на музыкальных инструментах) и не увлекается такими игрушками или ролями, которые могли бы ассоциироваться с его (ее) полом либо с противоположным полом.
- Ребенок предпочитает играть в игрушки и исполнять роли, стереотипно ассоциирующиеся с его (ее) полом.

5. *Отношения со сверстниками (выбор товарищей для игр).*

- Ребенок предпочитает играть со сверстниками противоположного пола.
- Ребенок предпочитает одиночество, либо же он отвергнут коллективом сверстников.
- Ребенок играет со сверстниками обоих полов.
- Ребенок предпочитает играть со сверстниками своего пола.

6. *Телодвижения и манеры держаться.*

- Ребенок часто делает такие телодвижения и выражает такие речевые особенности, которые ассоциируются с противоположным полом, либо в «естественной», либо в «преувеличенной» манере (например, мальчики делают своеобразные движения руками, ходят подбоченившись, говорят нарочито тонким голосом и по-девчоночьи сюсюкают; у девочек это проявляется, в частности, в намеренном понижении тембра голоса).
- Ребенок иногда делает такие телодвижения и выражает такие речевые особенности, которые ассоциируются с противоположным полом.
- Ребенок лишь изредка делает такие телодвижения и выражает такие речевые особенности, которые ассоциируются с противоположным полом.
- Ребенок никогда не делает таких телодвижений и не выражает таких речевых особенностей, которые ассоциируются с противоположным полом.

7. *Игры, похожие на драку.*

- У мальчиков: отвращение к играм, похожим на драку, и к командным видам спорта, таким как хоккей и футбол (часто это объясняется опасением получить физическую травму). У девочек: стойкая и сильная увлеченность играми, похожими на драку, и командными видами спорта, особенно если в них участвуют мальчики.
- У мальчиков: отсутствие интереса к играм, похожим на драку, и к командным видам спорта, но без опасения получить травму.
- У мальчиков: интерес к играм, похожим на драку, и к командным видам спорта. У девочек: подобные интересы никак не связаны с тем, участвуют ли в этих играх группы мальчиков, и скорее носят типично девчоночий характер (например, участие в смешанных командах или командах девочек).

Примечание: Таблица взята из книги: Zucker, 1992b (p. 327–328). Перепечатана с разрешения издателей. Поведенческие черты взяты из множества источников, включая: Green, 1974, 1987; Rekers, 1977a; Stoller, 1968b; Zucker, 1985; Zuger, 1966.

Беседы с детьми

Психологическая беседа с ребенком также бывает полезна для определения того, ощущает ли он (или она) внутренний душевный

дискомфорт (дисфорию) из-за своего гендера и испытывает ли смущение из-за своего статуса мальчика или девочки. Хотя подобная беседа для постановки диагноза не обязательна, она позволяет получить хорошее представление о внутреннем душевном конфликте ребенка, что может помочь в составлении дальнейшей программы лечения. Мы разработали план свободно структурированной (полуструктурированной) беседы, посвященной гендерной идентичности, которую можно использовать при обследовании ребенка (см. табл. 4.11). Пример такой беседы приведен выше в этой главе, в разделе «Является ли расстройство гендерной идентичности «расстройством» в подлинном смысле?»

Таблица 4.11. Психологическая беседа, посвященная гендерной идентичности, для детей (версия для мальчиков).

1. Ты мальчик или девочка? (Варианты ответа: «мальчик», «девочка».)
2. А ты случайно не (пол, противоположный тому, который указал ребенок в ответе на первый вопрос)?
3. Когда ты вырастешь, ты станешь мамой или папой? (Варианты ответа: «мамой», «папой».)
4. А ты мог бы вырасти и стать (противоположное тому, что ответил ребенок на предыдущий вопрос)? (Варианты ответа: «да», «нет».)
5. А вообще есть что-то хорошее в том, чтобы быть мальчиком? (Варианты ответа: «да», «нет».) В случае ответа «да» попросить: «Расскажи мне, что есть хорошего в том, чтобы быть мальчиком?» (Должно прозвучать не более трех ответов.) В случае ответов «да» или «нет» спросить: «Есть что-то такое, что тебе не нравится в том, чтобы быть мальчиком?» (Варианты ответа: «да», «нет».) В случае ответа «да» попросить: «Расскажи мне о чем-то плохом, что тебе не нравится в том, чтобы быть мальчиком». (Должно прозвучать не более трех ответов.)
6. Как ты думаешь, лучше быть мальчиком или девочкой? (Должно прозвучать не более трех ответов.)
7. Ты когда-нибудь думал о том, что тебе бы хотелось стать девочкой? (Варианты ответов: «да», «нет».) В случае ответа «да» попросить: «А ты можешь объяснить, почему?» (Должно прозвучать не более трех ответов.)
8. А бывало такое, что когда ты воображаешь себя кем-то, то ты путаешься и не знаешь, кем именно себя вообразить — мальчиком

- или девочкой? (Варианты ответа: «да», «нет»). В случае ответа «да» попросить: «А ты можешь рассказать об этом поподробнее?» (Дослушать рассказ ребенка до конца.)
9. Ты когда-нибудь чувствовал себя скорее девочкой, чем мальчиком? (Варианты ответа: «да», «нет»). В случае ответа «да» попросить: «А ты можешь рассказать об этом поподробнее?» (Дослушать рассказ ребенка до конца.)
10. Ты наверняка знаешь, что такое сны, да? Когда ты засыпаешь ночью, видишь ли ты себя в твоих снах? (Варианты ответа: «да», «нет»). В случае ответа «да» спросить: «В твоих снах ты видишь себя мальчиком или девочкой или иногда мальчиком, а иногда девочкой? (Варианты ответов: «мальчиком», «девочкой», «и тем, и другим», «не вижу себя во сне»). (Длительность ответа зависит от содержания сна.)
11. Ты когда-нибудь думал о том, что на самом деле ты девочка? (Варианты ответов: «да», «нет»). В случае ответа «да» попросить: «А ты можешь рассказать об этом поподробнее?» (Дослушать рассказ ребенка до конца.)
-

Примечание: данная таблица взята из: Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, et al., 1993, p. 448. Перепечатана с разрешения издателей.

Влияние источника информации

Принимая решение о постановке диагноза, в период клинического обследования мы опирались прежде всего на родителей как на источники информации. А слова самого ребенка для нас не имели решающего значения. Вообще эта проблема — степень соответствия данных, предоставленных разными источниками информации, при сообщениях о психиатрических симптомах у детей — в последние годы стала предметом растущего научного интереса (см., например: Edelbrock & Costello, 1988; Gutterman, O'Brien, & Young, 1987). Уже замечено, что большее соответствие (например, между словами матери и ребенка) обнаруживается при описании симптомов явных, определенных, легко наблюдаемых и недвусмысленных (см. об этом: Herjanic & Reich, 1982). Например, «Диагностическая беседа для детей и подростков» содержит два пункта, относящиеся к гендерной идентичности: травестиизм и желание стать человеком противоположного пола. Авторы исследования (Herjanic & Reich, 1982) получили

травестизма коэффициент достоверности (К, равный 0,33, а вот для желания сменить пол К оказалась только 0,10. Низкие значения К для обоих пунктов могут быть объяснены низкой частотой самого явления, но разница двух значений кажется существенной, если учесть выводы авторов об относительной наблюдаемости обеих характеристик (переодевания и желания сменить пол).

Иногда в ходе обследований родители неожиданно удивлялись, узнав, что их ребенок хочет стать человеком противоположного пола. В некоторых случаях ребенок был направлен к нам по совету профессионала (например, школьного учителя), которого беспокоило необычное развитие гендерной идентичности ребенка. В других случаях имело место неведение родителей, в то время как родные братья или сестры ребенка (или другие члены семьи) прекрасно знали о его желании сменить пол. Во всех этих случаях постановка диагноза зависела от источников информации. Однако в целом наш опыт говорит, что родители обычно являются очень хорошими источниками информации относительно развития гендерной идентичности ребенка.

Клинические проблемы

В этом разделе описана процедура нашей клинической оценки и обсуждаются технические проблемы, с которыми мы столкнулись за годы нашей работы (похожие наблюдения сделали Сьюзен Коутс и ее коллега Сабрина Вулф: Coates & Wolfe; in press).

Подготовка к обследованию

Процесс клинической оценки может считаться начавшимся, когда родители для оценки состояния ребенка, часто по совету профессионала (например, школьного учителя или семейного врача), принимают решение обратиться к психологу или психиатру. Томас Ахенбах (Achenbach, 1979) заметил, что такое решение принимают всегда именно родители, а не сами дети, и эта ситуация коренным образом отличается от процесса направления на обследование, который обычно происходит со взрослыми пациентами (за исключением случаев, когда пациент настолько ослаблен и беспомощен, что не в состоянии сам инициировать направление на обследование, либо когда обследование предписано судебным решением, и т. п.). Судя по нашему опыту, наблюдение Томаса Ахенбаха (Achenbach, 1979) почти всегда справедливо. За

годы работы мы встретили только одного ребенка, шестилетнюю девочку, которая формально сама инициировала направление. Она спросила мать, нельзя ли отвести ее «к доктору», ведь она чувствует себя такой несчастной из-за того, что является девочкой, а не мальчиком.

Когда врачи работают в больничном учреждении (как мы), то при приеме нового пациента его родители (или направившие его специалисты) прежде всего встречают сотрудника, который оформляет для них все необходимые документы для допуска к обследованию. В большинстве случаев эта процедура предельно открыта и информативна, так что семья пациента сразу узнает обо всех доступных медицинских услугах, о листе ожидания и т. д. Поскольку Институт Кларка — одно из известнейших психиатрических учреждений Торонто, специалисты, занимающиеся направлением на обследования (то есть врачи и педагоги), часто обращаются в нашу детскую службу с очень сложными и нетипичными случаями. С годами о нашей клинике гендерной идентичности узнавало все больше и больше людей. Кроме того, многие практикующие психиатры ощущали недостаток собственной профессиональной подготовки, необходимой для проведения клинического исследования гендерной идентичности пациента, и были очень благодарны нам за то, что мы смогли взять на себя эту работу. Это неудивительно, если учесть общую низкую распространенность расстройства гендерной идентичности и все сопутствующие проблемы, вызванные проблемами пола и гендера.

В последние несколько лет мы наблюдаем интересное изменение: среди родителей, обратившихся к нам, стало наблюдаться амбивалентное отношение к самому процессу клинической оценки. (И мы предполагаем, что родители с еще более сильным амбивалентным отношением вообще не обращались к нам, равно как и те родители, кого не особенно беспокоило поведение их ребенка.) Представляется, что такое отношение вращается вокруг четырех главных вопросов: 1) Действительно ли поведение ребенка представляет собой психиатрическую проблему? 2) Как родители должны разговаривать с ребенком на темы, связанные с его необычным поведением? 3) Должен ли ребенок сам участвовать в клиническом обследовании? 4) Не причинит ли процесс обследования вреда ребенку? В подобных случаях мы считали, что будет лучше, если один из нас, врачей (а не сотрудник регистратуры) начнет обследование путем обсуждения этих

вопросов в телефонном разговоре с родителями (см.: Hazell, 1992). Рабочее предположение, побудившее нас действовать таким образом, заключалось в том, что амбивалентное отношение родителей к обследованию и все их сомнения представляют собой «часть проблемы», то есть связаны с теми переменными показателями семьи, которые, в конечном счете, усиливают и продлевают растерянность ребенка относительно своей гендерной идентичности (подробнее о семейных факторах см. в гл. 5 и 7). Мы сделали вывод, что для большинства подобных случаев, связанных с сомнениями родителей, первичный телефонный разговор (обычно распадающийся на несколько телефонных звонков) оказывался крайне полезен для ослабления родительской тревоги и установления такого взаимопонимания с ними, которое может быть названо «клиническим союзом» или «союзом за проведение обследования». Однако практикующий психиатр должен осознавать, что изначально двойственное отношение родителей может означать неблагоприятный прогноз относительно готовности семьи согласиться на лечение ребенка по итогам обследования.

Случай из практики 4.2

Бен, пятилетний мальчик, чья мать обратилась к нам после разговора с семейным врачом, жил с родителями, принадлежащими к верхнему среднему классу, вместе со старшим братом и сестрой-младенцем. В ходе первичного телефонного разговора мать Бена сразу сообщила, что они с мужем очень «обеспокоены» поведением мальчика, но затем быстро прибавила, что «это скорее наша проблема, а не проблема Бена». Затем сделала несколько не связанных друг с другом замечаний: что Бен всегда был «трудным ребенком... а наша семья образованная... мой муж убежден, что Бен станет гомосексуалом». Затем мать описала несколько разных аспектов развития гендерной идентичности Бена, указывающих на его явную межгендерную самоидентификацию. Бен предпочитал играть в компании с девочками; его любимой игрушкой был кукольный дом; во время ролевых игр он изображал исключительно женских персонажей (например, королеву или принцессу) и мечтал стать балериной; он всегда рисовал только красивые женские образы; он с удовольствием переодевался в женские платья и отказывался носить типично мужскую одежду (например, спортивные рубашки с эмблемами

команд); он избегал игр, похожих на драку; и, наконец, он хотел стать девочкой. Когда мать Бена спросили, как, по ее мнению, Бен переносит то, что в действительности является мальчиком, она ответила: «О боже, я понятия об этом не имею». В отношении его одежды она заметила, что, например, он хочет носить зимний комбинезон только такой расцветки, чтобы выглядеть как девочка. И вообще она чувствует, что межгендерная самоидентификация Бена «пронизывает все его отношения с внешним миром».

Затем женщина рассказала, как ее муж не позволил Бену посещать занятия по балету. Когда мы спросили ее мнение на этот счет, она ответила: «Я предпочитаю балет хоккею... это красивее, глубже... наш сын такой, как есть, и я хочу, чтобы он был счастлив... мы трудились не покладая рук, мы работали как каторжные, ради того, чтобы он был счастлив». Она также сказала, что «хорошенькое личико» Бена и его курчавые волосы зачастую являются причиной того, что его принимают за девочку. Затем мать повторила, что Бен всегда был «трудным и несчастным ребенком». И тут она вспомнила, что из-за этого она уже один раз отводила его к психиатру, когда мальчику было два года. В отчете о том обследовании сказано, что она считает Бена «рано развившимся», но при этом «несчастливым, постоянно плачущим и капризничающим». Мать сообщила, что у ребенка бывают «внезапные перепады настроения, и если ему не удастся добиться своей цели, то он непрерывно плачет». «Все возможные попытки успокоить ребенка оказались тщетными. Мать почти что отчаялась и ищет облегчения и помощи». В отчете также было сказано, что мать Бена чувствует свою вину, поскольку она охотнее общается со старшим сыном и жалеет, что она никак не может уделять ему больше времени из-за Бена, который постоянно отвлекает ее своим «трудным и требующим внимания поведением». Кроме того, в отчете приводился такой факт: отец Бена — высокопоставленный сотрудник успешного предприятия — несколько раз в неделю ночует не дома, а в гостинице, поскольку плач Бена не дает ему спать ночью, а «он нуждается в ночном отдыхе, чтобы днем нормально работать». Отчет заканчивается рекомендацией пройти психиатрическое лечение, в котором надо уделить особое внимание «патологическим взаимоотношениям матери и ребенка». Но оба родителя предпочли проигнорировать эту рекомендацию.

Исходя из сведений, полученных в ходе описанной телефонной беседы, было рекомендовано обследовать Бена. Мать

мальчика согласилась, но заметила, что она не хочет «вмешивать в это его самого». Она выразила немало тревог: «Мы не должны отравлять его игры в кукольный домик... Я не хочу сделать ему больно... Вся эта история переполняет меня тревогой...»

Учитывая тревоги женщины и ее нежелание приводить сына на обследование, мы вначале встретились только с родителями. Побеседовав с нами, они все-таки решили позволить Бену участвовать в процессе клинической оценки. Обследование оставило у нас мало сомнений, что мальчик действительно глубоко несчастен из-за своей явной межгендерной самоидентификации, сопровождаемой целым рядом социально-эмоциональных проблем, связанных с трудностями общения. Хотя родители Бена, казалось, бы сочли обследование полезным и согласились (в принципе) выполнять некоторые наши рекомендации, они отвергли наши рекомендации оставить Бена в больнице для прохождения индивидуального курса лечения, в ходе которого им предлагалось присутствовать на консультациях для родителей. Решение родителей Бена отказаться от дальнейшего лечения весьма нас огорчило, поскольку нам казалось, что хороший рабочий контакт с ними был налажен и поскольку они проявляли желание продолжать лечение в ходе еще одной разъяснительной сессии, нацеленной на создание обратной связи.

Хотя врачу очень важно быть осведомленным о подобном двойственном отношении родителей к процессу клинической оценки, это вовсе не обязательно является предвестником отказа от дальнейшего лечения, если последнее действительно необходимо. Мы имеем опыт общения с множеством других родителей, которые выбрали продолжение лечения, несмотря на свою сильную тревогу, усиленную первичным обследованием.

Ход клинического обследования

В клинике мы обычно просим членов семьи присутствовать при первичной беседе с ребенком. В некоторых случаях, если родители чувствуют, что старшие дети могут начать травлю ребенка, ставшего нашим пациентом (например, начать дразнить его), семьи приходят без старших братьев или сестер. Такое случается редко, а если случается, то тогда старшие дети (обычно мальчики) сами имеют серьезные психологические проблемы, а семья в целом не является особенно благополучной. Мы редко

сталкивались с трудностями в привлечении отцов детей к участию в обследовании; а вот врачи, работавшие с семьями предыдущего поколения, очевидно, испытывали такие затруднения гораздо чаще (см., например: Stoller, 1979). Возможно, это отражает своего рода «эффект когорт» в ожиданиях семей или врачей. Что же касается семей с описанным выше амбивалентным отношением, то мы вначале встречались только с родителями, чтобы выяснить, хотят ли они продолжать процесс обследования, и если да, то назначали им следующую встречу уже с участием ребенка.

В последние несколько лет мы еще глубже осознали важность объяснений родителям, какую именно информацию о причине обследования они должны донести до ребенка. В большинстве случаев родители могут прямо сказать ребенку, зачем ведут его на обследование (например, хотят понять, почему ребенок мечтает превратиться в человека противоположного пола). Повторим, проблема усложняется в случае амбивалентного отношения родителей. Чаще всего родители теряются и не знают, как ввести ребенка в процесс обследования. Например, одна мать решила сказать своему четырехлетнему сыну, что они идут навестить «друга их родственника», который, оказывается, работает в Институте Кларка. Обычно же родители ограничиваются крайне расплывчатыми объяснениями, что они собираются посетить некоторых людей, чтобы поговорить с ними о том, как члены их семьи должны впредь относиться друг к другу. Мы же полагаем, что следует убедить родителей сообщать ребенку как можно больше ясной информации о причине обследования. В большинстве случаев родители могут сказать, что хотят встретиться с «разговорчивым доктором, который много знает о детях и поэтому способен помочь тебе понять, почему ты никак не можешь почувствовать себя счастливым (счастливой) из-за того, что мальчик (девочка)». Некоторые родители, особенно матери, считают целесообразным обратить внимание ребенка на то, что «никто на тебя не сердится, мы просто хотим понять, как ты себя чувствуешь».

В ходе первичной беседы мы стараемся понять общую картину развития личности ребенка, в том числе формирование его гендерной идентичности, а также получить представление о характере семьи в целом. После этого мы отдельно встречаемся с родителями, а с ребенком беседуем индивидуально. При последующих визитах семьи в нашу клинику мы разговариваем с каждым из родителей отдельно и просим рассказать историю

своей жизни, чтобы мы могли лучше понять те проблемы данной семьи, которые не были выявлены в ходе общего первичного собеседования. Ребенок тем временем участвует в психологическом тестировании (описанном выше). Затем в ходе разъяснительной сессии, нацеленной на налаживание обратной связи, мы высказываем наше мнение о состоянии ребенка и рекомендуем соответствующее лечение.

Судя по нашему опыту, в процессе клинической оценки обязательно должны быть рассмотрены следующие вопросы. Во-первых, для родителей вообще не характерен интерес к возможности биологического тестирования. Подобные просьбы могут отражать либо смутное подозрение, что психологическая проблема их ребенка объясняется неким физическим изъяном, либо явное убеждение в этиологических факторах состояния ребенка (подобные предположения обычно выражают более образованные родители). Наш ответ в таких случаях всегда зависит от конкретной ситуации и основывается на догадках об общих взглядах родителей на эти вопросы. Например, если родители просят сделать «хромосомный анализ», мы объясняем, что при отсутствии физиологического гермафродитизма анализ кариотипа хромосом и половых хромосом, скорее всего, даст мало информации (подробнее см. в гл. 6). В то же время мы можем начать обсуждение совокупности проблем, связанных с влиянием биологии на разграничение психосексуальных типов, подчеркивая при этом, что современные технологии пока не позволяют проверить некоторые психологические гипотезы, основанные на биологических данных. При более гибком подходе врач должен осознать, что вопросы о биологических факторах могут быть частью общего мировоззрения родителей. Например, мать 11-летнего мальчика, у которого уже долгое время наблюдалось расстройство гендерной идентичности, привела его к эндокринологу, поскольку считала, что у мальчика маленький пенис. Когда же ей сказали, что длина пениса мальчика — в пределах нормы, она осталась при своем мнении и обвинила врача в непрофессионализме. При дальнейшем обследовании семьи выяснилось, что женщина втайне подозревала, будто ее сын в действительности является девочкой и поэтому его пенис должен исчезнуть. Она объяснила врачам, что *ей было бы приятнее, если бы он стал девочкой*, поскольку она не знает, как облегчить испытываемые им переживания.

Другой вопрос, который обычно возникает при первичном обследовании, касается нашего мнения о правомерности направления ребенка. Некоторые родители признают, что надеются услышать от нас: «С вашим ребенком ничего страшного», «Вы преувеличиваете тяжесть его состояния» и т. п. В подобных случаях по окончании первичной беседы мы предлагаем родителям наш прогноз дальнейшего развития расстройства. Возможно, благодаря положению и репутации клиники нам крайне редко пришлось иметь дело с необоснованным направлением ребенка. Поэтому обратная связь, изначально устанавливаемая нами с семьей пациента, — это часть нашего с ней сотрудничества. Обычно мы даем понять родителям, что, по нашему мнению, они приняли правильное решение: прийти и поговорить с нами; что, по нашему предположению, их ребенок страдает из-за проблем с гендерной идентичностью; и что мы считаем целесообразным продолжать процесс клинической оценки. В большинстве случаев мы стремимся не выносить наше итоговое суждение до окончания процесса обследования.

Многие родители спрашивают, захочет ли в конце концов их ребенок сменить пол, и большинство родителей спрашивает, станет ли в итоге их ребенок гомосексуальным (геем или лесбиянкой). На подобные вопросы следует отвечать, беспристрастно излагая факты и основываясь на клинических данных и научной литературе (см. гл. 9 и 10). Но проблему надо решать, исходя из конкретной ситуации. Например, некоторых родителей (по разным причинам) крайне тревожит перспектива развития у их ребенка гомосексуальной ориентации. С другой стороны, некоторые родители дают понять, что их вовсе не тревожит подобная возможность, и они просто желают, чтобы их ребенок в будущем был счастлив. Родителям, обеспокоенным вероятностью развития у ребенка гомосексуальности, зачастую самим требуется клиническое обследование для выявления причин их тревог и дальнейшей работы с ними. Но мы также стремимся переключить все внимание и все тревоги родителей на нынешнее состояние ребенка, на его внутренний дискомфорт, неудобство и душевные переживания из-за своего статуса мальчика или девочки, и указать родителям, что, чтобы помочь ему, прежде всего они должны прилагать усилия именно в этом направлении. Такая рекомендация часто направляет долгосрочную обеспокоенность родителей в иное русло. И наоборот: случается, что родители совершенно не

беспокоятся, что можно истолковать по-разному. Безучастность некоторых родителей может объясняться целым комплексом психологических проблем, связанных с полом и гендером, включая непонимание и нечувствительность к имеющемуся душевному конфликту ребенка из-за его гендерной идентичности. В таком случае часто необходима развернутая клиническая работа, сфокусированная именно на этих проблемах. Однако у других родителей возможная сексуальная ориентация их ребенка вызывает искреннее сочувствие. В этих случаях родители осознают разницу между гендерной идентичностью и сексуальной ориентацией и дают понять, что их главнейшая цель — помочь ребенку лучше себя чувствовать и легче переносить свой статус мальчика или девочки. Все эти вопросы рассмотрены подробнее в гл. 9.

Комментарии

- [11] Членами консультативного комитета по психосексуальным расстройствам, участвовавшими в подготовке третьего издания «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (DSM-III), были: Анке Эрхарт (Anke A. Ehrhardt), Дайан Фордни-Сеттлэйдж (Diane S. Fordney-Settlage), Ричард Фридман (Richard C. Friedman), Пол Гебхард (Paul H. Gebhard), Ричард Грин (Richard Green), Хелен Каплан (Helen S. Kaplan), Джудит Куриански (Judith B. Kuriansky), Гарольд Лиф (Harold I. Lief), Джон Мейер (Jon K. Meyer), Джон Мани (John Money), Этель Персон (Ethel S. Person), Лоуренс Шарп (Lawrence Sharpe), Роберт Спитцер (Robert L. Spitzer), Роберт Столлер (Robert J. Stoller) и Артур Цитрин (Arthur Zitrin). Членами Подкомитета по расстройствам гендерной идентичности, участвовавшими в подготовке третьего, исправленного издания руководства (DSM-III-R), были: Анке Эрхарт (Anke A. Ehrhardt), Дэвид Макхуэртер (David McWhirter), Хайно Майер-Бальбург (Heino F.L. Meyer-Bahlburg), Джон Мани (John Money), Этель Персон (Ethel S. Person), Роберт Спитцер (Robert L. Spitzer), Джанет Уильямс (Janet B.W. Williams) и Кеннет Цукер (Kenneth J. Zucker). Членами Подкомитета по расстройствам гендерной идентичности, участвовавшими в подготовке четвертого издания руководства (DSM-IV), были: Сьюзен Брэдли (Susan

J. Bradley) — председатель, Рэй Бланчард (Ray Blanchard), Сьюзен Коутс (Susan Coates), Ричард Грин (Richard Green), Стивен Левайн (Stephen B. Levine), Хайно Майер-Бальбург (Heino F.L. Meyer-Bahlburg), Айра Поли (Ira B. Pauly) и Кеннет Цукер (Kenneth J. Zucker).

- [12] Заметим в скобках, что многие сексологические диагнозы, описанные в DSM-III-R, не называют как необходимый показатель испытываемый дистресс (см.: Gert, 1992). Хорошим примером служит такой диагноз, как педофилия. А Дж. Уэйкфилд (Wakefield, 1992a) предположил, что женщины, переживающие проблемы с достижением оргазма, составляют неоднородную группу, лишь некоторая часть которой испытывает ощутимый дистресс из-за недостаточного опыта переживания оргазма в прошлом.

Глава 5

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Коморбидность, то есть одновременное наличие двух и более психических расстройств, встречается среди детей, направленных на психиатрическое обследование, довольно часто. При условии, что предполагаемые сопутствующие отклонения действительно являются различными расстройствами, по многим причинам (например, в целях профилактики и планирования лечения) важно знать, усиливает ли одна патология риск возникновения другой, либо же они обе независимо друг от друга порождены различными или общими факторами (Caron & Rutter, 1991; Verhulst & Koot, 1992). В этой главе мы представим обзор литературы, посвященной сопутствующей психопатологии и поведенческим проблемам у детей, имеющих расстройство гендерной идентичности.

Для решения этого вопроса уже было использовано несколько методов исследования, в том числе стандартизированные опросники о поведенческих проблемах (например: Bates et al., 1973, 1979; Rekers & Morey, 1989b, 1989c); оценки социального поведения в структурированных ситуациях (Bates et al., 1979) и на основе опросников (Zucker, 1985); оценка функционирования и структуры личности на основе проективной методики тестирования (Coates & Tuber, 1988; Goddard, 1986; Goddard & Tuber, 1989; Ipp, 1986; Kolers, 1986; Tuber & Coates, 1985, 1989); и, наконец, выявление других психических расстройств (Coates & Person, 1985). Объектом почти всех упомянутых исследований были мальчики.

Основными источниками информации об общих проблемах поведения являются сообщения родителей, полученные

благодаря «Списку вопросов о детском поведении» (Child Behavior Checklist, CBCL). В каждом из 118 пунктов данного опросника поведенческая характеристика оценивается по трехбалльной шкале с диапазоном от 0 до 2, исходя из частоты проявления данной характеристики. При доработке CBCL и приведении его к стандартной форме был проведен факторный анализ по шести группам детей, включающим, с одной стороны, девочек 4–5 лет, 6–11 лет, 12–16 лет, а с другой стороны, мальчиков тех же возрастов. Все показатели (факторы) разделены на два больших («широких») разряда, обозначенные как «показатели внутренних проблем» и «показатели внешних проблем». Все шесть групп детей можно также исследовать на более частные («узкие») показатели (факторы), как присущие всем детям, так и индивидуальные (см., например: Achenbach, 1978; Achenbach & Edelbrock, 1979). «Внутренние проблемы», или «расстройства внутреннего мира», определены как нарушения эмоционального развития, либо как разнообразные виды поведенческого дефицита (например, депрессия, социальная самоизоляция, замкнутость, тревога). Что же касается «внешних проблем», или «расстройств отношений с внешним миром», то они определены как нарушения поведения или поведенческие излишества (например, агрессия или чрезмерная активность — гиперактивность). Было предпринято несколько попыток экстраполировать общий рисунок расстройств данного типа на психиатрические диагнозы, формально описанные в DSM (см., например: Achenbach, 1980; Cicchetti & Toth, 1991; Edelbrock & Costello, 1988).

Данные опросника CBCL, касающиеся мальчиков с расстройством гендерной идентичности

Данные из сообщений родителей

В ходе наших исследований с использованием опросника CBCL мы получили значительный объем данных (см., например: Zucker, 1985, 1990b). В таблице 5.1 представлены обобщения ответов родителей, касающихся 161 мальчика, направленного на обследование в связи с гендерным поведением, и 90 других мальчиков, являющихся родными братьями обследуемых мальчиков, и других гендерно-проблемных детей (как мужского, так

Таблица 5.1. Материнские оценки поведенческих нарушений у мальчиков с расстройством гендерной идентичности и у группы их родных братьев, привлеченных для сравнения, согласно опроснику CBCL

Measures	Gender identity disorder (<i>n</i> = 161)		Siblings (<i>n</i> = 90)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
No. elevated narrow-band scales	1.8	2.3	0.8	1.6
Number of items ^a	34.9	16.6	25.5	15.2
Sum of items ^b	43.2	24.8	30.1	21.0
Internalizing <i>T</i>	60.7	10.1	53.9	10.8
Externalizing <i>T</i>	59.2	10.7	54.4	9.9
Age (in years)	7.0	2.4	7.5	2.9
IQ	108.5	15.4	107.3 ^c	15.4
Social class	42.4	15.2	43.7	14.4
Marital status				
Both parents	110 (<i>n</i>)		64 (<i>n</i>)	
Mother only/reconstituted	51 (<i>n</i>)		26 (<i>n</i>)	

Использованные термины:

Gender Identity Disorder (*n* = 161) — группа из 161 мальчика с расстройством гендерной идентичности.

Siblings (*n* = 90) — группа из 90 мальчиков, приходящихся родными братьями мальчикам из предыдущей группы, которые приглашены для исследования с целью сравнения.

Measures — показатели.

M — средняя величина данного показателя по группе.

SD — среднеквадратическое отклонение.

No. elevated narrow-band scales — количество повышенных «узких» (частных) факторов (таких как, например, депрессия, замкнутость, гиперактивность или агрессия).

Number of items — количество пунктов опросника CBCL.

Sum of items — сумма пунктов опросника CBCL (то есть сумма всех чисел (баллов), проставленных родителями в каждом пункте).

Internalizing *T* — *T*-показатель *z*-оценки для «внутренних» психических проблем (они же — «расстройства внутреннего мира»).

Externalizing *T* — *T*-показатель *z*-оценки для «внешних» психических проблем (они же — «расстройства отношений с внешним миром»).

Age (in years) — возраст (в годах).

IQ — коэффициент интеллекта.

Social class — социальное положение семьи: ее общественный класс или социальный слой (принадлежность к которому определяется

индексом социального положения по шкале от 8 до 66 (Hollingshead, 1975)).

Marital status — здесь: характер семьи (полная или неполная).

Both parents — воспитывается обоими родителями.

Mother only/ reconstituted — воспитывается только матерью: либо матерью-одиночкой, либо в «восстановленной семье», то есть матерью и ее новым мужем (за которого она вышла после развода с отцом ребенка).

Сноски:

а) Абсолютный диапазон — от 0 до 118.

б) Абсолютный диапазон — от 0 до 236.

с) Число оцененных детей — 21 ($n = 21$). В нашем исследовании мы подвергли систематической оценке IQ родных братьев из первых 36 семей, привлеченных к исследованию. В остальных семьях коэффициент интеллекта ребенка был оценен только в том случае, если ребенок представлял особый интерес для психологического исследования, либо когда это требовалось с клинической точки зрения.

и женского пола), которые были приглашены на обследование для сравнения. Ответы родителей проанализированы по пяти «индексам поведенческих нарушений»: 1) количество повышенных частных («узких») факторов ($T > 70$); 2) количество и 3) сумма пунктов опросника, оцененных родителями на 1 или 2 балла (в третьем индексе «сумма пунктов» означает сумму этих баллов); Т-показатели z-оценки для 4) «внутренних» и 5) «внешних» групп факторов [13]. Согласно всем пяти индексам мальчики, направленные на обследование в связи с их гендерными проблемами, имели значительно более высокий уровень общих поведенческих нарушений (все величины p меньше 0,001: $p < 0,001$). Таблица 5.1 также показывает, что мальчики с расстройством гендерной идентичности имели значительно более высокие Т-показатели для «внутренних» проблем, чем те же Т-показатели для «внешних» проблем, $t(160) = 3,01$, $p = 0,003$, тогда как у их родных братьев (привлеченных к исследованию для сравнения) этого не наблюдалось, $t < 1$.

Доступны также оценки поведения, разработанные в CBCL, которые дали 117 отцов 161 мальчика, причем сходство материнских и отцовских оценок весьма значительно для всех пяти индексов (показатели r колеблются в диапазоне от 0,41 до 0,58, все величины p меньше «0,001»: $p < 0,001$). Устойчивость этого

Таблица 5.2. Материнские оценки поведенческих нарушений, согласно опроснику CBCL, у мальчиков с расстройством гендерной идентичности и у группы родных братьев, привлеченных для сравнения, как функция от возраста ребенка

Measures	4–5 years ^a			
	Gender identity disorder (<i>n</i> = 67)		Siblings (<i>n</i> = 31)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
No. elevated narrow-band scales	0.8	1.4	0.3	0.8
Number of items	29.1	13.2	21.3	12.7
Sum of items	33.7	16.8	24.7	17.2
Internalizing <i>T</i>	57.5	9.6	49.9	10.4
Externalizing <i>T</i>	55.1	9.4	50.6	10.1
Age (in years)	4.8	0.7	4.4	0.7
IQ	114.9	13.0	112.7 ^c	13.5
Social class	49.5	13.0	43.1	15.1
Marital status				
Both parents	58 (<i>n</i>)		25 (<i>n</i>)	
Mother only/reconstituted	9 (<i>n</i>)		6 (<i>n</i>)	

Measures	6–11 years ^b			
	Gender identity disorder (<i>n</i> = 94)		Siblings (<i>n</i> = 59)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
No. elevated narrow-band scales	2.5	2.5	1.0	1.9
Number of items	38.9	17.7	27.6	16.1
Sum of items	49.7	27.4	32.9	22.4
Internalizing <i>T</i>	62.8	10.0	55.9	10.5
Externalizing <i>T</i>	62.0	10.7	56.4	9.3
Age (in years)	8.5	1.9	9.2	2.0
IQ	103.5	15.8	102.3 ^d	16.0
Social class	37.1	14.8	43.9	14.1
Marital status				
Both parents	52 (<i>n</i>)		39 (<i>n</i>)	
Mother only/reconstituted	42 (<i>n</i>)		20 (<i>n</i>)	

Использованные термины

4–5 years — мальчики 4–5 лет.

6–11 years — мальчики 6–11 лет.

Остальные термины: те же, что и в табл. 5.1.

Сноски:

а) В каждой группе есть несколько трехлетних мальчиков. Их психологические портреты были рассчитаны по опроснику CBCL, исходя

из норм для двух-трехлетних детей (Achenbach, Edelbrock, & Howell, 1987). Однако показатели перераспределены таким образом, чтобы соответствовать меньшему количеству пунктов варианта опросника, предназначенного для детей 4–5 лет.

- b) В каждой группе есть несколько 12-летних мальчиков. Их психологические портреты были рассчитаны исходя из норм, предназначенных для детей 12–16 лет.
- c) $n = 10$.
- d) $n = 11$.

сходства соответствует результатам многих других исследований, анализировавших согласованность родительских оценок (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987).

Таблица 5.2 представляет данные CBCL как функцию от двух возрастных групп (4–5 лет и 6–11 лет). Из таблицы 5.2 видно, что мальчики в возрасте 4–5 лет имеют в среднем более высокий IQ и чаще всего происходят из семьи с более высоким социальным положением, причем более вероятно, что семья эта полная, то есть родители живут вместе (все величины p меньше 0,001: $p < 0,001$). Соответственно, сравнение двух этих возрастных групп было проведено с учетом параллельно меняющихся демографических переменных, таких как социальное положение семьи и ее полнота. Для трех из пяти «индексов нарушений» (число повышенных частных (узких) факторов; сумма пунктов опросника, оцененных родителями на 1 или 2 балла; и Т-показатели z-оценки для «внешних» факторов) мальчики в возрасте 4–5 лет с расстройством гендерной идентичности имели значительно более низкие показатели поведенческих нарушений, чем аналогичные пациенты 6–11 лет (все переменные p меньше 0,05: $p < 0,05$). Для двух оставшихся «индексов нарушений» (количество пунктов опросника, оцененных родителями на 1 или 2 балла, и Т-показатели z-оценки для «внутренних» факторов) различия приближаются к существенным значениям (оба показателя p меньше 0,10: $p < 0,10$).

В обеих возрастных группах мальчики с расстройством гендерной идентичности несильно, но заметно отличались от группы родных братьев, привлеченных к исследованию, по своему возрасту и среднему значению социального положения семьи (см. табл. 5.2). Соответственно, сравнения проводились с учетом возраста и социального положения семьи, изменяющихся параллельно. В возрастной группе 4–5 лет три «индекса нарушений»

(число и сумма пунктов опросника, оцененных родителями на 1 и 2, и Т-показатели z-оценки для «внутренних» проблем) у мальчиков с расстройством гендерной идентичности были значительно выше, чем те же показатели у их родных братьев, привлеченных для сравнения (переменная p колеблется в диапазоне от $< 0,003$ до $0,05$). В возрастной группе 6–11 лет все пять «индексов нарушений» уже очень значительно отличаются от тех же показателей первой группы (все переменные $p < 0,01$).

Различие в степени поведенческих нарушений между двумя возрастными группами также отразилось на процентном числе мальчиков, чья общая сумма баллов опросника, свидетельствующих о поведенческих проблемах, оказалась в пределах диапазона, который требует постановки клинического диагноза (больше, чем 90-й процентиль). Из 67 мальчиков в возрасте 4–5 лет, имеющих расстройство гендерной идентичности, только 14 мальчиков (то есть 20,9 %) получили общую сумму баллов в пределах диапазона, требующего клинического диагноза, при том что в группе родных братьев, привлеченных для сравнения, такая картина наблюдалась у 4 мальчиков из 31 (то есть у 12,9 %), и это различие не очень существенное. Напротив, в возрастной группе 6–11 лет 58 из 94 мальчиков (то есть 61,7 %), имеющих расстройство гендерной идентичности, получили общую сумму баллов, требующую клинического диагноза, тогда как в группе родных братьев того же возраста только 17 мальчиков из 59 (то есть 28,8 %) получили такую сумму баллов, $\chi^2 = 14,41$, $p < 0,001$. Таким образом, у мальчиков более старшего возраста, имеющих расстройство гендерной идентичности, существует втрое большая, чем у мальчиков 4–5 лет с тем же расстройством, вероятность быть оцененными на такую сумму баллов опросника CBCL, что им потребуется поставить клинический диагноз в области психиатрии.

У мальчиков 4–5 лет, имеющих расстройство гендерной идентичности, Т-показатели z-оценки для «внутренних» проблем были значительно выше, чем для «внешних», $t(66) = 2,68$, $p = 0,009$; однако разница между обеими группами факторов («внутренней» и «внешней») у мальчиков 6–11 лет была незначительной, $t(93) = 1,58$, $p = 0,118$. У обеих возрастных групп родных братьев, привлеченных для сравнения, Т-показатели z-оценки как для «внутренних», так и для «внешних» проблем различались незначительно.

На рис. 5.1 представлены более частные («узкие») факторы у двух вышеописанных возрастных групп мальчиков. Мы

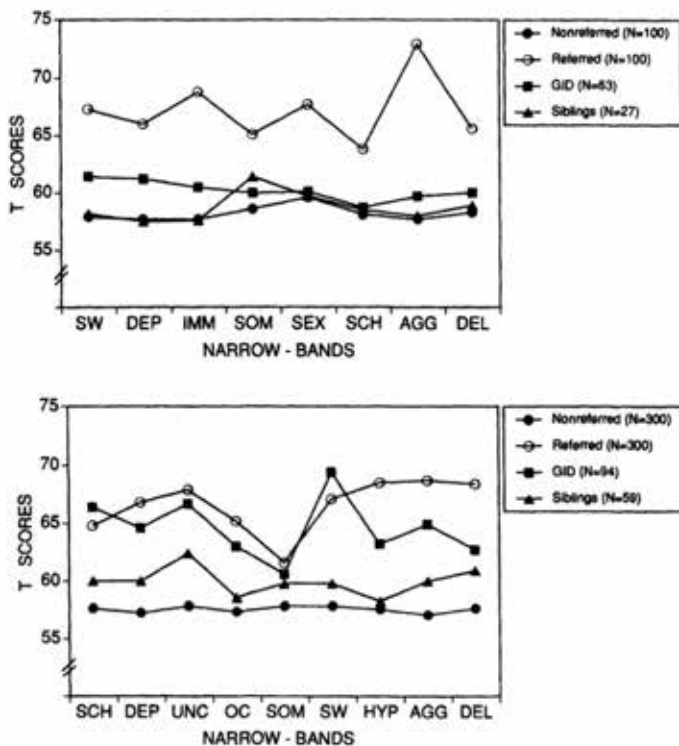


Рис. 5.1. Верхняя схема: «узкие» (частные) факторы, на основе опросника CBCL, у мальчиков 4–5 лет.

Нижняя схема: «узкие» (частные) факторы, на основе опросника CBCL, у мальчиков 6–11 лет.

T-score — T-показатель z-оценки.

GID (N = 63) — Gender identity disorder (N = 63) — группа из 63 мальчиков с расстройством гендерной идентичности.

Siblings (N = 27) — группа из 27 мальчиков — родных братьев мальчиков из предыдущей группы, которые привлечены к исследованию для сравнения.

Referred (N = 100) — группа из 100 мальчиков, направленных на психиатрическое обследование в связи с какими-либо другими психическими проблемами (не связанными с гендерной самоидентификацией).

Non-referred (N = 100) — группа из 100 мальчиков, никогда не направлявшихся на психиатрическое обследование.

Narrow-bands (narrow-band scales) — «узкие» (частные) факторы, перечисленные ниже.

SW, Social Withdrawal — социальная замкнутость (самоизоляция).

DEP, Depressed — подавленный, находящийся в состоянии депрессии.
IMM, Immature — страдающий инфантилизмом, отстающий в развитии, ведущий себя как ребенок более младшего возраста.

SOM, Somatic complaints — соматические жалобы (жалобы на телесные недомогания).

SEX, Sex problems — все проблемы, связанные с половым (сексуальным) поведением ребенка, то есть все проявления интереса ребенка к своим половым органам и к половым органам других детей.

SCH, Schizoid — проявляющий признаки шизоидного расстройства личности. (На нижней схеме SCH означает Schizoid-Anxious — часто испытывающий беспричинную тревогу, страдающий шизоидно-тревожным синдромом).

AGG, Aggressive — проявляющий агрессию (агрессивное поведение).

DEL, Delinquent — склонный к преступному (противоправному) поведению.

UNC, Uncommunicative — необщительный (некоммуникабельный).

OC, Obsessive-Compulsive — страдающий обсессивно-компульсивным расстройством, которое у детей проявляется в постоянном повторении одних и тех же действий.

HYP, Hyperactive — гиперактивный, чрезмерно возбужденный.

Примечание: данные для направленных и не направленных на психиатрическое обследование мальчиков взяты из исследования, внесшего поправки в опросник CBCL: Achenbach & Edelbrock, 1983, приложение D (см. Список использованной литературы).

рассчитали t-критерии Стьюдента для каждого из «узких» факторов, с учетом параллельно меняющегося возраста ребенка и социального положения семьи (см. выше). Что касается мальчиков 4–5 лет, то те из них, у кого наблюдается расстройство гендерной идентичности, имели значительно более высокую величину Т-показателя, чем родные братья, привлеченные для сравнения, только в одном из восьми «узких» факторов, а именно в «инфантилизме», точнее, в «отставании в развитии» ($p < 0,05$). И, напротив, мальчики 6–11 лет, страдающие расстройством гендерной идентичности, имели значительно более высокую, чем приглашенные братья, величину Т-показателя в семи из девяти «узких» факторах: шизоидная тревога, депрессия, необщительность (некоммуникабельность), повторяющиеся действия (обсессивно-компульсивное расстройство), замкнутость (социальная самоизоляция), чрезмерная

активность (гиперактивность), агрессия (переменные p колеблются в диапазоне от $<0,01$ до $0,001$).

Таблица 5.3 показывает процент мальчиков с расстройством гендерной идентичности, их родных братьев, привлеченных для сравнения, а также группы детей, направленных на обследование в связи с другими психическими расстройствами, и группы детей — стандартных (то есть пригодных для исследования) представителей популяции, никогда не направлявшихся на подобные обследования, у которых общая сумма «узких» факторов находится в пределах постановки психиатрического диагноза (больше, чем 98 процентиль). Среди мальчиков 4–5 лет, имеющих расстройство гендерной идентичности, процент детей

Таблица 5.3. Процент мальчиков с «узкими» (частными) факторами такого уровня, что им требуется постановка клинического диагноза ($T > 70$)

4–5 years				
Narrow-band scales	Gender identity disorder ($n = 63$)	Siblings ($n = 27$)	Referred ($n = 100$)	Nonreferred ($n = 100$)
Social Withdrawal	12.7	3.7	37.0	3.0
Depressed	20.6	3.7	37.0	4.0
Immature	7.9	3.7	42.0	3.0
Somatic Complaints	9.5	3.7	25.0	3.0
Sex Problems	14.3	7.4	14.0	0.0
Schizoid	1.6	3.7	14.0	2.0
Aggressive	12.7	7.4	61.0	6.0
Delinquent	7.9	3.7	29.0	2.0

6–11 years				
Narrow-band scales	Gender identity disorder ($n = 94$)	Siblings ($n = 59$)	Referred ($n = 300$)	Nonreferred ($n = 300$)
Schizoid–Anxious	34.0	11.9	31.0	3.0
Depressed	21.3	5.1	31.0	2.0
Uncommunicative	37.2	20.3	44.0	6.0
Obsessive–Compulsive	28.7	11.9	30.0	2.0
Somatic Complaints	19.1	13.6	14.0	2.0
Social Withdrawal	42.6	8.5	28.0	2.0
Hyperactive	17.0	6.8	34.0	3.0
Aggressive	34.0	13.6	43.0	2.0
Delinquent	13.8	11.9	40.0	4.0

Использованные термины:

4–5 years — мальчики 4–5 лет.

6–1 years — мальчики 6–11 лет.

Gender identity disorder (n = 63) — группа из 63 мальчиков с расстройством гендерной идентичности.

Siblings (n = 27) — группа из 27 мальчиков — родных братьев мальчиков из предыдущей группы, которые привлечены к исследованию для сравнения.

Referred (n = 100) — группа из 100 мальчиков, направленных на психиатрическое обследование в связи с какими-либо другими психическими проблемами (не связанными с гендерной самоидентификацией).

Non-referred (n = 100) — группа из 100 мальчиков, никогда не направлявшихся на психиатрическое обследование.

Narrow-band scales — «узкие» (частные) факторы (такие как перечисленные ниже).

Social Withdrawal — социальная замкнутость (самоизоляция).

Depressed — подавленный, находящийся в состоянии депрессии.

Immature — страдающий инфантилизмом, отстающий в развитии, ведущий себя как ребенок более младшего возраста.

Somatic complaints — соматические жалобы (жалобы на телесные недомогания).

Sex problems — все проблемы, связанные с половым (сексуальным) поведением ребенка, то есть все проявления интереса ребенка к своим половым органам и к половым органам других детей.

Schizoid — проявляющий признаки шизоидного расстройства личности.

Aggressive — проявляющий агрессию (агрессивное поведение).

Delinquent — склонный к преступному (противоправному) поведению.

Schizoid-Anxious — часто испытывающий беспричинную тревогу, страдающий шизоидно-тревожным синдромом.

Uncommunicative — необщительный (некоммуникабельный).

Obsessive-Compulsive — страдающий обсессивно-компульсивным расстройством, которое у детей проявляется в постоянном повторении одних и тех же действий.

Hyperactive — гиперактивный, сверхактивный, чрезмерно возбужденный.

Примечание: данные для направленных и не направленных на психиатрическое обследование мальчиков взяты из издания: Achenbach & Edelbrock, 1983, p. 64 (полное библиографическое описание книги см. Список использованной литературы).

с повышенными «узкими» факторами обычно более схож с аналогичным процентом детей, не направлявшихся на психиатрическое обследование, чем детей, направлявшихся на обследование. Однако среди мальчиков 6–11 лет, имеющих расстройство гендерной идентичности, процент детей с повышенными «узкими» факторами очень схож с аналогичным процентом детей, направленных на психиатрическое обследование, особенно в отношении «внутренних» проблем, уровня социальной замкнутости (самоизоляции), а также одной из «внешних» проблем, а именно агрессивности. Процент мальчиков, направленных к психиатру в связи с гендерными проблемами, которые имели высокие показатели гиперактивности и склонности к правонарушениям, оказался существенно ниже, чем процент мальчиков — стандартных представителей популяции, направленных к психиатру именно в связи с гиперактивностью и склонностью к правонарушениям.

Сравнения с контрольными группами детей

В таблице 5.4 представлены результаты опроса матерей 46 мальчиков, направленных на обследование в связи с особенностями их гендерного поведения; данные сопоставлены

Таблица 5.4. Материнские оценки поведенческих нарушений у мальчиков с расстройством гендерной идентичности и у обычных мальчиков, похожих на них по всем другим параметрам, на основе опросника CBCL

Measures	Gender identity disorder (<i>n</i> = 46)		Clinical controls (<i>n</i> = 46)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
No. elevated narrow-band scales	2.5	2.7	2.3	2.3
Number of items	38.8	18.2	42.2	15.5
Sum of items	50.1	27.2	53.5	25.6
Internalizing <i>T</i>	63.6	10.2	63.2	8.5
Externalizing <i>T</i>	62.2	11.1	65.8	9.2
Age (in years)	6.9	2.2	6.9	2.3
IQ ^a	11.3	2.1	12.1	2.1
Social class	38.1	14.7	40.7	12.8
Marital status				
Both parents	24 (<i>n</i>)		27 (<i>n</i>)	
Mother only/reconstituted	22 (<i>n</i>)		19 (<i>n</i>)	

Использованные термины:

Clinical controls (n = 46) — контрольная группа, состоящая из 46 обычных мальчиков, не имеющих никаких психических нарушений и привлеченных к исследованию для сравнения.

Остальные термины: те же, что и в табл. 5.1.

Сноска: а) IQ рассчитан с помощью четырех вспомогательных тестов на основе следующих изданий «Шкалы интеллекта Векслера для детей» (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC): исправленное издание — WISC-R; третье издание — WISC-III; «Шкала интеллекта Векслера для детей дошкольного и младшего школьного возраста» (WPPSI); а также исправленное издание последней Шкалы — WPPSI-R (средняя величина равна 10; абсолютный диапазон — от 1 до 19).

с аналогичным опросом матерей 46 других мальчиков из контрольной группы: дети, вошедшие в контрольную группу, были привлечены к обследованию для сравнения, а ранее участвовали в нескольких других тестах, проводившихся в нашей клинике (Birkenfeld-Adams, 1995; Doering, 1981; Mitchell, 1991). Каждый мальчик контрольной группы представлял собой «идеальную пару» (или «двойника») для мальчика-пациента, то есть соответствовал ему по возрасту (плюс-минус год), IQ (плюс-минус 15 пунктов), социальному положению семьи (Hollingshead, 1975), а также характеру семьи с точки зрения ее полноты или неполноты (то есть воспитывается ли ребенок обоими родителями, или только матерью, или в «восстановленной» семье, где мать вышла замуж за другого после развода с отцом ребенка). Дети обеих групп лишь незначительно отличались друг от друга по всем пяти «индексам нарушений» (перечисленным выше, в разделе «Данные из сообщений родителей» в этой главе).

Данные из сообщений учителей

Как только была опубликована специальная анкета для учителей (Teacher's Report Form, TRF), разработанная на основе опросника CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1986; Edelbrock & Achenbach, 1984), мы начали собирать, помимо родительских, еще и учительские оценки мальчиков, направленных к нам на обследование в связи с их особенным гендерным поведением. Данные TRF были получены в отношении 67 из 89 мальчиков, то есть в отношении 75,2 %. Что же касается остальных детей, то родители 21 из

них не согласились сотрудничать с учителями, а анкету о еще одном мальчике не вернул учитель. Другие 13 мальчиков, направленные к нам, еще не достигли школьного возраста и не ходили в детский сад, поэтому учительская характеристика была невозможна.

В TRF, приведенной к стандартному виду (Achenbach & Edelbrock, 1986), одна из возрастных групп включала мальчиков 6–11 лет, поэтому мы тоже разделили обследуемых детей на группы 6–11 лет и 4–5 лет. Полученные данные представлены в таблице 5.5. Для 410 мальчика 6–11 лет с расстройством гендерной идентичности сумма пунктов учительской анкеты TRF находилась ровно посередине между аналогичной суммой у мальчиков, направленных на обследование в связи с другими психическими проблемами, и у мальчиков, не направлявшихся на обследование (данные о двух последних группах взяты из стандартизированного издания анкеты TRF 1986 года: Achenbach & Edelbrock, 1986). Т-показатель z-оценки для «внутренних» психических проблем («расстройств внутреннего мира») почти одинаков у первой группы (мальчики с гендерными проблемами) и у второй группы (мальчики с другими психическими проблемами), тогда как тот же Т-показатель для «внешних» проблем («расстройств отношений с внешним миром») почти одинаков у первой и третьей группы, то есть у мальчиков с гендерными проблемами и у обычных мальчиков, привлеченных для сравнения. 19 из 41 мальчика (то есть 46,3 %) имели общую сумму показателей поведенческих проблем в таких пределах, что им требовалась постановка клинического психиатрического диагноза (помимо собственно расстройства гендерной идентичности).

Что же касается 26 мальчиков 4–5 лет с расстройством гендерной идентичности, то у них общие поведенческие нарушения выражены значительно слабее, хотя Т-показатель для «внутренних» проблем находится посередине между теми же Т-показателями у второй и третьей группы мальчиков 6–11 лет. Из 26 мальчиков 4–5 лет только 3 (то есть 11,5 %) имеют общую сумму показателей поведенческих проблем в пределах, требующих клинического диагноза. (Заметим, что подобные сравнения нужно делать с осторожностью, поскольку мальчики 4–5 лет, имеющие гендерные проблемы, в период обследования еще не достигли того же возраста, что и вторая и третья группа мальчиков, чьи данные взяты из стандартизированного издания анкеты TRF 1986 года.)

Таблица 5.5 также демонстрирует, что в обеих возрастных группах Т-показатели для «внутренних» проблем значительно выше, чем Т-показатели «внешних» проблем (все $t = 4,0$ и $2,3$, все $p < 0,001$ и $0,03$ соответственно).

У мальчиков, относительно которых имеются данные как родителей, так и учителей ($n = 64$), все пять «индексов нарушений» в значительной мере соответствуют друг другу (переменная r колеблется от $0,40$ до $0,63$, все $p < 0,001$). В нашем исследовании это соответствие было выражено в целом ярче, чем обычно бывает, если сравнивать данные из сообщений родителей и учителей (Achenbach, McConaghy, & Howell, 1987).

Таблица 5.5. Оценки поведенческих нарушений, основанные на опроснике учителей «TRF» («Teacher's Report Form»), для мальчиков с расстройством гендерной идентичности

Measures	Gender identity disorder ($n = 46$)		Clinical controls ($n = 46$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
No. elevated narrow-band scales	2.5	2.7	2.3	2.3
Number of items	38.8	18.2	42.2	15.5
Sum of items	50.1	27.2	53.5	25.6
Internalizing <i>T</i>	63.6	10.2	63.2	8.5
Externalizing <i>T</i>	62.2	11.1	65.8	9.2
Age (in years)	6.9	2.2	6.9	2.3
IQ ^a	11.3	2.1	12.1	2.1
Social class	38.1	14.7	40.7	12.8
Marital status				
Both parents	24 (<i>n</i>)		27 (<i>n</i>)	
Mother only/reconstituted	22 (<i>n</i>)		19 (<i>n</i>)	

Использованные термины:

Clinical controls ($n = 46$) — контрольная группа, состоящая из 46 обычных мальчиков, не имеющих никаких психических нарушений и привлеченных к исследованию для сравнения.

Остальные термины: те же, что и в табл. 5.1.

Сноска: а) IQ рассчитан с помощью четырех вспомогательных тестов на основе следующих изданий «Шкалы интеллекта Векслера для детей» (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC): исправленное издание — WISC-R; третье издание — WISC-III; «Шкала интеллекта Векслера для детей дошкольного и младшего школьного возраста»

(WPPSI); а также исправленное издание последней Шкалы — WPPSI-R (средняя величина равна 10; абсолютный диапазон — от 1 до 19).

Образцы психологических типов

На основе данных опросника CBCL Ахенбах и Эдельброк применили кластерный анализ для развития таксономии психологических типов (Achenbach & Edelbrock, 1983; Edelbrock & Achenbach, 1980). Целью такого способа классификации было выявление типологического сходства индивидуальных психологических профилей детей. Поскольку авторы стремились отождествить с определенными психологическими типами все многообразие поведенческих проблем у детей, имеющих значительные социально-эмоциональные трудности, они провели первичные исследования, основанные на опроснике CBCL, исключительно в отношении «проблемных» детей, направленных к психологам или психиатрам (см.: Achenbach & Edelbrock, 1983, Chap. 8). У каждой группы детей одинакового пола и возраста были рассчитаны внутриклассовые корреляции, и затем они подверглись центроидному методу кластерного анализа, на основе которого были определены и обозначены психологические типы. Внутриклассовые корреляции могут колебаться в диапазоне от — 1,00 до 1,00. Уровень корреляции 0,00 представляет собой среднее значение для обычного пациента этого возраста при стандартном обследовании, а конечные точки представляют плюс-минус одно среднеквадратическое отклонение.

В таблице 5.6 показано среднее значение внутриклассовых корреляций для психологических типов двух групп мальчиков (4–5 лет и 6–11 лет), наблюдавшихся в нашей клинике в связи с расстройством гендерной идентичности. У мальчиков 4–5 лет психологический тип «подавленный и замкнутый (то есть склонный к депрессии и социальной самоизоляции)» наиболее близок к тому же типу мальчиков, направленных на обследование из-за других психических проблем (не связанных с гендером). А психологические типы, где обе группы мальчиков (направленные из-за гендерных и не гендерных расстройств) сильнее всего отличаются друг от друга, — это «агрессивный и склонный к правонарушениям», «просто агрессивный» и «имеющий проблемы в половом (сексуальном) поведении (то есть в поведении, связанном с интересом к половым органам — своим и чужим)». (Что касается

последнего психологического типа, то данные по нему мы воссоздали искусственно, поскольку сознательно поставили нулевую отметку в обоих пунктах, касающихся гендерной идентичности, которые входят в состав общей характеристики фактора

Таблица 5.6. Среднее значение внутриклассовых корреляций для психологических типов, определенных по опроснику CBCL, у мальчиков с расстройством гендерной идентичности

Profile types	M	SD
4- to 5-year-olds (n = 41)		
Depressed–Social Withdrawal	.04	.38
Somatic Complaints	-.16	.27
Immature	-.13	.35
Sex Problems	-.28	.39
Schizoid	-.16	.35
Aggressive	-.28	.29
Aggressive–Delinquent	-.42	.26
6- to 11-year-olds (n = 77)		
Schizoid–Social Withdrawal	.04	.37
Depressed–Social Withdrawal–Aggressive	-.20	.33
Schizoid	.16	.38
Somatic Complaints	.02	.40
Hyperactive	-.33	.34
Delinquent	-.29	.32

Использованные термины:

Profile types — психологические типы.

M — средняя величина данного показателя по группе.

SD — среднеквадратическое отклонение.

4- to 5-years olds (n = 41) — группа из 41 мальчика 4–5 лет с расстройством гендерной идентичности.

«6- to 11-years olds (n = 77) — группа из 77 мальчиков 6–11 лет с расстройством гендерной идентичности.

Depressed — Social Withdrawal — «подавленный и замкнутый» (то есть склонный к депрессии и социальной самоизоляции).

Depressed — Social Withdrawal — Aggressive — «депрессивно-замкнуто-агрессивный» (то есть склонный одновременно к депрессии, социальной самоизоляции и агрессии).

Schizoid — Social Withdrawal — «шизоидно-замкнутый» (то есть шизоидный со склонностью к социальной самоизоляции).

Остальные термины: те же, что и в табл. 5.3.

«Проблемы полового (сексуального) поведения».) У мальчиков 6–11 лет, наблюдавшихся у нас, психологические типы, наиболее близкие к типам мальчиков, направленных в связи с другими (не гендерными) проблемами, — это «шизоидный», «шизоидно-замкнутый (то есть шизоидный со склонностью к социальной самоизоляции)» и «часто жалующийся на телесное недомогание»; а психологические типы, где обе группы обследуемых мальчиков («гендерная» и «не гендерная») сильнее всего отличаются друг от друга, — это «гиперактивный (сверхактивный)», «склонный к правонарушениям», а также «депрессивно-замкнуто-агрессивный» (то есть «склонный одновременно к депрессии, социальной самоизоляции и агрессии»). В обеих возрастных группах мальчиков с расстройством гендерной идентичности их несходство с психологическими типами, имеющими «внешние» проблемы («расстройства взаимоотношений с внешним миром»), ярче выражено, чем их сходство с типами, имеющими «внутренние» проблемы («расстройства внутреннего мира»).

Выводы

В целом, судя по данным опросника CBCL, мальчики с расстройством гендерной идентичности по своим поведенческим нарушениям сравнимы с контрольными группами детей (привлеченных к обследованию для сравнения), соответствующих им по признакам пола и возраста, но при этом поведение мальчиков с гендерными проблемами имеет больше нарушений, чем у групп их родных братьев, привлеченных для сравнения. В возрастной группе 6–11 лет мальчики с расстройством гендерной идентичности оказались более склонны к поведенческим нарушениям (согласно CBCL и TRF), чем мальчики, которые никогда не направлялись на психиатрическое обследование, а вот в возрастной группе 4–5 лет это различие проявилось не столь явно. Выявление паттернов поведенческих нарушений показало преобладание симптомов «внутренних» расстройств («расстройств внутреннего мира»); и здесь наши выводы совпадают с результатами исследований тех специалистов, которые использовали, во-первых, другие опросники, посвященные поведенческим проблемам (Rekers & Morey, 1989c; Sreenivasan, 1985), во-вторых, основанные на наблюдениях оценки «напряжения и зажатости во всем теле» (body constriction; Bates et al., 1979), в-третьих, клинические

диагнозы тревожных расстройств, вызванных разлукой, и дистимии (Coates & Person, 1985), и, в-четвертых, материнские сообщения о заторможенности поведения или о застенчивости (Coates, Wolf, & Hahn-Burke, 1994). Тем не менее если внимательно рассмотреть все распределение пунктов обоих опросников, CBCL и TRF, то мы увидим, что они предлагают огромное множество вариантов психических расстройств. Ниже представлены сведения, касающиеся соотношений различных типов психических отклонений, но сначала попробуем обогатить данные CBCL несколькими характерными примерами, для каждого из которых будут приведены клинические данные психиатрического обследования. Предлагаем психологические портреты случайно выбранных детей, чья сумма баллов CBCL была больше либо равна одному среднеквадратическому отклонению (≥ 1 SD) в области «ниже клинического порога» (то есть ниже того значения, при котором уже необходимо ставить клинический диагноз), «на клиническом пороге», или ≥ 1 SD «выше клинического порога», для соответствующих возрастных групп.

Описания клинических примеров мальчиков 4–5 лет

Случай из практики 5.1

Маркус, мальчик 5 лет, с IQ, равным 125, был направлен на обследование семейным врачом, поскольку мать мальчика начала беспокоиться из-за необычного развития гендерной идентичности ребенка. Его отец не выражал обеспокоенности по этому поводу, но предпочел принять участие в обследовании, чтобы угодить жене. Маркус жил с родителями и еще тремя детьми — двумя старшими братьями и младшей сестрой. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс семьи определяется как II.

Заполняя опросник CBCL, мать отметила 13 пунктов как характерные для поведения Маркуса; сумма баллов во всех пунктах была равна 13, что явно ниже клинического порога (то есть ниже минимального значения, требующего психиатрического диагноза). Точно так же и оба Т-показателя, для «внутренних» (45) и для «внешних» проблем (38), были явно ниже клинического порога. Оценки, данные отцом, почти совпадали с материнскими.

Итак, опросник CBCL не выявил у Маркуса признаков психопатологии, что в целом соответствовало нашему впечатлению от поведения и развития мальчика. Он хорошо себя чувствовал в детском саду, и обоим его родителям не казалось, что он испытывает трудности в общении с членами семьи. Как и многие другие мальчики с расстройством гендерной идентичности, он, согласно описанию матери, был очень чувствительным. Мать считала его уступчивым, даже чересчур. В одной из бесед с психологом с глазу на глаз Маркус описал свои отношения с отцом как сложные, что подтвердили оба родителя. Отец Маркуса проводил много времени вне дома, поскольку участвовал в общественном движении. В разговорах часто позволял себе насмешки над сыном. Маркус жаловался, что его отец был «вечно злым», поскольку, по мнению мальчика, «уже больше не похож на маму». Отец признавал, что его стиль общения с детьми заставляет их опасаться, что он может «устроить кровопролитие», хотя он никогда не подвергал детей телесным наказаниям. По ощущениям Маркуса, мать очень редко сердилась на него, но при этом мальчик заметил, что обычно может угадать, когда она начинает гневаться: ее лицо тогда становится «злым», отчего он сам ощущал себя «испуганным уродом». Однажды Маркус задал риторический вопрос: «Почему каждый человек должен быть злым?» Чувствительность Маркуса проявилась также и в тесте Роршаха: чернильные пятна казались ему то вспышками пламени, то клубами дыма, то извержением вулкана. Отчет о прохождении Маркусом этого теста также содержит ответы, в которых непредсказуемо чередуются описания благонамеренных и злонамеренных взаимодействий между людьми или животными (например: «Люди играют... сейчас они обольют его водой»; «Пауки... они плюют друг в друга... они так сражаются... нет... они целуются... но как же они целуются, если они не могут целоваться как люди? Нет, они плюются»).

У Маркуса сложились очень хорошие отношения с матерью, они много и тесно общались. Поскольку старшие дети опережали Маркуса по возрасту на несколько лет, мать мальчика имела возможность проводить с ним длительное время, что с удовольствием и делала. Когда она незапланированно забеременела и готовилась родить младшую сестру, то ее психическое состояние можно было определить как крайне подавленное (депрессивное), а Маркус при появлении девочки на свет испытал настоящую ревность.

Мать сделала интересное наблюдение: Маркус был крайне восприимчив к любому сколько-нибудь заметному принижению роли мальчиков или критике в их адрес. Например, его очень расстроило стихотворение, восхвалявшее девочек, которое он услышал в детском саду. Наконец, в двухлетнем возрасте мальчику потребовалось небольшое хирургическое вмешательство из-за осложнений от обрезания, сделанного сразу после рождения. Послеоперационная боль и стеснение движений действовали на его психику очень тягостно. В ходе обследования Маркус не смог ничего вспомнить о той процедуре, однако когда его спросили, как он может описать отличие мальчиков от девочек, он встревожился и довольно долго заглядывал под диван, желая проверить, «не спряталось ли там что-то».

По нашему мнению, Маркус был чувствительным ребенком, склонным к тревоге, но эти особенности не мешали его общему развитию. У него не было никаких серьезных психических отклонений. Хотя мать мальчика страдала от серьезной депрессии во время беременности, когда Маркусу было два года, ее предыдущее психологическое состояние было гораздо лучше, что не могло не повлиять положительно на формирование личности мальчика в самом начале жизни. При этом Маркус явно нуждался в психологической помощи для ослабления чувства ревности и болезненной восприимчивости к критике, а также в связи с напряженными отношениями с отцом. Кроме расстройства гендерной идентичности, мальчику нельзя было поставить никаких других психиатрических диагнозов, описанных в DSM-III-R.

Случай из практики 5.2

Джереми, 4 года, с IQ, равным 135, был направлен в нашу клинику по совету психолога детского сада. Мальчик жил с родителями, состоявшими в гражданском браке. Отец мальчика был разведен и имел троих детей от предыдущего брака, с которыми периодически встречался. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс семьи определяется как III.

Заполняя опросник CBCL, мать Джереми отметила как характерные для поведения сына 34 пункта; сумма баллов во всех пунктах равна 37, что на 6 баллов ниже клинического порога, требующего постановки психиатрического диагноза. А его Т-показатель для «внутренних» проблем (58) был немного ниже Т-показателя

для «внешних» («Externalizing») проблем (63), что чуть ниже клинического порога, равного 64. Однако отец мальчика указал лишь 9 пунктов опросника, свидетельствующих о поведенческих отклонениях сына, и общая сумма этих пунктов равна 9.

Родители Джереми, не выражали обеспокоенности по поводу никаких других поведенческих или психологических проблем мальчика, кроме глубокой межгендерной самоидентификации. Ребенок был охарактеризован воспитателем детского сада как «веселый и подвижный, но при этом послушный, сообразительный, добрый, уважающий других». Мать описала его как «жизнерадостного и вообще очаровательного». У него не было никаких признаков психических отклонений, описанных в DSM-III-R, за исключением расстройства гендерной идентичности.

Как мы уже отметили выше, у Джереми, согласно материнским оценкам, Т-показатель для «внешних» проблем оказался лишь на один пункт ниже клинического порога. Это заинтересовало нас, поскольку никаких клинических доказательств наличия у мальчика деструктивного расстройства поведения, требующего контроля со стороны психиатров, не было отмечено. И мы выяснили, что в данном случае материнские оценки сильно преувеличивали соответствующие качества ребенка. В ходе обследования мы наблюдали, как сильно мать опекала Джереми и управляла им. Она ни на минуту не упускала его из виду; он всегда должен был сверяться с ней, прежде чем ответить психологу, с которым беседовал, или непринужденно высказать какую-то неожиданную мысль; при этом мать была явно более властной, чем ее гражданский муж. Хотя родители Джереми, казалось, очень заботливо относятся друг к другу, они иногда заговаривали о расставании из-за частых ссор. Отношение матери Джереми к его межгендерной самоидентификации было весьма неоднозначным и амбивалентным: мать не была уверена, является ли это большой проблемой, и сама настойчиво поощряла необычное поведение мальчика, более типичное для девочек (покупала ему кукол, охотно позволяла переодеваться в женские платья, и т. д.). Напротив, отец очень беспокоился из-за развития его гендерной идентичности: в частности, высказывался в том духе, что это совсем никуда не годится — позволять мальчику ходить по улице в девчоночьих платьицах. В ходе предварительной телефонной беседы мать Джереми заявила, что готова расстаться с гражданским мужем, если он продолжит докучать ей вопросами о межгендерном поведении их сына. Она особо подчеркнула, что

ее ничуть не пугает возможное в будущем развитие гомосексуальной ориентации у Джереми. А на вопрос, что она почувствует, если Джереми захочет сменить пол, мать ответила, что ее это вполне устроит, при условии, что ее сын будет счастлив.

По нашему мнению, матери Джереми вообще было свойственно амбивалентное отношение к мужчинам и к мужественности, и она с трудом терпела любые признаки мужественности у Джереми. Отсюда мы делаем вывод, что тот относительно высокий Т-показатель «внешних» проблем поведения мальчика, который вытекал из ее ответов, отражает ее низкую терпимость к формам поведения, которые она могла истолковать как «агрессивные», поскольку в ее сознании они были связаны с понятием мужественности. Такое предположение отчасти подтверждают результаты теста Роршаха: в ответах Джереми идеализированные представления о положительных героинях — женщинах — чередовались с отрицательными агрессивными персонажами (например, со «злыми ведьмами», которые кого-то убивают). Следует также заметить, что в те три дня, которые Джереми провел в клинике, он не хотел возвращаться домой вместе с матерью, желая подольше оставаться в обществе женщин-психологов, участвовавших в обследовании.

Случай из практики 5.3

Тревор, 5 лет, единственный сын, жил с матерью, IQ равен 129. На обследование был направлен по инициативе матери, очень обеспокоенной развитием гендерной идентичности ребенка. Родители развелись, когда Тревору было два с половиной года. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс семьи определяется как II.

Заполняя опросник CBCL, мать Тревора отметила 47 пунктов как характерные для поведения сына. Сумма пунктов равнялась 62, что выше клинического порога и находится в пределах того диапазона значений, который требует постановки психиатрического диагноза. Т-показатель «внутренних» проблем (76) у Тревора был существенно выше, чем Т-показатель «внешних» проблем (64), но оба показателя были выше клинического порога.

Тревор был чрезвычайно привлекательным ребенком с тонкими чертами лица. Как один из участников нашего исследования феномена внешней привлекательности (описанного в гл. 6), он получил более высокие оценки этой характеристики, чем все

остальные участники. Судя по описаниям матери, его развитие (особенно речевые навыки) шло крайне быстро.

Кроме явной межгендерной самоидентификации, Тревор был склонен к тревоге, а также имел обыкновение погружаться в фантазии, которые порой было нелегко понять. Временами, как бы желая защититься от неизвестной опасности, он заворачивался в детское одеяльце, к которому был привязан, словно грудной младенец. Когда его пригласили на первую беседу с психологом, мать с трудом сумела с ним расстаться; сам же мальчик, казалось, был вообще равнодушен к матери. Во время беседы с глазу на глаз с психологом Тревор вел себя очень встревоженно и нервно, часто размахивал руками. Он сумел собрать очень сложную головоломку, однако не выказал никакого удовлетворения своим успехом.

Судя по истории семьи Тревора, отец никогда не участвовал в содержании и воспитании ребенка. Родители мальчика давно жили раздельно. По словам матери, его отец злоупотреблял алкоголем и не имел постоянной работы. В период младенчества и раннего детства мальчика мать часто находилась в депрессии, что, однако, не мешало ей успешно справляться со своими обязанностями на постоянной работе. Помимо дистимии, женщина проявляла некоторые черты пограничного расстройства личности, особенно в том, что касается аффектов и межличностных отношений. Однако у нее никогда не наблюдалось импульсивного поведения.

Обследование Тревора было произведено еще до того, как издание DSM-III вышло в свет. Кроме диагноза «расстройство гендерной идентичности», ему был поставлен диагноз «детская свертотревожная реакция», описанный в DSM-II.

Описания клинических примеров мальчиков 6–11 лет

Случай из практики 5.4

Карл, 6 лет, с IQ, равным 114, был направлен на обследование семейным врачом, поскольку родителей беспокоило развитие гендерной идентичности ребенка. Он жил вместе с обоими родителями и младшим братом. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс семьи определяется как III.

Заполняя опросник CBCL, мать Карла обозначила 20 пунктов как характерные для его поведения; их сумма составила 23, что

гораздо ниже клинического порога, требующего постановки психиатрического диагноза. Т-показатель для «внутренних» проблем (59) был значительно выше Т-показателя «внешних» проблем (46). Число и сумма пунктов, отмеченных отцом, были весьма схожи с материнскими оценками. Несмотря на низкую величину общей суммы показателей, уровень частных («узких») шизоидно-тревожных признаков, судя по материнским оценкам, чуть не достиг клинического порога, а уровень частных («узких») признаков необщительности (некоммуникабельности) был даже выше клинического порога и достиг диапазона, требующего психиатрического диагноза. Однако отцовские оценки тех же показателей были вполне в пределах нормы.

Помимо явной межгендерной самоидентификации мальчика, родители отметили лишь еще одно его серьезное поведенческое нарушение — недержание мочи (энурез), как в ночное, так и в дневное время. Карл успешно начал учиться в школе и не проявлял явных признаков тревожного расстройства, вызванного разлукой с родителями. При этом рядом с ним всегда находился «переходный объект» — плюшевый медвежонок, которого он вместе с собой в кровать перед сном. Судя по впечатлениям родителей, Карл был очень робким и застенчивым, то есть представлял собой полную противоположность брату, которого они описали как агрессивного и неуправляемого. Брат Карла также страдал серьезным нарушением дикции (артикуляции), хотя его IQ был высоким.

Родители Карла сообщили о некоторых проблемах во взаимоотношениях друг с другом. В частности, отец мальчика считал свою жену «властной» и стремящейся «господствовать» над мужем, что отцу не нравилось, и он реагировал избеганием (например, уходил из дома, как только вспыхивала очередная ссора с женой). В свою очередь, мать мальчика сообщила, что всегда старается сдерживаться, и ее очень раздражает привычка мужа уходить из дома. Она с сожалением замечала, что мужчинам вообще легче это сделать, чем женщинам. Но, несмотря на признание подобных сложностей в супружеских отношениях, родители Карла отрицали наличие длительного и ярко выраженного конфликта между ними.

Основанный на опроснике CBCL психологический портрет ребенка, имеющего некоторые нарушения в развитии внутреннего душевного мира, в целом соответствовал тем наблюдениям, которые были сделаны в ходе психологической беседы. Карл был

скован, заторможен, с трудом отвечал на вопросы и едва мог сосредоточиться. то, что его родители описали как «игру в сражение», он толковал как настоящее сражение. Мальчик заметил, что, по его мнению, мать «всегда» была в семье начальницей. Кроме того, он обмолвился, что беспокоится и тревожится всякий раз, когда отец шлепает его брата. Когда же Карла попросили сочинить какую-нибудь историю, он начал рассказывать про «людей, ищущих своих матерей».

По нашему мнению, Карл был ребенком с заторможенным темпераментом, и его очень расстраивали ссоры между родителями. Мы сделали вывод, что он оказался восприимчив к тому раздражению, которое выражала его мать по отношению к мужчинам вообще. К тому же мальчика тревожили гнев и строгость отца по отношению к брату. Недержание мочи (энурез) у Карла, скорее всего, отчасти объяснялось его общим тревожным состоянием.

Случай из практики 5.5

Чарльз, 8 лет, с IQ, равным 106, был направлен на обследование по совету друга матери ребенка — технического сотрудника Института Кларка, который потому знал о нашей клинике. Чарльз жил с обоими родителями, у которых был еще один младший ребенок. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс семьи определяется как III.

Заполняя опросник CBCL, мать Чарльза отметила 40 пунктов как характерные для его поведения; сумма этих пунктов равнялась 51, что выше клинического порога и входит в диапазон, который требует постановки психиатрического диагноза. Т-показатель для «внутренних» проблем (71) также был выше клинического порога и находился в пределах того же диапазона; кроме того, он значительно превосходил Т-показатель для «внешних» проблем (58). А вот оценки, данные отцом ребенка, резко контрастировали с материнскими: заполняя опросник, отец отметил только 23 пункта как характерные для поведения Чарльза, и их сумма равнялась 23, что значительно ниже клинического порога. Согласно той же отцовской версии, Т-показатели для «внутренних» (57) и «внешних» (53) проблем были ниже клинического порога.

Материнская версия психологического портрета ребенка, согласно которой у того есть явные нарушения развития

внутреннего душевного мира, оказалась в целом соответствующей нашим наблюдениям. Отец же, как нам кажется, умышленно недооценивал психологические трудности, которые испытывал Чарльз. Возможно, это связано с общим стилем поведения отца в период обследования: он стремился давать как можно меньше поводов для беспокойства относительно Чарльза и семьи в целом. На вступительной беседе с участием всей семьи Чарльз первые 45 минут сидел в одном кресле с матерью, перекинув ноги через подлокотник, — то на коленях у матери, то у нее за спиной. По всей видимости, он очень нуждался в том, чтобы находиться как можно ближе к матери; некоторые сотрудники клиники заметили, что поведение ребенка напоминает им классические фотографии Харлоу, запечатлевшие испуганных макаков.

В ходе ознакомительной телефонной беседы мать Чарльза, помимо межгендерной самоидентификации, отметила еще одну особенность мальчика: он был «очень боязлив и не уверен в себе». Вот уже два года у него наблюдалось недержание кала, и он говорил, что «ненавидит школу», потому что одноклассники его дразнят. Он также опасался, что, пока он будет находиться в школе, он может «что-то пропустить дома», и кто-то может прийти и обидеть маму. Ему не нравилось расставаться с ней, и он боялся, что она может умереть, если отправится в путешествие. По дороге домой после вступительной беседы в нашей клинике Чарльз признался матери, что «промолчал о многом таком», что он никогда никому не расскажет, например, о страхе перед своими плюшевыми зверями и перед дверью в туалете, когда она приоткрыта. Он также сказал матери, что, по его мнению, родители затеяли обследование в клинике, чтобы «прогнать» его из дома. Вероятно, это было связано с его буквальным пониманием замечаний, которые делала мать, когда бывала недовольна его поведением: «Может быть, мы начнем жить с кем-то другим... Мы пустим в твою комнату другого мальчика, у которого нет никаких твоих причуд...»

Во время психологического тестирования Чарльз выглядел встревоженным и замкнутым. Все ногти на руках были изгрызены. Он крайне редко поднимал глаза, чтобы взглянуть на женщину-психолога, ведущую с ним беседу. При прохождении теста Роршаха он дал только 11 ответов, что соответствовало его стесненному и зажатому психологическому состоянию.

Мальчику были поставлены два диагноза: функциональное недержание кала (энкопрез) второго типа и тревожное

расстройство, вызванное страхом разлуки с родителями. Оба диагноза описаны в издании DSM-III-R.

Случай из практики 5.6

Джон, 11 лет, с IQ, равным 107, был направлен на обследование по совету тетки по материнской линии, с которой, по-видимому, говорили об этом школьные учителя, обеспокоенные поведением мальчика. Джон жил с матерью и ее родителями. Отец Джона, дальний родственник матери, развелся с ней, когда мальчику еще не исполнилось двух лет, и с тех пор Джон его не видел. Мать считала, что теперь отец живет на улице и страдает хроническим психическим расстройством, возможно, шизофренией. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс семьи определяется как IV.

Заполняя опросник CBCL, мать Джона отметила 74 пункта как характерные для его поведения; сумма составляла 126, что значительно выше клинического порога и находится в пределах диапазона, требующего постановки психиатрического диагноза. Т-показатель «внутренних» проблем (81) и «внешних» проблем (84) также были выше клинического порога.

Помимо межгендерной самоидентификации Джон уже длительное время сталкивался с трудностями в социальном и эмоциональном развитии. Примерно за год до обследования семья Джона решила, что мальчику лучше будет переселиться к его тетке по материнской линии, которой казалось, что она сможет контролировать его поведенческие проблемы лучше, чем мать. Он никогда не мог завязать дружеские отношения с детьми своего возраста. Часто мальчик играл со своими двоюродными братьями и сестрами, которые были значительно младше него, и ему доставляло удовольствие командовать ими и вести себя как настоящий диктатор. Тетка Джона утверждала, что мальчик «живет в собственном мире»; иногда он мог вдруг рассмеяться без видимой причины, и такая привычка ребенка пугала ее. Учился в школе плохо, отчасти, возможно, потому, что английский был его вторым, неродным языком. Он был замкнутым, вел себя как ребенок более младшего возраста, часто проводил часы за просмотром мультфильмов по телевизору. Он увлекался религией, что доставляло ему некоторое утешение. Вот уже несколько лет у ребенка наблюдалась такая поведенческая особенность,

как частое и навязчивое мытье рук, он очень боялся любой грязи. Когда мать Джона начала рассказывать об этом во время обследования, мальчик встревожился и вежливо попросил позволения выйти из комнаты, чтобы помыть руки, а иначе, по его выражению, он чувствовал себя «неуютно». Мать, по всей видимости, тоже страдала чрезмерной и навязчивой заботой о чистоте, хотя во время обследования было неясно, подпадает ли ее поведение под формальные показатели психиатрического диагноза. Что же касается самого Джона, то ему были поставлены два диагноза, описанные в DSM-III: детское шизоидное расстройство и навязчивый невроз (обсессивно-компульсивное расстройство).

Данные CBCL, касающиеся девочек с расстройством гендерной идентичности

Данные, основанные на ответах родителей

До настоящего времени литература, обобщающая клинический опыт, пока, по сути, не предоставила систематических данных о возможной сопутствующей психопатологии у девочек, имеющих расстройство гендерной идентичности. В таблице 5.7 представлены материнские оценки поведения 24 девочек, направленных на обследование в связи с гендерными проблемами, и 76 других девочек, которые являются родными сестрами обследуемых девочек и других гендерно-проблемных детей (как мужского, так и женского пола). Эти оценки были даны по тем же «индексам нарушений», описанным в CBCL, которые мы уже применяли в отношении мальчиков. Согласно всем пяти индексам, девочки, направленные на обследование в связи с гендерными проблемами, имели значительно более высокий уровень расстройств общего поведения (все переменные p колеблются в диапазоне от $< 0,006$ до $0,025$). В обеих группах девочек Т-показатели «внутренних» и «внешних» проблем отличаются друг от друга несущественно.

В таблице 5.8 представлены данные CBCL как функция от двух возрастных групп — 4–5 лет и 6–11 лет. Девочки 4–5 лет с расстройством гендерной идентичности имели значительно более низкие показатели поведенческих нарушений, чем пациентки 6–11 лет, тогда как между обеими возрастными группами родных

Таблица 5.7. Материнские оценки поведенческих нарушений у девочек с расстройством гендерной идентичности и у группы их родных сестер, привлеченных для сравнения, согласно опроснику CBCL

Measures	Gender identity disorder (n = 24)		Siblings (n = 76)	
	M	SD	M	SD
No. elevated narrow-band scales	2.2	2.7	0.9	1.7
Number of items	35.3	19.1	25.2	16.1
Sum of items	46.0	30.1	30.8	22.5
Internalizing T	61.3	11.2	55.1	11.5
Externalizing T	60.2	13.7	53.6	11.5
Age (in years)	7.6	2.7	7.8	2.8
IQ	109.4 ^a	22.4	99.6 ^b	19.7
Social class	38.1	17.4	42.9	16.0
Marital status				
Both parents	16 (n)		53 (n)	
Mother only/reconstituted	8 (n)		23 (n)	

Использованные термины:

Gender Identity Disorder (n = 24) — группа из 24 девочек с расстройством гендерной идентичности.

Siblings (n = 76) — группа из 76 девочек — родных сестер девочек из предыдущей группы, привлеченных для исследования для сравнения. Остальные термины: те же, что и в табл. 5.1.

Примечание: у одной из девочек, которую мы рассматриваем в качестве пробанда, и двух ее сестер мать не умела читать по-английски и поэтому не смогла заполнить опросник CBCL. Но отец, умеющий читать по-английски, заполнил опросник за нее, и мы использовали его данные. Кроме того, мы не смогли получить данные CBCL еще для двух пробандов из этой группы.

Сноски:

a) n = 23 (то есть количество обследованных равно 23).

b) n = 17. В данном исследовании мы провели систематическую оценку IQ только у родных сестер) из первых 36 семей, принимавших участие в оценке. После чего IQ сестер определялись только в случае возникновения какой-то исследовательской проблемы, представляющей особый интерес, или если это было клинически необходимо.

сестер, привлеченных для сравнения, соответствующие показатели отличались мало. В возрастной группе 4–5 лет девочки с расстройством гендерной идентичности не имели существенных

отличий от родных сестер, привлеченных к исследованию для сравнения, ни в одном из пяти «индексов нарушений». Напротив, в возрастной группе 6–11 лет девочки с расстройством гендерной идентичности имели значительно более высокие показатели расстройств, чем родные сестры, привлеченные к исследованию, согласно четырем из пяти «индексов нарушений», при учете социального положения семей, изменяющегося параллельно (все переменные $p < 0,05$).

Из восьми девочек с расстройством гендерной идентичности в возрасте 4–5 лет только одна (то есть 12,5 %) получила общую сумму баллов в пределах диапазона, требующего клинического диагноза, при том что в группе родных сестер, привлеченных для сравнения, общую сумму получили 4 девочки из 23 (то есть 17,4 %), что не составляет существенной разницы. Напротив, 11 из 16 (то есть 68,8 %) девочек 6–11 лет с расстройством гендерной идентичности получили общую сумму баллов, требующую клинического диагноза, тогда как в группе родных сестер того же возраста только 17 девочек из 53 (то есть 32,1 %) получили такую сумму баллов, ($\chi^2 = 5,43$, $p < 0,02$). Таким образом, у девочек более старшего возраста, имеющих расстройство гендерной идентичности, существует вероятность в пять раз больше, чем у девочек 4–5 лет с тем же расстройством, быть оцененными на сумму баллов опросника CBCL, требующую постановки клинического диагноза.

У девочек 4–5 лет с расстройством гендерной идентичности Т-показатели z-оценки для «внутренних» проблем имели тенденцию быть значительно выше, чем Т-показатели для «внешних» проблем, $t(7) = 2,24$, $p = 0,06$, но при этом разница между обеими группами факторов («внутренней» и «внешней») у девочек 6–11 лет была незначительной. У обеих возрастных групп родных сестер, привлеченных для сравнения, Т-показатели z-оценки, как для «внутренних», так и для «внешних» проблем, различались незначительно.

Что же касается частных («узких») факторов, описанных в CBCL (рис. 5.2), то в возрастной группе 4–5 лет девочки с расстройством гендерной идентичности не показали существенных отличий от родных сестер, привлеченных к исследованию. А вот в возрастной группе 6–11 лет девочки с расстройством гендерной идентичности имели значительно более высокие Т-показатели, чем родные сестры, в четырех из девяти частных («узких») факторах: шизоидные черты с признаками навязчивого невроза,

Таблица 5.8. Материнские оценки поведенческих нарушений у девочек с расстройством гендерной идентичности, у группы их родных сестер, привлеченных для сравнения, а также у двух контрольных групп — девочек с не гендерными психическими проблемами и девочек безо всяких психических проблем

Measures	4–5 years							
	Gender identity disorder (n = 8)		Siblings (n = 23)		Nonreferred (n = 100)		Referred (n = 100)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
No. elevated narrow-band scales	0.1	0.4	0.4	0.9	—	—	—	—
Number of items	24.6	13.4	23.9	14.8	—	—	—	—
Sum of items	27.9	14.9	30.1	21.9	25.2	17.1	58.8	29.1
Internalizing T	54.6	10.7	50.4	11.3	50.8	10.5	66.5	11.3
Externalizing T	48.5	7.5	47.5	9.7	49.8	8.7	61.5	12.8
Age (in years)	4.8	1.0	4.3	1.1	—	—	—	—
IQ	116.8	19.8	97.4 ^a	15.6	—	—	—	—
Social class	46.3	12.8	38.5	17.5	—	—	—	—
Marital status								
Both parents	7 (n)		15 (n)		—		—	
Mother only/reconstituted	1 (n)		8 (n)		—		—	

Measures	6–11 years							
	Gender identity disorder (n = 16)		Siblings (n = 53)		Nonreferred (n = 300)		Referred (n = 300)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
No. elevated narrow-band scales	3.3	2.8	1.1	1.9	—	—	—	—
Number of items	40.6	19.6	25.8	16.8	—	—	—	—
Sum of items	55.1	33.1	31.1	23.0	19.9	14.2	58.4	26.2
Internalizing T	64.7	10.2	57.1	11.0	51.3	9.1	67.0	9.1
Externalizing T	66.1	12.3	56.3	11.3	51.0	9.4	68.1	9.5
Age (in years)	9.0	2.2	9.3	1.8	—	—	—	—
IQ	105.5 ^b	23.4	100.6 ^c	21.7	—	—	—	—
Social class	34.0	18.3	44.8	15.1	—	—	—	—
Marital status								
Both parents	9 (n)		38 (n)		—		—	
Mother only/reconstituted	7 (n)		15 (n)		—		—	

Использованные термины:

4–5 years — группа девочек 4–5 лет.

6–11 years — группа девочек 6–11 лет.

Gender Identity Disorder ($n = 8$) — группа из 8 девочек с расстройством гендерной идентичности.

Siblings ($n = 23$) — группа из 23 девочек — родных сестер девочек из предыдущей группы, и которые приглашены для исследования с целью сравнения.

Referred ($n = 100$) — группа из 100 девочек, направленных на психиатрическое обследование в связи с какими-то другими психическими проблемами (не связанными с гендерной самоидентификацией).

Non-referred ($n = 100$) — группа из 100-а девочек, никогда не направлявшихся на психиатрическое обследование.

Остальные термины: те же, что и в табл. 5.1.

Примечание: данные для двух последних групп взяты из: Achenbach & Edelbrock, 1983, Appendix D, pp. 213–214 (полное библиографическое описание данной публикации см. в конце данной монографии в «Списке литературы»).

чрезмерная активность (гиперактивность), склонность к девиантному (противоправному) поведению и жестокость (все переменные p колеблются в диапазоне от $< 0,003$ до $0,05$).

В таблице 5.8 также показаны данные CBCL, касающиеся девочек из двух других групп, привлеченных к исследованию для сравнения: девочки, направленные на обследование в связи с иными психическими проблемами, не связанными с гендером, и девочки, никогда не направлявшиеся на психиатрическое обследование. Девочки с расстройством гендерной идентичности в возрасте 4–5 лет имели показатели, очень близкие к показателям девочек, никогда не направлявшихся к психиатрам. И, напротив, у девочек с расстройством гендерной идентичности в возрасте 6–11 лет показатели были очень схожи с аналогичными показателями девочек, направленных на обследование в связи с другими, не гендерными проблемами.

Выводы

В целом, общее соотношение данных CBCL у девочек соответствует соотношению данных у мальчиков. Девочки с гендерными проблемами имели больше общих расстройств, чем девочки из группы родных сестер, привлеченных для сравнения, хотя заметно это только в возрастной группе 6–11 лет. Так же, как и у мальчиков, данные девочек с гендерными проблемами

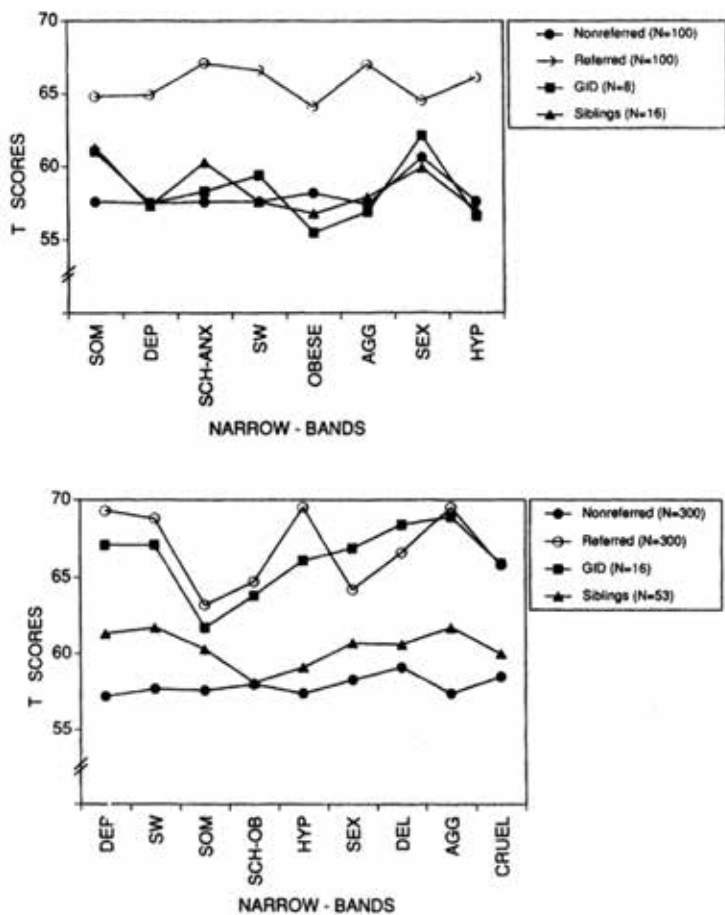


Рис. 5.2. Верхняя схема: «узкие» факторы, на основе опросника CBCL, у девочек 4–5 лет.

Нижняя схема: «узкие» факторы, на основе опросника CBCL, у девочек 6–11 лет.

«T-score» — «T-показатель z-оценки».

GID (N = 8) — Gender identity disorder (N = 8) — группа из восьми девочек с расстройством гендерной идентичности.

Siblings (N = 16) — группа из 16 девочек, которые приходятся родными сестрами девочкам из предыдущей группы, и которые привлечены к исследованию для сравнения.

Referred (N = 100) — группа из 100 девочек, направленных на психиатрическое обследование в связи с какими-то другими психическими проблемами (не связанными с гендерной самоидентификацией).

Non-referred (n = 100) — группа из 100 девочек, никогда не направлявшихся на психиатрическое обследование.

Narrow-bands (narrow-band scales) — «узкие» факторы, перечисленные ниже.

SCH-ANX — Schizoid-Anxious — часто испытывающий беспричинную тревогу, страдающий шизоидно-тревожным синдромом.

OBESE — страдающий ожирением.

SCH-OB — Schizoid-Obsessive — страдающий шизоидным расстройством личности в сочетании с обсессивно-компульсивным расстройством.

CRUEL — проявляющий беспричинную жестокость к окружающим.

Остальные термины: те же, что и на рис. 5.1.

Примечание: данные для направленных и не направленных на психиатрическое обследование девочек взяты из исследования, внесшего поправки в опросник CBCL: Achenbach & Edelbrock, 1983, приложение D (см. Список использованной литературы).

6–11 лет сравнимы с данными девочек, направленных на обследование в связи с не гендерными психическими проблемами, в то время как гендерно-проблемные девочки 4–5 лет скорее сравнимы с девочками, никогда не направлявшимися на психиатрическое обследование (Achenbach & Edelbrock, 1983). Ниже мы попытаемся обогатить данные CBCL, представив несколько типичных психологических портретов девочек и сопроводив их клиническими данными, взятыми из психиатрических обследований.

Описания клинических примеров девочек 4–5 лет

Случай из практики 5.7

Эрику, 5 лет с IQ, равным 109, решили отвести на обследование родители, обеспокоенные развитием гендерной идентичности девочки. Она была единственным ребенком в семье и жила с родителями и с бабушкой и дедушкой по отцовской линии. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс семьи определяется как I.

Заполняя опросник CBCL, мать Эрики отметила 9 пунктов как характерные для ее поведения, общая сумма составляла 10, что значительно ниже клинического порога, требующего

постановки психиатрического диагноза. Т-показатели «внутренних» проблем (39) и «внешних» проблем (41) также были явно ниже клинического порога. Результаты анкетирования отца ребенка соответствовали материнским данным.

Родителей Эрики не беспокоили никакие другие особенности ее поведения, кроме явной межгендерной самоидентификации. Особенно их тревожила такая черта гендерного развития ребенка, как агрессивное фантазирование. Однако это не отражалось на повседневном поведении, в котором она не проявляла никакой агрессии, в отличие от детей со склонностью к девиантному поведению.

Отсутствие признаков психопатологии Эрики в ответах родителей на вопросы CBCL резко контрастировало с некоторыми особенностями ее поведения во время беседы с глазу на глаз с психологом и в ответах на тест Роршаха. В беседе с женщиной-психологом Эрика ярко проявляла свое увлечение агрессивным фантазированием. Кроме того, девочка постоянно стремилась контролировать ход беседы. Она отвечала на каждый вопрос очень долго и, казалось, нарочно стремилась увести разговор как можно дальше от темы. По нашему мнению, желание Эрики контролировать собеседницу-психолога отражало ее скрытую тревожность. Ее ответы на тест Роршаха казались крайне сумбурными и бессвязными, в них было очень трудно проследить какую-либо закономерность. Это один из самых запутанных отчетов о прохождении данного теста из всех, какие нам встречались. Например, рассматривая карточку II, Эрика поделилась следующими свободными ассоциациями, возникшими у нее в голове:

«Ух ты! Как же она смогла это... Ах, это же церковь... А вот вспышка пламени, а вот человек, который раньше был жив, а теперь взорвался. И церковь взорвалась. [Далее психолог, руководивший тестом, замечает, что он какое-то время не мог уследить за речью девочки из-за ее скорости. Затем Эрика перевернула карточку вверх ногами]. Я думаю, вы рассматриваете картинку неправильно. А, это же наполовину человек, а наполовину — летучая мышь. А как долго мы уже здесь сидим? Скоро ли мы пойдем на завтрак? Если бы вы показали мне следующую картинку... Ну хорошо, давайте закончим с этой картинкой [с нетерпением]».

Дальнейшее рассматривание карточки II дало новые доказательства внутреннего душевного разлада Эрики и ее скрытого волнения.

«[«Почему ты решила, что эта фигура похожа на церковь?» — спрашивает психолог]. А можно мне показать вам эту карточку еще раз. Возможно, вы не понимаете. Возможно, я вовсе не вижу здесь церкви. На самом деле, это не церковь. Я не хочу видеть здесь церковь. Это скорее похоже на электрический проигрыватель. И он может взорваться из-за электрического тока. А, это мужчина и женщина. [Психолог, ведущий беседу, на этом месте сделал ремарку, что Эрика начала быстро рассуждать на эту тему, и уследить за ее речью стало невозможно]. А, мы ведь только выдумали все это, только вообразили. Это большая темная нора. Вы знаете, как сделать большую темную нору [показывает на выключатель на стене]. Я не могу вспомнить это. Я не могу сосредоточиться на этом. Иногда мне кажется, что это проигрыватель... Иногда электрическая лампа горит так ярко, что вы не можете на это смотреть... Иногда... А потом вы гасите свет... Что бы это ни было, оно не хочет никого обидеть. Это все, что я понимаю. Перейдем к следующей карточке. [«Эрика, мне бы хотелось вернуться к твоему упоминанию церкви, которую, как тебе кажется, ты видишь. Почему ты решила, что это пятно похоже на церковь?» — спрашивает психолог]. Я не могу вспомнить это без карточки... А, вот колокольня... Видите вот это все... черное? Оно ведь может взорваться. А этот человек, он стоял рядом. Вот его глаза, его нос, его рот. [«Все это взорвалось?»] Да. Глаза этого человека... Кто-то нашел его вырванные глаза. Но все это не по-настоящему. Все это выдумки. Кто-то нашел его глаза и отнес их к доктору, а доктор убежал... Ему стало страшно. Вот все, что я могу сказать об этой картинке. Ладно? Вы согласны? Согласны? [«Почему тебе кажется, что это похоже на взрывающуюся церковь?»] А вот об этом я действительно ничего не знаю, поскольку я забыла то, что сказала раньше. [«Ты сказала, что из-за черного цвета это пятно кажется взорванным»]. Вот здесь два человека убегают от... Вы видите, как они бегут? [Эрика начала раскачивать маленький медный колокольчик, прикрепленный к цепочке, висящей у нее на шее. «Я могу предугадать, — сказала она, — кто у меня родится: мальчик или девочка. Видите? Если колокольчик раскачивается из стороны в сторону, значит, будет девочка. А если он вращается по кругу, значит, будет мальчик». Таким образом, Эрике казалось, что она гипнотизирует психолога, с которым ведет беседу]».

Если попытаться понять и истолковать поведение Эрики при ответах на тест Роршаха, то ее частые подчеркнутые повторы «все

это выдумки» можно объяснить попыткой взять под контроль то, что представляется нам как опыт пережитого страха. Если пытаться спрогнозировать ее дальнейшее поведение, то можно утверждать, что это стремление служит хорошим знаком, свидетельствующим о способности девочки отстраняться от самых примитивных чувств.

История семьи Эрики дает нам несколько разгадок, объясняющих скрытую тревожность девочки и ее стремление контролировать как собственные чувства, так и окружающих. Через несколько месяцев после рождения Эрики ее мать утром собственного дня рождения не смогла встать с постели, поскольку была физически парализована. Женщину отвезли в больницу, где ей поставили диагноз «послеродовая депрессия». В больнице мать девочки лечили медикаментами и электросудорожной терапией. С тех пор она постоянно наблюдалась у психиатра, подход которого к лечению был почти исключительно медикаментозным. Во время обследования Эрики в нашей клинике ее мать сообщила, что чувствует себя лучше. Позднее мы узнали гораздо больше об истории этой женщины и ее психологическом состоянии. В 12 лет девочка осталась без матери, которая умерла, после чего систематически подвергалась сексуальному насилию со стороны отца, что продолжалось даже после его повторной женитьбы, пока в позднем подростковом возрасте она не ушла из дома. С тех пор, как нам представляется, она страдала той разновидностью депрессии, при которой постоянно ощущается внутренняя опустошенность, а также явным стремлением к подчинению и зависимости. Кроме того, у женщины наблюдались признаки пограничного расстройства личности, не доходящего, однако, до открытого гнева или ярости. Отец Эрики был очень спокойным человеком с обсессивным характером, хронически недовольным жизнью. Матери Эрики казалось, что он воспринимает отцовство как помеху на пути к осуществлению своих жизненных целей и вымещает «обиду» на дочери. Но такое предположение никак не подтвердилось в ходе клинического наблюдения, хотя вполне вероятно, что Эрика воспринимала «угрюмость» отца как угрозу.

Для понимания особенностей развития Эрики также оказались полезными сведения о родственниках ее отца, чья сестра (тетка девочки) страдала явной гендерной дисфорией до такой степени, что однажды попыталась добиться перемены пола. Однако ей

было отказано на том основании, что «в действительности» она являлась лесбиянкой. Гендерная дисфория и сексуальная ориентация этой женщины стали источником большого смущения и стыда для всей семьи и никогда не обсуждались. (Хотя мы никогда лично не встречались с теткой Эрики, но очевидно, что она поддерживала лечение девочки у нас, а вскоре после этого привела к нам на обследование свою подругу.) Родители отца Эрики сыграли в ее раннем развитии значительную роль. Как мы уже отмечали выше, они жили в одном доме с Эрикой и проявляли большую заботу о ребенке, пока ее мать пребывала в депрессии. При этом родители Эрики считали, что ее бабушка сама страдает хронической депрессией и испытывает стойкую неприязнь ко всем женщинам. Когда родилась, она совершила попытку самоубийства, хотя данный факт никогда не обсуждался вслух. Кроме того, родителям Эрики казалось, что бабушка с дедушкой соперничают с ними за влияние на ребенка и проявляют чрезмерную требовательность и строгость к девочке, что, по мнению родителей, также повлияло на ее межгендерную самоидентификацию.

Случай из практики 5.8

Нэнси, 4 года, с IQ, равным 143, направил на обследование семейный врач, из-за того, что родителей начало беспокоить развитие гендерной идентичности ребенка. Она жила с родителями и младшим братом. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс семьи определяется как III.

Заполняя опросник CBCL, мать Нэнси отметила 36 пунктов как характерные для поведения девочки. Общая сумма баллов равнялась 39, что было на четыре балла ниже клинического порога, требующего постановки психиатрического диагноза. Т-показатель «внутренних» проблем (62) оказался чуть ниже клинического порога (64) и был выше Т-показателя «внешних» проблем (58). Число и сумма пунктов, отмеченных отцом, почти не отличались от материнских оценок.

Родители Нэнси не выразили обеспокоенности по поводу каких-то других особенностей поведения и развития девочки, кроме ее явной межгендерной самоидентификации.

Несмотря на относительно благополучный и спокойный характер семьи в период обследования Нэнси, история болезни выявила, что первые два года жизни девочки были для ее родителей

трудными. Они описывали тот период как очень напряженный и исполненный несчастий. Они жили в деревне, и мать Нэнси ощущала себя полностью отрезанной от внешнего мира. Она описывала дочь как болезненного ребенка, подверженного частым коликам и не любившего находиться на руках у родителей. Женщина также отметила, что Нэнси была «очень серьезным младенцем»: она «до двух лет не улыбалась». Мать также вспоминала, что в то время чувствовала себя «разочарованной» и «отвергнутой», из-за того, что девочка была неласковым ребенком и казалась бесчувственной к материнским усилиям успокоить ее. Но, несмотря на этот недостаток положительного ответа Нэнси на материнские ласки, девочка всегда проявляла тревогу из-за возможной разлуки с родителями и страх перед незнакомцами, и даже при кратковременных расставаниях с матерью безостановочно плакала. Из-за этого у родителей Нэнси начались трения с ее тетками со стороны отца, которые обвиняли их в том, что те поселились в «каком-то захолустье». Мать описывала свое тогдашнее состояние как «ужасную депрессию», продолжавшуюся все эти два года, что усугублялось «необщительностью» ее мужа. Она чувствовала, что отчасти сама виновата во всех проблемах с дочерью, а жизнь в деревне напоминала ей пребывание в неволе. Она решила вернуться на работу (при условии неполного рабочего дня), как только Нэнси исполнилось полгода, из-за испытываемых ею трудностей, главным образом в том, что касалось ее родительской роли.

Во время обследования Нэнси почти постоянно находилась рядом с матерью; при этом девочка почти не общалась с отцом и крайне редко обращалась к нему. Родители вспоминали, что между 12-ю и 18-ю месяцами она была «крайне враждебно настроена» по отношению к отцу, что очень его расстраивало. Судя по их описаниям, ситуация порой становилась «невыносимой» до такой степени, что Нэнси и ее отец «не могли смотреть друг на друга». При этом отец замечал: «У меня такой характер, что я нуждаюсь в проявлениях симпатии со стороны окружающих». Он также с сожалением признавался, что, возможно, усугубил ситуацию своим «ребяческим» поведением, проявлявшимся в «мстительности» по отношению к дочери, которой также отвечал враждебностью. Интересный факт: в возрасте около двух лет Нэнси проводила часть дня в семье у родственников, согласившихся за ней присматривать, пока мать была на работе. В той

семье росли два мальчика старше нее, и родителям Нэнси казалось, что ей нравилось общество этих мальчиков, хотя они часто «дразнили» ее и с ней «соперничали». Нэнси, вероятно, считала, что они таким образом отвергают ее дружбу. Вообще мать описывала Нэнси как крайне «чувствительную девочку», которая буквально «рассыпается», если сверстники начинают оказывать на нее психологическое давление.

В два с половиной года Нэнси пошла в детский сад, однако, она была охвачена таким тревожным синдромом, связанным со страхом разлуки с родителями, что матери пришлось забрать ее. Родителям казалось, что вплоть до периода обследования в нашей клинике девочке было очень трудно расставаться с матерью. Мы наблюдали это, когда попытались организовать беседу с глазу на глаз между Нэнси и женщиной-психологом. Девочка запаниковала, заплакала и вцепилась матери в ногу. В итоге она согласилась побеседовать с психологом только при условии, что брат останется в комнате вместе с ней. Однако вскоре после ухода матери Нэнси смогла расслабиться и начала непринужденно беседовать с женщиной-психологом о своих чувствах. В финале беседы девочка заявила, что психолог понравилась ей «даже больше, чем мама», и она теперь не хочет покидать эту комнату и возвращаться к родителям.

Исходя из анализа истории жизни Нэнси, нам представляется, что хотя ее родители не страдали серьезными психическими расстройствами, первые два года жизни девочки оказались омрачены следующими неблагоприятными факторами. Во-первых, на привязанность Нэнси к матери отрицательно влияли особенности ее сложного характера (раздражительность, склонность к капризам, невозможность успокоиться), и проблема усугублялась убеждением женщины, что ее недостатки как матери являются причинами всех проблем во взаимоотношениях с дочерью. Во-вторых, отношения Нэнси с отцом также можно считать весьма конфликтными — с момента, когда он стал видеть в поведении дочери признаки того, что она его чуждается. По нашему мнению, уверенность Нэнси в себе была подорвана, когда девочке исполнилось два года, что, вероятно, повлияло на те трудности в общении с коллективом, с которыми она столкнулась при поступлении в детский сад, а также на болезненное восприятие недружелюбного поведения двух мальчиков в семье родственников. И именно в этот период у Нэнси появились первые признаки

межгендерной самоидентификации. Во время психологических бесед мы обратили внимание на одну из ее фантазий: девочка придумала историю о том, как мальчик защищал «испуганных короля и королеву» от дракона, с которым сражался с помощью меча. В этом фантазийном рассказе мальчик не чувствовал страха.

Помимо расстройства гендерной идентичности, Нэнси невозможно было поставить никаких других психиатрических диагнозов, описанных в DSM-III-R, хотя ее тревожный синдром, вызванный страхом разлуки с родителями, был лишь чуть ниже клинического порога.

Описания клинических примеров девочек 6–11 лет

Случай из практики 5.9

Ева, 6 лет,, проживавшая с родителями, которые воспитывали еще одного родного младшего ребенка, была направлена на обследование по решению матери, которую время от времени беспокоили особенности гендерного развития ребенка. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс семьи определяется как I.

Заполняя опросник CBCL, мать Евы отметила 38 пунктов как характерные для ее поведения, сумма их баллов равнялась 38. Это несколько ниже клинического порога; однако Т-показатель для «внутренних» проблем (67) оказался как раз на этом пороге, требующем психиатрического диагноза, и был немного выше Т-показателя «внешних» проблем (60).

Вытекающий из данных CBCL психологический портрет ребенка, имеющего проблемы внутреннего мира, вполне соответствовал нашим клиническим наблюдениям. Мать описала Еву как «чувствительную» и «способную заплакать в любой момент». Матери также казалось, что девочка страдает от низкой самооценки и очень восприимчива к замечаниям других детей на свой счет. В школе Ева часто плакала, ее легко могло охватить чувство сильной привязанности к кому-то из сверстников, и она всячески избегала таких ситуаций, при которых ее могли разлучить с коллективом одноклассников. Девочку привели в клинику только через три месяца после нашего первого знакомства с родителями. В промежуточный период мы несколько

раз разговаривали по телефону с ее матерью. И ни в одном из этих разговоров женщина не упомянула важное событие, которое, очевидно, ознаменовало серьезный кризис семьи: незадолго до обращения в клинику мать Евы скоропалительно развелась с мужем из-за некоего происшествия, в котором тот был замешан. Во время обследования Евы отец пресекал наши малейшие попытки глубже понять его отношения с матерью девочки, резко заявляя, что все это не имеет никакого отношения к развитию дочери. Он, очевидно, стремился преуменьшить серьезность гендерной дисфории девочки и после своего первого визита в клинику не появлялся. Мать продолжала присутствовать при дальнейшем обследовании Евы, хотя не позволяла дочери проходить психологическое тестирование. Во время первичной беседы Ева едва сдержала слезы, когда психолог осторожно упомянул «развод».

Поскольку родители участвовали в процессе клинической оценки неохотно и практически не позволили нам произвести всестороннее обследование Евы, мы смогли поставить только один предварительный диагноз, описанный в DSM-III-R: расстройство адаптации, осложненное депрессивным настроением.

Случай из практики 5.10

Сэмми, 8 лет, с IQ, равным 94, к моменту обследования в нашей клинике уже находилась на лечении в психиатрическом стационаре. Согласно индексу Холлингшеда (Hollingshead, 1975), социальный класс ее семьи определяется как V.

Опросник CBCL заполняла воспитательница Сэмми. Она отметила 84 пункта как характерные для поведения девочки, а их сумма равнялась 141, что значительно выше клинического порога и находится в пределах диапазона, требующего постановки психиатрического диагноза. Оба Т-показателя — для «внутренних» проблем (79) и для «внешних» проблем (89) — также были значительно выше клинического порога.

Помимо явной межгендерной самоидентификации, у Сэмми наблюдалось глубокое и обширное социально-эмоциональное расстройство. Всю ее предыдущую жизнь можно охарактеризовать как крайне неустойчивую и непредсказуемую. Ее мать происходила из очень неблагополучной семьи и многие годы находилась под опекой органов защиты детей. Во время беременности

и родов дочери она была наркоманкой, злоупотреблявшей амфетамином и барбитуратами, и проституткой. Отцом стал сутенер. Родители никогда не жили вместе. Когда Сэмми исполнилось два года, мать поняла, что не способна справляться с родительскими обязанностями, и отдала дочь на попечение отца. С тех пор отец девочки требовал от женщины сексуального сношения всякий раз, когда она хотела повидаться с дочерью. В доме отца Сэмми была окружена единокровными братьями, рожденными от предыдущих связей. Братья были старше Сэмми, и она, согласно отчетам других служб опеки, неоднократно подвергалась жестокому физическому насилию с их стороны. Кроме того, девочка многократно наблюдала сцены физического насилия отца над матерью. Однажды, когда ей было пять лет, находясь в квартире отца, Сэмми стала свидетельницей, как сожительница выстрелила отцу в лицо из револьвера. Именно после того случая органы опеки забрали девочку из семьи. Во время обследования в нашей клинике Сэмми находилась в состоянии крайнего испуга, поскольку ее ужасала вероятность, что отец найдет ее и снова заберет к себе, и девочка размышляла о том, чтобы «найти ружье и пенис», с помощью которых она могла бы защитить себя и мать.

Сэмми были поставлены следующие диагнозы, описанные в DSM-III-R: функциональное недержание мочи (энурез) в ночное время, оппозиционное расстройство неповиновения и сверхтревожное расстройство (сверхтревожный синдром). Мы также предполагаем наличие у нее расстройства реактивной привязанности. В целом Сэмми проявляла глубокое замедление в развитии личности, что в дальнейшем вполне могло привести к серьезным патологиям характера.

Другие способы оценки сопутствующей психопатологии

Социальная компетентность

В опроснике CBCL также имеется раздел «Социальная компетентность», который оценивает жизнедеятельность ребенка в трех сферах: 1) физическая активность (количественные и качественные характеристики участия ребенка в спортивных состязаниях, развлечениях, играх, общественных и домашних работах);

2) социальная активность (членство и участие в организациях, количество друзей и частота контактов с ними, разница в поведении на людях и наедине с самим собой); 3) учеба в школе (успеваемость по предметам, переход в специальный класс для умственно отсталых, проблемы во взаимоотношениях с учителями и одноклассниками). На основании всех этих показателей можно рассчитать общую величину социальной компетентности. Согласно расчетам Томаса Ахенбаха и его соавтора Эдельброка (Achenbach & Edelbrock, 1981, p. 60), четыре Т-показателя социальной компетентности очень слабо соотносятся с поведенческой психопатологией, описанной в CBCL, и поэтому до некоторой степени представляют собой отдельную шкалу оценки жизнедеятельности ребенка.

В верхней части табл. 5.9 представлены наши данные о социальной компетентности мальчиков, направленных к нам в связи с проблемами гендерного поведения, а также трех групп мальчиков, привлеченных к исследованию для сравнения: группы их родных братьев; группы мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы; группы мальчиков без психических проблем. Как уже отмечено выше, две последние группы участвовали в нескольких исследованиях, проводившихся в нашей клинике. Группа мальчиков без психических проблем была значительно младше трех предыдущих, почти не отличавшихся друг от друга по возрасту (разница в возрасте была заметна потому, что некоторые мальчики без психических проблем принимали участие в исследовании, предназначенном для детей 3–6 лет). При расчете Т-показателя учебы в школе были также приняты во внимание различия в социальном положении семей и сведения об их полноте (то есть воспитывается ли ребенок обоими родителями); соответственно, эти величины изменялись параллельно с основными показателями по мере необходимости.

Однофакторные дисперсионные анализы показали, что мальчики без психических проблем имеют более высокие показатели социальной компетентности во всех четырех шкалах, чем три остальных группы, $p < 0,05$ в двух шкалах, и $p < 0,10$ в двух других шкалах (см. табл. 5.9).

Данные о социальной компетентности доступны также относительно девочек с расстройством гендерной идентичности и группы их родных сестер. Что касается демографических переменных, то две эти группы различаются между собой только в социальном положении, но это учитывается только в шкале «Учеба

Таблица 5.9. Материнские оценки социальной компетентности, согласно опроснику CBCL

Measures	Boys				<i>F</i>	<i>p^a</i>
	Gender identity disorder	Siblings	Clinical controls	Normal controls		
Activities <i>T</i>						
<i>M</i>	48.3	48.5	48.1	51.5	2.6	.055
<i>SD</i>	8.5	7.2	8.9	5.5		
<i>n</i>	156	85	45	56		
Social <i>T</i>						
<i>M</i>	42.0	45.5	43.8	44.0	2.2	.085
<i>SD</i>	10.8	9.9	10.1	11.2		
<i>n</i>	156	85	45	56		
School <i>T</i>						
<i>M</i>	44.0	45.1	41.1	52.1	4.6	.004
<i>SD</i>	10.0	10.1	10.5	5.9		
<i>n</i>	93	59	27	31		
Total <i>T</i>						
<i>M</i>	44.8	46.7	45.9	51.3	3.7	.012
<i>SD</i>	11.2	11.4	13.7	11.4		
<i>n</i>	155	85	45	56		

Measures	Girls		<i>t</i>	<i>p</i>
	Gender identity disorder	Siblings		
Activities <i>T</i>				
<i>M</i>	48.0	49.2	<1	n.s.
<i>SD</i>	7.0	7.1		
<i>n</i>	24	67		
Social <i>T</i>				
<i>M</i>	39.6	45.0	2.4	.017
<i>SD</i>	9.7	9.2		
<i>n</i>	24	67		
School <i>T</i>				
<i>M</i>	41.5	47.4	1.5	.130 ^b
<i>SD</i>	13.6	8.6		
<i>n</i>	16	52		
Total <i>T</i>				
<i>M</i>	42.1	47.4	2.3	.022
<i>SD</i>	8.6	9.8		
<i>n</i>	24	67		

Использованные термины:

Boys — мальчики.

Girls — девочки.

Gender identity disorder — группа детей одного пола, страдающих расстройством гендерной идентичности.

Siblings — группа детей одного пола — родных братьев (или сестер) детей из предыдущей группы, которые привлечены к исследованию для сравнения.

Clinical controls — группа мальчиков, имеющих другие психические проблемы (не связанные с гендерной самоидентификацией): данная группа привлечена к исследованию для сравнения.

Normal controls — группа мальчиков без психических проблем, привлеченная к исследованию для сравнения.

Measures — показатели.

M — средняя величина данного показателя по группе.

SD — среднеквадратическое отклонение.

n — количество участников исследования.

t — t-критерий Стьюдента.

Activities T — T-показатель z-оценки для шкалы «Физическая активность».

Social T — T-показатель z-оценки для шкалы «Социальная активность».

School T — T-показатель z-оценки для шкалы «Учеба в школе».

Total T — T-показатель z-оценки для шкалы «Общая величина социальной компетентности».

Примечание а): для T-показателя физической активности была проведена процедура множественного сравнения по методу Дункана, в результате чего выяснилось, что мальчики без психических проблем имели значительно более высокий показатель, чем остальные три группы обследуемых детей, все $p < 0,05$. Для T-показателя социальной активности (при $p < 0,05$) нет существенных различий между всеми четырьмя группами. Для шкалы «Учеба в школе» T-показатель мальчиков безо всяких психических проблем больше, чем у всех трех остальных групп, чьи T-показатели примерно равны друг другу ($p < 0,05$). Та же картина наблюдается в шкале «Общая величина социальной компетентности».

Примечание б): демографическая переменная «Социальное положение семьи» изменяется параллельно основной величине.

в школе»; таким образом, эти величины изменяются параллельно основным показателям (но поскольку T-показатель для «учебы в школе» не рассчитывался у детей младше шести лет, эту величину имело лишь меньшинство девочек). Девочки с расстройством гендерной идентичности имели значительно более низкие показатели социальной компетентности, чем группа родных сестер,

в двух из четырех шкал: «Социальная активность» ($p < 0,02$) и «Общая величина социальной компетентности» ($p < 0,03$). См. нижнюю часть табл. 5.9.

Проективное тестирование

Некоторые исследователи использовали тест Роршаха для оценки различных аспектов «эго-функционирования» (включая объектные отношения и расстройство мышления) у мальчиков с расстройством гендерной идентичности (например: Goddard, 1986; Goddard & Tuber, 1989; Ipp, 1986; Kolers, 1986; Tuber & Coates, 1985, 1989). Наверное, излишне объяснение, что все эти исследования проводились под влиянием идей, вытекающих из психоаналитической теории о развитии личности. Судя по различным шкалам измерения ответов на тест Роршаха, мальчики с расстройством гендерной идентичности в среднем имели более яркие нарушения объектных отношений и более сильные расстройства мышления, чем обычные мальчики безо всяких психических проблем (Goddard & Tuber, 1989; Ipp, 1986; Kolers, 1986; Tuber & Coates, 1989). Однако при этом сразу два исследователя из вышеперечисленных (Ipp, 1986; Kolers, 1986) пришли к выводу, что родные братья гендерно-проблемных мальчиков имеют точно такие же психические нарушения; а два других исследователя (Goddard & Tuber, 1989) сделали вывод, что гендерно-проблемные мальчики с сопутствующим диагнозом «тревожное расстройство в связи со страхом разлуки» имеют примерно такие же нарушения объектных отношений и мышления, что и мальчики без гендерных проблем, направленные на обследование именно в связи с данным «тревожным расстройством из-за страха разлуки».

Как и в случае с данными CBCL об общих поведенческих проблемах, мальчики с расстройством гендерной идентичности имеют столь же сильные нарушения объектных отношений и мышления, как и мальчики, направленные на обследование в связи с не гендерными проблемами, но более сильные нарушения, чем у мальчиков безо всяких психических проблем. Однако в противоположность данным CBCL при проективном тестировании по методу Роршаха, судя по двум работам вышеназванных исследователей (Ipp, 1986; Kolers, 1986), не обнаружено различий между гендерно-проблемными мальчиками и их родными братьями, и это несоответствие может быть объяснено только в ходе

дальнейших эмпирических исследований. К сожалению, на сегодняшний день пока не существует исследований, посвященных соотношению теста Роршаха и других методов оценки психических нарушений, подобных уже проведенным исследованиям о соотношении данных родительского опросника CBCL и учительского опросника TRF. Однако, как и в случае с данными CBCL, результаты проективных тестов наводят на мысль, что в плане общей психопатологии у мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, есть больше сходств, чем различий, с мальчиками, имеющими другие, не гендерные, психические расстройства.

О взаимосвязи сопутствующей психопатологии с расстройством гендерной идентичности

Хотя некоторые критики могут счесть наш подход к оценке психопатологии, в котором мы уделяем столько внимания анализу сообщений родителей, относительно узким и даже поверхностным, тем не менее нам представляется, что даже предварительный анализ данных CBCL подтверждает предыдущие клинические наблюдения, свидетельствующие о том, что расстройство гендерной идентичности, как у мальчиков, так и у девочек, в большинстве случаев сопровождается другими поведенческими проблемами. Следовательно, необходимо выяснить, какая связь имеется (если вообще имеется) между этими проблемами и расстройством гендерной идентичности. В другой нашей работе (Zucker & Green, 1992) мы уже предложили три модели для объяснения этой связи. Поскольку эти модели разрабатывались в первую очередь в расчете на мальчиков, мы и здесь ограничим наше рассуждение только детьми мужского пола.

Первая модель утверждает, что из-за своего явного межгендерного поведения ребенок становится жертвой социального ostracism, особенно со стороны сверстников, и именно из-за этого у него начинают проявляться признаки общей психопатологии (Rekers, 1977b; Green, 1974; Green et al., 1980).

Вторая модель указывает на роль, которую в гендерном развитии ребенка играет влияние родителей, например, психические расстройства отца или матери, странные способы воспитания ребенка или ссоры между ними. Вообще при таком подходе генезис расстройства гендерной идентичности рассматривается

в контексте более широких проблем личностного развития ребенка и психопатологии всей его семьи (см., например: Bates et al., 1974; Chiland, 1988). Сьюзен Коутс (Coates, 1985, 1990, 1992) с соавторами (Coates et al., 1991; Coates & Person, 1985; Coates & Wolfe, 1995; Maranz & Coates, 1991; Rainbow, 1986; Sherman, 1985), которые рассматривали данный подход очень подробно, выдвинули отдельную гипотезу, состоящую в том, что основную роль в развитии расстройства гендерной идентичности у мальчиков играет тревога из-за опасения разлуки с матерью (которая не всегда находится рядом с ребенком). Согласно исследованию Сьюзен Коутс с соавтором (Coates & Person, 1985), «женоподобному» поведению мальчиков предшествует очень острая тревога из-за опасения разлуки с матерью: мальчик как бы пытается «установить воображаемую связь с отсутствующей (физически или эмоционально) матерью». Подражая манерам матери, мальчик как бы смешивает в своем сознании понятия «находиться рядом с мамой» и «превратиться в маму». И, таким образом, межгендерное поведение отчасти смягчает тревогу, порожденную отсутствием матери (Coates & Person, 1985, p. 708).

Наконец, третья модель предполагает, что родительское влияние играет роль одновременно и в общей психопатологии ребенка, и в расстройстве гендерной идентичности, но в этот процесс вовлечены различные его аспекты. При таком подходе взаимосвязь между родительским влиянием и общей психопатологией мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, может быть объяснена, например, такими аспектами родительской жизнедеятельности, неспецифическими с точки зрения диагностики, — в частности, супружескими разногласиями или психическими расстройствами отца или матери. Другие родительские переменные, такие как поощрение женоподобного поведения мальчиков или терпимое отношение к такому поведению, а также нетипичные психосексуальные черты самих родителей, которые могут быть специфическими с точки зрения диагностики (см., например: Green, 1987), напрямую ведут к расстройству гендерной идентичности у ребенка, а само это расстройство порождает общую психопатологию благодаря социальному остракизму.

Хотя последняя модель предполагает, что расстройство гендерной идентичности может возникнуть под воздействием одних родительских влияний, а общая психопатология мальчика — под

воздействием каких-то других особенностей поведения родителей, можно утверждать, что оба фактора бывают взаимосвязаны. Например, если между родителями происходит напряженный супружеский конфликт или кто-то из родителей страдает личностным расстройством психики, то они, скорее всего, не склонны вмешиваться в межгендерное поведение ребенка, и такое равнодушие родителей увеличивает вероятность того, что ребенок станет жертвой социального остракизма.

Описанные модели подытоживает нижеследующая схема (где стрелка (→) является символом следования и может быть переведена как «ведет к», «порождает»).

Модель I: Расстройство гендерной идентичности → общая психопатология.

Модель II: Родительские влияния → общая психопатология → расстройство гендерной идентичности.

Модель III: Родительские влияния → общая психопатология.
Родительские влияния → расстройство гендерной идентичности → общая психопатология.

Предлагаем вашему вниманию обзор далеко не полных эмпирических данных, доступных на сегодняшний день, которые могут служить основой для оценки этих моделей.

Модель I

Мы уже привели некоторые доказательства, подтверждающие первую модель (Zucker, 1990b). Мы выдвинули первичную гипотезу, что степень развития общей психопатологии взаимосвязана с возрастом ребенка, поскольку именно с течением времени социальный остракизм способен оказать все более сильное влияние на его психику. Используя пять «индексов поведенческих нарушений» (см. в самом начале главы раздел «Данные опросника CBCL, касающиеся детей с расстройством гендерной идентичности»), мы сделали вывод, что, действительно, имеется значительная взаимосвязь между возрастом детей и степенью выраженности общей психопатологии, описанной в CBCL, у нашей группы из 161 мальчика с гендерно-проблемным поведением (переменная «r» колеблется в диапазоне от 0,28 до 0,42, все $p < 0,001$).

Кроме того, прослеживалась существенная связь между возрастом мальчиков и другими демографическими переменными

(IQ ребенка, социальным классом семьи и ее полнотой или неполнотой): в частности, дети более младшего возраста чаще всего воспитывались в полных семьях более высокого социального положения. В свою очередь, три названные демографические переменные были тесно связаны друг с другом и с общей психопатологией, описанной в CBCL (абсолютные значения r колебались от 0,21 до 0,43). Простые корреляции указывали на то, что более высокие показатели общей психопатологии имели мальчики с более низким IQ, чьи родители имели более низкое социально-экономическое положение и чья семья не являлась «целостной» (то есть родители проживали раздельно, или были разведены, или вступили в новый брак, или ребенок с раннего детства воспитывался в приемной семье).

Чтобы проверить, вносит ли особый вклад в развитие его психопатологии, описанной в CBCL, изменяющийся возраст ребенка, мы провели множественный регрессионный анализ для четырех демографических переменных, играющих здесь роль независимых (объясняющих) переменных, и для «индексов поведенческих нарушений» CBCL, играющих роль зависимых переменных. В результате обнаружилось, что возраст ребенка, а также социальное положение его родителей и (или) их семейное положение (то есть полнота/неполнота семьи), вносят в изменения всех пяти «индексов нарушений» CBCL собственный вклад (см. табл. 5.10).

Влияние возраста было затем изучено методом раздельного обследования гендерно-проблемных мальчиков в зависимости от их принадлежности к одной из двух возрастных групп, описанных в CBCL: 4–5 лет и 6–11 лет. В таблице 5.3 были представлены «индексы поведенческих нарушений» CBCL, а в рис. 5.1 — частные («узкие») факторы CBCL как функции от возрастных групп детей. Мы уже отметили, что мальчики 4–5 лет, имеющие расстройство гендерной идентичности, по всем параметрам сравнимы скорее с мальчиками без психических проблем, чем с мальчиками, имеющими не гендерные психические проблемы, и, напротив, мальчики 6–11 лет, имеющие расстройство гендерной идентичности, скорее сравнимы с мальчиками, имеющими другие психические расстройства, чем с мальчиками без расстройств, что особенно заметно во «внутренних» факторах из группы частных («узких») факторов, описанных в CBCL. Очень похожую закономерность мы наблюдали в ходе анализа наших данных учительского опросника TRF (см. рис. 5.3).

Таблица 5.10. Независимые демографические переменные общей психопатологии CBCL у мальчиков с расстройством гендерной идентичности (количество обследованных — 161)

Criterion measures	Significant predictor variables ^a
No. elevated narrow-band scales	Step 1: Marital status ($R^2 = .19$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .09$)
Number of items	Step 1: Social class ($R^2 = .14$) Step 2: Marital status ($R^2\Delta = .03$) Step 3: Age ($R^2\Delta = .02$)
Sum of items	Step 1: Social class ($R^2 = .15$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .05$) Step 3: Marital status ($R^2\Delta = .03$)
Internalizing T	Step 1: Social class ($R^2 = .09$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .03$)
Externalizing T	Step 1: Social class ($R^2 = .13$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .03$) Step 3: Marital status ($R^2\Delta = .02$)

Использованные термины:

Significant predictor variables — независимые (объясняющие) переменные, имеющие значение.

Остальные термины: те же, что в табл. 5.1.

Примечание: введенными здесь четырьмя демографическими переменными являются: возраст ребенка, IQ, социальное положение семьи и ее полнота/неполнота.

a) p колеблется от $< 0,05$ до $< 0,001$.

В целом ряде других наших исследований (см.: Zucker, 1990b) взаимосвязь возраста детей и их общей психопатологии, описанной в CBCL, проанализирована как функция от полного либо неполного соответствия мальчиков всем показателям расстройства гендерной идентичности, описанным в DSM-III. Согласно сделанным выводам, в подгруппе из 90 мальчиков, полностью соответствующих всем показателям расстройства гендерной идентичности (средний возраст детей — 5,9 года, переменная g варьирует от 0,40 до 0,50), взаимосвязь возраста с общей психопатологией CBCL выражена ярче, чем в подгруппе из 65 мальчиков, не полностью соответствующих всем показателям расстройства гендерной идентичности (средний возраст детей — 8,2 года, переменная g варьирует от 0,16 до 0,27).

Наиболее надежным мерилom социального ostrакизма, согласно сообщениям родителей, является частота употребления

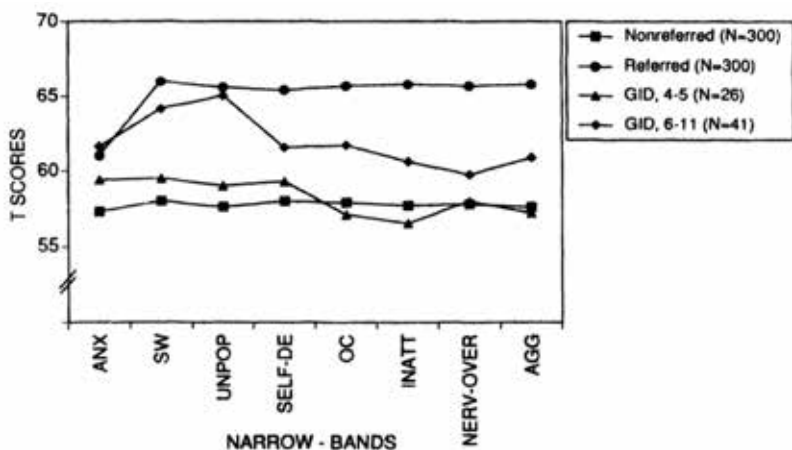


Рис. 5.3. Частные («узкие») факторы, на основе учительского опросника TRF, у мальчиков в возрасте 6–11 лет.

GID, 4–5 (N=26) — группа из 26 мальчиков в возрасте 4–5 лет, страдающих расстройством гендерной идентичности.

GID, 6–11 (N=41) — группа из 41 мальчика в возрасте 6–11 лет, страдающего расстройством гендерной идентичности.

ANX, Anxious — тревожный, страдающий тревожным синдромом.

UNPOP, Unpopular — непопулярный, не пользующийся авторитетом среди сверстников.

SELF-DE, Self-destructive — склонный к саморазрушительному поведению (например, к членовредительству).

INATT, Inattentive — невнимательный, рассеянный.

NERV-OVER, Nervous-overactive — нервный, легко возбудимый и сверхактивный.

Остальные термины: те же, что и на рис. 5.1.

Примечание: данные для направленных и не направленных на психиатрическое обследование мальчиков взяты из исправленного издания учительского опросника TRF (Achenbach & Edelbrock, 1986).

сверстниками мальчика обидного прозвища *sissey* («неженка», «девчонка») по отношению к нему. И этот показатель также взаимосвязан с общей психопатологией, описанной в СВСЛ, в обеих подгруппах детей (переменная *r* варьирует от 0,34 до 0,53). Множественный регрессионный анализ показал, что возраст ребенка является лучшей объясняющей переменной общей психопатологии в подгруппе детей, соответствующей всем

показателям DSM-III для расстройства гендерной идентичности (β варьирует от 0,40 до 0,53), тогда как частота употребления прозвища *sissy* является лучшей объясняющей переменной психопатологии в подгруппе детей, не соответствующей всем аналогичным показателям DSM-III, то есть в подгруппе Non-DSM-III (β варьирует от 0,39 до 0,53). Хотя мальчики из обеих подгрупп с одинаковой вероятностью могут получить такое прозвище, мы предположили (Zucker, 1990b), что дети более младшего возраста реже сталкиваются с навешиванием ярлыка *sissy*, чем дети более старшего возраста; это может быть отчасти объяснено тем, что данное прозвище оказывает большее воздействие на группу Non-DSM-III, которая, как мы отмечали выше, более чем на два года старше, чем группа DSM-III (то есть группа, соответствующая всем показателям DSM-III). Возможно также, что прозвище *sissy* потому оказало меньшее воздействие на группу DSM-III, что в силу младшего возраста эти дети подвергались такой насмешке менее продолжительное время [14].

Модель 2

Для подтверждения второй модели требуются, по крайней мере, два вида доказательств. Во-первых, необходимо доказать, что степень общей психопатологии родителей и число психических расстройств больше именно в тех семьях, где растут мальчики с расстройством гендерной идентичности, а не в обычных семьях, чьи дети привлечены для сравнения. Во-вторых, требуется доказать, что семейная психопатология оказывает особенное влияние на генезис расстройства гендерной идентичности у мальчиков.

Распространенность родительской психопатологии (душевных расстройств)

Благодаря нескольким эмпирическим исследованиям в нашем распоряжении имеются значительные сведения об этом. Проведя ряд стандартных психологических бесед и клинических оценок, основанных на самоотчете родителей, Сьюзен Коутс и Соня Маранц (Marantz & Coates, 1991) сделали вывод, что матери мальчиков, имеющих расстройство гендерной

идентичности, проявляют больше признаков психопатологии, чем матери обычных мальчиков, сравнимых с первыми по всем демографическим параметрам. В частности, матери гендерно-проблемных мальчиков имели более высокий уровень психопатологии, согласно «Диагностическим беседам с пациентами, страдающими пограничным расстройством личности» (Gunderson, Kolb, & Austin, 1981), а также согласно «Шкале депрессии Бека» (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). После ряда структурированных клинических бесед, предназначенных для выявления заболеваний, описанных в DSM-III (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992; Williams et al., 1992), Кабрина Вулф (Wolfe, 1990) сделала вывод о повышенном уровне общих психических расстройств как у матерей, так и у отцов гендерно-проблемных мальчиков, хотя убедительность ее вывода ослаблена отсутствием в данном исследовании сравнений с контрольными группами психически здоровых людей. Другие исследователи, работавшие с мальчиками с расстройством гендерной идентичности, также обращают внимание на различные нарушения нормальной жизнедеятельности семьи: частоту официальных и неофициальных разводов родителей (Coates, 1985; Rekers & Swihart, 1989), предыдущие обращения родителей к психиатрам (Rekers, Mead, Rosen, & Brigham, 1983), чрезмерную опеку родителей над ребенком (Bates et al., 1974).

Несколько лет наша группа собирала и систематизировала данные о материнской психопатологии, супружеских разногласиях родителей и способах воспитания детей. Часть этих данных отражена в диссертации Джанет Митчелл (Mitchell, 1991). В таблице 5.11 представлен протокол клинической оценки, описанный в данной диссертации. Были проанализированы сведения, касающиеся 63 матерей гендерно-проблемных мальчиков, а также матерей 13 мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы, и 24 мальчиков без психических проблем. Все мальчики из двух последних контрольных групп участвовали для сравнения в исследовании Джанет Митчелл (Mitchell, 1991), и все они соответствовали гендерно-проблемным мальчикам по своему возрасту, социальному положению семьи и ее полноте/неполноте. Что касается IQ, то предполагалось, что и по этому параметру большинство мальчиков с не гендерными проблемами соответствуют гендерно-проблемным мальчикам.

Таблица 5.12 показывает, что три эти группы соответствовали друг другу по всем названным демографическим переменным. При этом у гендерно-проблемных мальчиков и у мальчиков с не гендерными проблемами оказалось значительно больше расстройств, описанных в CBCL, чем у мальчиков без психических проблем. Кроме того, гендерно-проблемные мальчики имели значительно больше отклонений, выявленных Опросником о гендерной идентичности (см. табл. 4.8), чем оставшиеся группы, привлеченные для сравнения, которые не отличались друг от друга.

Таблица 5.13 и рис. 5.4 подытоживают обследования матерей. Сразу несколько способов измерения психопатологии показали, что матери мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, существенно отличались от матерей мальчиков, не имеющих никаких психических проблем, а показатели матерей мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы, находились посередине между показателями двух остальных групп. Что касается уровня супружеских разногласий между родителями, то здесь нет различий между всеми группами. В «Отчете о способах воспитания детей» бросается в глаза различие между группами по таким показателям, как «Радость от общения с ребенком и от исполнения родительской роли» и «Деспотическое (авторитарное) руководство ребенком». Матери мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы, значительно менее, чем матери нормальных мальчиков, были склонны отвечать, что радуются общению с детьми и исполнению родительской роли; матери гендерно-проблемных мальчиков по данному показателю занимали среднее место. При оценке «авторитарного руководства детьми» самыми авторитарными оказались матери мальчиков с не гендерными психическими проблемами, а наименее авторитарными — матери психически нормальных мальчиков. И, опять-таки, матери гендерно-проблемных мальчиков показали результаты, находящиеся ровно посередине.

В целом, эти данные в определенной степени подтверждают гипотезу, что мальчики, направленные на обследование в связи с расстройством гендерной идентичности, происходят из семей, имеющих в среднем более высокий уровень психических расстройств у родителей и их родственников, чем в семьях мальчиков, не имеющих никаких психических проблем. Однако эти

результаты надо интерпретировать с осторожностью, поскольку только два исследования использовали сравнение с группой детей, не имеющих никаких психических проблем, но демографически соответствующих гендерно-проблемным детям (Marantz & Coates, 1991; Mitchell, 1991; Mitchell, Zucker, Bradley, & Lowry Sullivan, 1995), и только одно исследование (наше) включило группу детей, имеющих не гендерные психические проблемы [15]. Предварительные результаты нашей работы наводят на мысль, что матери мальчиков, страдающих расстройством гендерной идентичности, имеют больше сходств, чем различий, с матерями мальчиков, страдающих не гендерными психическими расстройствами, что оставляет открытым вопрос о специфическом влиянии материнских психических отклонений на расстройство гендерной идентичности у ребенка. Однако нам представляется справедливым заключение, что общая психопатология родителей является неспецифическим фактором риска развития у ребенка расстройства гендерной идентичности (см: Marantz, 1984).

Таблица 5.11. Протокол клинической оценки матерей мальчиков

Measures	Reference
Symptom Checklist 90—Revised	Derogatis (1983)
Inventory to Diagnose Depression	Zimmerman & Coryell (1987)
Diagnostic Interview for Borderline Patients	Gunderson & Kolb (1978)
Diagnostic Interview Schedule	Robins et al. (1981)
Dyadic Adjustment Scale	Spanier (1976)
Child-Rearing Practices Report	Block (1981); Trickett & Susman (1988)
Recalled Childhood Gender Identity Scale	Mitchell & Zucker (1991)

Использованные термины:

Measures — здесь: методы клинической оценки.

Reference — библиографическая ссылка (где указаны фамилии авторов и год издания той книги или статьи, полное библиографическое описание которой дано в конце данной монографии).

Symptom Checklist 90 — Revised — исправленное издание «Списка из 90 контрольных вопросов, предназначенных для выявления симптомов психических расстройств» (составленный по типу диагностического опросника самооценки).

Inventory to Diagnose Depression — «Перечень признаков диагноза “депрессия”» (составленный по типу диагностического опросника самооценки).

Diagnostic Interview for Borderline Patients — «Диагностическая беседа с пациентами, страдающими пограничным расстройством личности».
Diagnostic Interview Schedule — «План-описание диагностической беседы» (с целью выявления психических расстройств).

Dyadic Adjustment Scale — «Шкала соответствия друг другу двух партнеров» (в супружеской и сексуальной жизни).

Child-Rearing Practice Report — «Отчет о методах воспитания детей».

Recalled Childhood Gender Identity Scale — «Шкала оценки воспоминаний человека о своей детской гендерной идентичности».

Таблица 5.12. Демографические характеристики и показатели степени поведенческих нарушений, согласно опроснику CBCL

Measures	Gender identity disorder (n = 63)		Clinical controls (n = 13)		Normal controls (n = 24)		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
Child's age (in years)	6.4	2.0	6.3	1.9	5.9	1.8	n.s.
Child's IQ ^a	11.4	2.1	11.6	2.6	12.1	1.8	n.s.
Social class ^b	43.9	13.6	40.5	13.2	43.1	11.8	n.s.
Marital status							
Both parents	45 (n)		6 (n)		17 (n)		n.s.
Mother only/ reconstituted	18 (n)		7 (n)		7 (n)		
No. elevated narrow-band scales	1.7	2.4	1.9	2.1	0.3	1.0	.0165
Number of items	35.4	15.6	39.9	16.0	20.5	13.8	.0001
Sum of items	43.7	22.7	50.6	24.6	23.2	16.9	.0001
Internalizing T	61.5	9.6	62.4	8.1	49.0	8.9	.0001
Externalizing T	60.1	10.0	65.4	11.8	49.3	9.8	.0001

Использованные термины:

Clinical controls (n = 13) — группа из 13 мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы и привлеченных для сравнения.

Normal controls (n = 24) — группа из 24 мальчиков без психических проблем, привлеченных для сравнения.

Child's age (in years) — возраст ребенка (в годах).

Child's IQ — IQ ребенка.

n. s., not specified — показатель не определен (не рассчитан).

Остальные термины: те же, что в табл. 5.1.

а) данные основаны на дополнительных тестах, взятых из третьего и исправленного издания «Шкалы интеллекта Векслера для детей»

- (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC), либо из исправленного издания «Шкалы интеллекта Векслера для детей дошкольного и младшего школьного возраста» (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, WPPSI); средняя величина равна 10;
- б) четырехфакторный индекс социального положения Холлингшеда (Hollingshead, 1975), где абсолютный диапазон колеблется в пределах от 8 до 66.

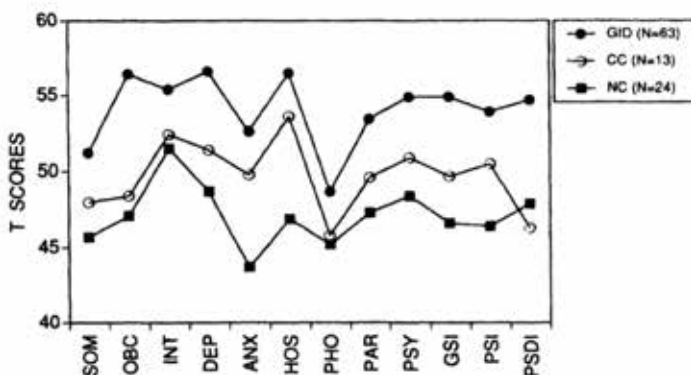


Рис. 5.4. Т-показатели матерей мальчиков, согласно «Списку из 90-а контрольных вопросов, предназначенных для выявления симптомов психических расстройств».

Использованные термины:

T SCORES — «Т-показатели z-оценки».

GID (N = 63), Gender Identity Disorder (n = 63) — группа матерей тех 63 мальчиков, у которых наблюдалось расстройство гендерной идентичности.

CC (N = 13), clinical controls (n = 13) — группа матерей 13 мальчиков с не гендерными психическими расстройствами, которые были привлечены для сравнения.

NC (N = 24), normal controls (n = 24) — группа матерей 24 мальчиков без психических расстройств, которые привлечены для сравнения.

SOM, Somatization — Соматизация (соматические (телесные) заболевания, возникшие из-за психических расстройств).

OBC, Obsessive-Compulsive — Обсессивно-компульсивное расстройство (навязчивый невроз).

INT, Interpersonal Sensitivity — Межличностная восприимчивость (способность понимать душевное состояние других людей по невербальным намекам).

DEP, Depression — депрессия (подавленное состояние).

ANX, Anxiety — тревога (тревожный синдром).

HOS, Hostility — враждебность.

PNO, Phobic Anxiety — фобическая тревога (тревожное состояние, вызванное какой-либо фобией).

PAR, Paranoid Ideation — параноидное мышление.

PSY, Psychoticism — психотизм (предрасположенность к психозу, выражающаяся в агрессивности и межличностной враждебности).

GSI, Global Severity Index — всемирный индекс, определяющий степень тяжести психического расстройства.

PST, Positive Symptom Total — общее количество позитивных симптомов (шизофрении).

PSDI, Positive Symptom Distress Index — индекс позитивных симптомов дистресса.

Предполагаемая роль тревоги, вызванной страхом разлуки с родителями

Как мы уже отмечали выше, особенная роль тревожного синдрома, вызванного страхом разлуки, в формировании расстройства гендерной идентичности, была одним из основных направлений психологических исследований, призванных объяснить влияние душевных расстройств родителей на детскую психопатологию. Коутс и Пирсон (Coates & Person, 1985) сделали заключение о связи этих расстройств, отчасти основываясь на результатах исследования, согласно которому, из 25 мальчиков, имеющих диагноз «расстройство гендерной идентичности» (описанный в DSM-III), 15 мальчиков (то есть 60 %) соответствовали также показателям описанного в DSM-III диагноза «тревожное расстройство, вызванное страхом разлуки с родителями» (separation anxiety disorder). Например, Б. Тэчер (Thacher, 1985) описал трехлетнего мальчика (наблюдавшегося в клинике Сьюзен Коутс), который, по словам матери, был «вялым, подавленным, и всякий раз, когда приходилось расставаться с ней, он очень сильно расстраивался» (с. 4). Из истории болезни явствует, что в этой семье был высокий уровень родительской психопатологии и супружеских разногласий, проявлявшихся, в частности, в периодических расставаниях, частых ссорах и физическом насилии. И именно в контексте подобных событий мать мальчика замечала у него возникновение различных черт межгендерного

Таблица 5.13. Методы клинической оценки материнской психопатологии, супружеских разногласий между родителями, а также способов воспитания детей

Measures	Gender identity disorder (n = 63)		Clinical controls (n = 13)		Normal controls (n = 24)		F or χ^2	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Inventory to Diagnose Depression ^a	13.2	9.6	11.6	8.5	9.3	8.5	1.6	n.s.
Diagnostic interview for Borderline Patients ^b								
Social Adaptation	1.6	0.5	1.7	0.5	1.9	0.2	6.4	.002
Impulse Action Patterns	0.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	n.s.
Affects	0.8	0.8	0.3	0.8	0.4	0.7	4.0	.022
Psychosis	0.03	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	<1	n.s.
Interpersonal Relations	0.5	0.7	0.2	0.4	0.5	0.5	<1	n.s.
Total scale score	3.0	1.6	2.2	1.3	2.8	1.0	1.8	n.s.
Diagnostic Interview Schedule (number of diagnoses) ^c	1.7	1.7	0.6	1.0	0.8	0.7	5.5	.005
Dyadic Adjustment Scale (total score) ^d	98.0	22.4	93.0	21.5	102.0	27.1	<1	n.s.
Child-Rearing Practices Report ^e								
Authoritarian Control	2.6	0.5	2.7	0.5	2.4	0.4	2.2	.113
Enjoyment of Child and Parenting Role	5.4	0.8	5.2	0.5	5.8	0.5	4.0	.022
Autonomy	5.0	0.5	4.9	0.7	5.1	0.4	1.4	n.s.

Использованные термины:

M — средняя величина данного показателя по группе.

SD — среднеквадратическое отклонение.

Social Adaptation — социальная адаптация.

Impulse Action Patterns — импульсивные виды (формы) поведения.

Affects — аффекты (эмоциональные реакции).

Psychosis — психоз.

Interpersonal Relations — межличностные отношения.

Total scale score — итоговый показатель шкалы.

Number of diagnoses — общее количество (психиатрических) диагнозов.

Authoritarian control — деспотическое (авторитарное) руководство ребенком.

Enjoyment of Child and Parenting Role — радость от общения с ребенком и от исполнения родительской роли.

Autonomy — автономность личности.

n. s. — not specified — показатель не определен (не рассчитан).

Остальные термины: те же, что и в табл. 5.11 и рис. 5.4.

- a) абсолютный диапазон колеблется в пределах от 0 до 88;
- b) абсолютный диапазон для пяти вспомогательных шкал колеблется в диапазоне от 0 до 2, для итогового показателя — от 0 до 7;
- c) абсолютный диапазон колеблется в пределах от 0 до 26;
- d) абсолютный диапазон колеблется в пределах от 0 до 151;
- e) абсолютный диапазон для каждой шкалы колеблется в пределах от 0 до 7.

поведения, включая утверждения о том, что он является «девочкой с вагиной» (с. 4, курсив опущен). В таком случае, возможно, мальчики, страдающие тревогой из-за страха разлуки с матерью, используют характерные внешние признаки материнского облика (например, ее одежду) для того чтобы облегчить свою тревогу. Проиллюстрируем наши рассуждения клиническим случаем, доказывающим возможную связь тревоги из-за страха разлуки и появлением симптомов расстройства гендерной идентичности.

Случай из практики 5.11

Дарнелл, пятилетний мальчик с IQ, равным 128, был направлен на обследование в нашу клинику детским психиатром, который до этого обследовал и лечил одного из его старших братьев, имевшего симптомы возможного оппозиционного расстройства неповиновения и «сложного характера». Дарнелл родился, когда его отец и мать переживали все большее серьезное супружеское разногласие, которое проявлялось прежде всего в растущем желании отца уйти из семьи. Однако до явных семейных раздоров дело доходило редко. Отец проводил время в компаниях отдельно от семьи и испытывал устойчивое отсутствие сексуального желания (вплоть до импотенции) по отношению к жене, которая вспоминала, что ее предыдущие сексуальные связи всегда приносили ей удовлетворение. Родители Дарнелла дважды

расставались в первые два года его жизни и окончательно разошлись, когда мальчику исполнилось два года. Мать Дарнелла всегда была очень привязана к детям, успешно справлялась со служебными обязанностями и не имела каких-либо серьезных психических отклонений, хотя когда она училась в начальной и средней школе, качество жизни ее семьи сильно ухудшилось из-за из-за алкоголизма, внезапно развившегося у ее отца.

Большую часть детства Дарнелла повседневная жизнь его семьи была переполнена стрессовыми ситуациями. Несколько раз его передавали от одной няни к другой, отец долгое время отсутствовал, а мать часто по делам службы отлучалась из дома на несколько дней. Мать описывала Дарнелла как чувствительного ребенка, которому всегда было трудно с ней расставаться (например, когда он уходил в детский сад). Она замечала, что ребенок имел низкую самооценку, которая проявлялась, например, в частых самоуничижительных высказываниях (таких как «я себя ненавижу»).

Межгендерное поведение Дарнелла началось в контексте длительной стрессовой ситуации в его семье. Когда ему было четыре года, мать стала встречаться с новым мужчиной (за которого в итоге вышла замуж), и этот мужчина вспоминал, что в те дни, когда она уезжала из города, он, возвращаясь домой после работы, часто заставлял Дарнелла, переодетого в женское платье. Таким образом, то, что в отсутствие матери переодевания Дарнелла учащались, а другие формы поведения, свойственные женщинам, усиливались, было убедительно доказано, по крайней мере, свидетельством будущего отчима мальчика. Кроме того, в четыре года Дарнелл проявил интеллектуальный интерес к географии: он часто разглядывал глобусы и карты мира. Во время диагностической беседы психолог заметил, что, лучше узнав географию, мальчик сможет «следить за мамой». Дарнелл улыбнулся и утвердительно кивнул.

С другой стороны, статья Цукера и Грина (Zucker & Green, 1991) предложила некоторые замечания методологического и интерпретационного характера, касающиеся данных о диагнозе «тревога из-за страха разлуки», полученных в 1985 году (Coates & Person, 1985). Во-первых, не была описана процедура психологических бесед, используемых для оценки состояния тревоги, вызванной страхом разлуки, и не была предоставлена информация о соответствии

друг другу данных, полученных разными специалистами. Во-вторых, диагнозы «тревога из-за страха разлуки» и «расстройство гендерной идентичности» были поставлены в ходе обследования параллельно, и поэтому неясно, действительно ли тревога из-за страха разлуки предшествует возникновению расстройства гендерной идентичности, как изначально предполагалось. То есть в данном случае мы имеем только одно клиническое наблюдение, не подтвержденное эмпирически. Как заметили Сьюзен Коутс и Соня Маранц (Marantz & Coates, 1991), остается неясным, почему межгендерное поведение должно следовать за появлением тревоги, вызванной страхом разлуки, при том что не у всех мальчиков, имеющих тревожный синдром, развивается расстройство гендерной идентичности, и не у всех мальчиков с расстройством гендерной идентичности развивается тревожный синдром. Иными словами, не является очевидным «выбор симптомов» для решения вопроса о роли тревоги, вызванной страхом разлуки.

Несмотря на эти методологические и интерпретационные проблемы, диагностическое наблюдение Сьюзен Коутс с соавтором (Coates & Person, 1985), касающееся широкой распространенности тревоги, вызванной страхом разлуки, среди мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, согласуется с более общим выводом, сделанным ранее: у мальчиков с расстройством гендерной идентичности преобладает «внутренняя» психопатология (то есть «расстройства внутреннего мира»). Например, «внутренние» поведенческие нарушения преобладали даже среди мальчиков в возрасте 4–5 лет с расстройством гендерной идентичности, которые имели явно меньше общих психических отклонений, чем мальчики в возрасте 6–11 лет с тем же расстройством, согласно обоим опросникам: родительскому CBCL и учительскому TRF (см. табл. 5.2 и 5.5).

Лоури и Цукер (Lowry & Zucker, 1991; Lowry Sullivan, Zucker, & Bradley, 1995) сделали попытку оценить наличие тревоги, вызванной страхом разлуки, у нескольких последовательных групп мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности. Когда мы начали данное исследование, нас не удовлетворяли имевшиеся методы оценки тревожного синдрома, вызванного страхом разлуки; хотя некоторые свободно структурированные психологические беседы, такие как «Диагностическая беседа для детей и подростков» (Herjanic & Reich, 1982) и «План беседы для детей» (Kovacs, 1983), включают в себя вопросы, касающиеся тревоги, вызванной

страхом разлуки, они не отражают все признаки этого синдрома, по пунктам описанные в DSM-III. Поэтому мы просто преобразовали показатели DSM-III для тревожного синдрома, вызванного страхом разлуки, в вопросы структурированной беседы, на которые мать ребенка может ответить только «да», «иногда», или «нет» (см. табл. 5.14). По данному плану были проведены беседы с матерями 85 гендерно-проблемных мальчиков, чей средний возраст составлял 6,3 года. «Консервативный» диагноз «тревожный синдром из-за страха разлуки» ставился в тех случаях, если мать отвечала «да» на три из девяти групп вопросов, как это требуется в DSM-III. «Либеральный» диагноз «тревожный синдром из-за страха разлуки» ставился, если мать отвечала «иногда» или «да» на три из девяти групп вопросов. В большинстве протоколов бесед соответствие друг другу данных, полученных разными специалистами, проверялось с помощью аудиозаписей. Уже при подведении предварительных итогов мы заметили, что соответствие данных составляет более 95 %, а при окончательном обобщении для диагностического заключения для отдельных вопросов достигает и 100 %. При проверке внутренней непротиворечивости предложенного нами плана беседы мы получили вполне приемлемый коэффициент «альфа Кронбаха», равный 0,78. Средняя сумма баллов по 21 пункту плана беседы составила 5,3 (среднеквадратическое отклонение равно 5,0 при диапазоне значений от 0 до 22).

54 из 85 мальчиков (то есть 63,5 %) были признаны соответствующими всему набору показателей диагноза «расстройство гендерной идентичности», описанных в DSM-III; остальные, 31 мальчик (то есть 36,5 %), все без исключения проявляли отдельные признаки расстройства гендерной идентичности, но не соответствовали полному набору показателей. Из 54 мальчиков, соответствующих всем показателям гендерного расстройства, 11 (то есть 20,4 %) соответствовали «консервативному» диагнозу «тревожный синдром из-за страха разлуки». А из 31 мальчика, которые не соответствовали всем показателям расстройства гендерной идентичности, 3 (то есть 9,7 %) соответствовали «консервативному» диагнозу «тревожный синдром из-за страха разлуки». Эта разница (20,4 % и 9,7 %) является несущественной ($\chi^2 < 1$). Однако при применении метода постановки «либерального» диагноза мы получили явную взаимосвязь расстройства гендерной идентичности и тревоги из-за страха разлуки. Из 54 мальчиков, соответствующих всем показателям расстройства гендерной идентичности, 33 мальчика, то есть

61,1 %, удовлетворяли критериям «либерального» диагноза «тревожный синдром из-за страха разлуки», которому соответствовали только 9 из 31, то есть 29,0 %, тех мальчиков, которые не отвечали всему набору показателей расстройства гендерной идентичности ($\chi^2 = 6,9$, $p < 0,01$, двусторонний критерий).

Таблица 5.14. План диагностической беседы для выявления тревожного синдрома, вызванного страхом разлуки с родителями

Пояснение для матери ребенка, с которой ведется беседа: «Пожалуйста, ответьте на каждый вопрос “да”, “иногда” или “нет”».

Временные рамки (для психолога, ведущего беседу): описываемое поведение ребенка должно длиться от 6 до 12 последних месяцев.

ВОПРОСЫ:

- 1а. Проявляет ли [имя ребенка] безосновательные опасения какого-то страшного, пагубного для вас события, которое вот-вот случится с вами?
- 1б. Проявляет ли [имя ребенка] безосновательные опасения того, что вы покинете его и не вернетесь?
- 2а. Проявляет ли [имя ребенка] безосновательные опасения того, что он потеряется и больше не сможет увидеться с вами?
- 2б. Проявляет ли [имя ребенка] безосновательные опасения того, что он будет похищен?
- 2с. Проявляет ли [имя ребенка] безосновательные опасения того, что он будет убит?
- 2д. Проявляет ли [имя ребенка] безосновательные опасения того, что он станет жертвой несчастного случая?
- 3а. Выражает ли [имя ребенка] нежелание идти в школу, поскольку хочет остаться дома с вами?
- 3б. Отказывается ли [имя ребенка] идти в школу, поскольку хочет остаться дома с вами?
- 4а. Выражает ли [имя ребенка] нежелание ложиться спать, если вы не ляжете рядом с ним?
- 4б. Отказывается ли [имя ребенка] ложиться спать, если вы не ляжете рядом с ним?
- 4с. Выражает ли [имя ребенка] нежелание ночевать вне дома (у друзей или родственников), поскольку хочет остаться дома с вами?
- 4д. Отказывается ли [имя ребенка] ночевать вне дома (у друзей или родственников), поскольку хочет остаться дома с вами?

- 5a. Избегает ли [имя ребенка] оставаться один дома (например, играть в одиночестве), поскольку он хочет находиться рядом с вами?
- 5b. Расстраивается ли [имя ребенка], когда не может следовать за вами по всему дому?
- 6a. Снятся ли [имя ребенка] кошмары, связанные с воображаемым расставанием с вами?
- 7a. В те дни, когда [имя ребенка] ходит в школу, жалуется ли он на боли в животе, головные боли, тошноту или рвоту?
- 8a. Когда [имя ребенка] узнает, что вы с ним должны на какое-то время расстаться (например, когда уходите на работу или в гости на званый вечер), начинает ли он расстраиваться особенно сильно?
- 8b. Когда вы с ним на какое-то время расстаетесь (например, когда уходите на работу или в гости на званый вечер), начинает ли [имя ребенка] очень сильно расстраиваться?
- 9a. Когда [имя ребенка] находится не с вами, не кажется ли окружающим, что он становится замкнутым и нелюдимым?
- 9b. Когда [имя ребенка] находится не с вами, не кажется ли окружающим, что он становится печальным и угрюмым?
- 9c. Когда [имя ребенка] находится не с вами, не кажется ли окружающим, что ему становится трудно сосредоточиться на учебе занятиях либо на играх?

Примечание: все девять групп вопросов отражают показатели диагноза «тревожный синдром, вызванный страхом разлуки», описанного в DSM-III (American Psychiatric Association, 1980, p. 53).

Другие исследования показали, что мальчики, соответствующие всем признакам диагноза «тревога из-за страха разлуки», похожи на мальчиков, не имеющих этого диагноза, по таким демографическим переменным, как возраст, IQ и социальное положение родителей, но при этом чаще воспитываются в неполных или «восстановленных» семьях (см. табл. 5.15). Во всей группе число признаков «тревоги из-за страха разлуки», отмеченных как «да» или «иногда», явно сопоставимо (хотя и в невысокой степени) с Т-показателем «внутренних» проблем, описанных в CBCL ($r = 0,30$, $p < 0,01$), но не сопоставимо с Т-показателем «внешних» проблем, описанных в CBCL ($r = 0,18$, n. s.).

Поскольку мальчики, соответствующие всем показателям расстройства гендерной идентичности, описанным в DSM, были значительно младше мальчиков, соответствующих не всем

Таблица 5.15. Соотношение «либерального» диагноза «тревожный синдром, вызванный страхом разлуки с родителями» и демографических характеристик

Demographics	Separation anxiety disorder				<i>p</i>
	Yes (<i>n</i> = 42)		No (<i>n</i> = 43)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Age (in years)	6.0	1.8	6.5	2.0	n.s.
IQ	108.3	13.9	112.2	13.5	n.s.
Social class	43.5	13.8	46.7	12.9	n.s.
Marital status					
Both parents	27 (<i>n</i>)		38 (<i>n</i>)		.018
Mother only/ reconstituted	15 (<i>n</i>)		5 (<i>n</i>)		

Использованные термины:

Separation Anxiety Disorder — Детское тревожное расстройство (тревожный синдром), вызванное (вызванный) страхом разлуки с родителями (или иными близкими людьми).

Yes (n = 42) — группа из 42 мальчиков, чьи матери ответили «да» на все вопросы анкеты, призванной выявить наличие диагноза «тревожный синдром из-за страха разлуки».

No (n = 43) — группа из 43 мальчиков, чьи матери ответили «нет» на все вопросы анкеты, призванной выявить наличие диагноза «тревожный синдром из-за страха разлуки».

Demographics — демографические характеристики (демографические переменные).

n. s., not specified — показатель не определен (не рассчитан).

Остальные термины: те же, что в табл. 5.1.

показателям, и воспитывались в семьях более высокого социального положения, а также ввиду того, что такая характеристика, как полнота/неполнота семьи, влияет на «либеральный» диагноз «тревога из-за страха разлуки», мы решили рассчитать корреляцию обоих диагнозов — «расстройство гендерной идентичности» и «тревога из-за страха разлуки» (на основе нашего плана беседы) — вычленив из модели возраст ребенка, социальное положение семьи и ее полноту/неполноту. Получившаяся корреляция оказалась весьма значительной, $r(80) = 0,33$, $p = 0,002$ (двухсторонний критерий), и это наводит на мысль, что различия

в демографических характеристиках способны ослабить взаимосвязь обоих диагнозов лишь незначительно.

Хотя описанные результаты не объясняют причинно-следственную связь между «тревожным синдромом из-за страха разлуки» и расстройством гендерной идентичности, они дают нам некоторое подтверждение того, что мальчики, имеющие проблемы гендерной идентичности, могут испытывать также определенные психологические затруднения, связанные с тревогой, вызванной страхом разлуки с близкими. Однако следует признать, что наш метод клинической оценки «тревожного синдрома из-за страха разлуки» требует дальнейшей проверки. Напомним, метод «консервативного» диагноза «тревожный синдром из-за страха разлуки» не выявил его существенной связи с расстройством гендерной идентичности. А при методе «либерального» диагноза обнаружилась существенная взаимосвязь «тревожного синдрома» и расстройства гендерной идентичности; однако при таком методе, скорее всего, происходит завышение численности детей, страдающих тревожным синдромом, поскольку в результате у нас получилось, что его распространенность значительно выше, чем это описано в эпидемиологической литературе, даже если предположить, что этот синдром особенно широко распространен именно среди мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности (см.: Bernstein & Borchardt, 1991). Поэтому мы склонны считать «либеральный» метод диагностики «тревожного синдрома из-за страха разлуки» скорее способом «рамочного» измерения распространенности характеристик данного синдрома, чем действительным методом его оценки. Мы надеемся, что дальнейшие исследования в этой области будут способствовать лучшему применению недавних достижений в технике структурированных психологических бесед для оценки тревожных расстройств у детей (см., например: Bell-Dolan & Brazeal, 1993; Klein & Last, 1989; Silverman, 1991).

Вероятность того, что мальчики с расстройством гендерной идентичности склонны к тревоге (и особенно к тревоге из-за страха разлуки), ставит на повестку дня вопрос о взаимозависимости между отношениями привязанности матери и ребенка и психосексуальностью. Обычно тревожный синдром из-за страха разлуки достигает пика к 18 месяцам (Kotelchuck, Zelazo, Kagan, & Spelke, 1975), а этот возраст не столь уж далек от периода, когда начинают проявляться первые признаки как типичного, так и нетипичного гендерного развития (см., например: Fagot,

1985a). Известно также, что тревожные и небезопасные виды привязанностей, концепцию которых разработали сторонники этнологической теории привязанности (см., например: Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), могут быть клинически оценены уже у 12-месячного ребенка. Таким образом, вероятно, необходимо длительное изучение развивающейся взаимосвязи «небезопасной привязанности» и расстройства гендерной идентичности. Однако это дорогостоящая задача, почти невыполнимая из-за того, что явное расстройство гендерной идентичности встречается редко. Тем не менее недавние достижения в области клинической оценки отношений привязанности родителей и детей-дошкольников (Bretherton & Waters, 1985; Greenberg, Cicchetti, & Cummings, 1990) предложили предварительную стратегию, которую вполне можно осуществить: произвести формальную оценку качества отношений привязанности матери и ребенка применительно к мальчикам, имеющим расстройство гендерной идентичности, которые были направлены на обследование еще дошкольниками.

Именно такое исследование недавно провел Андреа Биркенфельд-Адамс в нашей клинике (Birkenfeld-Adams, 1995). Предварительный анализ подтверждал гипотезу, что чрезвычайно высокий уровень «небезопасных привязанностей» наблюдается именно у мальчиков с расстройством гендерной идентичности. Однако мальчики, направленные к нам в связи с другими психическими расстройствами, также показали высокий уровень «небезопасных привязанностей», что согласуется с предыдущими исследованиями, показавшими, что мальчики дошкольного возраста, имеющие патологическую склонность к девиантному поведению, имели и небезопасные привязанности (DeKlyen, 1992; Greenberg, Speltz, & DeKlyen, 1993; Greenberg, Speltz, DeKlyen, & Endriga, 1991; Speltz, Greenberg, & DeKlyen, 1990). Таким образом, в лучшем случае «небезопасную привязанность» можно рассматривать как неспецифический фактор риска развития расстройства гендерной идентичности. Но, очевидно, требуются и другие факторы, и эту тему мы рассмотрим подробнее в гл. 6–8.

Модель 3

Как мы уже говорили выше, третья модель предполагает, что общую психопатологию ребенка могут вызвать родительские

влияния одного рода, а расстройство гендерной идентичности может возникнуть из-за родительских влияний другого рода. В следующем разделе мы рассмотрим данные той части третьей модели, которая пытается проследить связь родительских влияний с общей психопатологией ребенка. Нами было

Таблица 5.16. Простые корреляции между материнскими поведенческими переменными и демографическими переменными, с одной стороны, и психопатологией ребенка (согласно CBCL), с другой стороны, у мальчиков с расстройством гендерной идентичности

Maternal measures/ demographics	CBCL variables		
	Sum of items	Internalizing T	Externalizing T
Psychopathology (composite)	.59*	.52*	.40*
Marital discord	.13	.18	.15
Child-rearing style			
Authoritarian	.21	.10	.16
Enjoyment	-.59*	-.41*	-.40*
Autonomy	-.39*	-.26*	-.30*
Recalled gender identity			
Factor 1	.03	-.04	.08
Factor 2	-.04	-.13	.01
Age of child	.35*	.35*	.29*
IQ	-.26*	-.24	-.20
Social class	-.32*	-.27*	-.28*
Marital status	-.26*	-.19	-.25*

Использованные термины:

n = 63 — в исследовании приняли участие 63 мальчика.

CBCL variables — переменные показатели психопатологии, описанной в CBCL.

Maternal measures/demographics — материнские поведенческие переменные и демографические переменные.

Psychopathology (composite) — составной (обобщенный) показатель психопатологии.

Marital discord — супружеские разногласия.

Child-rearing style — стиль воспитания ребенка.

Recalled gender identity — воспоминания человека о своей гендерной идентичности в детстве.

Age of child — возраст ребенка.

Остальные термины: те же, что в табл. 5.1 и табл. 5.13.

$p < 0,001-0,05$ (двусторонний критерий).

изучено несколько аспектов материнского поведения: составные показатели психопатологии и методов воспитания ребенка, супружеские разногласия, воспоминания о детской гендерной идентичности матери. В таблице 5.16 отображены простые корреляции между материнскими и демографическими переменными и тремя «индексами поведенческих нарушений ребенка», описанными в CBCL (все «индексы поведенческих нарушений» перечислены в начале гл. 5 в разделе «Данные из сообщений родителей»).

Были проведены три регрессионных анализа для материнских и демографических переменных, играющих здесь роль независимых (объясняющих) переменных, и для «индексов поведенческих нарушений» CBCL, играющих роль зависимых переменных. Результат этих действий показан в таблице 5.17. Из всех независимых переменных самой «мощной», сильнее других влияющей на психопатологию ребенка (как она описана в CBCL), оказалась материнская психопатология (ее составная величина). Возраст ребенка также внес во все три «индекса поведенческих нарушений» особый вклад, а материнский стиль воспитания ребенка повлиял на один из этих индексов. Что же касается супружеских разногласий родителей, воспоминаний о детской гендерной идентичности матери, а также трех других демографических переменных, то они оказались никак не связаны со степенью психопатологии ребенка.

Когда каждый из анализов, описанных выше, был повторен применительно к матерям мальчиков из двух контрольных групп, привлеченных для сравнения (мальчиков с не гендерными психическими проблемами и мальчиков без психических проблем), и привел к похожим результатам. При простых корреляциях (таблица 5.18) единственное важное отличие от данных матерей гендерно-проблемных мальчиков заключалось в том, что влияние супружеских разногласий родителей на детскую психопатологию было почти столь же велико, как и влияние материнской психопатологии. При регрессионном анализе (таблица 5.19) наиболее мощной независимой (объясняющей) переменной, оказывающей самое сильное влияние на детскую психопатологию, была материнская психопатология (ее составной показатель). Возраст ребенка также внес свой особый вклад во все три «индекса поведенческих нарушений»; материнский стиль воспитания ребенка и IQ мальчика внесли

Таблица 5.17. Простые корреляции между материнскими поведенческими переменными и демографическими переменными, с одной стороны, и психопатологией ребенка (согласно CBCL), с другой стороны, у мальчиков с расстройством гендерной идентичности

Criterion measures	Significant predictor variables ^a
Sum of items	Step 1: Maternal psychopathology ($R^2 = .35$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .11$) Step 3: Child-rearing practices ($R^2\Delta = .06$)
Internalizing T	Step 1: Maternal psychopathology ($R^2 = .27$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .11$)
Externalizing T	Step 1: Maternal psychopathology ($R^2 = .24$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .07$)

Использованные термины:

Criterion measures — величины «индексов поведенческих нарушений» (перечисленных в начале этой главы в разделе «Данные из сообщений родителей»).

Significant predictor variables — значимые независимые переменные.

Maternal psychopathology — материнская психопатология.

Child-rearing practices — воспитательные практики (методы воспитания детей).

Age — возраст.

Остальные термины: те же, что и в табл. 5.1.

Примечание: введены восемь независимых переменных: возраст ребенка, IQ, социальное положение семьи, полнота/неполнота семьи, материнская психопатология (составная величина), супружеские разногласия родителей, способы воспитания детей (составная величина), материнские воспоминания о своей детской гендерной идентичности (составная величина).

а) переменная p колеблется в диапазоне от $< 0,05$ до $< 0,001$.

вклад в один из индексов. А вот материнские воспоминания о своей детской гендерной идентичности, а также три другие демографические переменные, оказались никак не связаны со степенью психопатологии ребенка.

Полученные данные наводят на мысль, что некоторые переменные из психопатологии, описанной в CBCL, у мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, могут быть объяснены распространенными факторами риска, обычно обнаруживаемыми при изучении детских психических

расстройств в целом. Таким образом, какую бы роль ни играли эти факторы риска в генезисе расстройства гендерной идентичности (если вообще их роль есть в данном расстройстве), они, очевидно, крайне важны для понимания сопутствующей психопатологии, которая наблюдается у мальчиков, имеющих данное расстройство, и потому эти факторы, безусловно, должны быть учтены при лечении (см. гл. 9). Наши данные, конечно, необходимо учитывать с осторожностью. Поскольку показатели как материнской, так и детской психопатологии мы получили из сообщений матерей, мы допускаем некоторую необъективность данных. Хотя недавние исследования дают понять, что матери, имеющие эмоциональные или психиатрические проблемы, далеко не всегда преувеличивают психопатологию своих детей (обзор этих исследований см.: Richters, 1992). Тем не менее для проверки достоверности материнских сообщений важно получить независимые источники для клинической оценки психопатологии детей (например, сообщения отцов или учителей). Некоторую подтверждающую информацию дает анализ опросов отцов и учителей (проведенных согласно опросникам CBCL и TRF), описанный выше в этой главе.

Таблица 5.18. Простые корреляции между материнскими поведенческими переменными и демографическими переменными, с одной стороны, и психопатологией ребенка (согласно CBCL), с другой стороны, у мальчиков без расстройства гендерной идентичности, привлеченных для сравнения (число мальчиков — 100)

Criterion measures	Significant predictor variables*
Sum of items	Step 1: Maternal psychopathology ($R^2 = .32$) Step 2: Child-rearing practices ($R^2\Delta = .09$) Step 3: Age ($R^2\Delta = .05$) Step 4: IQ ($R^2\Delta = .02$)
Internalizing T	Step 1: Maternal psychopathology ($R^2 = .28$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .07$) Step 3: Marital discord ($R^2\Delta = .03$) Step 4: IQ ($R^2\Delta = .03$)
Externalizing T	Step 1: Maternal psychopathology ($R^2\Delta = .23$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .08$) Step 3: Child-rearing practices ($R^2\Delta = .05$)

Использованные термины:

Те же, что в табл. 5.16.

Таблица 5.19. Независимые (объясняющие) переменные детской психопатологии (согласно CBCL) у мальчиков без расстройства гендерной идентичности, привлеченных для сравнения (число мальчиков — 100)

Criterion measures	Significant predictor variables ^a
Sum of items	Step 1: Maternal psychopathology ($R^2 = .32$) Step 2: Child-rearing practices ($R^2\Delta = .09$) Step 3: Age ($R^2\Delta = .05$) Step 4: IQ ($R^2\Delta = .02$)
Internalizing <i>T</i>	Step 1: Maternal psychopathology ($R^2 = .28$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .07$) Step 3: Marital discord ($R^2\Delta = .03$) Step 4: IQ ($R^2\Delta = .03$)
Externalizing <i>T</i>	Step 1: Maternal psychopathology ($R^2\Delta = .23$) Step 2: Age ($R^2\Delta = .08$) Step 3: Child-rearing practices ($R^2\Delta = .05$)

Использованные термины:

Те же, что в табл. 5.16 и табл. 5.17.

Еще один вопрос, связанный с достоверностью данных, касается направленности воздействий. Некоторые методы клинической оценки психопатологии матерей (например, приведенный в табл. 5.11 «Список 90 контрольных вопросов», «Шкала соответствия партнеров» и «Отчет о методах воспитания детей») могут отражать какие-то другие поведенческие особенности и склонности этих женщин, а совсем не те, которые повлияли на появление психических отклонений их детей, выявленных с помощью опросника CBCL. С другой стороны, некоторые методы исследований (например, «План-описание диагностической беседы») касаются определенных долгосрочных видов жизнедеятельности этих женщин. По нашим непосредственным клиническим наблюдениям, материнские показатели, вероятно, также отражают определенные типы длительного поведения, изменяющегося во времени, а не просто неподвижные характеристики. Разумеется, существует медицинская литература, которая более внимательно, на протяжении длительного времени, прослеживает влияние материнского поведения на развитие детской психопатологии. Однако на это можно обоснованно возразить, что ухудшение психического состояния матери является скорее следствием, чем причиной психопатологии ребенка. Хотя каждое из влияний

не является исключительным (то есть психические проблемы матери и ребенка могут взаимно влиять друг на друга), можно провести косвенную проверку влияния ребенка на мать. Если ухудшение психического состояния матери — всего лишь реакция на психопатологию ребенка, то можно предположить взаимосвязь (корреляцию) между ухудшением состояния матери и возрастом ребенка, поскольку хроническое расстройство его психики со временем должно оказывать все большее влияние на жизнедеятельность матери. Однако, по данным наших исследований, возраст ребенка никак не связан ни с одним из показателей материнской психопатологии.

Выводы

В этой главе мы проанализировали доказательства наличия сопутствующей психопатологии у детей, имеющих расстройство гендерной идентичности. Дети с расстройством гендерной идентичности в среднем проявляют общую психопатологию такого же уровня, что и другие дети, направленные на психиатрическое обследование. При этом клинические наблюдения указывают, что «внутренние» душевные расстройства («расстройства внутреннего мира», такие как депрессия или тревога) сильнее развиты именно у гендерно-проблемных мальчиков. На сопутствующую психопатологию ребенка влияет множество факторов, включая социальный остракизм и возможные риски, связанные с наследственными психическими заболеваниями. В настоящее время еще не накоплено убедительных доказательств, что развитие расстройства гендерной идентичности происходит под влиянием общей психопатологии, но этот вопрос более подробно рассмотрен в следующих трех главах.

Комментарии

- [13] Следует напомнить, что в гл. 3 говорилось, что в SVCL есть два пункта, посвященные именно межгендерному поведению (п. 5: «ведет себя как ребенок противоположного пола» и п. 110: «хочет стать человеком противоположного пола»). Но наш опыт говорит еще и о том, что некоторые другие

пункты данного опросника можно заполнить таким образом, что они будут указывать на межгендерную самоидентификацию ребенка. Например, в п. 84 («странное поведение») родитель может дать утвердительный ответ и привести пример: «Думает, что он является девочкой». Однако во всех анализах, приведенных в этой главе, подобные пункты оценены в 0 баллов, чтобы избежать искусственного завышения показателей расстройств.

- [14] У девочек с расстройством гендерной идентичности мы рассчитали взаимосвязь между индексами поведенческих нарушений CBCL и демографическими переменными: возрастом ребенка, его IQ, социальным положением родителей и их семейным положением (полнотой/неполнотой семьи). Социальное положение семьи оказалось единственной демографической переменной, взаимодействующей с индексами поведенческих нарушений (r колеблется от — 0,40 до — 0,63), и это означает, что девочки более низкого социального происхождения имели более высокие показатели поведенческих нарушений. Поскольку корреляция с демографическими переменными все же наблюдалась, мы провели такой же множественный регрессионный анализ, как и в отношении мальчиков. Социальный класс семьи был единственной объясняющей переменной, имеющей значение для поведенческих нарушений. И хотя численность выборки была небольшой, представляет интерес, что возраст девочек никак не влиял на степень выраженности поведенческих нарушений. Что касается влияния возраста ребенка на усиление социального остракизма, то в случае девочек, по нашим данным, в отличие от обследованных мальчиков, он не оказывает существенного воздействия на выраженность поведенческих нарушений. Этот вывод согласуется с нашими предыдущими рассуждениями о различных степенях социального остракизма, которому подвергаются мальчики и девочки, имеющие расстройство гендерной идентичности (см. гл. 2–4). К сожалению, в случае девочек, в отличие от мальчиков, у нас нет четкого способа измерить степень предполагаемого социального остракизма (см. выше).
- [15] С. Рейнбоу (Rainbow, 1986) сравнил небольшое количество матерей тех мальчиков, у которых наблюдались одновременно и расстройство гендерной идентичности, и тревожный

синдром из-за страха разлуки с родителями ($n = 5$), с матерями мальчиков, у которых наблюдался только тревожный синдром из-за страха разлуки ($n = 5$). Однако в его исследовании выборка мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, не является репрезентативной по отношению к более многочисленной группе, из которой она взята (ср.: Marantz, 1984; Marantz & Coates, 1991), поэтому результаты данной работы Рейнбоу мы здесь не принимали в расчет.

Глава 6

ЭТИОЛОГИЯ: БИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАССТРОЙСТВА ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И СВЯЗАННЫХ С НИМ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Сексологи, работающие как в биологических, так и в социальных науках, всегда уделяли особое внимание выявлению тех условий, которые детерминируют все разнообразие психосексуальных типов (то есть психосексуальную дифференциацию). Часть специалистов утверждает, что эти детерминанты являются в основном биологическими, психологическими или социальными. Другие ученые являются сторонниками интегративных или интеракционистских методов исследований, например, популярного сегодня «биопсихосоциального» направления. Однако большинство исследователей скорее склонно изучать специфические гипотезы, которые можно назвать отдельными кусочками этиологической мозаики. В данной главе мы представим критическую оценку этиологических (или квазиэтиологических) исследований, касающихся возможного влияния биологических факторов на развитие детского расстройства гендерной идентичности и связанных с ним психосексуальных состояний, включая взрослое расстройство гендерной идентичности (то есть транссексуальность), а также гомосексуальность и некоторые интерсексуальные состояния.

Прежде всего необходимо объяснить, почему для понимания этиологии детского расстройства гендерной идентичности нам

нужны сведения, полученные из этиологических исследований других психосексуальных состояний, связанных с данным расстройством. (Причем это особенно важно для биологического исследования, поскольку с детьми с расстройством гендерной идентичности работали очень мало.) С нашей точки зрения, объяснение достаточно простое: детское расстройство гендерной идентичности связано одновременно и с аналогичным взрослым расстройством (то есть с транссексуальностью), и с гомосексуальностью у взрослых (см. гл. 3). И хотя эти связи далеко не абсолютны, взаимоотношения всех названных состояний достаточно прочны для того, чтобы сведения об истоках одного из них дали нам ключ для понимания причин других.

Ранние биологические исследования

Поиск соотносительных явлений (коррелятов) и определяющих предпосылок (детерминантов) психосексуальной дифференциации людей представлял собой медленный и сложный процесс. Несколько выдвинутых гипотез завели ученых в тупик. Например, в 1930-е годы бытовало предположение, что гомосексуальные мужчины генетически принадлежат к женскому полу (Lang, 1940) [16]. Техника определения кариотипов половых хромосом, получившая развитие в середине 1950-х (Moore & Barr, 1955), быстро похоронила эту теорию (Pare, 1956, 1965; Pritchard, 1962). Хотя описания некоторых клинических случаев зафиксировали аномальные образцы половых хромосом у взрослых людей, имеющих расстройство гендерной идентичности (см., например: James, Orwin, & Davies, 1972; Taneja, Ammini, Mohapatra, Saxena, & Kucheria, 1992), абсолютное большинство транссексуальных людей имеют нормальный набор XX и XY хромосом (Barr & Hobbs, 1954; Hoening & Torr, 1964). У всех мальчиков из обеих обследованных групп, имеющих расстройство гендерной идентичности, также был нормальный набор половых хромосом (Green, 1976; Rekers, Grandall, Rosen, & Bentler, 1979).

И уже совсем недавно заподозрили, что антиген H-Y, определяющий пол (Polani & Adinolfi, 1983), изменяется у взрослых транссексуалов на противоположный (Eicher et al., 1981). Этот вывод отчасти повторила другая группа исследователей (Engel, Pfäfflin, & Wiedeking, 1980), однако последующие попытки подтвердить его

оказались безуспешны (Ciccarese, Massari, & Guanti, 1982; Wachtel et al., 1986). Как заметил доктор Джон Хениг (Hoenig, 1981; Hoenig, 1985a, pp. 53–61), более строгие условия первого исследования привели к неудаче второго, что дало высокий уровень ложноположительных результатов. С тех пор исследования в этой области прекратились.

Наконец, последний пример ложного направления исследований касается связи между сексуальной ориентацией и общим уровнем периферических половых гормонов в организме. Несколько десятилетий назад возникла гипотеза, будто некоторые гомосексуальные мужчины имеют пониженный общий уровень типично мужских половых гормонов; в соответствии с этим предположением многим таким мужчинам начали делать инъекции андрогенов в надежде, что это изменит их сексуальные возбудители с мужчин на женщин. Но инъекции только повысили их сексуальное влечение к мужчинам (Barahal, 1940). Когда опыты, способные дать более точные результаты, стали доступны, появились отчеты о гормональных типах, соответствующие данной гипотезе, однако вскоре с уточнением расчетов и детализированности исследований, а также устранением всех факторов, способных исказить результаты (например, прием психоактивных веществ), большая часть подтверждений этой гипотезы была опровергнута. Похожие результаты были получены в отношении гомосексуальных женщин — и это направление исследования очень скоро также сошло на нет (см. об этом: Meyer-Bahlburg, 1977, 1979, 1982, 1984, 1993b).

Несмотря на столь неудачное начало, изучение биологических переменных остается основным направлением современной сексологии, которая теперь развивается на основе иных, возможно, более сложных, моделей психосексуальной дифференциации.

Генетика поведения

Сегодня доступно несколько широко известных исследовательских проектов по изучению возможного влияния генов на поведенческие черты (Kendler, 1993; Plomin, 1994). Это изучение включает в себя семейно-исторический метод (он же метод наследственного анамнеза), при котором интересующие нас поведенческие черты изучаются у всей семьи (в том числе у родных братьев и сестер), а также метод исследования близнецов

(близнецовый метод), при котором уровень конкордантности определяется сравнением однояйцевых (монозиготных, MZ) и разнояйцевых (дизиготных, DZ) близнецов. Если черта является общесемейной и (или) более распространена у MZ-, чем у разнояйцевых DZ-близнецов, то возможно, что в ней проявилось генетическое влияние. Однако поскольку в большинстве изучаемых семей родственники (и тем более близнецы) воспитываются вместе, то столь же вероятно влияние психологических (а не генетических) факторов при передаче поведенческих черт (для более точного исследования необходимо найти таких близнецов, которые воспитываются отдельно друг от друга, что, очевидно, очень трудно сделать). Однако на первоначальном этапе для подтверждения генетической гипотезы поведенческая черта должна быть общесемейной либо чаще встречаться у MZ, чем у DZ.

Наследственность и расстройство гендерной идентичности у детей

До сих пор мы имеем крайне мало доказательств общесемейного (а значит, наследственного) характера расстройства гендерной идентичности у детей. Данные клинических обследований, проведенных в нескольких центрах, свидетельствуют об очень низком уровне конкордантности среди родных братьев и сестер (Green, 1974, 1987; личное сообщение Сьюзен Коутс авторам этой книги от 23 июля 1993 года). Из всех семей, обследованных в нашей клинике, нам встретилась только одна, в которой три родных брата имели расстройство гендерной идентичности. Все отчеты о клинических случаях, касающихся как MZ-близнецов (Chazan, 1995, Chap. 4; Green & Stoller, 1971), так и DZ-близнецов (Esman, 1970), не выявили у них никакой конкордантности по расстройству гендерной идентичности. Позднее Ричард Грин (Green, 1987, Chap. 8) описал пару обследованных близнецов как существенно различающуюся между собой по своей сексуальной ориентации. В нашей клинике были обследованы пять пар DZ-близнецов (в возрасте от 3 до 8 лет). Три из них были парами типа «мальчик — мальчик»; одна представляла собой пару «мальчик — девочка», и, наконец, последняя пара, детально описанная в другой нашей работе (Zucker et al., 1987), состояла из двух близнецов, один из которых являлся генетически нормальной

девочкой, а второй был ребенком с настоящим гермафродитизмом (кариотип: 45X, 47 XYX), который с пятинедельного возраста воспитывался как девочка. Все пять пар не соответствовали друг другу по признаку наличия/отсутствия расстройства гендерной идентичности. В нашей клинике также была обследована одна пара MZ-мальчиков-близнецов, и они точно так же не соответствовали друг другу по гендерному расстройству. Еще одна пара MZ-мальчиков-близнецов была описана их матерью (в ходе предварительного телефонного разговора) как конкордантная по гендерной идентичности, однако позднее родители предпочли отказаться от полноценной клинической оценки. Наконец, Бернард Цугер (Zuger, 1989) сообщил о незначительно распространенной гомосексуальности у родственников 55 мальчиков и юношей с расстройством гендерной идентичности: среди родственников-мужчин первой и второй степени эта распространенность составила 4%, среди таких же родственников-женщин — 1%.

Наследственность и расстройство гендерной идентичности у взрослых

Наследственность расстройства гендерной идентичности взрослых (то есть транссексуальности) еще достаточно не изучена. Хотя отчеты о клинических случаях зафиксировали распространенность как конкордантности, так и дискордантности по транссексуальности, среди близнецов и просто родных братьев и сестер (обзор публикаций об этом см. в статье: Hoenig, 1985a; см. также: Garden & Rothery, 1992; Gooren, Frants, Ericksson, & Rao, 1989; Joyce & Ding, 1985), тем не менее число этих случаев невелико, и клинический опыт наводит на предположение, что наследственность в этом случае проявляется редко (личное сообщение Рэя Бланчарда авторам от 1 августа 1993 года).

Наследственность и сексуальная ориентация

Более 40 лет назад Франц Йозеф Каллман (Kallmann, 1952a, 1952b) сообщил о стопроцентной конкордантности по гомосексуальности у однояйцевых мальчиков-близнецов и о 15,4-процентной конкордантности у разнояйцевых мальчиков-близнецов. Десятью годами

позже В. С. Шлегель (Schlegel, 1962) сообщил о таком же уровне конкордантности на примере близнецов из Германии. После исследований Каллмана в англоязычной медицинской литературе были опубликованы отдельные немногочисленные отчеты о клинических случаях, касающихся MZ-близнецов, которые воспитывались вместе, и в этих отчетах не заметно примеров, подтверждающих преобладание конкордантности над дискордантностью по гомосексуальности у близнецов. Некоторые отчеты представляют особый интерес: они описывают дискордантные пары мужчин-близнецов и сообщают, что гомосексуальный близнец в детстве проявлял поведенческие признаки женоподобия, тогда как у его гетеросексуального брата подобного не наблюдалось (см., например: Friedman, Wollesen, & Tandler, 1976; McConaghy & Blaszczyński, 1980; Zuger, 1976). Относительная редкость и нерегулярность подобных клинических отчетов, случаи дискордантности, методологическая критика данных Каллмана (Rosenthal, 1970, pp. 250–255), а также общая неприязнь к генетическим исследованиям в течение нескольких десятилетий после Второй мировой войны (Rosenthal, 1970), снизили научный интерес к возможному влиянию генетических факторов на развитие сексуальной ориентации и, косвенно, гендерной идентичности. Однако недавние исследования вновь привлекли всеобщее внимание ученых к генетическим влияниям, так что в процессе описываемого исследования мы по большей части руководствовались новейшими достижениями в области генетики поведения (см., например: Plomin & Daniels, 1987; Plomin & Rende, 1991) [17].

В статье 1986 года группа исследователей (Eckert, Bouchard, Bohlen, & Heston, 1986) описала две пары MZ-близнецов-мужчин, которые *росли отдельно друг от друга*. Одна из этих пар была изначально дискордантна по гомосексуальности, но вторая пара была конкордантна, и когда эти близнецы встретились, будучи уже взрослыми, они стали сексуальными партнерами! Что же касается четырех пар MZ-близнецов-женщин, которые также росли и воспитывались раздельно, то все они были дискордантны по гомосексуальности. Еще одна группа исследователей (Whitam, Diamond, & Martin, 1993) также описала две пары MZ-близнецов-мужчин, которые росли раздельно; одна пара была конкордантной по гомосексуальности, а вторая пара — дискордантной, однако дискордантная пара тоже какое-то время имела сексуальные отношения.

Изучая еще большее количество пар близнецов, как мужского, так и женского пола, росших вместе, несколько исследований

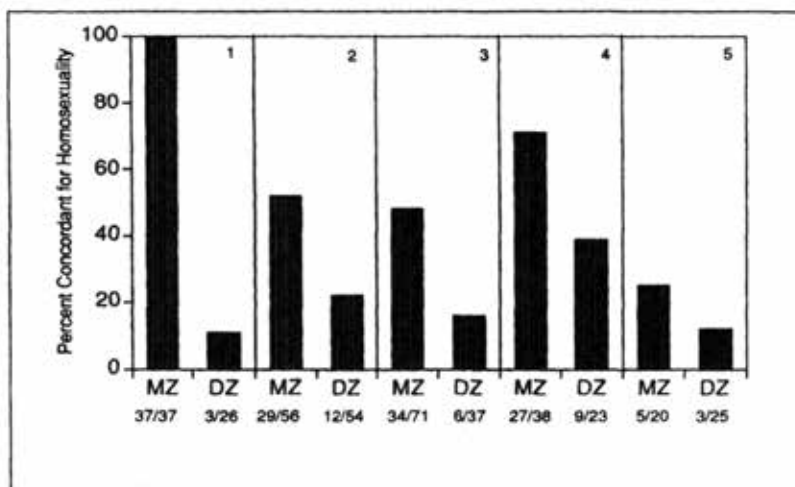


Рис. 6.1. Процентное соотношение конкордантности по гомосексуальной ориентации у однояйцевых (MZ) и разнойцевых (DZ) пар близнецов, где отправным показателем близнецом является гомосексуал, а оценивается изначально неизвестная сексуальная ориентация его брата-близнеца.

Использованные термины:

Percent Concordant for Homosexuality — процент поведенческого сходства (конкордантности) в отношении гомосексуальности.

MZ, monozygotic — однояйцевый близнец.

DZ, dizygotic — разнойцевый близнец.

В каждой шкале приложена схема, иллюстрирующая результаты одного из пяти следующих исследований (см. Список литературы): 1) Kallmann, 1952a, 1952b; 2) Bailey & Pillard, 1991; 3) Bailey et al., 1993; 4) Whitam et al., 1993; 5) King & McDonald, 1992.

(подытоженных на рис. 6.1) выявили значительно более высокие уровни конкордантности по гомосексуальности среди MZ-близнецов, чем среди DZ-близнецов. Кроме того, еще несколько исследований (подытоженных в табл. 6.1) оценили конкордантность по сексуальной ориентации у родных братьев и сестер, не являющихся близнецами и воспитывавшихся вместе, и результаты этих исследований также указывают на фактор наследственности (см. также: Pattatucci, & Hamer, in press). Поскольку уровень конкордантности по сексуальной ориентации оказался больше среди MZ-близнецов, чем среди DZ-близнецов, эти исследования

Таблица 6.1. Конкордантность по сексуальной ориентации у родных братьев и сестер

Study		Heterosexual probands		Homosexual probands	
		HT siblings	BS/HS siblings	HT siblings	BS/HS siblings
Male probands					
Pillard et al. (1982)	Brothers	49 (92.5%)	4 (7.5%)	46 (71.9%)	18 (28.1%)
	Sisters	60 (95.2%)	3 (4.8%)	43 (93.5%)	3 (6.5%)
Pillard & Weinrich (1986)	Brothers	53 (96.4%)	2 (4.6%)	53 (77.9%)	15 (22.1%)
	Sisters	61 (91.0%)	6 (9.0%)	44 (91.7%)	4 (8.3%)
Bailey (1989)	Brothers	84 (100%)	0 (0.0%)	113 (79.0%)	30 (21.0%)
	Sisters	69 (100%)	0 (0.0%)	119 (90.2%)	13 (9.8%)
Bailey & Pillard (1991)	Brothers	—	—	129 (90.1%)	13 (9.2%)
Bailey & Bell (1993)	Brothers	226 (95.8%)	10 (4.2%)	455 (91.0%)	45 (9.0%)
	Sisters	229 (99.1%)	2 (0.9%)	462 (97.1%)	14 (2.9%)
Hamer et al. (1993a)	Brothers	—	—	90 (86.5%)	14 (13.5%)
Total	Brothers	412 (96.3%)	16 (3.7%)	886 (86.8%)	135 (13.2%)
	Sisters	419 (97.4%)	11 (2.6%)	668 (95.2%)	34 (4.8%)
Female probands					
Bailey (1989)	Brothers	57 (95.0%)	3 (5.0%)	26 (86.7%)	4 (13.3%)
	Sisters	53 (89.8%)	6 (10.2%)	19 (79.2%)	5 (21.8%)
Pillard (1990)	Brothers	44 (100%)	0 (0.0%)	30 (83.3%)	6 (16.7%)
	Sisters	47 (88.7%)	6 (11.3%)	45 (75.0%)	15 (25.0%)
Bailey & Bell (1993)	Brothers	108 (100%)	0 (0.0%)	185 (88.1%)	25 (11.9%)
	Sisters	91 (100%)	0 (0.0%)	176 (93.6%)	12 (6.4%)
Bailey & Benishay (1993)	Brothers	80 (98.8%)	1 (2.2%)	102 (92.7%)	8 (7.3%)
	Sisters	81 (97.6%)	2 (2.4%)	87 (87.9%)	12 (12.1%)
Bailey et al. (1993)	Brothers	—	—	99 (95.2%)	5 (4.8%)
	Sisters	—	—	63 (86.3%)	10 (13.7%)
Total	Brothers	289 (98.6%)	4 (1.4%)	442 (90.2%)	48 (9.8%)
	Sisters	272 (95.1%)	14 (4.9%)	390 (87.8%)	54 (12.2%)

Использованные термины:

Heterosexual probands — пара братьев (сестер), где пробандом является гетеросексуал (гетеросексуалка).

Homosexual probands — пара братьев (сестер), где пробандом является гомосексуал (гомосексуалка).

Siblings — родные братья или сестры.

Male probands — пары родных братьев (в каждой из которых пробандом является один из братьев).

Female probands — пары родных сестер (в каждой из которых пробандом является одна из сестер).

Study — здесь: отчет об исследовании (представленный в научной публикации, полное библиографическое описание которой см. в Списке литературы).

Brothers — братья.

Sisters — сестры.

Примечание: НТ — исключительно или преимущественно гетеросексуальный; BS/HS — бисексуальный или исключительно гомосексуальный. Все родные братья (сестры) не являются близнецами. В данной таблице представлены показатели, основанные на самом большом количестве братьев (сестер), доступных для каждого исследования; благодаря этому сюда включены люди, чья сексуальная ориентация определялась только на основе знакомства с их братьями (сестрами), рассматривавшимися как пробанды. В ряде исследований по возможности проводились беседы с братьями (сестрами) пробандов, однако в других исследованиях подобные беседы не проводились. Каждое исследование должно быть рассмотрено отдельно и подробно, поскольку каждый раз необходимо проверять метод, с помощью которого определялась, а затем классифицировалась сексуальная ориентация человека.

соответствуют теории о влиянии генетики, хотя и не подтверждают ее. Ведь конкордантность среди MZ-близнецов далеко не совершенна, и данное наблюдение наводит на мысль, что сексуальная ориентация человека не является чисто генетической.

В дополнение к отчетам о простом уровне конкордантности группа исследователей (Bailey & Pillard, 1991; Bailey, Pillard, Neale, & Agyei, 1993) рассчитала величину наследуемости, используя стандартную процедуру подбора модели. Модель предоставляла оценки наследуемости, влияние разделенного (схожего) окружения и неразделенного (несхожего) окружения [18]. В обоих исследованиях оценки наследуемости оказались в целом высокими (в пределах заранее заданного диапазона). И, напротив, оценки влияния разделенного (схожего) окружения оказались низкими, близкими к нулю. Однако оценки влияния неразделенного (несхожего) окружения обычно оказывались посередине между наследуемостью и оценками разделенного (схожего) окружения, а в некоторых случаях были столь же велики, как и оценки наследуемости.

Прежде чем мы продолжим анализировать полученные клинические оценки и их возможные трактовки, необходимо сделать

несколько общих замечаний об обследованиях близнецов. На рис. 6.1 показано, что уровни конкордантности значительно отличаются друг от друга. Авторы исследования № 5 (King & McDonald, 1992) получили самую низкую конкордантность среди MZ-близнецов (25%), однако их исследование является методологически несовершенным, поскольку оценка сексуальной ориентации описана недостаточно четко и ни с одним из обследуемых не была проведена личная беседа. Авторы исследования № 4 (Whitam et al., 1993) получили наивысший уровень конкордантности среди MZ-близнецов (71%), однако их данные сомнительны, в частности, потому, что уровень конкордантности среди DZ-близнецов (39%) лишь незначительно уступает уровню конкордантности среди MZ-близнецов в исследовании № 2 (Bailey & Pillard, 1991) и в исследовании № 3 (Bailey et al., 1993).

Все эти колебания уровней конкордантности отчасти могут быть объяснены явлением, которое специалисты в области генетики поведения относят к разряду «погрешностей при выборочном обследовании» или «погрешностей при наборе обследуемых» (Lykken, McGue, & Tellegen, 1987). Дело в том, что участников всех опросов набирали прежде всего через рекламные объявления в публикациях, посвященных гомосексуальным отношениям. И хотя авторы исследования № 2 (Bailey & Pillard, 1991) и исследования № 3 (Bailey et al., 1993) подробно рассуждают о возможных причинах погрешностей, сопряженных с данным методом обследования, но в действительности невозможно узнать, кто отвечает на подобные объявления, а кто не отвечает. Такая ситуация в некотором смысле очень отличается от других видов обследования близнецов (например, при шизофрении), когда исследователь имеет доступ ко всем или почти ко всем объектам исследования (например, к пациентам психиатрических больниц). Поэтому проверка возможных погрешностей данного метода дает, в действительности, лишь грубо приближенную оценку величины этих неточностей (Torgersen, 1987).

Если близнецы воспитывались вместе, то разница в конкордантности между MZ- и DZ-близнецами может быть объяснена тем, что MZ пары имеют более схожий жизненный опыт (например, одинаковые методы воспитания, применяемые родителями к обоим близнецам). Специалисты по генетике поведения изучили эту вероятность, проведя оценку параметров семейного окружения, повлиявших на определенную поведенческую

черту человека, интересующую исследователей: этот метод осуществляется допущением одинакового семейного окружения (equal-environment assumption, см., например: Loehlin & Nichols, 1976; Plomin & Daniels, 1987; Plomin & Rende, 1991, pp. 179–182; Reiss, Plomin, & Netherington, 1991). В целом, не было найдено убедительных подтверждений гипотезы о, что MZ-близнецы воспитываются более схожими методами, чем DZ-близнецы (Kendler, 1993). Скорее, как и в исследованиях обычных братьев и сестер, влиянию неразделенного (несхожего) окружения приписывалось слишком большое значение; однако на это можно возразить, что метод допущения одинакового семейного окружения недостаточно надежен. Например, если близнецы одинаково одеваются и живут в одной комнате (что чаще бывает с MZ-, чем с DZ-близнецами, см.: Kendler, 1993), то такой внешний фактор далеко не всегда оказывает важнейшее влияние на поведенческое развитие вообще и на психосексуальную дифференциацию в частности.

В отношении сексуальной ориентации еще ни один исследователь не пытался напрямую использовать метод допущения одинакового семейного окружения. Особенно важно, что требуется заранее решить, какие именно особенности семейного окружения могут быть связаны с той или иной поведенческой чертой (Byrne & Parsons, 1993). А для этого, возможно, потребуется рассмотреть все предполагаемые психосоциальные факторы, влияющие на сексуальную ориентацию, которые уже были изучены в рамках других исследований. В качестве простой гипотезы можно предположить, что, в случае если влияние этих факторов действительно важно, то в паре конкордантных MZ-близнецов оба будут подвержены этому влиянию, а в паре дискордантных MZ-близнецов влиянию подвергнется только гомосексуальный близнец (см.: Dank, 1971). В соответствии с такой гипотезой Ричард Грин и Роберт Столлер (Green & Stoller, 1971) вывели предварительное заключение, что изучаемая ими пара MZ-близнецов-мальчиков, дискордантная по расстройству гендерной идентичности, в действительности различалась еще несколькими типично детскими чертами и особенностями жизнедеятельности (например, физическим обликом в момент рождения, внешней привлекательностью, уровнем активности и болезненностью). Последняя переменная, очевидно, была оценена в сообщениях родителей по-разному, и все переменные считались значимыми для психосексуальной дифференциации. Однако остается бесспорным, что

нам еще только предстоит провести по-настоящему тщательные обследования близнецов, имеющие целью выявить возможное влияние неразделенного (несхожего) окружения на психосексуальную дифференциацию.

Разумеется, идеальный план изучения близнецов должен использовать репрезентативные, то есть отображающие общую картину, пары близнецов (взятые, например, из регистрационных записей о рождениях близнецов), которые затем должны быть подвергнуты клинической оценке с целью проследить их психосексуальное развитие. Именно такую стратегию использовала группа ученых (Buhrich, Bailey, & Martin, 1991), обследовавшая 161 пару близнецов мужского пола из Австралии. Частота ответов составила около 53%. Среди 95 пар MZ-близнецов 13 человек были изначально гомосексуальными. Из них 8 человек составляли 4 пары близнецов, изначально конкордантных по гомосексуальности, а остальные пять человек также были изначально гомосексуальными, но каждый из их братьев-близнецов изначально не был гомосексуальным. Из 63 пар DZ-близнецов два человека были изначально гомосексуальными, и ни один из их братьев-близнецов не был изначально гомосексуален. Таким образом, в 4 из 9 пар MZ-близнецов, в которых по крайней мере один близнец был изначально гомосексуален, у этого гомосексуального близнеца имелся брат-близнец, который также был изначально гомосексуален, тогда как в аналогичных парах DZ-близнецов это сочетание составляло 0 / 2. Хотя эти процентные соотношения вполне соответствуют тем, которые получены в ходе исследований близнецов, описанных ранее (в одном из которых гомосексуальный близнец рассматривался как пробанд), их результаты, очевидно, имеют невысокое научное значение из-за своей небольшой статистической базы. Здесь мы сталкиваемся с технической проблемой, связанной с регистрацией рожденных близнецов, поскольку нам необходимо как можно большее число близнецовых пар для более точной оценки различий между MZ- и DZ-близнецами.

Недавно Дж. Майкл Бейли сообщил о предварительных результатах именно такого исследования, вновь затрагивающего близнецов из Австралии, на этот раз на более широкой статистической базе (Bailey, 1995). У близнецов мужского пола уровень конкордантности по гомосексуальности среди MZ-пар оказался значительно выше, чем среди DZ-пар, что соответствует результатам исследования то же Бейли 1991 года (Bailey & Pillard,

1991); однако для близнецов женского пола не было получено доказательств более высокого уровня конкордантности по гомосексуальности среди MZ-пар, чем среди DZ-пар, что противоречит результатам, полученным Бейли и его коллегами в 1993 году (Bailey et al., 1993).

В 1981 году было высказано предположение (Bell et al., 1981), что у мужчин и женщин, у которых в детстве наблюдалось межгендерное поведение, гомосексуальность может представлять собой более конституциональную (то есть унаследованную) форму сексуальной ориентации, чем у людей, у которых в детстве такого не наблюдалось. Если это предположение справедливо, то тогда более вероятно, что брат-близнец гомосексуального близнеца, который рассматривается как пробанд и имеет историю межгендерного поведения в детстве, также окажется гомосексуальным. Эту гипотезу проверили Бейли и его коллеги (Bailey & Pillard, 1991; Bailey et al., 1993) на примере обследуемых ими групп гомосексуальных близнецов мужского и женского пола, однако доказательств, ее подтверждающих, обнаружено не было.

Молекулярная генетика

Если мы допускаем влияние генетики на сексуальную ориентацию, то нам необходимо прибегнуть к помощи молекулярной генетики. В 1993 году группа во главе с Дином Хамером провела исследование (Hamer, Hu S., Magnuson, Hu N., Pattatucci, 1993a). Они изучили 114 семей, в которых имелись гомосексуальные мужчины. При предварительном анализе родословной 76 гомосексуальных мужчин исследователи заметили возрастающий уровень гомосексуальности у их родственников по материнской линии. Ту же общесемейную черту они заметили в отобранном из 38 семей образце, где были два гомосексуальных брата.

Поскольку каждый мужчина наследует X-хромосому от матери, в исследовании Дина Хамера и соавторов 1993 года (Hamer et al., 1993a) был проведен анализ сцепления ДНК применительно именно к X-хромосоме. При изучении 40 семей, в каждой из которых имелось два гомосексуальных брата, было проведено типирование 22 маркеров ДНК, из которых состоит X-хромосома. Маркеры, предположительно отвечающие за сексуальную ориентацию, были обнаружены в периферическом участке гена Xq28,

субтеломерного региона длинного плеча X-хромосомы. Из 40 братьев 33 оказались конкордантными по всем маркерам, а 7 были дискордантными по одному или нескольким локусам.

Данная работа Дина Хамера и его коллег стала первым исследованием, в котором методология молекулярной генетики была применена при изучении одного из аспектов психосексуальной дифференциации. Поскольку другие исследования в области молекулярной генетики, затрагивающие поведенческие черты, такие как шизофрения или биполярное расстройство, либо не были подтверждены повторными анализами либо даже были ими опровергнуты (Mowry & Levinson, 1993), Дин Хамер и его коллеги настаивают на важности повторного эксперимента. Если результаты первой работы подтвердятся, то следующим этапом должно быть хромосомное картирование данного локуса (то есть определение местоположения гена в хромосоме) и выявления связанной с ним последовательности ДНК.

Сразу после обнародования результатов исследования Дина Хамера с соавторами 1993 года началось его бурное обсуждение, в том числе дискуссии, касающиеся процента гомосексуалов во всей популяции и, особенно, среди родных братьев тех гомосексуалов, которых мы рассматриваем как пробандов, и их связи со статистическими аспектами анализа сцепления ДНК (Baron, 1993; Fausto-Sterling & Balaban, 1993; King, 1993; Risch, Squires-Wheeler, & Keats, 1993). Из-за отсутствия четких параметров, требуемых для анализа сцепления ДНК, может возникнуть риск статистической ошибки первого рода (опровержение этого утверждения см. в ответах Дина Хамера с соавторами на критику: Hamer et al., 1993b, 1993c).

Описанное исследование ставит перед нами ряд интереснейших вопросов. Как объяснить существование дискордантных пар родных братьев? Окажутся ли гетеросексуальные братья гомосексуальных мужчин конкордантными или дискордантными по рассматриваемому маркеру? С другой стороны, у какого процента гетеросексуальных мужчин обнаружатся те же маркеры, если вообще обнаружатся? Если существует некий уровень конкордантности среди гетеросексуалов, то какие факторы мешают проявиться гену гомосексуальности? Поскольку стало возможно выявлять маркеры гомосексуальности у отдельных людей, то у какого процента гомосексуалов (у которых нет гомосексуальных братьев) они обнаружатся? В то же время, существует ли более

высокая вероятность обнаружения таких маркеров у отдельных подгрупп гомосексуальных мужчин (например, у тех, у кого в детстве наблюдалась межгендерная самоидентификация), о чем размышляли еще авторы знаменитой монографии о «сексуальных предпочтениях» 1981 года (Bell, Weinberg, & Hammersmith, 1981)? Будут ли эти маркеры обнаружены у транссексуалов, имеющих гомосексуальную ориентацию, но не обнаружены у транссексуалов, имеющих любую другую ориентацию? Будут ли эти маркеры обнаружены у мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности? И вообще, какие биологические механизмы, в конечном счете, определяют реальное поведение человека? Можно ли точно так же выявить маркеры сексуальной ориентации у женщин? Отвечая на последний вопрос, Хамер с соавторами сообщили (Hamer et al., 1993d), что исследование подобного рода уже проводится. Популярный рассказ обо всех исследованиях Дина Хамера и соавторов 1993 года (Hamer et al., 1993a) можно найти в известной книге *The Science of Desire: The Search for the Gay Gene and the Biology of Behavior* (Hamer & Copeland, 1994).

Как мы отметили выше, Хамер с соавторами (Hamer et al., 1993a) подчеркивают важность повторных исследований. Когда наша книга уже была подготовлена к изданию, Дин Хамер сообщил (Hamer, 1995) об успешном окончании еще одного исследования, на этот раз с участием 40 пар гомосексуальных братьев, у 27 из которых (то есть у 68%) обнаружилась конкордантность по маркеру Xq28. Однако в 1995 году канадец Джордж Эберс сообщил предварительные результаты другого исследования на ту же тему, в котором не было выявлено доказательств, что ген Xq28 является специфическим маркером сексуальной ориентации (Ebers, 1995; а также личное сообщение Джорджа Эберса авторам этой книги 10 апреля 1995 года). Возможно, причиной послужили методологические различия между исследованием Джорджа Эберса и Дина Хамера, и расхождения в результатах обеих работ объясняются именно различными методологическими подходами (см.: Marshall, 1995).

Пренатальные половые гормоны

У животных, в отличие от человека, влияние пренатальных и перинатальных стероидных половых гормонов на развитие полового поведенческого диморфизма уже изучено весьма

подробно (Beach, 1981). Множество исследований, проводившихся на грызунах и жвачных, а также на хищниках, птицах, обезьянах и полуобезьянах, доказали сильное влияние, которое оказывают гормоны на половой диморфизм в поведении (обзор некоторых исследований см.: Arnold & Breedlove, 1985; Baum, 1979; Beach, 1975; Beatty, 1979, 1984, 1992; Breedlove, 1994; Eberhart, 1988; Ellis, 1986; Feder, 1984; Goy & McEwen, 1980; Kelley, 1988; Komisaruk, 1978). И хотя мы наблюдаем значительные колебания показателей, как внутривидовые, так и межвидовые, основное утверждение, гласящее, что вся совокупность пренатальных и перинатальных гормонов непосредственно или опосредованно вызывает предрасположенность к определенным поведенческим моделям, характеризующим половой диморфизм, уже подкреплено целой системой доказательств.

Именно пренатальная гормональная модель стала во многих отношениях смысловым центром при выяснении роли биологических факторов в психосексуальной дифференциации (Collaer & Hines, 1995; Meyer-Bahlburg, 1995). Это отчасти объясняется возможностью экспериментального изучения роли половых гормонов у многих видов животных. Подобные исследования, в свою очередь, позволили ученым начать рассуждать о применимости моделей, выявленных у животных, к психосексуальной дифференциации людей.

Изучение данной сферы на примере животных

Закон организационного и активационного воздействия

Вот уже 30 лет исследователи животных изучают различие между двумя видами воздействия половых стероидных гормонов — организационным и активационным. Их выводы остроумно подытожил Уильям Беатти в 1992 году:

«Под влиянием *активационного* воздействия происходят обратимые изменения в морфологии, физиологии и поведении, которые зависят от продолжающегося присутствия гормона в организме и от функциональной целостности рецепторов, с помощью которых это воздействие осуществляется. В течение длительного периода на организм оказывается лишь незначительное влияние активационных воздействий половых

гормонов, и качество этого влияния примерно одинаково от полового созревания до старения. И, напротив, *организационное* воздействие половых гормонов приводит к необратимым долговременным изменениям в морфологии, физиологии и поведении, которые начинаются уже в тот относительно краткий период, когда организм подвергается воздействию гормона еще в пренатальный период. У всех млекопитающих, изученных к настоящему времени, наблюдается относительно короткий период, в течение которого развивающийся организм дает физиологический ответ на организационные воздействия половых гормонов» (Beatty, 1992, pp. 85–86, курсив наш).

Исследование, ставшее переломным моментом в разграничении этих двух воздействий, провела группа ученых в 1959 году (Phoenix, Goy, Gerall, & Young, 1959; см. также: Young, Goy, & Phoenix, 1964). Авторы работы 1959 года (Phoenix et al., 1959) провели эксперимент на беременных морских свинках: на протяжении почти всего периода их беременности им вводили тестостерона пропионат. Благодаря этому потомство женского пола рождалось с некоторыми физическими признаками ложного гермафродитизма: например, с внешними половыми органами мужского типа, практически не отличимыми от аналогичных органов нормальных детенышей мужского пола. Вскоре после рождения этих особей им хирургически удалили половые железы (кастрировали). Кроме того, для сравнения к исследованию было привлечено несколько других групп животных, включая потомство обоих полов, рожденное у тех морских свинок, которым не вводились никакие гормоны. Последние группы детенышей также были кастрированы хирургическим путем. Таким образом, у всех трех групп было прекращено послеродовое влияние эндогенно циркулирующих гормонов.

Когда детеныши достигли половой зрелости, им начали вводить различные дозы эстрадиола бензоата, чтобы проверить, начнется ли у них сексуальное поведение, свойственное женскому полу, в частности, лордоз (прогибание позвоночника, обозначающее готовность самки к спариванию). В результате, по сравнению с обычными самками, взятыми для сравнения, самки, родившиеся с ложным гермафродитизмом, показали менее продолжительный лордоз, сравнимый по времени с лордозом кастрированных самцов (см. табл. 6.2). В таблице 6.2 также видно, что самки, имевшие ложный гермафродитизм,

Таблица 6.2. Сексуальное поведение, свойственное мужскому и женскому полу, у самок морских свинок, имеющих (ложный) гермафродитизм, и у обычных самок, взятых для сравнения

	Control females (<i>n</i> = 14)	Hermaphrodites (<i>n</i> = 9)	Castrated males (<i>n</i> = 8)
Lordosis (maximum median duration, in seconds)	11.3	2.3	2.5
Mounting (mean no.)	0.0	4.4	11.8

Использованные термины:

Control females — нормальные самки (которым не вводились гормоны), взятые для сравнения.

Hermaphrodites — здесь: самки, родившиеся с признаками ложного гермафродитизма (вследствие введения им мужских половых гормонов в период внутриутробного развития).

Castrated males — кастрированные самцы.

n — количество подопытных особей.

Lordosis (maximum median duration, in seconds) — лордоз (прогибание позвоночника, обозначающее готовность самки к спариванию): среднее значение максимальной продолжительности этого действия (в секундах).

Mounting (mean no.) — насакивание: сексуальное действие, свойственное самцам, стремящимся покрыть самку (цифра означает количество таких действий).

Примечание: данные взяты из Phoenix, Goy, Gerall, & Young, 1959; см. Список литературы.

оказались склонны проявлять типично самцовое сексуальное поведение, то есть насакивать на других самок и покрывать их, что было не свойственно обычным самкам. Авторы исследования 1959 года (Phoenix et al., 1959) показали также явную устойчивость и длительность подобного гормонального воздействия, поскольку оно продолжилось, когда животные стали старше. По итогам этих исследований было высказано утверждение, что гормоны, введенные в организм в период внутриутробного развития, «оказывают организационное воздействие на все ткани, опосредованно участвующие в брачном поведении животного, приводя к длительным и устойчивым изменениям реакций, свойственных нормальным самкам, достигшим половой зрелости» (Phoenix et al., 1959, p. 379).

Различие между поведенческой маскулинизацией и дефеминизацией

За последние несколько десятилетий исследователи, проводившие опыты на животных, заметили, что гормональные механизмы, отвечающие за проявление поведенческих черт, характерных для мужского или женского пола, необязательно тождественны у всех видов млекопитающих. Поэтому были введены два разных технических термина: «поведенческая маскулинизация» и «поведенческая дефеминизация» (Whalen & Edwards, 1967). Поведенческая маскулинизация означает увеличение вероятности сексуального поведения, типичного для мужского пола (например, стремления ввести половой орган внутрь другой особи); поведенческая дефеминизация означает уменьшение вероятности сексуального поведения, типичного для женского пола (например, лордоза, то есть прогибания позвоночника, означающего готовность самки к спариванию).

Майкл Баум, делая обзор этих теоретических построений (Baum, 1979), приходит к выводу, что «поведенческая маскулинизация свойственна всем видам млекопитающих... и она зависит, по крайней мере до некоторой степени, от воздействия тестостерона или его метаболитов в мозгу в критически важный период внутриутробного развития. И, напротив, процесс поведенческой дефеминизации не является всеобщей реакцией млекопитающих на раннее воздействие андрогенов» (Baum, 1979, p. 279). Разграничить эти понятия было важно потому, что, например, у крыс маскулинизация и дефеминизация кажутся очень взаимосвязанными, а вот у других, более развитых млекопитающих, например, у обезьян и полубезьян, эта взаимосвязь не столь сильна. Ниже, в разделе «Изучение данной сферы применительно к людям», мы рассмотрим вопрос, каким образом можно применить эти биологические понятия к психосексуальной дифференциации у людей.

Влияние социального окружения

Помимо раскрытия решающей роли пренатальных половых гормонов, в опытах на животных большое внимание уделялось также тому, как социальное окружение влияет на поведенческие черты, в которых проявляется половой диморфизм. Например,

в 1965 году Гарри Фредерик Харлоу и Маргарет Харлоу (Harlow & Harlow, 1965) заметили, что биологически нормальные обезьяны, которые с рождения росли в условиях жесткого лишения общения с представителями своего вида, став взрослыми, «никак не могут по-настоящему, полноценно и внешне красиво, наслаждаться [гетеросексуальной] жизнью» (Harlow & Harlow, 1965, p. 325). Эти обезьяны избегают сексуального общения либо ведут себя при сексуальных контактах крайне неуклюже. Терапевтическое вмешательство, которое придумали Гарри и Маргарет Харлоу для улучшения сексуальной жизни подопечных, можно оценить скорее как отвратительное:

«Чтобы преодолеть затруднения самок, уклонявшихся от сексуальных контактов, мы изобрели устройство, которое назвали *гаре гаск* («держатель для изнасилования»). Самки, которых мы помещали в это устройство и закрепляли в нем, становились доступными сексуальными объектами для некоторых самцов-производителей... Однако даже немногочисленные данные, которыми мы обладаем сегодня, наводят на мысль, что подобные опыты не способствуют преодолению сексуальной холодности (фригидности) у самок, и этот результат не так уж неожидан» (Harlow & Harlow, 1965, p. 329).

Эти новаторские эксперименты по социальной депривации (то есть по лишению животных социального общения), проводившиеся Харлоу с соавторами, сыграли ключевую роль в разработке теории привязанности (Bowlby, 1969) и в изучении других аспектов социально-психологического развития. Однако если рассматривать влияние этой работы на исследование именно психо-сексуального развития, то можно сказать, что подобные опыты могли пролить лишь незначительный свет на изучение долговременных последствий социальной депривации, поскольку в других, более нормальных и естественных условиях, вряд ли можно было добиться такого однозначного результата.

Впоследствии приматологи собрали довольно значительный объем данных о поведении обезьян, касающихся влияния социальных факторов, от которых зависит понимание поведенческого развития, связанного с половым диморфизмом. Например, Дженнифер Лавджой и Ким Уоллен (Lovejoy & Wallen, 1988) заметили, что «благодаря лабораторным исследованиям стало очевидно, что половые различия особей представляют собой результат взаимодействия внутренней гормональной среды животного,

образовавшейся еще до его рождения, и внешней социальной среды, окружающей его после рождения» (Lovejoy & Wallen, 1988, р. 348). При этом они также заметили, что «соотношение влияния внешней социальной среды и внутренней среды пренатальных гормонов, скорее всего, меняется в зависимости от специфики поведения в каждом конкретном лабораторном опыте... Некоторые поведенческие черты, определяющие половой диморфизм, такие как насакивание или грубые игры, неизменно проявляются вне зависимости от самого широкого ряда окружающих условий... В то же время другие половые различия поведения молодых особей, такие как агрессия или пассивность, проявляются только в специфических социальных условиях» (Lovejoy & Wallen, 1988, р. 348). В связи с этим последнее время была проведена дополнительная работа с целью более точного определения и более тщательного изучения внешних условий, которые способны заострить либо, наоборот, притупить проявление поведенческих черт, определяющих половой диморфизм (см., например: Goy & Wallen, 1979; Meaney, Stewart, & Beatty, 1985; Nieuwenhuisen, Slob, & van den Werff ten Bosch, 1988; Pomerantz, Roy, & Goy, 1988).

Хотя подробный разбор литературы на эту тему уже выходит за рамки данной работы, мы все же должны упомянуть некоторые подробности упомянутых выше исследований, представляющие интерес для более глубокого понимания психосексуальной дифференциации у людей. Вот, например, любопытное наблюдение: хотя различные социальные условия, в которых растут детеныши, могут притупить проявление поведенческих признаков, определяющих половой диморфизм, мы почти не встречали сообщения исследователей о «смене гендерной роли» животных, то есть, например, о таких случаях, когда молодые самцы, а не самки, начинают чистить шерсть детенышей, удаляя оттуда паразитов, или молодые самки начинают насакивать на ровесниц, подражая действиям самцов.

Точно так же интересно наблюдать за тем, какое влияние на «сексуальные предпочтения» обезьян и полуобезьян оказывает социальная среда, в которой они выросли. Мы можем, например, рассмотреть половой состав групп сверстников. Так, в 1986 году было проведено исследование (Slob & Schenck, 1986), объектом которого стали три рожденных в дикой природе самца короткохвостой макаки (*Macaca arctoides*), которые содержались вместе в течение 9 лет, начиная с препубертатного возраста, в полной

сексуальной изоляции, то есть они ни разу не видели самок. Когда же пришла пора экспериментально проверить их сексуальные предпочтения как взрослых самцов, все трое предпочли новых самок, в чью компанию их допустили, и никто не предпочел своего друга-самца. Таким образом, гетеросексуальная ориентация животных, хотя и может быть притуплена и ослаблена или даже обращена в гомосексуальную посредством гормонального вмешательства (Adkins-Regan, 1988; Bakker, Brand, van Ophemert, & Slob, 1993; Brand, Houtsmuller, & Slob, 1993; Goy & Goldfoot, 1975), однако подобного эффекта гораздо труднее добиться социально-психологическими ухищрениями, в частности, подбором однополого окружения.

Хотя было бы очень интересно проследить, смогут ли приматологи посредством искусного подбора социального окружения добиться от обезьян межгендерного поведения (как в сексуальной сфере, так и вообще), такую работу в ближайшее время проводить не планируют (см.: Green, 1993). Таким образом, сегодня имеются только те доказательства взаимодействия внешних (социальных) и внутренних (гормональных) факторов, которые собрали Дженнифер Лавджой и Ким Уоллен (Lovejoy & Wallen, 1988).

Изучение данной сферы применительно к людям

Учитывая большую роль, которую пренатальные половые гормоны играют в психосексуальной дифференциации животных, нет ничего удивительного в том, что исследователи уже давно стремятся выяснить, существует ли подобное воздействие этих гормонов на поведение людей.

Концептуальные вопросы

Прежде всего, необходимо рассмотреть несколько концептуальных вопросов. Большинство современных исследователей признает, что *Homo sapiens* занимает такое место в филогенетической системе, что влияние гормонов на некоторые аспекты поведения, определяющие половой диморфизм, у людей по сравнению с другими живыми существами, скорее всего, уже не столь сильно, особенно если мы будем мысленно спускаться все ниже по эволюционной лестнице. По этому поводу Джон Мани

иронически заметил, что «люди все же не являются гормональными роботами» (Money, 1988, p. 26).

Другая проблема касается правомерности перенесения моделей поведения, свойственных животным, на человеческие модели поведения, связанные с половым диморфизмом (см.: Beach, 1976, 1979a, 1979b; Davidson, 1979). Например, маловероятно, что существует модель поведения животных, которую можно сопоставить с гендерной идентичностью человека, учитывая ее субъективную феноменологическую природу. И, напротив, нам представляется, что для таких форм поведения, характеризующих гендерную роль, как игры, похожие на драку, или агрессия, можно найти более или менее подходящие аналоги в животном мире. Что касается сексуального поведения, то некоторые исследователи скептически настроены в отношении возможности перенести на людей такие формы поведения животных, как свойственный самкам лордоз или свойственное самцам насакивание. На этот счет уже давно ведутся серьезные семантические дискуссии. Вспомним, например, тех мужчин, которые предпочитают играть пассивную (принимающую) роль в анальном сексе с другими мужчинами. Можно ли назвать такое поведение типично женским и считать его продолжением лордоз? Является ли это примером поведенческой демаскулинизации или феминизации? А как в таком случае рассматривать поведение мужчин, которые предпочитают играть активную (проникающую) роль в анальном сексе с мужчинами? Это пример маскулинизации? Или же это феминизация, поскольку объектом сексуального желания здесь является мужчина? Точно так же, если женщина предпочитает верхнюю позицию, когда вступает в сексуальный контакт с другой женщиной в позе «лицом к лицу», то является ли это примером насакивания, то есть типично мужского («самцового») поведения, и, следовательно, маскулинизации?

Третья проблема касается разграничения понятий «сексуальное поведение» и «сексуальная ориентация». Хотя гомосексуальное поведение можно наблюдать и в животном мире (см., например: Gadpaille, 1980; Nadler, 1990; Weinrich, 1980), тем не менее общепринято считать, что в естественных условиях среди животных никогда не встречается исключительно гомосексуальной ориентации, то есть никогда не наблюдается такого явления, чтобы взрослые, половозрелые особи предпочитали собратьев своего пола в качестве сексуальных партнеров (см., например:

Adkins-Regan, 1988; Rosenblum, 1990). И, разумеется, рассмотрение моделей поведения животных оказывается почти бесполезным для понимания всего исторического и культурного разнообразия смыслов, которыми люди наделяют свою сексуальность, например, определяя самих себя как гетеросексуалов, бисексуалов или гомосексуалов.

Пример с врожденной гиперплазией коры надпочечников

Весьма сильно определяет сложные формы поведения, обусловленные гормонами, врожденная гиперплазия коры надпочечников (ВГКН): нарушение выработки стероидных гормонов надпочечниками, наследуемое по аутосомно-рецессивному пути (White, New, & Dupont, 1987). Среди представителей европеоидной расы распространенность этой патологии составляет примерно 1 на 10–15 тысяч живых новорожденных. Из-за чрезмерного производства надпочечниками мужских половых гормонов (андрогенов) дети, генетически принадлежащие к женскому полу и имеющие это заболевание, рождаются с частично либо полностью сформированными внешними мужскими половыми органами. Хирургическое вмешательство способно исправить внешний вид половых органов, а заместительная терапия кортизоном, доступная с 1950 года, нормализует функционирование эндокринной системы и, в теории, должна полностью остановить чрезмерную выработку андрогенов (Money & Ehrhardt, 1972). Таким образом, ВГКН, требующая лечения, может быть использована как пример «эксперимента природы», в котором интересно проследить влияние ненормально высокого внутриутробного уровня гормонов на дальнейшее поведение человека, связанное с половым диморфизмом. Именно поэтому ниже мы приведем подробный обзор исследований указанного заболевания.

Самые первые обследования девочек, страдающих ВГКН, показали, что их гендерно-ролевое поведение было более мужеподобным и (или) менее женственным, чем у обычных здоровых девочек, привлеченных для сравнения (Ehrhardt & Baker, 1974; Ehrhardt, Epstein, & Money, 1968). Такой вывод был сделан на основе анализа нескольких поведенческих признаков, таких как выбор товарищей для игр, выбор игрушек, а также характер фантазийных спектаклей, которые придумывают дети.

Хотя эти ранние исследования подвергались некоторой методологической критике, в частности, высказывались сомнения в надежности выводов, сделанных на основе психологических бесед: опрашиваемые могли быть предвзяты, поскольку знали, кто из детей болен, а кто здоров (обзор этой критики см.: Berenbaum, 1990), новейшие исследования, использовавшие при этом дополнительные средства психологического измерения, включая непосредственное наблюдение за поведением ребенка, а также специальные психометрические опросники, получили похожие результаты (см.: Berenbaum & Hines, 1992; Berenbaum & Snyder, 1995; Dittmann, 1989, 1992; Dittmann, Kappes, Kappes, Borger, Mayer-Bahlburg, et al., 1990; Dittmann, Kappes, Kappes, Borger, Stegner, et al., 1990; Hines & Kaufman, 1994; Hurtig & Rosenthal, 1987; Müller, Kraus-Orlitta, Dirlich-Wilhelm, & Förster, 1983). Так, например, Шери Беренбаум и Мелисса Хайнс (Berenbaum & Hines, 1992) проанализировали игровое поведение, типичное для мальчиков и девочек, применительно к девочкам с ВГКН по сравнению с их здоровыми родными и двоюродными сестрами (некоторые были родственницами мальчиков с ВГКН, также участвовавших в исследовании), в ситуации свободной игры. Детям была предоставлена возможность играть как с типично мальчишескими или типично девчоночьими, так и с нейтральными игрушками. На рис. 6.2 наглядно показано, что девочки с ВГКН чаще предпочитали играть с мальчишескими игрушками и реже играли с девчоночьими игрушками, чем здоровые девочки, участвовавшие в исследовании для сравнения; однако обе группы не отличались друг от друга в частоте выбора нейтральных игрушек. По сравнению же с обычными мальчиками, девочки с ВГКН проводили с мальчишескими игрушками столько же времени и чуть больше — с девчоночьими игрушками.

А как у девочек с ВГКН проявляется гендерная идентичность? В 1974 году Анке Эрхарт и Сьюзен Бейкер спросили обследуемых детей, кем лучше быть — девочкой или мальчиком (Ehrhardt & Baker, 1974). В результате 6 из 17 девочек с ВГКН (35%) ответили, что они еще не решили либо что предпочли бы стать мальчиками, если бы такая возможность им представилась. И, напротив, только одна из 11 их сестер дала похожий ответ. Однако Эрхарт и Бейкер отметили, что «ни одна

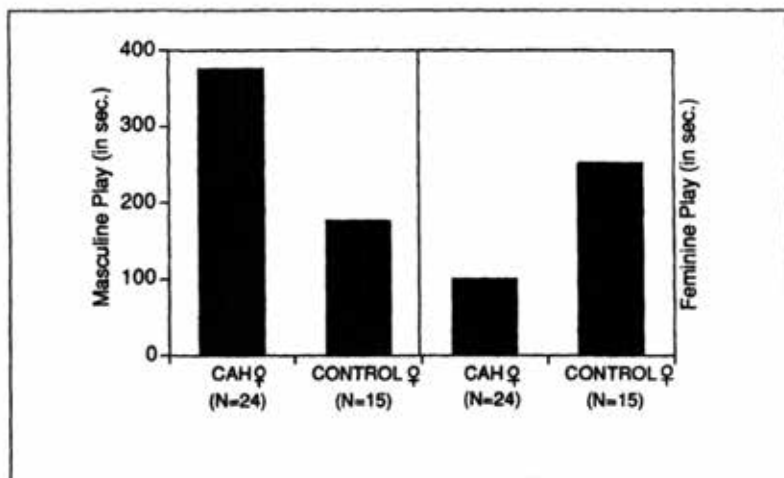


Рис. 6.2. Время, проведенное с игрушками, характерными для мальчиков и девочек, у девочек, имеющих ВГКН, и у обычных девочек, в течение десяти минут игры (время, проведенное с нейтральными игрушками, не показано). С согласия правообладателей взят из: Berenbaum & Hines, 1992, p. 205 (см.: Список литературы).

Использованные термины:

CAH (N=24) — группа из 24 девочек, страдающих врожденной гиперплазией коры надпочечников (ВГКН).

CONTROL (N=15) — контрольная группа из 15 здоровых девочек, участвующих в исследовании ради сравнения.

Masculine play (in sec.) — время (в секундах), уделенное играм, типичным для мужского пола (мальчишеским играм).

Feminine play (in sec.) — время (в секундах), уделенное играм, типичным для женского пола (девчоночьим играм).

из этих девочек [с ВГКН] не страдала из-за внутреннего конфликта по поводу своей женской гендерной идентичности и не была несчастна из-за того, что является девочкой, а не мальчиком» (Ehrhardt & Baker, 1974, p. 43).

Более масштабные клинические обследования девочек с ВГКН на предмет их гендерной идентичности (Meyer-Bahlburg, 1993a; Money, 1968, 1991) в целом соответствуют выводам Анке Эрхарт и Сьюзен Бейкер (Ehrhardt & Baker, 1974), тем не менее процент девочек с ВГКН, у которых с возрастом развиваются проблемы гендерной идентичности и которые, повзрослев,

начинают жить, играя мужскую социальную роль, значительно выше, чем этого можно было ожидать, учитывая общую базовую величину распространенности гендерной дисфории среди всей части населения, генетически относящейся к женскому полу (Zucker, 1994). В любом случае, были бы очень полезны более строгие формальные исследования, включая систематизированные психологические беседы как с детьми, так и с родителями. Эксперимент Анке Эрхарт и Сьюзен Бейкер, единственный в своем роде, очень трудно анализировать, не имея более глубокого представления о том, почему девочки, колеблющиеся между двумя гендерами, ощущали то, что показал опрос. Кроме того, анализ данных Эрхарт и Бейкер усложняется слишком большим разбросом возрастов обследованных девочек (4,3–19,9 лет). Например, возможно, некоторые девочки выражали сомнения относительно своего гендера, поскольку они еще не достигли гендерной устойчивости (Slaby & Frey, 1975); они также могли всего лишь теоретически предположить, что, вероятно, станут мальчиками, поскольку им нравятся мальчишеские игрушки; возможны и другие объяснения. Что же касается девочек более старшего возраста, то их сомнения относительно гендера могут объясняться совсем иными причинами.

Сексуальной ориентации взрослых женщин с ВГКН было посвящено восемь исследований, в которых участвовало различное количество пациенток, но их минимальное число равнялось 10. Результаты всех этих исследований подытожены в таблице 6.3. В связи с рассмотрением этих работ возникает сразу несколько методологических проблем, требующих нашего внимания. Во-первых, слишком широк разброс возрастов: в исследованиях участвовали даже девочки 11 лет. Во-вторых, исследования значительно отличаются друг от друга по такому признаку, как точность оценки сексуальной ориентации, а некоторые авторы вообще дают очень смутную информацию об использованных методах оценки (Lev-Ran, 1974; Slijper et al., 1992). Кроме того, в некоторых исследованиях сексуальная ориентация оценивалась только на основе поведения людей, но без учета их фантазий. В-третьих, в двух экспериментах обследовались женщины, не получавшие заместительную терапию кортизоном вплоть до зрелого возраста (их средний возраст начала терапии составлял 26 лет, при том что возрастной диапазон обследуемых составлял от 8 до 47 лет): отчасти это произошло потому, что они родились раньше, чем такая

терапия стала доступной (Ehrhardt, Evers, & Money, 1968; Lev-Ran, 1974). Причем женщины, так поздно начавшие лечиться, пережили значительную послеродовую вирилизацию, то есть уже в раннем детстве у них проявились отчетливые мужские половые признаки. Так, например, в исследовании Анке Эрхарт, Джона Мани и их коллеги (Ehrhardt, Evers, & Money, 1968) было отмечено, что одной из групп обследуемых женщин 18 в детстве была сделана операция по удалению клитора, вероятно, с косметическими целями, поскольку у каждой из них клитор внешне походил на пенис. И, наконец, в-четвертых, только в трех исследованиях привлекали для сравнения контрольные группы здоровых женщин (Dittmann, Kappes, & Kappes, 1992; Money, Schwartz, & Lewis, 1984; Zucker, Bradley, Oliver, et al., 1992).

Исследование 1968 года (Ehrhardt, Evers, & Money, 1968) посвящено женщинам с ВГКН, начавшим лечиться только в зрелом возрасте. Авторы исследования делают вывод о высокой распространенности среди них бисексуальных фантазий и бисексуального поведения, что вполне можно объяснить влиянием чрезмерно высокого уровня андрогенов, из-за которых происходит сдвиг сексуальной ориентации пациентки в сторону от женского (то есть гетеросексуального) образца. Кроме того, довольно высок оказался процент женщин, сообщивших, что не имели никакого опыта межличностного сексуального общения. Однако для всех уже очевидно, что при рассмотрении различных факторов, оказавших влияние на формирование сексуальной ориентации пациенток, нельзя не принимать в расчет как послеродовое воздействие чрезмерно высокого уровня андрогенов, так и реакцию социального окружения на фенотипическую маскулинизацию этих женщин.

Наконец, еще одно исследование женщин с ВГКН, начавших лечиться в зрелом возрасте, было проведено в Советском Союзе в 1974 году, его автором был Арье Лев-Ран (Lev-Ran, 1974). В отличие от авторов исследования 1968 года (Ehrhardt, Evers, & Money, 1968), Арье Лев-Ран не нашел никаких свидетельств гомосексуальных или бисексуальных фантазий у обследуемых женщин, и это при том, что значительная их часть, по-видимому, вообще не имела опыта межличностных сексуальных контактов. К сожалению, Лев-Ран очень невнятно описал методы своего исследования и при этом сделал вывод, что отсутствие бисексуальных и гомосексуальных фантазий является следствием искусственно заниженной оценки, связанной с социокультурными факторами.

Таблица 6.3. Сексуальная ориентация у женщин с врожденной гиперплазией коры надпочечников (ВГКН)

Study	Age (in years)			Country	Measure	Sexual orientation (%)			Comment
	n	M	Range			HT	BS/HS	No data ^a	
Ehrhardt, Evers, & Money (1968)	23	33	19–55	United States	Fantasy Behavior	39.1 52.2	43.5 17.4	17.4 30.4	
Lev-Ran (1974)	18	26	13–43	Soviet Union	Fantasy Behavior	77.7 38.8	0.0 0.0	23.3 62.2	Fantasy based on dreams only
Ehrhardt (1979)	13	16	11–24	United States	Fantasy/behavior	?	15.3	?	Classification as HT vs. no data not clear
Money et al. (1984)	30	21 ^b	17–26	United States	Fantasy	40.0	37.0	23.0	
Mulaikal et al. (1987)	80	30	18–69	United States	Behavior	57.5	5.0	37.5	
Dittmann et al. (1992)	34	—	11–41	Germany	Fantasy/behavior	73.6	26.4	0.0	
Slijper et al. (1992)	10	21 ^c	16–33	Netherlands	Fantasy Behavior	?	?	?	All said to be "heterosexual"
Zucker, Bradley, Oliver, et al. (1992)	31	24	18–36	Canada	Fantasy Behavior	20.0 70.0 73.3	0.0 23.3 0.0	80.0 6.7 26.7	Ratings for the year prior to the interview

Использованные термины:

Age (in years) — возраст (в годах).

Sexual orientation (%) — сексуальная ориентация (в процентах от общего числа обследуемых).

Study — здесь: ссылка на публикацию, содержащую описание данного исследования (полное библиографическое описание см. Список литературы).

n — количество участниц каждого исследования.

M — средний возраст участниц каждого исследования.

Range — возрастной диапазон участниц.

Country — страна проживания участниц исследования.

Measure — здесь: способ определения сексуальной ориентации (по поведению или по фантазиям участниц исследования).

No data — нет данных.

Comment — комментарий.

Fantasy — (сексуальная) фантазия.

Behavior — (сексуальное) поведение.

Fantasy based on dreams only — сексуальная фантазия, основанная исключительно на сновидениях.

Classification as HT vs. no data not clear — не представилось возможным отличить гетеросексуальных женщин от тех, кто не сообщил о себе никаких сведений.

All said to be heterosexual — по словам участниц исследования, все фантазии были исключительно гетеросексуальными.

Ratings for the year prior to the interview — оценки сделаны за год до психологической беседы.

United States — США.

Soviet Union — Советский Союз (СССР).

Germany — Германия.

Netherlands — Нидерланды.

Canada — Канада.

Примечание: HT — гетеросексуальный; BS/HS — бисексуальный или гомосексуальный.

а) отсутствие данных означает, что участница исследования либо отказалась предоставить информацию, либо сообщила, что у нее нет фантазий или нет опыта межличностного сексуального общения;

б) данные о среднем возрасте участниц исследования предоставлены Джоном Мани в личном письме автору этой книги от 7 апреля 1993 года;

с) возрастная медиана.

В 1984 году Джон Мани с соавторами провел первое методологически верное исследование сексуальной ориентации женщин с ВГКН, начавших лечиться в раннем возрасте (Money et al., 1984). Авторы этого исследования выявили высокий уровень гомосексуальных и бисексуальных фантазий в сравнении с контрольной группой женщин, имеющих либо синдром нечувствительности к андрогенам (при кариотипе 46 XY) и с детства воспитывавшихся как девочки, либо синдром Майера — Рокитанского — Кустера — Хаузера (МРКХ).

Эти результаты были подтверждены исследованием Р. Диттманна и его коллег 1992 года (Dittmann et al., 1992) и нашим исследованием (Zucker, Bradley, Oliver, et al., 1992); в обоих исследованиях, кроме самих женщин с ВГКН, участвовали, для сравнения, их здоровые сестры (родные и двоюродные). Все три этих исследования указали на более высокий уровень бисексуальных фантазий и на более низкий уровень межличностных сексуальных опытов любого рода, причем последний результат наблюдали также авторы исследования 1987 года (Mulaikal, Migeon, & Rock, 1987).

Именно это исследование (Mulaikal et al., 1987) впервые разделило пациентов на две группы: тех, кто страдает особой формой данного заболевания, приводящей к потере соли (salt-wasting, SW, разновидность болезни), и страдающих обычной вирилизацией (simple virilization, SV). В каждой из двух групп было по 40 женщин. Это разделение двух разновидностей болезни признано важным по крайней мере по двум причинам: во-первых, SW-пациентки требуют более комплексного лечения (то есть лечения, направленного как на борьбу с потерей соли, так и на борьбу с вирилизацией); во-вторых, есть доказательства того, что у SW-пациенток развивается более жесткая физическая маскулинизация, то есть они приобретают более яркие мужские половые признаки (Verkauf & Jones, 1970).

Что же касается физического состояния этих женщин, то в исследовании 1987 года (Mulaikal et al., 1987) сделан вывод, что SW-пациентки выше ростом; у них чаще, чем у SV-пациенток, встречаются патологии влагалища. Обе группы пациенток практически не отличались друг от друга по таким признакам, как избыточное оволосение (гирсутизм) и регулярность менструального цикла. Вероятно, эти физические различия являются следствием большей степени вирилизации SW-пациенток.

Помимо поведенческой сексуальной ориентации, о которой мы говорили выше, исследование 1987 года (Mulaikal et al., 1987) выявило тот факт, что 50% женщин из группы SV-пациенток вышли замуж ранее, чем за четыре года до момента исследования, тогда как среди SW-пациенток замужних было всего 13%. Из группы SV-пациенток 15 женщин сумели зачать ребенка, тогда как в группе SW-пациенток это удалось только одной женщине.

Исследование 1987 года (Mulaikal et al., 1987) содержит множество полезных сведений по целому ряду аспектов данной проблемы. Во-первых, из него следует, что психосексуальная сфера

жизнедеятельности женщин с ВГКН во многом ослаблена и неполноценна: такой вывод напрашивается из небольшого процента замужних женщин и из факта отсутствия у большинства опыта межличностных сексуальных отношений. Во-вторых, исследование вскрыло серьезные различия между SV- и SW-группами в том, что касается физического состояния и способности к зачатию. Авторы этой книги и наши коллеги (Zucker, Bradley, Oliver, et al., 1992) также пришли к выводу, что наши SW-пациентки реже, чем SV-пациентки, вступают в сексуальные связи с мужчинами или выходят замуж.

Дискуссия в связи с результатами исследования ВГКН

В целом, данные исследований о ВГКН могут быть интерпретированы как аналог результатов обследований животных, над которыми проводились опыты, связанные с пренатальными гормонами, в результате чего изменилось их поведение, характеризующее половой диморфизм. Однако с такой интерпретацией согласны далеко не все. Критики этого подхода призывают к совсем другому объяснению результатов обследования больных ВГКН: такое поведение пациенток может быть следствием, например, родительской реакции на гермафродитизм ребенка (родители зачастую не прибегают к хирургическому вмешательству, пока ребенок не начинает ходить), или надежд родителей на «необычную судьбу» их «двуполого» ребенка, или побочных эффектов от приема лекарств (см.: Birke, 1981; Bleier, 1984, pp. 97–101; Doell & Longino, 1988; Fausto-Sterling, 1985, pp. 133–138; Kaplan, 1980; Kessler, 1990; Quadagno, Briscoe, & Quadagno, 1977; Rogers & Walsh, 1982; Unger & Crawford, 1992, pp. 211–214; van den Wijngaard, 1991a, 1991b). На наш взгляд, подобные объяснения имеют целью в принципе отвергнуть само предположение о том, что послеродовое воздействие андрогенов является, в терминологии Джона Мани (Money, 1988), «преддверием» для развития и выражения форм поведения, характеризующих половой диморфизм.

Поведенческие последствия у женщин с ВГКН (усиление проявлений типично мужского поведения и (или) ослабление проявлений типично женского поведения) вполне соответствуют большому количеству данных, полученных в ходе экспериментов над животными, которым искусственно меняли уровень андрогенов.

Данные о больных ВГКН также согласуются с результатами тех опытов над животными, когда им вводят диэтилстильбэстрол (diethylstilbestrol, DES), нестероидный эстроген, в котором тестостерон ароматизируется до эстрадиола и рецепторов эстрогена. Пренатальное и перинатальное введение DES у низших животных приводит к маскулинизации как сексуального, так и не сексуального поведения, определяющего половой диморфизм (см., например: Meyer-Bahlburg & Ehrhardt, 1986).

У людей же изучение последствий введения DES на поведение, определяющее половой диморфизм, стало возможным благодаря распространенному препарату для сохранения беременности. Данная практика была вскоре прекращена из-за неблагоприятного воздействия DES на здоровье ребенка (см. об этом: Herbst, Ulfelder, & Poskanzer, 1971). В результате обследования нескольких женщин, которым вводили DES, был выявлен определенный сдвиг их поведения в «мужскую» сторону, то есть у них появились поведенческие черты, характерные для мужчин, включая гендерную роль, способы познания окружающего мира, а также сексуальную направленность фантазий (см.: Ehrhardt et al., 1985, 1989; Hines & Shipley, 1984; Meyer-Bahlburg, Ehrhardt, et al., 1985; Meyer-Bahlburg et al., 1995; сведения об отсутствии вышеописанного воздействия DES на женщин см.: Lish et al., 1991; Lish, Meyer-Bahlburg, Ehrhardt, Travis, & Veridiano, 1992). Однако воздействие DES явно слабее последствий ВГКН, поскольку DES не приводит к столь сильной маскулинизации, как андрогены, которые чрезмерно вырабатываются при ВГКН. При этом сведения о воздействии DES важны для нас еще и потому, что у женщин, которым вводили DES, дети женского пола имели нормальные женские половые органы, не подвергшиеся маскулинизации, что, по идее, исключает возможное влияние проведенной терапии DES на дальнейшую социализацию этих детей.

Тем не менее следует признать, что наблюдаемые весьма существенные индивидуальные психосексуальные различия пациенток, страдающих ВГКН, еще не объяснены полностью. Как еще, помимо дисперсии ошибки (то есть, например, заниженной оценки бисексуальных или гомосексуальных чувств пациенток из-за их опасения социальной стигматизации), можно объяснить эти индивидуальные различия? Возможно, что неодинаковый уровень пренатальных андрогенов, воздействию которых

подвергались пациентки с ВГКН, находясь в утробе матери, привел к нетипичным психосексуальным последствиям различного уровня. Такой вывод можно сделать, наблюдая различия между SW- и SV-пациентками (см., например: Dittmann, Kappes, Kappes, Borger, Meyer-Bahlburg, et al., 1990; Dittmann et al., 1992; Mulaikal et al., 1987; Slijper, 1984; Zucker, Bradley, Oliver, et al., 1992). Но даже внутри подгруппы SW-пациенток, подверженных более сильному воздействию андрогенов, наблюдаются индивидуальные различия. Таким образом, другое объяснение заключается в том, что социальные воздействия могут усилить либо, наоборот, ослабить предполагаемую биологическую предрасположенность к склонению к типично мужским формам поведения. К сожалению, серьезная эмпирическая работа по оценке социальных влияний пока не проведена. Но существуют некоторые косвенные доказательства, свидетельствующие против теории социальных влияний. Например, авторы исследования 1992 года (Berenbaum & Hines, 1992; см. также: Berenbaum, 1990) не обнаружили никакой связи между уровнем физической маскулинизации (то есть удлинением клитора) и степенью усиления типично мужских форм поведения (ср.: Dittmann, Kappes, Kappes, Borger, Stegner, et al., 1990b). Тем не менее представляется очень важным запланировать на будущее новые исследования, посвященные непосредственно социальным переменным, чтобы изучить социальные факторы, которые способствуют усилению либо ослаблению биологической предрасположенности девочек и женщин, имеющих ВГКН, к тем формам поведения, которые в данной культурной среде считаются мужскими. Кроме нескольких исследований, посвященных отдельным клиническим случаям (см.: Money, 1991; Money & Lewis, 1987), известно удивительно мало работ по определению того, как сами дети с ВГКН воспринимают свое состояние и какое влияние это оказывает на их психосексуальное развитие [19].

Хотя очень полезным и информативным является изучение психосексуальной дифференциации у людей, имеющих различные формы интерсексуальности (гермафродитизма), некоторые исследователи задавались вопросом о правомерности использования результатов этих исследований для изучения людей без признаков интерсексуальности (см., например: Hoenig, 1985b). Как заметили некоторые, ярко выраженная интерсексуальность очень редко сопровождается гомосексуальностью

или расстройством гендерной идентичности (как у детей, так и у взрослых). Если же под влиянием факторов, связанных с пренатальными гормонами, возникают некоторые психосексуальные состояния, то в этих случаях необходимо выявить и другие маркеры, оказывающие влияние на данный процесс. За последние два десятилетия исследователи пытались подступиться к этой проблеме сразу с нескольких сторон.

Эффект положительного отклика эстрогенов

В современной сексологии так называемый эффект положительного отклика эстрогенов» (positive estrogen feedback effect, PEFE), он же «эффект Хольвега» (Dörner, 1976), играет особую роль в спорах о влиянии пренатальных гормонов как на сексуальную ориентацию и расстройство гендерной идентичности (транссексуальность) взрослых, так и, косвенно, на расстройство гендерной идентичности у детей [20].

Повышенный уровень эстрогенов во время фолликулярной фазы менструального цикла вызывает у женщин временное понижение секреции лютеинизирующего гормона (ЛГ), что является отрицательным откликом, вслед за которым происходит резкий всплеск уровня ЛГ, который и называется положительным откликом эстрогенов (PEFE), что в итоге приводит к овуляции. Это явление считается следствием половой дифференциации, обусловленной влиянием пренатальных гормонов. Подобный же эффект может быть достигнут экспериментально, посредством введения в организм искусственно синтезированных эстрогенов, таких как премарин. Заметим, при таком же введении эстрогенов мужчинам эффект PEFE не отмечается, во всяком случае, не наблюдается столь же сильный эффект, как у женщин (см.: Dörner, Rohde, & Schnorr, 1975).

Экспериментальное изучение крыс показало похожий половой диморфизм в отношении PEFE (обзор этих экспериментов см.: Dörner, 1976, 1988; Meyer-Bahlburg, 1982, 1984). PEFE был существенно снижен у тех самок крыс, которым сразу после рождения вводили андрогены. Однако столь же сильного (если вообще какого-то) эффекта невозможно было добиться у тех самцов крыс, которых кастрировали во взрослом возрасте, а затем ввели им эстрогены. Гюнтер Дёрнер (Dörner, 1988) также заметил, что подобный эффект не наблюдается у кастрированных самцов других видов млекопитающих, включая хомяков, свиней, овец,

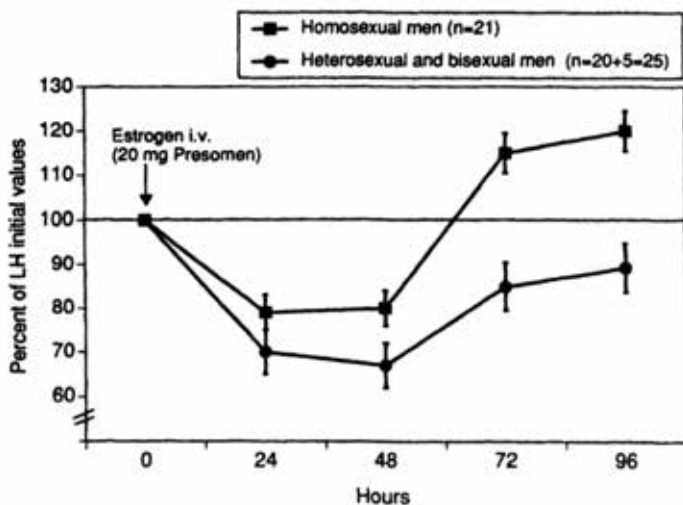


Рис. 6.3. Изменение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) как реакция на введение эстрогенов, выраженное в процентах от среднего первоначального уровня ЛГ у гомосексуальных, гетеросексуальных и бисексуальных мужчин. С согласия правообладателей взят из: Dörner, Rohde, Stahl., Krell, & Masius, 1975, p. 5 (см. Список литературы).
Использованные термины:

Homosexual men (n = 21) — группа, состоящая из 21 гомосексуального мужчины.

Heterosexual and bisexual men (n = 20 + 5 = 25) — группа, состоящая из 20 гетеросексуальных мужчин и 5 бисексуальных мужчин.

Percent of LH initial values — процент от первоначальных значений уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ).

Estrogen i.v. (20 mg Presomen) — внутривенная инъекция эстрогена (20 мг «пресомена»).

± SEM — с учетом стандартной ошибки среднего (standard error of the mean).

Hours — часы.

макак-резусов. Эти экспериментальные исследования наводят на мысль об организационном воздействии пренатальных и (или) перинатальных гормонов на РЕФЕ, связанный с половым диморфизмом.

Гюнтер Дёрнер и его группа из ГДР предположили, что в случае если описанную модель, наблюдаемую у крыс, применить

к людям, то следует ожидать, что гомосексуалы и транссексуалы проявят такой же нетипичный для своего пола РЕФЕ, при условии что они подвергались такому же нетипичному воздействию пренатальных гормонов [21]. Чтобы проверить эту гипотезу, Дёрнер с соавторами (Dörner, Rohde, Stahl, Krell, & Masius, 1975; см. также: Dörner, Rohde, Krell, 1972) обследовали 20 гетеросексуальных мужчин, 21 гомосексуального мужчину и 5 бисексуальных мужчин. Каждому участнику было введено 20 мг препарата «пресомен», содержащего эстроген, а затем измерены изменения уровней ЛГ по сравнению с первоначальными значениями. В результате, на рис. 6.3 хорошо видно, что при всех индивидуальных различиях гомосексуальные мужчины показали более высокий уровень РЕФЕ, чем гетеросексуальные и бисексуальные мужчины, вместе взятые. На основании полученных данных Дёрнер и его коллеги (Dörner, Rohde, Stahl, et al., 1975) высказали предположение, что «мозг гомосексуальных мужчин по своей структуре хотя бы отчасти может напоминать женский мозг» (s. 2). Позднее Дёрнер (Dörner, 1976) охарактеризовал предполагаемое явление как «ложный гермафродитизм центральной нервной системы, произошедший, вероятно, из-за абсолютной или относительной недостаточности андрогенов в критически важный период внутриутробного развития плода, когда происходит формирование гипоталамуса» (s. 6).

В связи с ростом числа данных, свидетельствующих об отсутствии какого-либо влияния сексуальной ориентации человека на общий гормональный состав организма в целом (что было описано выше), исследование Дёрнера с соавторами 1975 года (Dörner, Rohde, Stahl, et al., 1975) сохранило свое научное значение благодаря тому, что изменило направление исследований, переключив внимание ученых на вопросы, связанные с влиянием пренатальных гормонов, особенно той системы, которая объединяет гипоталамус, гипофиз и гонады, а также благодаря выявлению нейроэндокринных маркеров, с помощью которых можно различить гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин, у которых не наблюдается никаких явных признаков интерсексуальности (гермафродитизма) в области половых органов.

Вскоре после этого исследовательская группа Дёрнера выявила похожий РЕФЕ у транссексуальных мужчин, но при этом у транссексуальных женщин наблюдалось обратное явление — подавление РЕФЕ (Dörner, Rohde, Seidel, Haas, & Schoft, 1976).

Подавление PEFE у транссексуальных женщин позднее было подтверждено другой группой исследователей (Seyler, Canalis, Spare, & Reichlin, 1978). (Заметим, что еще одна группа исследователей (Livingstone, Sagel, Distiller, Morley, & Katz, 1978) не обнаружила PEFE ни у гетеросексуальных, ни у гомосексуальных мужчин, рассмотренных в сравнении. Однако методика их эксперимента настолько сильно отличалась от методики группы Дёрнера (Dörner, Rohde, Stahl, et al., 1975), в частности, временной интервал после инъекции, в течение которого они делали замеры, был настолько коротким, что их работа не может рассматриваться как повторный проверочный эксперимент, проведенный по всем правилам. Действительно, эта группа исследователей (Livingstone et al., 1978) даже не упоминала работу группы Дёрнера. На эту тему см. также: Halbreich, Segal, & Chowers, 1978).

В 1984 году было проведено еще одно исследование (Gladue, Green, Hellman, 1984), повторившее эксперимент группы Дёрнера (Dörner, Rohde, Stahl, et al., 1975): в этом эксперименте участвовали 17 гетеросексуальных мужчин, 14 гомосексуальных мужчин и 12 гетеросексуальных женщин из США. Заметим, хотя Дёрнер и его коллеги ссылались на предыдущее исследование 1970 года (Van de Wiele, et al., 1970), согласно которому PEFE менее ярко выражен у гомосексуальных мужчин, чем у женщин, которые предположительно гетеросексуальны, сам Дёрнер не стал привлекать женщин к своему исследованию. Однако это было сделано в 1984 году (Gladue et al., 1984), когда выяснилось, что при реакции на внутривенное введение 20 мг премарина у гомосексуальных мужчин наблюдалось повышение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) ровно до уровня между ЛГ гетеросексуальных мужчин и женщин (см. рис. 6.4).

Проверочный повтор эксперимента Дёрнера, учитывающий всю сложность и полноту экспериментальной методики нового исследования, представляет собой важную эмпирическую ступень, подтверждающую правильность выводов Дёрнера и его коллег (Dörner, Rohde, Stahl, et al., 1975), что PEFE может служить нейроэндокринным маркером сексуальной ориентации. Одновременно с исследованием 1984 года (Gladue et al., 1984) все та же группа Дёрнера провела новую работу (Dörner, Rohde, Schott, & Schnabl, 1983), согласно которой PEFE наблюдается у транссексуальных мужчин, имеющих гомосексуальную ориентацию, но не наблюдается у транссексуальных мужчин, имеющих гетеросексуальную

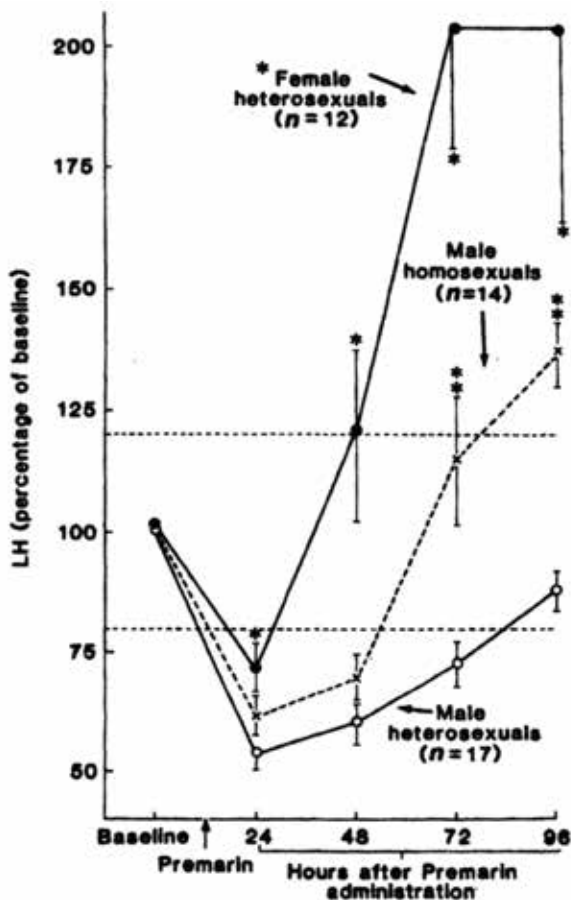


Рис. 6.4. Изменения уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) как реакция на однократное введение премарина.

Значения приведены с учетом стандартной ошибки среднего (SE), обозначенной вертикальными чертами. Пунктирные линии обозначают доверительный интервал базовых величин всех групп. Групповое сравнение включает в себя: * гетеросексуальных женщин, чьи показатели существенно отличаются от показателей гетеросексуальных и гомосексуальных мужчин в течение всего периода исследования ($p < 0,05$); ** гомосексуальных мужчин, чьи показатели существенно отличаются от показателей гетеросексуальных мужчин в течение 72 из 96 часов исследования ($p < 0,05$). У всех групп наблюдалось снижение уровня лютеинизирующего гормона в течение первых 24 часов

исследования. С согласия правообладателей взято из статьи: Gladue, Green, Hellman, 1984, p. 1496 (см. Список литературы).

Использованные термины:

Female heterosexuals (n = 12) — группа из 12 гетеросексуальных женщин.

Male homosexuals (n = 14) — группа из 14 гомосексуальных мужчин.

Male heterosexuals (n = 17) — группа из 17 гетеросексуальных мужчин.

LN (percentage of baseline) — ЛГ (лютеинизирующий гормон) в процентах от первоначального значения (до введения эстрогена).

Baseline — первоначальный уровень ЛГ (до введения эстрогена).

Premarin — премарин.

Hours after premarin administration — часы, прошедшие после внутривенного введения премарина.

или бисексуальную ориентацию. Эти данные наводят на мысль, что у транссексуалов РЕФЕ сильнее связан с сексуальной ориентацией, чем с расстройством гендерной идентичности самим по себе, либо же эффект ограничен только гендерной дисфорией взрослых, которая развивается из детской межгендерной самоидентификации (см. также: Rohde, Uebelhack, Dörner, 1986).

Обзор критики роли РЕФЕ

Несмотря на все вышеупомянутые исследования, за последние 10 лет значение РЕФЕ как нейроэндокринного маркера сексуальной ориентации или необычной гендерной самоидентификации, неоднократно становилось предметом эмпирических, методологических и теоретических споров.

Что касается эмпирического плана, то в 1984 и 1986 годах Луис Гурен с соавторами сообщили, что в похожем эксперименте они не наблюдали никакого РЕФЕ ни у гомосексуальных мужчин, ни у транссексуальных мужчин, ни у транссексуальных женщин (Gooren, Rao, van Kessel, & Harmsen-Louman, 1984; Gooren, 1986a, 1986b). Затем в 1989 году еще одна группа ученых сообщила о похожем результате: никакого РЕФЕ у гомосексуальных мужчин (Hendricks, Graber, & Rodriguez-Sierra, 1989). Было проведено несколько других исследований, по различным экспериментальным методикам, с различными группами транссексуальных мужчин и женщин. В ходе одних получились результаты, сходные с первоначальными результатами, полученными группой Дёрнера

(см., например: Boyar & Aiman, 1982; Kula, Dulko, Pawlikowski, Imielinski, & Slowikowska, 1986; Kula & Pawlikowski, 1986). Однако другие эти результаты не подтвердили (см., например: Goodman et al., 1985; Spijkstra, Spinder, & Gooren, 1988; Spinder, Spijkstra, Gooren, & Burger, 1989; Wiesen & Futterweit, 1983).

С нашей точки зрения, споры, касающиеся значимости PEFE для определения сексуальной ориентации или транссексуальности, не смогут привести к каким-то новым результатам только с помощью многочисленных повторов проведенных экспериментов. В данном вопросе ситуация резко контрастирует с результатами многочисленных исследований, которые приводят к заключению, что общий гормональный фон организма в целом никак не отличается у гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин или женщин.

И методологический, и концептуальный подходы еще более усложнили объяснение предполагаемого эффекта PEFE, описанного группой Дёрнера (Dörner, Rohde, Stahl, et al., 1975) и второй группой исследователей (Gladue et al., 1984). Например, с методологической точки зрения эксперимент 1989 года (Hendricks et al., 1989) критиковали за то, что в нем участвовало столь мало людей (3–5 человек на каждый уровень дозировки), поэтому исследование не имеет полноценной статистической мощности. Те же обвинения звучали в адрес исследования Луиса Гурена 1986 года (Gooren, 1986a), число транссексуальных участников которого никогда не превышало шести человек. Кроме того, в исследование Гурена были, по-видимому, включены одновременно и гомосексуальные, и не гомосексуальные пациенты. Если же PEFE сильнее связан именно с сексуальной ориентацией (и/или с детской межгендерной самоидентификацией), то включение в исследование не гомосексуальных транссексуалов является весьма проблематичным, поскольку они могут в принципе свести на нет результаты теста на PEFE у гомосексуальных транссексуалов. Рискнем даже сказать, что если бы исследование группы Дёрнера 1983 года (Dörner, Rohde, et al., 1983) можно было однозначно подтвердить (см. об этом выше), то значение экспериментов Гурена стало бы заметно меньше. Что касается исследования Луиса Гурена с участием гомосексуальных мужчин (Gooren, 1986a), то уже было отмечено, что методически оно не является точным повтором ни исследования 1975 года (Dörner, Rohde, Stahl, et al., 1975), ни исследования 1984 года (Gladue et al., 1984).

Что же касается критики концептуальной и интерпретационной стороны вопроса, то она приводит нас к еще более сложным проблемам. Здесь был сделан целый ряд важных наблюдений.

Во-первых, некоторые исследователи утверждали, что РЕФЕ определяет половой диморфизм далеко не у всех обезьян и полуобезьян (см., например: Hodges, 1980), а в этом случае ставится под сомнение теоретическое обоснование всей рассматриваемой модели, примененной в отношении людей. Однако это возражение нельзя считать убедительным: ведь РЕФЕ явно определяет половой диморфизм у всех гетеросексуальных мужчин и женщин, у которых имеются гонады, и если существует различие в сексуальной ориентации у людей одного пола, то это явление должно быть объяснено само по себе (независимо от того, как это происходит у других биологических видов).

Во-вторых, высказывалось мнение, что повышение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) у гомосексуальных или транссексуальных мужчин не соответствует всем клиническим признакам подлинного РЕФЕ, наблюдаемого у женщин (Gooren, 1986a). Однако этот довод нельзя считать удовлетворительным, поскольку в этом случае придется объяснить существенные количественные показатели роста уровня ЛГ у гомосексуалов и транссексуалов; кроме того, ни в исследовании 1975 года (Dörner, Rohde, Stahl., et al., 1975), ни в работе 1984 года (Gladue et al., 1984) не высказывалось никаких утверждений о том, что РЕФЕ, наблюдаемый у гомосексуальных мужчин, должен полностью копировать РЕФЕ, наблюдаемый у гетеросексуальных женщин.

В-третьих, возможно, самое важное возражение заключалось в том, что РЕФЕ в большей степени зависит от общего уровня сопутствующих гормонов в организме человека, чем от предполагаемого влияния пренатальных гормонов, связанных с половым диморфизмом. Например, у подопытных самцов обезьян РЕФЕ наблюдается уже после удаления гонад, из чего напрашивается вывод, что повышение уровня ЛГ не может считаться детерминированным процессами, происходящими с участием пренатальных гормонов. Например, Луис Гурен (Gooren, 1986a) показал, что у транссексуальных мужчин РЕФЕ возникал только после терапии женскими половыми гормонами. С другой стороны, группа исследователей (Leyendecker, Wardlaw, Leffek & Nocke, 1971) еще в 1971 году указала, что РЕФЕ может быть вызван у женщин с различным менструальным статусом (то есть как с нормальными

менструациями, так и с нарушениями менструального цикла — олигоменореей, аменореей, а также у женщин в постменопаузе). Тем не менее возможность РЕФЕ у мужчин или отрицательного отклика у женщин, принимающих межгендерные гормоны, породила новые трактовки этих данных. Например, в противоположность результатам группы Дёрнера (Dörner, Rohde, Stahl, et al., 1975) инъекции премарина, сделанные авторами эксперимента 1984 года (Gladue et al., 1984), привели к заметному снижению уровня тестостерона как у гетеросексуальных мужчин, так и у гомосексуальных мужчин (но не у женщин), при этом уровни тестостерона у гомосексуальных мужчин поднимались до исходного значения дольше по времени. Авторы исследования 1985 года (Baum, Carroll, Erskine, & Tobet, 1985) заметили, что у некоторых обезьян и полуобезьян отсутствие секреции ЛГ может быть связано с «мощным тормозящим действием одного из половых гормонов, вырабатываемых яичками, то есть тестикулярных гормонов, на чувствительность нейроэндокринной оси к эстрогену» (р. 961); исследователи предположили, что похожий механизм может действовать и в человеческом организме, то есть у мужчин. Исходная причина этого предполагаемого влияния яичек остается неясной (Gladue, 1985). Гурен высказал мнение (Gooren, 1990a), что пониженный уровень тестостерона может быть вызван такими внешними воздействиями, как периодическое рекреационное употребление наркотиков; снижение уровня тестостерона можно объяснить также инфекцией яичек или иной причиной, связанной со здоровьем. И хотя авторы исследования 1984 года (Gladue et al., 1984) сообщили, что участники их экспериментов не страдали никакой наркотической зависимостью и обладали хорошим здоровьем, Гурен был убежден (Gooren, 1990a), что в данном случае мнимый РЕФЕ был искусственно вызван именно пониженным уровнем тестостерона, и это никак не связано с процессами, которые происходят с участием пренатальных гормонов.

В 1993 году Хайно Майер-Бальбург (Meyer-Bahlburg, 1993b) заметил, что из-за нынешней эпидемии СПИДа эндокринная система многих гомосексуальных мужчин нарушена, отчего дальнейшее исследование РЕФЕ проблематично. И, действительно, оказалось, что некоторые гомосексуальные мужчины, принимавшие участие в эксперименте 1984 года (Gladue et al., 1984), судя по ретроспективным обследованиям, уже в то время были заражены ВИЧ; однако проведенные затем повторные анализы результатов

эксперимента 1984 года не выявили никакой разницы между показателями ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных мужчин: об этом 29 июня 1993 года сообщил автор исследования 1984 года в личном письме авторам этой книги. В любом случае, неоднозначные методологические, эмпирические и концептуальные данные, касающиеся РЕФЕ, вынудили Джона Мани признать, что данная проблема «зашла в тупик» (Money, 1988, p. 113).

Ознакомление с научной литературой по теме приводит к выводу, что до сих пор еще не было предпринято должных усилий для изучения РЕФЕ у гомосексуальных и транссексуальных мужчин и женщин. Справедливо предположить, что новые эмпирические исследования прояснят это явление в той части, которая вообще может быть объяснена. С другой стороны, складывается впечатление, что концептуальная критика подтолкнула некоторых исследователей к заключению об отсутствии связи между сексуальной дифференциацией людей, формирующейся еще во внутриутробный период, и гормональными воздействиями, определяющими сексуальную ориентацию взрослого человека, даже если эти воздействия имеют место.

Заключение

Итак, спросим себя: какие сведения мы можем почерпнуть из научной литературы, посвященной воздействию пренатальных гормонов на поведение как животных, так и людей, имеющих интерсексуальные особенности организма, а также взрослых людей с гомосексуальной ориентацией либо с необычной гендерной идентичностью, относящиеся к подобным механизмам у детей с расстройством гендерной идентичности?

Ни у кого из детей, имеющих расстройство гендерной идентичности, не наблюдается признаков физиологического гермафродитизма, включая гормональные расстройства. Это наблюдение замечательно уже само по себе, ведь опытные психиатры-практики подтверждают, что значительная часть этих детей проявляет признаки глубокой межгендерной самоидентификации. Однако недавние достижения исследователей ясно показали, что существует большая вероятность, что на их поведение влияют пренатальные гормоны, однако это влияние не настолько сильно, чтобы изменить внешнюю структуру половых органов

и всей репродуктивной системы. И здесь особенно полезным будет изучение обезьян и полуобезьян.

В 1988 году группа исследователей (Goy, Bercovitch, & McBair, 1988) проводила эксперименты с самками макаков-резусов (*Macaca mulatta*) и смогла вызвать у них поведенческую маскулинизацию без гермафродитизма половых органов, благодаря периодическим изменениям сроков введения тестостерона пропионата во внутриутробный период. Следует заметить, что эксперимент проводился только на самках, а с самцами аналогичных опытов пока не было. С точки зрения интерпретации такая методика интересна тем, что устраняет возможную путаницу — то есть вероятность того, что поведение, свойственное мужскому полу (маскулинизация), возникнет у самок вследствие реакции сородичей на ненормальное строение их внешних половых органов.

На рис. 6.5 частично отображено такое поведение: самки, которые уже на ранних этапах внутриутробного развития подвергались воздействию тестостерона и из-за этого по строению внешних половых органов отчасти напоминали самцов, чаще проявляли такую форму поведения, как насаживание на своих матерей и сверстников (то есть манеру поведения, свойственную самцам), и реже занимались чисткой шерсти матерей (то есть занятием, свойственным самкам), чем обычные самки с нормальным внешним видом гениталий. Однако они не отличались от нормальных самок по частоте и активности своего участия в играх, похожих на драку. В противоположность им самки, которые подверглись воздействию тестостерона лишь на поздних этапах внутриутробного развития и потому имели нормальные половые органы, чаще и активнее участвовали в играх, похожих на драку, и чаще насаживали на сверстников, однако не отличались от нормальных самок в частоте насаживаний на матерей. Матери тех самок, которые раньше подверглись воздействию тестостерона, чаще обследовали половые органы детенышей, чем это делали матери нормальных самок, а матери самок, позже подвергшихся воздействию тестостерона, делали это так же часто, как и матери обычных самок. Авторы исследования 1988 года (Goy et al., 1988) приходят к заключению, что «индивидуальные поведенческие черты, являющиеся составной частью типичного для мужского пола поведения молодых особей, регулируются

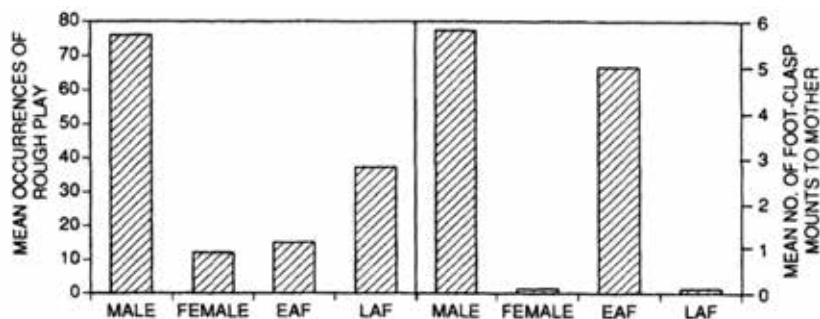


Рис. 6.5. Средние значения распространенности игр, похожих на драку (левая панель), и насакиваний (с обхватом задними лапами) на матерей (правая панель) у нормальных самцов и нормальных самок макак-резусов, а также у самок, подвергшихся воздействию тестостерона на раннем и позднем этапах внутриутробного развития. С согласия правообладателей взято из: Goy, Bercovitch, McBair, 1988, pp. 559, 565 (см. Список литературы).

Использованные термины:

Mean occurrences of rough play — средняя величина распространенности игр, похожих на драку.

Mean No. of foot-clasp mounts to mother — среднее количество насакиваний (с обхватом ногами) на матерей.

Male — самец.

Female — самка.

EAF, early androgenized female — самка, которую начали подвергать воздействию андрогенов (тестостерона) на ранней стадии внутриутробного развития.

LAF, late androgenized female — самка, которую начали подвергать воздействию андрогенов (тестостерона) на поздней стадии внутриутробного развития.

независимо друг от друга организационным воздействием андрогенов и имеют отдельные критические периоды» (p. 552).

Связь между воздействием пренатальных андрогенов и повышенным уровнем поведенческих черт, свойственных мужскому полу, при том что эти черты возникли несмотря на отсутствие маскулинизации половых органов, приводит к мысли, что у обезьян и полуобезьян пренатальные гормоны могут воздействовать отдельно на морфологию и отдельно на поведение. Отсюда вытекает очевидный вывод о возможности подобных механизмов у людей.

Как мы уже отмечали выше, гомосексуальная ориентация обычно не сопровождается явной физиологической интерсексуальностью (гермафродитизмом). Тем не менее в 1976 году Гюнтер Дёрнер (Dörner, 1976) высказал мнение, что в данном случае возможен «ложный гермафродитизм центральной нервной системы», предполагающий наличие более мягких разновидностей внутриутробной маскулинизации или дефеминизации, включая возможный «дефект» андрогенных рецепторов.

В 1993 году группа исследователей (Maske et al., 1993) предприняла попытку проверить эту гипотезу хотя бы косвенно, через выявление аномальных изменений последовательности ДНК в андрогенных рецепторах у гомосексуальных мужчин и тех мужчин, которые предположительно считались гетеросексуальными. Некоторые гомосексуальные мужчины, привлеченные к эксперименту, участвовали в другом исследовании 1993 года (Hamer et al., 1993a). Было использовано три метода исследования: 1) расчет степени конкордантности аллелей андрогенных рецепторов у 36 пар гомосексуальных братьев; 2) измерение длины полиглютаминового и полиглицинового путей в аминоконце андрогенного рецептора у гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин; 3) и, наконец, обследование всей области кодирования андрогенного рецептора с целью выявления возможного изменения последовательности ДНК у гомосексуальных мужчин, имеющих братьев или родственников, также гомосексуальных. В итоге авторы (Maske et al., 1993) пришли к выводу, что ни одним из этих трех методов невозможно доказать наличие изменений последовательности ДНК. Авторы предполагают, что было бы интересно проверить «дополнительные составляющие, вовлеченные в процесс воздействия половых гормонов на организм, чтобы определить, влияют ли на сексуальную ориентацию человека наследственные изменения в других участках системы» (р. 851).

Предродовой материнский стресс

Изучение проблемы на примере животных

У беременных крыс материнский стресс может быть вызван внешним воздействием, способным возбудить в них отвращение (например, содержание в замкнутом пространстве и частое

облучение ярким светом прожекторов). Такое воздействие оказывается весьма эффективным, о чем свидетельствует повышенный уровень кортикостерона в плазме крови матери и ее детенышей мужского пола (Ward & Weisz, 1980, 1984). Если подобные стрессы случаются на определенных этапах беременности, то они изменяют внутриутробную активность тестикулярных ферментов, в результате чего сначала происходит кратковременный рост уровня андрогенов, а затем наступает длительная андрогенная недостаточность (см. рис. 6.6). При этом, хотя внешне репродуктивная система детеныша остается неизменной, вследствие

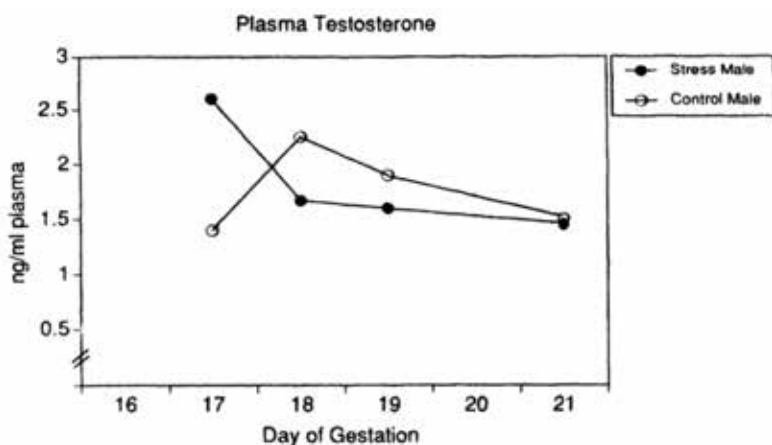


Рис. 6.6. Средняя величина концентрации тестостерона в образцах плазмы, взятых у плодов крыс мужского пола между 17-м днем и 21-м днем внутриутробного развития (то есть за 2 дня до рождения).

Две группы плодов — подвергшиеся стрессу и не подвергшиеся — существенно отличаются друг от друга ($p < 0,05$) в 17-й и 18-й день внутриутробного развития. С согласия правообладателей взято из: Ward & Weisz, 1980, р. 328 (см. в Списке литературы в конце книги).

Использованные термины:

Plasma Testosterone — уровень тестостерона в плазме крови.

Day of Gestation — день внутриутробного развития.

Stress Male — плод самца, подвергшийся стрессу (искусственно вызванному внешним воздействием).

Control Male — взятый для сравнения плод самца, не подвергавшийся стрессу.

ng/ml plasma — нг тестостерона на миллилитр плазмы крови.

внутриутробного стресса происходит изменение размеров ядра преоптической зоны гипоталамуса, определяющего половой диморфизм (Ward, 1992). Вероятно, именно эти изменения и оказывают аномальное воздействие на послеродовое поведение детенышей мужского пола, связанное с половым диморфизмом (см. рис. 6.7), включая демаскулинизацию (то есть сниженную активность при спаривании) и феминизацию (то есть лордоз), а также поведение, не относящееся к сексуальным действиям, но типичное для мужского пола: например, игры, похожие на драку (Ward, 1972, 1984, 1992). Как заметила Ингеборг Л. Уорд (Ward, 1992), похожие нейроанатомические и поведенческие эффекты у детенышей женского пола являются менее стойкими.

Недавно очередные группы исследователей получили похожие результаты, подвергая беременных крыс воздействию этанола. Например, авторы эксперимента 1986 года (Meyer & Riley, 1986) наблюдали у детенышей как мужского, так и женского пола игровое поведение, свойственное противоположному полу (то есть самки, а не самцы, затевали игровые сражения), а потомство мужского пола совершало сексуальные действия, свойственные самкам (Dahlgren, Matuszczyk, & Hård, 1991; Ward, Ward, Winn, & Bielawsky, 1994; Watabe & Endo, 1994). В другом эксперименте воздействие этанола подавляло у плодов самцов нормальный рост уровня тестостерона, наблюдаемый у обычных плодов самцов, не подвергавшихся воздействию этанола (McGivern, Raum, Salido, & Redei, 1988).

Хотя для ученых стало уже привычным использовать биологические механизмы крыс как аналог подобных механизмов у людей (Everitt & Bancroft, 1991), тем не менее для этой цели гораздо полезнее соответствующие данные, полученные у обезьян и полуобезьян. К сожалению, с приматами исследования, касающиеся влияния предродового материнского стресса на поведение детенышей, связанное с половым диморфизмом, пока не проводились.

Однако имеются косвенные доказательства, что «умеренный» предродовой стресс у самок обезьян и полуобезьян влияет на некоторые аспекты физического состояния и поведения их детенышей. Например, Мэри Л. Шнайдер (Schneider, 1992) доказала, что предродовой стресс у самок макак-резусов (*Macaca mulatta*), вызванный кратковременным перемещением из привычной клетки в незнакомое место, наполненное неожиданными шумами, приводил к тому, что у них рождались детеныши с недостатком веса, которые позже, чем другие детеныши, начинали самостоятельно

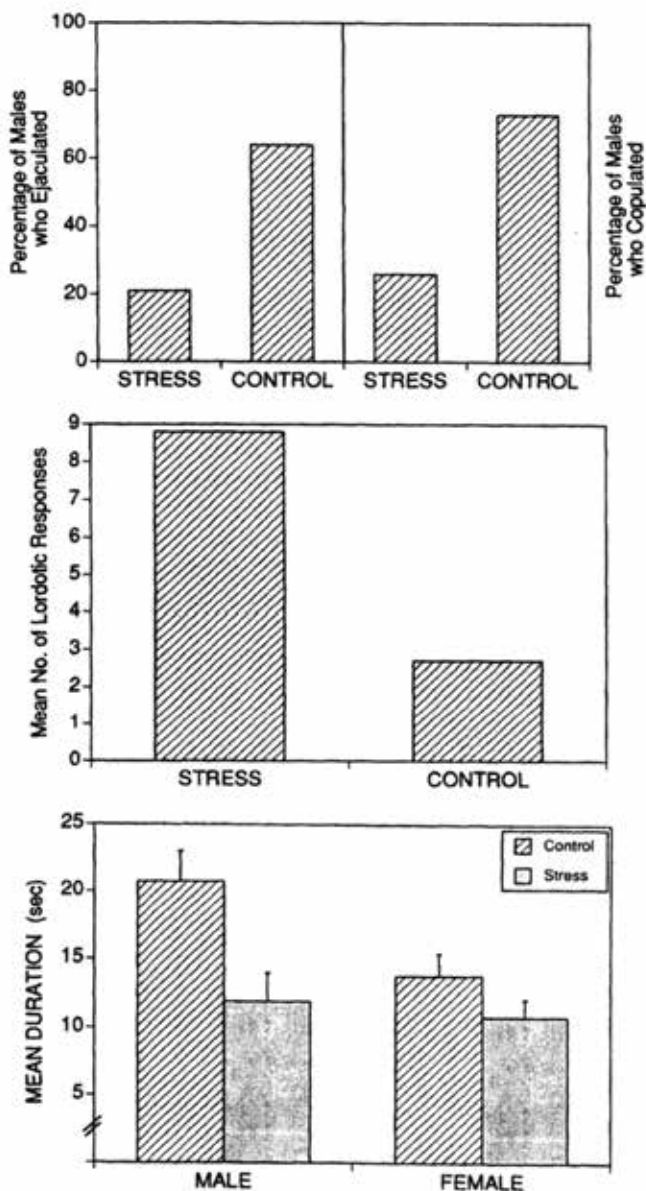


Рис. 6.7. Последствия стрессов (вызванных внешними воздействиями) у беременных лабораторных крыс породы Спрег-Дуули: изменения в поведении детенышей мужского пола (все три панели) и женского пола (нижняя панель); сексуальное поведение, типичное для мужского пола (верхняя панель); сексуальное поведение, типичное для

женского пола (средняя панель); поведение, не относящиеся к сексуальным действиям, но типичное для одного из полов и, следовательно, связанное с половым диморфизмом, например, игры, похожие на драку (нижняя панель). С согласия правообладателей взят из: Ward, 1972, p. 83; Ward, 1992, pp. 166, 173 (см. Список литературы).

Использованные термины:

Percentage of Males who Copulated — процент самцов, спаривавшихся с самками.

Percentage of Males who Ejaculated — процент самцов, завершивших процесс спаривания семяизвержением.

STRESS — самцы (на нижней панели — и самцы, и самки), испытывавшие стресс в период внутриутробного развития.

CONTROL — самцы (на нижней панели — и самцы, и самки), не испытывавшие стресса в период внутриутробного развития и взятые на исследование для сравнения.

Mean No. of Lordotic Responses — среднее количество реакций на сексуальное возбуждение, свойственных самкам, а не самцам, например, лордоз.

MEAN DURATION (sec) — средняя продолжительность (игры, похожей на драку) в секундах.

MALE — самец.

FEMALE — самка.

питаться, были более рассеянными и менее активными, и их нервно-мышечное развитие шло медленнее. Тем не менее, как заметил Ким Уоллен (Kim Wallen, личное сообщение авторам от 27 июля 1993 года), эти виды стрессового воздействия являются значительно менее суровыми, чем те процедуры, которым подвергались крысы (Ward, 1984); кроме того, скорее всего, в отношении приматов, из соображений гуманности, вряд ли будут допущены стрессовые процедуры, аналогичные проводившимся над крысами.

Гипотеза внутриутробного стресса и сексуальная ориентация людей

Экспериментальные исследования Ингеборг Л. Уорд (Ward, 1972), проведенные ею на крысах и получившие название «синдром пренатального (предродового) стресса» (prenatal stress

syndrome), навели группу Дёрнера (Dörner et al., 1980) на предположение, что частота случаев гомосексуальности растёт, если увеличивается риск материнского предродового стресса. Чтобы проверить эту гипотезу, члены исследовательской группы просмотрели годы рождения гомосексуальных мужчин бывшей ГДР, которые проходили лечение в связи с заболеваниями, передающимися половым путем.

В результате выяснилось, что абсолютное большинство этих гомосексуалов — 57,5% из 100 тысяч мужчин — родилось в период Второй мировой войны (с 1940 по 1945 год), то есть в то время, когда вероятность вызванного извне предродового стресса у беременных женщин была значительно выше, чем в предвоенные годы (1932–1939) или в послевоенные годы (1946–1953): в течение обоих этих периодов родились соответственно 19,3% и 35,1% из 100 тысяч мужчин.

Во втором исследовании группа Дёрнера (Dörner, Schenk, Schmiedel, & Ahrens, 1983) провела опрос 100 бисексуально-гомосексуальных мужчин и 100 гетеросексуальных мужчин, пытаясь выяснить у них, не случалось ли у их матерей стрессовых событий во время беременности. Обследуемых мужчин попросили выяснить у родителей соответствующую информацию. И оказалось, что матери бисексуальных и гомосексуальных мужчин вспомнили больше случаев «умеренного» и «жесткого» стресса в период беременности, чем матери гетеросексуальных мужчин. Авторы исследования отметили, что большинство случаев материнского стресса, о которых шла речь, были вызваны либо влиянием войны, либо нежелательной беременностью. Дёрнер и соавторы сделали смелый вывод Dörner, Schenk, et al., 1983), что «предотвращение войн и нежелательных беременностей может хотя бы отчасти предотвратить развитие сексуальных отклонений» (p. 87).

Результаты исследований группы Дёрнера согласуются с более ранним наблюдением психиатра Клиффорда Аллена (Allen, 1949): «Уже неоднократно было отмечено, что вслед за войнами поднимается волна гомосексуальности. Это бросалось в глаза в Германии после Первой мировой войны и, возможно, вновь произойдет после недавно закончившейся Второй» (p. 128). К сожалению, Клиффорд Аллен не указал источник этого наблюдения.

Исследования Дёрнера и его коллег неоднократно подвергались методологической критике (см., например: Bailey, 1989),

в том числе из-за отсутствия подтверждений достоверности независимых (таких как материнский стресс) и зависимых переменных (таких как сексуальная ориентация), а также из-за отсутствия необходимых характеристик и альтернативных трактовок развития гомосексуальности, например, такого фактора, как отсутствие в семье отца во время войны (Allen, 1962). Кроме того, следует признать, что предполагаемый биологический механизм, приведший к временному снижению уровня андрогенов у человеческих плодов мужского пола, не был непосредственно подтвержден документальными доказательствами [22], [23].

Игнорируя вопрос о механизмах влияния, новые исследователи предприняли еще несколько попыток привести доказательства предполагаемой связи между воспоминаниями матери о ее предродовом стрессе и сексуальной ориентацией ребенка. Авторы исследования 1988 года (Ellis, Ames, Packham, & Burke, 1988) провели опрос матерей гетеросексуальных, бисексуальных и гомосексуальных мужчин, а также матерей гетеросексуальных и гомосексуальных женщин: им было предложено заполнить опросник, включавший пункты о количестве и тяжести стрессовых событий, произошедших в течение года, предшествующего беременности, и в период самой беременности. Поскольку второй триместр беременности (то есть с четвертого по шестой месяц) считается наиболее чувствительным периодом в плане формирования половой дифференциации мозга эмбриона (Money, 1988), стресс, испытываемый матерью во время беременности, рассчитывался отдельно по каждому триместру. Авторы описываемой работы пришли к выводу, что матери гомосексуальных мужчин испытали более жесткие (чем матери би- и гетеросексуальных мужчин) стрессы в течение года, *предшествовавшего* беременности, но не в течение самой беременности. Когда же были проанализированы данные по триместрам, то выяснилось, что: в течение 9–12 месяцев, *предшествовавших* беременности, и в течение второго триместра беременности матери гомосексуальных мужчин испытали более жесткий стресс, чем матери гетеросексуальных мужчин. Что же касается матерей гетеросексуальных и гомосексуальных женщин, то, судя по их воспоминаниям, они существенно не отличались друг от друга по уровню предродовых стрессов.

К сожалению, статистический анализ авторов исследования 1988 года (Ellis et al., 1988) грешит существенными недостатками,

включая, например, искусственно завышенную оценку статистической ошибки первого типа. С описательной стороны, наиболее значительная и последовательная часть полученных данных свидетельствует, что матери гомосексуальных мужчин вспоминали о более жестком стрессе, чем у матерей гетеросексуальных мужчин, как до беременности, так и во время беременности, вплоть до третьего триместра. И хотя материнский стресс не ограничивался вторым триместром, полученный образец данных не противоречит общепринятому представлению о важности стресса именно в этот период внутриутробного развития.

Можно возразить следующее: материнские воспоминания об испытанном предродовом стрессе продиктованы влиянием «социальной желательности». Исследования, проводившиеся в рамках атрибуционной теории, показали, что люди склонны приписывать ответственность за отрицательные результаты своих действий внешним силам (Weiner, 1993). В данном случае, чтобы избежать самоосуждения за гомосексуальность детей, матери так же легко могли найти внешнюю причину, преувеличив стрессовые события, случившиеся в период беременности (можно предположить, что среднестатистическая участница опроса интуитивно отгадала нужную внешнюю причину прямо во время обследования). Однако если учесть, что авторы исследования 1988 года (Ellis et al., 1988) не обнаружили разницы между матерями гомосексуальных и гетеросексуальных женщин, то данное возражение не является вполне убедительным.

Пожалуй, самое лучшее с методической точки зрения исследование предполагаемой связи материнского стресса и сексуальной ориентации ребенка было проведено в 1991 году еще одной научной группой (Bailey, Willerman, & Parks, 1991). Материнские воспоминания о стрессе, перенесенном в период каждого из трех триместров беременности, почти никак (корреляция была близка к нулю) не соотносились со статистическими данными, собранными по методике Кинси (Kinsey et al., 1948) и касающимися «сексуальной ориентации фантазий» и основанных на самоотчетах или материнских отчетах показателях детского межгендерного поведения у гетеросексуальных и гомосексуальных мужчин (абсолютные значения величины r колебались в диапазоне от 0,00 до 0,11). Тем не менее интересен следующий вывод группы: наблюдается умеренная корреляция склонности матерей к стрессу — и «девчоночьим» поведением их сыновей в детстве,

о чем вспоминали как сами мужчины, так и их матери, что отчасти согласуется с выводами исследования 1988 года (Ellis et al., 1988). Заметим также, что материнский стресс, о котором в исследовании 1991 года вспоминали женщины, жившие в США, был менее сильным, чем испытанный немецкими женщинами во время войны, о котором шла речь в исследовании группы Дёрнера.

Никаких подтверждений теории о влиянии материнского стресса на развитие гомосексуальности у ребенка не было найдено и в двух других недавних исследованиях — 1987 года (Wille, Borchers, & Schultz, 1987) и 1990 года (Schmidt & Clement, 1990), хотя их методика была не столь строгой, как в работе группы 1991 года (Bailey et al., 1991). Например, в исследовании 1987 года (Wille et al., 1987) объем выборки был, возможно, недостаточен для того, чтобы работа приобрела нужную статистическую мощность, способную выявить существенный эффект от материнского стресса. Возможно, для дальнейшего изучения этой гипотезы необходимо привлечь к исследованию новые группы, состоящие из гомосексуальных мужчин, которые выросли в странах, охваченных войнами.

Заключение

Хотя врачи и физиологи уже давно связывают предродовой стресс матери с различными проблемами ребенка (см., например: Levine & DeFrank, 1988; Lobel, 1994; Ward, 1991), ни одно эмпирическое исследование еще не изучило связь этого стресса с расстройством гендерной идентичности или, если рассматривать проблему шире, со всеми моделями межгендерного поведения, которые оказываются ниже того клинического порога, за которым следует психиатрический диагноз. Учитывая выводы ретроспективных исследований 1991 года (Bailey et al., 1991), мы сомневаемся, что изучение матерей детей, имеющих расстройство гендерной идентичности, даст положительный результат. Однако недавние данные, касающиеся внутриутробного воздействия этанола на поведение крыс, связанное с половым диморфизмом, может приводит к мысли о возможности подобных процессов и у людей. В связи с этим особенно примечательно пилотное исследование, для которого были подобраны пять беременных женщин, страдающих тяжелой формой хронического алкоголизма.

В ходе работы выяснилось, что в амниотической жидкости их эмбрионов мужского пола наблюдается пониженный уровень тестостерона и 4-андростендиона (Westley et al., 1991). Представляется весьма уместным и вполне осуществимым контрольное проспективное исследование связанного с половым диморфизмом поведения детей, родившихся у матерей, страдающих алкоголизмом. При этом, однако, вполне вероятно, что серьезный стресс матери в период беременности может привести к неспецифическим эффектам, которые будут действовать как неспецифические факторы риска.

Когнитивные способности, нейропсихологическая функция и нейроанатомические структуры

Нормальным половым различиям (и сходствам) в сфере когнитивных способностей, нейропсихологической функции и нейроанатомических структур посвящено множество исследований. Выводы этих исследований зачастую использовались для изучения людей, не типичных в отношении половой дифференциации (см. прим. [16] в разделе «Ранние биологические исследования»). В данном разделе мы представим обзор состояния работ на эту тему.

Когнитивные способности

Внимание массы исследователей уже давно приковано к основополагающему эмпирическому вопросу: отличаются ли представители различных полов вербальными и невербальными (например, пространственными или математическими) когнитивными способностями. Представлять подробный обзор соответствующей научной литературы — это было бы уже явно за рамками задач данной монографии. Однако в качестве рабочей гипотезы предлагаем признать факт, что женщины демонстрируют в среднем лучшие, чем мужчины, когнитивные способности в некоторых вербальных областях (например, при прохождении специальных тестов «на беглость речи», verbal fluency tests), тогда как мужчины проявляют лучшие, чем женщины, способности

в некоторых невербальных сферах (например, при прохождении тестов на ориентацию в пространстве). Для понимания этих половых различий было предложено множество самых разных биологических и психологических объяснений. Из этой обширной литературы следует очевидный вывод, что ни один из факторов не может дать полноценного объяснения половой дифференциации, и оба подхода — как биологический, так и психологический — получили определенное эмпирическое подтверждение (см., например: Baenninger & Newcombe, 1989; Casey & Brabeck, 1990; Fairweather, 1976; Feingold, 1988, 1993; Halpern, 1992; Harris, 1978; Hyde, 1981; Hyde & Linn, 1988; Krekling & Nordvik, 1992; Liben, 1991; Linn & Petersen, 1985, 1986; Mann, Sasanuma, Sakuma, & Masaki, 1990; Masters & Sanders, 1993; Nyborg, 1983; Pascual-Leone & Morra, 1991; Sherman, 1978; Signorella & Jamison, 1986; Thomas & Turner, 1991; Vasta, Lightfoot, & Cox, 1993; Wittig & Petersen, 1979). Мы приняли произвольное решение поместить обзор исследований на эту тему в главу, посвященную биологии, поскольку большинство авторов тех эмпирических исследований, которые мы анализировали, склонно, как нам кажется, рассматривать эту проблему с биологической точки зрения.

Интерсексуальные состояния

Литература, посвященная связи когнитивных способностей с интерсексуальными состояниями (наряду с литературой о подвергшихся нетипичному внешнему воздействию гормонов) рассматривалась уже многократно и очень подробно (см., например: Collaer & Hines, 1995; Hines, 1982; Hines & Collaer, 1993; Nyborg, 1984; Reinish & Sanders, 1992; Reinish, Ziemba-Davis, & Sanders, 1991), потому мы не будем повторять этот обзор еще раз. Ограничимся лишь следующим наблюдением: многие квазиэкспериментальные исследования подтвердили гипотезу, что уровень пренатальных гормонов связан с половыми различиями в области когнитивных способностей. Например, исследователи 1986 года (Resnick, Berenbaum, Gottesman, & Bouchard, 1986) сделали вывод, что женщины, страдающие врожденной гиперплазией коры надпочечников (ВГКН), показали лучшие результаты тестов на ориентацию в пространстве, чем здоровые женщины. А в исследовании 1982 года (Hier & Crowley, 1982) сообщается, что мужчины, имеющие диагноз «идиопатический гипогонадотропный

гипогонадизм», проявляли более слабые способности к ориентации в пространстве, чем здоровые мужчины, но при этом не уступали им в тестах на беглость речи.

Сексуальная ориентация

К настоящему времени проведено 11 исследований, в которых сравнивались когнитивные способности гетеросексуальных и гомосексуальных мужчин и женщин. Используемые при этом методы оценки показали довольно существенные в среднем половые различия. Вся эта работа, в отличие от исследований интерсексуальных состояний, еще не была систематически проанализирована, поэтому мы сделаем это здесь. В таблице 6.4 представлена информация, касающаяся объема выборки в каждом исследовании, пола и сексуальной ориентации участников, методов оценки и итоговых данных.

Подход всех рассматриваемых исследований можно назвать прямолинейным. Ученые исходили из предположения, что гомосексуальные мужчины и гетеросексуальные женщины превзойдут гетеросексуальных мужчин в результатах теста на беглость речи и других вербальных тестов, тогда как гетеросексуальные мужчины превзойдут гомосексуальных мужчин и гетеросексуальных женщин в результатах тестов на ориентацию в пространстве. И, соответственно, противоположную модель результатов покажут гомосексуальные женщины (то есть по результатам приблизятся к гетеросексуальным мужчинам).

Что касается мужчин, то для проверки описанной гипотезы в двух исследованиях были выборочно использованы тесты из «Шкалы Векслера для измерения интеллекта взрослых». Авторы первого исследования (Willmott & Brierly, 1984) пришли к выводу, что гомосексуальные мужчины превосходят гетеросексуальных мужчин в результатах теста на беглость речи и других вербальных тестов, но уступают им в результатах тестов на ориентацию в пространстве. Однако выводы второго исследования (Tuttle & Pillard, 1991) можно назвать скорее двусмысленными: в некоторых тестах на ориентацию в пространстве гомосексуальные мужчины проявили себя лучше, чем гетеросексуальные мужчины.

Следует заметить, что ряд участников обоих исследований обладал высоким уровнем интеллекта, — и это наводит на

предположение, что они были специально подобраны исходя именно из этой особенности. Если проанализировать исследование 1975 года (Willmott, 1975), то можно сделать вывод, что 60% участников имели вербальный и (или) пространственный IQ ≥ 130 ! Другая методологическая проблема касается выбора метода оценки. В обзоре, посвященной «Шкале Векслера для измерения интеллекта взрослых» (Snow & Weinstock, 1990), сделан вывод, что мы имеем очень слабые доказательства половых различий коэффициента интеллекта в сфере речи (verbal IQ) и коэффициента интеллекта в сфере деятельности и ориентации в пространстве (performance IQ). Точно так же, и половые различия в результатах специальных тестов, входящих в систему «Шкалы Векслера» (субтестов), если они проводились, имели небольшую величину эффекта. Таким образом, использование субтестов «Шкалы Векслера», возможно, не лучшая стратегия для выявления различий в когнитивных способностях между людьми одного пола, имеющими разную сексуальную ориентацию.

Четыре других исследования использовали для сравнения вербальных способностей у гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин иные тесты. Работы 1990 года (Gladue, Beatti, Larson, & Staton, 1990) и 1991 года (McCormick & Witelson, 1991), а также диссертация 1993 года (Moose, 1993), не выявили существенных различий между гетеросексуалами и гомосексуалами, тогда как авторы другого исследования 1991 года (Tkachuk & Zucker, 1991) пришли к выводу, что гетеросексуальные мужчины превосходят гомосексуальных в результатах «Словарного теста в картинках Пибоди»: данный тест выявляет способность к быстрому восприятию слов и точному пониманию их значения (через определение соответствия слов картинкам). Однако заметим одну особенность: участвовавшие в исследовании гомосексуальные мужчины были значительно старше и чуть менее образованны, что могло повлиять эту разницу результатов.

При использовании тестов на ориентацию в пространстве (которые всегда показывают весьма значительные различия в пользу мужчин) семь исследований получили результаты, согласно которым гетеросексуальные мужчины превосходят гомосексуальных мужчин по крайней мере в одном из показателей (Gladue et al., 1990; Hall & Kimura, 1995; McCormick & Witelson, 1991; Sanders & Ross-Field, 1986a, Exps. 1–2; Sanders & Wright, 1993; Tkachuk & Zucker, 1991). Гетеросексуальные мужчины, участвовавшие в этих

исследованиях, также превосходили гетеросексуальных женщин в тестах, которые показывают различия в результатах между людьми одного пола, имеющими разные сексуальные ориентации. Еще в одной работе (Tuttle & Pillard, 1991) результаты гомосексуальных мужчин оказались посередине между результатами гетеросексуальных мужчин и гетеросексуальных женщин, хотя в остальных исследованиях гомосексуальные мужчины обычно показывают результаты, сравнимые с результатами гетеросексуальных женщин (за исключением одного показателя: см. об этом: Gladue et al., 1990). В исследовании 1991 года (McCormick & Witelson, 1991) также наблюдаются сложные и непоследовательные соотношения половых различий в результатах этих тестов с различием правой и левой руки.

Однако два недавних исследования, использовавшие тесты на ориентацию в пространстве, чуть ли не опровергли все предыдущие выводы. Оба этих исследования — 1993 (Moose, 1993) и 1995 года (Gladue & Bailey, 1995) — не получили никаких данных о различиях людей одного пола, имеющих разную сексуальную ориентацию, в данном случае — о различиях гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин, и это при том что в 1995 году был использован больший объем выборки, чем у предшественников. Статистические методы обоих исследований были очень строгими, а методика отбора участников, по-видимому, не сильно отличалась от методики предшествующих аналогичных работ.

Что касается женщин, то пять исследований не выявили различий в вербальных способностях женщин, имеющих разную сексуальную ориентацию (Gladue et al., 1990; McCormick, 1990; Moose, 1993; Tkachuk & Zucker, 1991; Tuttle & Pillard, 1991). А вот в тестах на пространственную ориентацию четыре исследования выявили существенные различия между ними (Gladue & Bailey, 1995; McCormick, 1990; Tkachuk & Zucker, 1991; Tuttle & Pillard, 1991). Результаты двух других исследований оказались отрицательными либо противоречивыми. Например, и исследование 1990 года (Gladue et al., 1990), и исследование 1993 года (Moose, 1993) не выявили существенной разницы между участницами при прохождении теста на мысленное вращение («Mental Rotations Test»); а вот при прохождении теста на определение объема воды с помощью нескольких стаканов («Water Jar Test») исследование 1990 года (Gladue et al., 1990) показало, что гетеросексуальные женщины справляются с заданием лучше гомосексуальных

женщин, а исследование 1993 года (Moose, 1990) дало противоположные результаты! Наконец, исследование 1995 года (Hall & Kimura, 1995) показало, что гомосексуальные женщины скорее превосходят гетеросексуальных женщин в результатах теста на бросание предметов в мишень.

Подведем итоги: результаты исследований, касающихся соотношения сексуальной ориентации и когнитивных способностей, предположительно связанных с половым диморфизмом, в отношении женщин в настоящее время можно считать отрицательными. Что же касается мужчин, то здесь значимые положительные результаты были получены исключительно в сфере способностей к ориентации в пространстве, хотя и тут имеются два недавних отрицательных исключения (Gladue & Bailey, 1995; Moose, 1993).

Можно ли на основе полученных результатов смоделировать более общую картину с более широкой перспективой? И в каких направлениях лучше вести дальнейшие исследования? При любой трактовке полученных данных мы видим, что сексуальная ориентация мужчин играет роль при реализации их способностей к пространственной ориентации, но никак не влияет на уровень вербальных способностей. Возможно, это происходит потому, что само различие мужского и женского полов ярче проявляется в способностях к пространственной ориентации, чем в вербальных способностях (что отметила Дайана Халперн, см.: Halpern, 1992). С другой стороны, возможно, исследователи сознательно отказались от использования наиболее убедительных вербальных тестов, способных выявить существенные различия в когнитивных способностях мужчин и женщин.

Будущие эмпирические исследования также должны попытаться выявить индивидуальные различия в когнитивных способностях внутри групп людей одной сексуальной ориентации. Например, помимо всех биологических влияний, возможно очень сильное воздействие такого фактора, как личный жизненный опыт, накладывающий отпечаток на когнитивные способности человека, связанные с половой дифференциацией. В частности, существуют доказательства, что особенности гендерной идентичности у детей связаны со способностями к пространственной ориентации у взрослых (Krasnoff, Walker, & Howard, 1989). Попытка изучить эту связь предпринята только в одном из описанных выше исследований (Tkachuk & Zucker, 1991), и хотя полученные результаты оказались отрицательными, это вызвано,

Таблица 6.4. Когнитивные способности и сексуальная ориентация

Study	n	SO-Sex	Measures	Results
Willmott & Brierly (1984)	20 20 18	HS-M HT-M HT-F ^a	WAIS Verbal and Performance subtests	Verbal: HS-M > HT-M HT-F = HS-M, HT-M Performance: HT-M > HT-F = HS-M WJT: HT-M > HT-F = HS-M
Sanders & Ross-Field (1986a, Exp. 1)	8 8 8	HS-M HT-M HT-F	WJT	
Sanders & Ross-Field (1986b, Exp. 2)	13 13 13	HS-M HT-M HT-F	WJT Vincent Mechanical Diagrams (VMD)	WJT: HT-M > HT-F = HS-M VMD: HT-M > HT-F = HS-M
Gladue et al. (1990)	16 16 15 15	HS-M HT-M HS-F HT-F	MRT WJT Fargo Map Test, revised (FMT) Everyday Spatial Activities Test (EAST) Verbal ability (SH and oral word association)	Verbal ability: no differences MRT: HT-M > HS-M; HT-F = HS-F WJT: HT > HS for average deviation from horizontal; no differences for number of correct responses FMT: M > F EAST: M > F (trend) for mechanical drawing; F > M (trend) for arranging objects
McCormick (1990)	31 31 31	HS-F HT-F HT-M	Verbal ability (WAIS Digit Symbol, Animal Naming) WJT Spatial Relations subtest of the PMA Spatial Relations subtest of the DAT	Verbal ability: no differences WJT: HT-M > HT-F = HS-F PMA: HT-M > HT-F = HS-F DAT: HT-M > HT-F = HS-F
McCormick & Wirtelson (1991)	38 38 38	HS-M HT-M HT-F	Verbal ability (WAIS Digit Symbol, Animal Naming) WJT Spatial Relations subtest of the PMA Spatial Relations subtest of the DAT	Verbal ability: no differences WJT: HT-M > HS-M = HT-F PMA: HT-M > HS-M = HT-F DAT: HT-M > HS-M = HT-F

Tkachuk & Zucker (1991)	24	HS-M	MRT	MRT: HT-M > HS-M = HT-F = HS-F (trend) WJT: no differences PPVT: HT-M > HS-M; HS-F = HT-F
	26	HT-M	WJT	
	21	HS-F	PPVT-R	
	30	HT-F		
Turtle & Pillard (1991)	49	HS-M	WAIS Verbal and Performance subtests	Verbal: HS-M > HT-M (trend) Performance: HS-M > HT-M (trend) Spatial Relations: HT-M > HT-F No differences between HS-F and HT-F on any measure
	47	HT-M	Spatial Relations subtest of the PMA	
	34	HS-F		
	34	HT-F		
Moose (1993)	15	HS-M	MRT	MRT: BS > HT; BS = HS; HS = HT WJT: HT-M = BS-M = HS-F = BS-F > HT-F; HS-M = HT-F SH: BS > HT; BS = HS; HS = HT
	15	BS-M	WJT	
	15	HT-M	SH	
	16	HT-F		
Sanders & Wright (1993)	17	BS-F		Throw Task: HT-M > HS-M, HT-F Purdue Pegboard: HT-F = HS-M > HT-M
	17	HT-F		
	15	HS-M	Throw Task ("male biased")	
	15	HT-M	Purdue Pegboard ("female-biased")	
Gladue & Bailey (1995)	72	HS-M	MRT	MRT: M > F WJT: M > F
	76	HT-M	WJT	
	68	HS-F		
	73	HT-F		
Hall & Kimura (1995)	34	HS-M	Throw Task ("male-biased")	Throw Task: HT-M > HS-M; HT-M > HT-F; HS-F > HT-F, HS-M (trends) Purdue Pegboard: F > M
	28	HT-M	Purdue Pegboard ("female-biased")	
	12	HS-F		
	20	HT-F		

Использованные термины:

SO — сексуальная ориентация.

Study — здесь: ссылка на опубликованное исследование (см. Список литературы).

n — количество участников исследования (количество обследуемых).
SO-sex — сексуальная ориентация и пол участника исследования.
Measures — методы исследований (здесь: психологические тесты).
Results — результаты исследований (тестов).
Verbal (verbal ability) — вербальные (речевые) способности.
Performance — здесь: способности в сфере ориентации в пространстве (способности к действиям в пространстве).
no differences — нет различий.
for average deviation from horizontal — в отношении средних значений отклонения от горизонтали.
no differences for number of correct responses — нет различий в количестве правильных ответов.
(trend) for mechanical drawing — (тенденция к достижению более высоких результатов) в заданиях, связанных с черчением.
(trend) for arranging objects — (тенденция к достижению более высоких результатов) в заданиях, связанных с расстановкой предметов.
Fargo map test — тест на проверку памяти об отдаленных событиях с помощью географических карт.
EAST (Everyday spatial activities test) — тест на проверку ежедневных дел, связанных с ориентацией в пространстве.
Oral word association — устный тест словесных ассоциаций: тест на вербальные способности, содержащий задание, в котором участнику исследования предлагается произнести все известные ему английские слова, содержащие определенные буквосочетания.
Spatial Relations subtest — субтест на пространственные отношения.
Digit Symbol — тест на цифровые символы.
Animal Naming — тест на названия животных.
Throw Task — задание метнуть предмет и попасть в определенную цель.
Purdue Pegboard — тест «доска Пурдье».
Male-biased — «отдающий предпочтение мужчинам» (то есть при прохождении этого теста мужчины оказываются в изначально выигрышной позиции в силу своих физических особенностей).
Female-biased — «отдающий предпочтение женщинам» (то есть при прохождении этого теста женщины оказываются в изначально выигрышной позиции в силу своих физических особенностей).
HS, homosexual — гомосексуальный.
BS, bisexual — бисексуальный.
HT, heterosexual — гетеросексуальный.
WAIS, Wechsler Adult Intelligence Scale — «Шкала Векслера для измерения интеллекта взрослых».

WJT, Water Jar Test — тест на определение объема воды с помощью нескольких стаканов.

MRT, Mental Rotations Test — тест на мысленное вращение.

SH, Shipley-Hartford — вербальная шкала Шиплиартфорда.

PMA, Primary Mental Abilities Test — тест на основные (первичные) умственные способности.

DAT, Differential Aptitudes Test — несколько сгруппированных тестов для проверки умственных способностей.

PPVT, Peabody Picture Vocabulary Test — словарный тест в картинках Пибоди.

а) В эту группу обследуемых женщин были также включены две гомосексуальные женщины.

возможно, слишком маленьким объемом выборки. В идеале мы сможем получить гораздо больше сведений, если удастся выделить особые подгруппы гомосексуальных мужчин и женщин — тех, у кого в детстве наблюдалась межгендерная самоидентификация, и тех, у которых она не наблюдалась, а затем изучить связь этого явления с их нынешними когнитивными способностями.

Транссексуальность

В науке до сих пор уделялось мало внимания образцам когнитивных способностей, присущих транссексуалам — биологическим мужчинам, а еще меньше внимания — когнитивным способностям биологических женщин, которым свойственна транссексуальность. В исследованиях с участием этих людей, проводимых по «Шкале Векслера для взрослых», были получены весьма сомнительные доказательства неодинаковых когнитивных способностей, проявленных в тестах на вербальные навыки и в тестах на ориентацию в пространстве (Hunt, Carr, & Hampson, 1981; Kenna & Hoenig, 1978, 1979; Money & Epstein, 1967).

В исследовании 1976 года (Torre, Grossmann, & Piper, 1976) приняли участие 8 транссексуалов, которые готовились к операции по перемене пола с мужского на женский, а также привлеченная для сравнения контрольная группа обычных, предположительно гетеросексуальных людей — 12 мужчин и 14 женщин, сравнимых с обследуемыми по возрасту и уровню образования. Испытуемым предложили тесты на «когнитивный стиль» (ту их часть, которая касалась независимости-зависимости мышления) и тесты

на ориентацию в пространстве. При прохождении теста включенных фигур контрольная группа обычных мужчин показала более высокие результаты, чем транссексуалы и женщины соответственно. Транссексуалам понадобилось больше времени для выполнения теста «Лабиринты Портеуса», чем обеим контрольным группам (мужской и женской), чьи результаты не отличались друг от друга. При прохождении теста О'Коннора на слаженность действий пальцев (O'Connor Finger Dexterity Test) транссексуалы также проявили себя хуже, чем обе контрольные группы, результаты которых предсказуемо отличались друг от друга только при выполнении первой части теста.

В исследовании 1992 года (Cohen-Kettenis, Doorn & Gooren, 1992) приняли участие 29 транссексуалов, желавших сменить пол с мужского на женский, которые действовали правой рукой лучше, чем левой, и 8 транссексуалов, желавших сменить пол с женского на мужской, также действовавших правой рукой лучше, чем левой. Все они по возрасту, полу и уровню образования соответствовали контрольным группам обычных мужчин и женщин, привлеченных для сравнения. Все транссексуалы испытывали половое влечение к людям своего изначального биологического пола. При прохождении теста на мысленное вращение транссексуалы, желавшие сменить пол с мужского на женский, показали результаты хуже, чем обычные мужчины, тогда как транссексуалы, желавшие сменить пол с женского на мужской, напротив, показали результаты лучше, чем обычные женщины, однако в обоих случаях разница не достигала статистически значимого уровня. В тесте на словесную память транссексуалы, желавшие сменить мужской пол на женский, показали результаты лучше, чем обычные мужчины, тогда как транссексуалы, желавшие сменить пол с женского на мужской, наоборот, показали результат хуже, чем обычные женщины; однако разница была значительной только у транссексуалов, изначально принадлежавших к мужскому биологическому полу.

К сожалению, все эти исследования небызупречны с методологической точки зрения. Так, и в работе 1967 года, и в работах 1979 и 1981 годов (Money & Epstein, 1967; Kenna & Hoenig, 1979; Hunt et al., 1981) в одной группе объединены гомосексуальные и не гомосексуальные транссексуалы, что могло уменьшить вероятность выявления нетипичных для их пола образцов когнитивных способностей. В исследовании 1981 года (Hunt et

al., 1981) сделан перекося в сторону рассмотрения исключительно гендерно-проблемных взрослых, при этом авторы тестируют только 10% от общего числа направленных к ним на обследование. Ни в одной из работ не привлечены для сравнения гетеросексуалы. Авторы исследования 1992 года (Cohen-Kettenis et al., 1992) предполагают, что относительно низкие способности к ориентации в пространстве, выявленные у гомосексуальных мужчин в некоторых тестах, могут наблюдаться и у транссексуальных мужчин с гомосексуальной ориентацией.

Расстройство гендерной идентичности у детей

Джон Мани и Ралф Эпстайн (Money & Epstein, 1967) применили «Шкалу Векслера для измерения интеллекта детей» (WISC) и «Шкалу Векслера для измерения интеллекта взрослых» (WAIS) для обследования 19 женоподобных мальчиков и юношей-подростков (средний возраст равен 11,25 года; диапазон возрастов колеблется от 5 до 19 лет). Коэффициент интеллекта (IQ) в сфере речевых (вербальных) способностей ($M = 114,5$) оказался значительно выше, чем IQ в сфере действий, связанных с ориентацией в пространстве ($M = 106,9$), и общий уровень понимания речи оказался значительно выше, чем организация восприятия.

Наша группа также в какой-то степени затрагивала вопрос о когнитивных способностях детей с расстройством гендерной идентичности (Finegan, Zucker, Bradley, & Doering, 1982; Grimshaw, Zucker, Bradley, Lowry, & Mitchell, 1991; а также еще не опубликованные исследования авторов этой книги). У 164 мальчиков (средний возраст 7,1 года, среднееквадратическое отклонение 2,4 года) уровень IQ колебался от 48 до 139 при среднем значении в 108, что находится на верхней границе среднего диапазона. В противоположность результатам Джона Мани и Ралфа Эпстайна (Money & Epstein, 1967) мы не выявили существенной разницы между IQ в сфере речевых способностей и IQ в сфере действий в пространстве или между пониманием речи и организацией восприятия.

У 25 девочек (средний возраст 8 лет, среднееквадратическое отклонение 3 года) средний уровень IQ был равен 106,8 при диапазоне от 53 до 114; существенных различий между речевым и пространственным IQ, а также между пониманием речи и организацией восприятия, отмечено не было.

Для изучения более специфических аспектов речевых и пространственных способностей, связанных с половыми различиями, мы рассмотрели некоторые вспомогательные тесты (субтесты) из «Шкалы Векслера для измерения интеллекта детей (WISC) и «Шкалы Векслера для измерения интеллекта детей, готовящихся к школе, и младших школьников» (WPPSI), причем обе шкалы были взяты из исправленных изданий (WISC-III и WPPSI-R). В качестве наиболее четких определителей вербальных способностей мы выбрали тест на словарный запас личности и тест на понимание речи, отчасти из-за их очень высокой факторной нагрузки при оценке общего уровня восприятия словесной информации (Kaufman, 1975). В качестве же наиболее четких определителей способности к ориентации в пространстве мы выбрали тест складывания кубиков и тест на конструирование объектов (конструктивный тест) либо тест на создание геометрических орнаментов, отчасти потому, что они наиболее верно отражают мысленную конструкцию при визуализации пространства, неоднократно обсуждавшейся в научной литературе о половых различиях (Kerns & Berenbaum, 1991; Linn & Petersen, 1985).

Мальчики с расстройством гендерной идентичности показали значительно более высокие результаты в субтестах на вербальные способности, чем в субтестах на ориентацию в пространстве, $t(149) = 2,1$, $p = 0,037$, двусторонний критерий (рис. 6.8) [24]. Дополнительный анализ данных показал, что эти различия характерны для мальчиков, удовлетворяющих как всем, так и не всем показателям диагноза «расстройство гендерной идентичности», описанного в DSM.

Было также проведено сравнение некоторых мальчиков из этой группы с мальчиками из двух контрольных групп, принимавших участие в других исследованиях нашей клиники: это были группа детей, направленных на обследование в связи с какими-то другими психическими проблемами (не связанными с гендерной идентичностью), и группа абсолютно нормальных детей. Группа мальчиков с расстройством гендерной идентичности соответствовала обеим контрольным группам по возрасту, социальному положению родителей и их семейному положению (то есть по такой демографической переменной, как полнота/неполнота семьи). Если предоставлялась возможность, то заранее подбирали мальчиков из первой контрольной группы (направленных в связи с не гендерными проблемами),

по общему уровню IQ соответствовавших мальчикам с гендерными проблемами. В итоге при сравнении с обеими контрольными группами у мальчиков с расстройством гендерной идентичности не обнаружилось отличий от других мальчиков в вербальных способностях (обе переменные t меньше единицы, $t < 1$); однако они гораздо хуже проявили себя в субтестах на пространственную ориентацию (соответствующие переменные p равны 0,017 и 0,001: $p = 0,017$, $p = 0,001$). Итоги этих тестов схематично приведены на рис. 6.9 и рис. 6.10.

Таким образом, мальчики с расстройством гендерной идентичности показали в среднем относительно низкие результаты при выполнении задач, определяющих некоторые аспекты более узкой когнитивной области зрительно-пространственных способностей. Однако это не кажется нам возмещением их более сильных вербальных способностей, о чем можно судить в сравнении с контрольными группами.

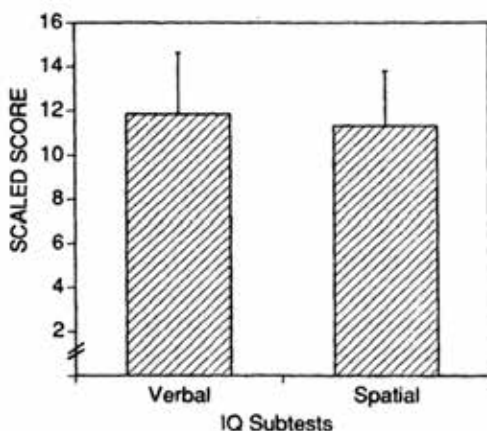


Рис. 6.8. Вербальные способности и способности к ориентации в пространстве у мальчиков с расстройством гендерной идентичности (количество обследуемых равно 150).

Использованные термины:

Scaled score — оценочная шкала.

IQ subtests — субтесты для оценки IQ) из двух изданий «Шкалы Векслера для измерения интеллекта детей» (WISC и WPPSI).

Verbal — вербальные способности.

Spatial — способности к ориентации в пространстве (способности к действиям, связанным с ориентацией в пространстве).

Что же касается девочек с расстройством гендерной идентичности, то у нас была возможность оценить их возможности только по субтестам на вербальные способности и по субтестам на действия, связанные с ориентацией в пространстве. Различия оказались несущественными ($t < 1$).

В 1988 году Сьюзен Коутс и Ричард Фридман (Coates & Friedman, 1988) протестировали 25 мальчиков с расстройством гендерной идентичности, 16 из которых соответствовали нормальным мальчикам по возрасту, этнической принадлежности, социальному положению семьи и ее полноте или неполноте. Обе группы не отличались друг от друга по общему уровню IQ. При прохождении субтеста на размещение объектов обе группы также показали одинаковые результаты. В той части, которую тестировали по исправленному изданию «Шкалы Векслера для измерения интеллекта детей» (WISC-R), обе группы не отличались друг от друга в организации восприятия; информация об общем уровне понимания речи не была получена.

Исследование 1988 года, описанное выше, представляет собой попытку проверить нашу работу 1982 года, в которой мы тестировали только 13 мальчиков с расстройством гендерной идентичности (Finegan et al., 1982). В обеих работах (включая обновленное исследование на более широком материале) тест на организацию восприятия не позволял выявить различий ни между разными группами (Coates & Friedman, 1988), ни внутри одной группы, при сравнении с результатами теста на понимание речи. Заметим, что последний вывод отличается от результатов работы Джона Мани и Ралфа Эпстайна 1967 года (Money & Epstein, 1967). В статье 1982 года (Finegan et al., 1982) мы сообщили о значительных различиях в результатах тестов на словарный запас и на расстановку предметов — в пользу первого теста у нашей группы мальчиков с расстройством гендерной идентичности; кроме того, группа гендерно-проблемных мальчиков показала относительно низкие результаты теста на расстановку предметов, когда мы сравнивали их либо с результатами родных братьев этих мальчиков, либо с результатами мальчиков, направленных на обследование в связи с не гендерными психическими проблемами. Поскольку в нашем исследовании участвовало значительно большее число детей, чем в аналогичных работах, мы склонны доверять именно нашим результатам. Возможно, что отрицательные результаты, полученные Коутс и Фридманом (Coates & Friedman,

1988), связаны с некими неизвестными различиями в характере выборки либо со слишком маленькой статистической мощностью исследования из-за недостаточной выборки.

Однако если допустить, что наши данные верны, то как объяснить описанные выше низкие результаты пространственных способностей у обследуемых детей? Мы уже отмечали, что отсутствие явных признаков интерсексуальности у мальчиков с расстройством гендерной идентичности оставляет только одно объяснение: гормональное влияние, ограниченное лишь нервными структурами, отвечающими за когнитивную деятельность мозга (Hines & Collaer, 1993). К сожалению, непосредственно проверить это утверждение будет очень сложно.

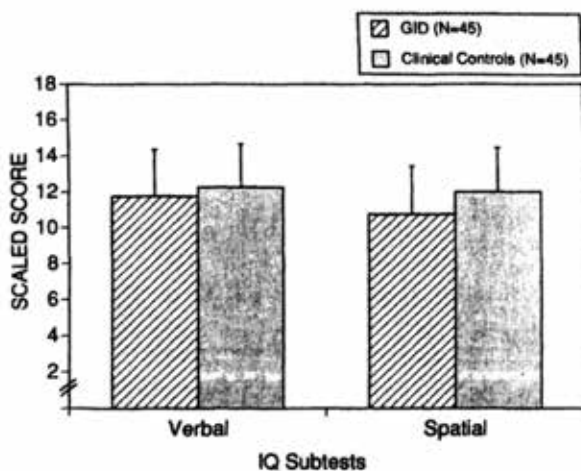


Рис. 6.9. Вербальные способности и способности к ориентации в пространстве у мальчиков с расстройством гендерной идентичности и у мальчиков, соответствующих им по возрасту, социальному положению и общему уровню IQ, направленных на обследование в связи с другими психическими проблемами, не связанными с гендерной идентичностью.

Использованные термины:

GID (N = 45) — группа из 45 мальчиков, страдающих расстройством гендерной идентичности.

Clinical controls (N = 45) — группа из 45 мальчиков, направленных на обследование в связи с другими психическими проблемами, не связанными с гендерной идентичностью.

Остальные термины: те же, что и на рис. 6.8.

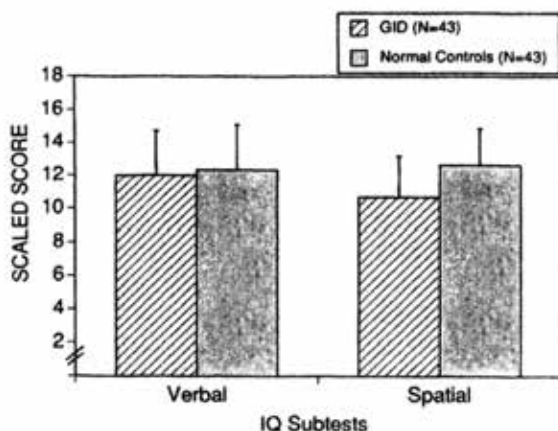


Рис. 6.10. Вербальные способности и способности к ориентации в пространстве у мальчиков с расстройством гендерной идентичности и у обычных мальчиков, никогда не направлявшихся на психиатрическое обследование.

Использованные термины:

Normal controls (N = 43) — контрольная группа из 43 здоровых мальчиков, никогда не направлявшихся на психическое обследование.

Остальные термины: те же, что на рис. 6.8 и рис. 6.9.

Многие исследователи видят здесь влияние психологии (жизненного опыта): они утверждают, что неодинаковая социализация мальчиков и девочек вносит свой вклад в формирование половых различий в сфере пространственных способностей (тот же механизм социального влияния рассматривался в качестве объяснения различных пространственных способностей у детей одного пола). Одна из точек зрения в подобных рассуждениях гласит, что участие в типично мужских (мальчишеских) видах деятельности или поощрение ребенка к участию именно в них влияет на формирование лучших пространственных способностей; подтверждение верности такой точки зрения мы находим как у мальчиков, так и у девочек (см. об этом, например: Connor & Serbin, 1977; Serbin & Connor, 1979; Serbin, Zelkowitz, Doyle, Gold, & Wheaton, 1990).

Действительно, естественно предположить, что мальчики, имеющие ярко выраженные признаки женоподобия, приобретут меньший опыт в областях жизни, которые предположительно развивают способности к ориентации в пространстве. Чтобы

косвенно проверить эту гипотезу, можно показать, что недостаток способностей к пространственной ориентации растет с возрастом в том случае, если относительно малая вовлеченность в типично мужские виды жизнедеятельности может со временем оказывать все большее воздействие на личность ребенка. Чтобы подтвердить или опровергнуть это предположение, мы рассчитали взаимодействие (корреляцию) возраста и различия результатов субтестов на вербальные способности и на способности к ориентации в пространстве. Поскольку социальное происхождение ребенка отрицательно коррелировало с его возрастом, а семейное положение родителей (полнота/неполнота семьи) коррелировало с обеими переменными, оба показателя были рассмотрены отдельно. В итоге корреляция составила — 0,012, то есть стремилась в сторону, противоположную предполагаемой, и была несущественной.

Другая гипотеза, требующая подтверждения, заключалась в том, что сниженный уровень способностей в сфере пространственной ориентации будет положительно коррелировать со степенью поведенческой феминизации (или отрицательно коррелировать со степенью поведенческой маскулинизации). Чтобы проверить эту гипотезу, мы рассчитали корреляции между оценкой различий в вербальных и пространственных субтестах и несколькими оценками поведения ребенка, типичного для одного из полов, данными как родителями, так и самими детьми, в ходе исследования, описанного в таблице 4.8. Поскольку такие демографические переменные, как возраст ребенка, социальное положение родителей и их семейное положение (полнота/неполнота семьи), коррелировали по крайней мере с некоторыми из этих оценок, они были рассмотрены отдельно. В итоге из 18 корреляций только одна оказалась статистически значимой ($p < 0,05$, односторонний критерий) и была направлена в сторону, противоположную предполагаемой; три другие корреляции имели значение в пределах $p < 0,10$ (односторонний критерий), из них две были направлены в сторону, соответствующую нашим предположениям.

Подводя итоги, отметим, что приведенные данные показывают следующее: относительное снижение способностей к пространственной ориентации является характеристикой мальчиков с расстройством гендерной идентичности, и эта характеристика не связана с возрастом (по крайней мере, с возрастом рассматриваемого диапазона). Кроме того, было выявлено только несколько

значительных корреляций данной характеристики с поведением, типичным для одного из полов, и направленность этих корреляций (в ту или иную сторону) была непостоянной. Тем не менее относительно низкая способность к пространственной ориентации представляется нам межгрупповой характеристикой, которая заслуживает дальнейшего изучения.

Нейропсихологические маркеры функциональной асимметрии мозга

Праворукость или леворукость

Функциональная асимметрия мозга имеет отношение к различию в протекании мозговых процессов, связанных с вербальными (языковыми) и невербальными (или пространственными) способностями, в левом и правом полушарии соответственно. Индивидуальное предпочтение правой или левой руки в видах деятельности, связанных с ручным трудом, давно рассматривается как косвенный признак функциональной асимметрии мозга (которая проявляется, например, в том, что за речевые способности отвечает правое или левое полушарие). Есть мнение, что у мужчин функциональная асимметрия выражена сильнее, чем у женщин (McGlone, 1980), хотя данное половое различие не очень велико (Hiscock, Inch, Jacek, Hiscock-Kalil, Kalil, 1994).

Лишь совсем недавно среди ученых пробудился интерес к взаимосвязи леворукости/праворукости с психосексуальной дифференциацией, особенно с сексуальной ориентацией. Этот интерес особенно подогрела недавняя гипотеза, именуемая теорией Гешвинда — Галабурды (Geschwind & Galaburda, 1985a, 1985b, 1985c), которая касается мозговой латерализации (то есть связи определенных умственных способностей с левым или правым полушарием). Авторы располагали не систематическими данными: «Мы получили письма от нескольких гомосексуалов, которые сообщили, что среди людей их ориентации довольно много левшей; однако пока нет ни одного научного исследования, подтверждающего эти сведения» (Geschwind & Galaburda, 1985b, p. 546).

Основная идея этой теории заключается в том, что развитие мозговой латерализации зависит от уровня тестостерона во

время внутриутробного периода. Было высказано следующее предположение: повышенный уровень внутриутробного эмбрионального тестостерона замедляет развитие левого полушария мозга эмбриона, которое в нормальных условиях должно доминировать; таким образом создаются условия для того, чтобы правое полушарие стало доминирующим; это является причиной леворукости и перемещения центра управления речевыми способностями из левого полушария в правое. Из этого, по мнению авторов теории, следует, что половой дифференциацией при внутриутробном производстве тестостерона можно объяснить, почему левши встречаются чаще среди мужчин, чем среди женщин, а также почему мальчики и юноши чаще, чем девочки и девушки, страдают от различных психических расстройств, связанных с развитием навыков речи и обучением языку.

Что касается женщин, то здесь гипотеза о связи праворукости/леворукости с сексуальной ориентацией выглядит так: повышенный уровень тестостерона у эмбриона (о котором говорилось в теории о пренатальных гормонах, описанной выше) создает предпосылки для женской гомосексуальности, то есть для развития мужского типа поведения, а значит, в соответствии с теорией Гешвинда — Галабурды, и для леворукости. Таким образом, если объединить обе теории и применить их к женщинам, то получится, что повышенный уровень тестостерона во внутриутробный период способствует возникновению мужских черт поведения, таких как более частая склонность к леворукости и сексуальное влечение к женщинам.

А вот относительно мужчин существуют две версии. Если мужская гомосексуальность является результатом пониженного уровня тестостерона (что следует из теории о пренатальных гормонах), то среди гомосексуалов должна быть больше распространена праворукость (Lindesay, 1987), что соответствует общему сдвигу в сторону форм поведения, более свойственных женщинам, у которых чаще встречается праворукость и которым присуще сексуальное влечение к мужчинам. Однако Гешвинд и Галабурда (Geschwind & Galaburda, 1985b), опираясь на исследования предродового стресса беременных крыс, проведенные Ингеборг Л. Уорд (см. выше, в разделе «Предродовой стресс матери»), сделали другой прогноз. Напомним: эксперименты Уорд показали, что плоды крыс мужского пола реагировали на материнский стресс следующим образом: уровень тестостерона сначала на короткое

время поднимался, а затем надолго падал, и в итоге, после рождения, у крыс наблюдалось гомосексуальное поведение, то есть учащались случаи лордоза. Кроме того, Гешвинд и Галабурда привели данные исследования Дёрнера с соавторами о предполагаемом предродовом стрессе у матерей гомосексуальных мужчин. Процитировав их наблюдение, Уильям Джеймс (James, 1989) сделал вывод: «Вполне правомерным представляется предположение, что предродовой стресс матери может вызвать как повышение, так и снижение уровня тестостерона у эмбриона (на разных этапах беременности), и в итоге у одного и того же человека может развиваться одновременно леворукость и гомосексуальность» (James, 1989, p. 179).

Несколько ученых предприняли эмпирические исследования взаимосвязи леворукости/праворукости и сексуальной ориентации. Перед тем как мы представим обзор этих исследований, необходимо сделать следующие замечания, касающиеся обоснованности описанных выше взаимосвязанных гипотез.

Первое: хотя вполне справедливо утверждение, что леворукость наблюдается у мужчин несколько чаще, чем у женщин (см., например: Perelle & Ehrman, 1994), доказательства влияния уровня тестостерона на леворукость / праворукость по большей части косвенные. Например, не существует формального подтверждения того, что у обычных мужчин колебание уровней пренатального тестостерона (в период внутриутробного развития) связано с праворукостью/леворукостью (Grimshaw, 1993). Три исследования, посвященные женщинам с нетипичной историей пренатальных гормонов, дали неоднозначные результаты. Исследователи 1987 года (Nass et al., 1987) пришли к выводу, что девочки с врожденной гиперплазией коры надпочечников (ВГКН) проявляют большую склонность к леворукости, чем их здоровые сестры, хотя различие между ними оказалось незначительным, когда общее количество девочек с ВГКН, участвовавших в исследовании, сравнивали с их сестрами (во вторую группу были включены также родные сестры мальчиков с ВГКН). А вот исследователи 1994 года (Helleday, Siwers, Ritzen, & Hugdahl, 1994) пришли к выводу, что различий в праворукости / леворукости между молодыми женщинами с ВГКН и их здоровыми сверстницами, привлеченными для сравнения, не существует. Однако Стивен Шахтер (Schachter, 1994) обнаружил большую склонность к леворукости у женщин, которые во внутриутробный период

подвергались воздействию диэтилстильбэстрола (содержащего эстроген), по сравнению с другими женщинами, наблюдавшимися в гинекологической клинике.

Второе: если наши предыдущие обзоры были добросовестны, то напрашивается вывод, что применительно к людям взаимосвязь между пренатальным стрессом у матери и сексуальной ориентацией ребенка далеко не очевидна. Тем не менее представляется, что в случае если взаимосвязь между леворукостью/праворукостью и сексуальной ориентацией будет доказана, явлению потребуется дать четкое нейробиологическое истолкование, поскольку маловероятно, что этот психосоциальный феномен имеет какое-то другое рациональное объяснение.

К настоящему времени проведено пять исследований, посвященных взаимосвязи леворукости/праворукости и сексуальной ориентации у женщин, и 14 исследований, посвященных аналогичной взаимосвязи у мужчин. В таблице 6.5 представлена информация о каждом из этих исследований: указаны объем выборки, контрольные группы (привлеченные для сравнения), ссылка на методику обследования и полученные результаты. Помимо работ, отраженных в таблице, об отсутствии какой-либо связи леворукости/праворукости и сексуальной ориентации как у женщин, так и у мужчин сообщило еще одно исследование (Ellis & Peckham, 1991), однако авторы не привели конкретных данных, и потому их работу мы не включаем.

Первые исследования на эту тему были посвящены женщинам. Авторы работы 1990 года (McCormick, Witelson, & Kingstone, 1990) разделили испытуемых на две группы: «устойчивые правши», если правая рука использовалась во всех 12 видах деятельности, требующих либо одной, либо обеих рук, и «неустойчивые правши», если левая рука использовалась хотя бы в одном из этих 12 видов деятельности. Распространенность «устойчивых правшей» и «неустойчивых правшей» была сопоставлена с данными исследования Мариан Аннетт 1970 года (Annett, 1970), в котором участвовало 1692 мужчин и женщин из Великобритании. Авторы исследования 1990 года сообщили, что 69 % гомосексуальных женщин были «неустойчивыми правшами», что существенно отличается от 35 %, указанных в работе Мариан Аннетт.

Авторы работы 1991 года (Tkachuk & Zucker, 1991) решили произвести длительную по времени оценку леворукости/праворукости. Поскольку в исследовании участвовали не только

женщины, но и мужчины, полученные данные были проанализированы с помощью дисперсионного анализа 2×2 (где первый множитель означает пол, а второй — сексуальную ориентацию). В результате основной эффект в отношении сексуальной ориентации оказался на уровне значимости ($p = 0,073$), указывая на то, что гомосексуальные участники исследования обладали не столь же устойчивой праворукостью, как гетеросексуальные участники. На основе самоописаний опрашиваемых Дэвид Хольцен (Holtzen, 1994) классифицировал леворукость/праворукость как величину, меняющуюся в диапазоне от «исключительно левша» до «исключительно правша», и в итоге сделал вывод, что среди гомосексуальных женщин меньше «исключительно правшей», чем среди гетеросексуальных женщин (60,7 % против 77,0 %).

Авторы исследования 1995 года (Gladue & Bailey, 1995) провели длительную по времени дихотомическую оценку леворукости / праворукости и не выявили значительных различий между основными участниками исследования (гомосексуалами) и обычными людьми, привлеченными для сравнения. Автор исследования 1993 года (Moose, 1993) ограничился лишь оценкой того, какой рукой люди пишут, и также не нашел никаких различий.

Из четырех исследований, охвативших относительно небольшие группы гомосексуальных мужчин, но сопоставивших данные с обычными мужчинами и женщинами, привлеченными для сравнения, в двух работах результаты оказались несущественными (Moose, 1993; Willmott, 1975), либо разница между основными участниками и привлеченными для сравнения оказалась незначительной (Rosenstein & Bigler, 1987; Tkachuk & Zucker, 1991).

Из шести исследований, охвативших более широкую выборку основных участников и привлеченных для сравнения, в трех не было выявлено никаких различий (Bogaert & Blanchard, in press; Gladue & Bailey, 1995; Marchant-Haycox, McManus, & Wilson, 1991), а в трех других работах у гомосексуальных мужчин была обнаружена склонность к леворукости (Halpern & Cass, 1994; Holtzen, 1994; Lindesay, 1987). Однако мы повторно проанализировали данные исследования 1991 года (Marchant-Haycox et al., 1991) и выяснили, что 11,6 % гомосексуальных мужчин, 7,7 % гетеросексуальных мужчин, и 6,4 % гетеросексуальных женщин могут быть сочтены левшами (в данном исследовании результаты гомосексуальных мужчин были сопоставлены с совокупными результатами гетеросексуальных мужчин и женщин), $\chi^2 = 4,21$, $p < 0,05$.

Авторы четырех других исследований не стали приглашать обычных людей для сравнения, а использовали ссылки на нормы праворукости/леворукости. В трех из этих работ сообщается о значительном отличии гомосексуалов от норм, то есть о большей распространенности леворукости среди гомосексуальных мужчин (Becker et al., 1992; Götestam, Coates, & Ekstrand, 1992; McCormick & Witelson, 1991), а в одном исследовании не обнаруживается никаких различий (Satz et al., 1991). Заметим, что авторы последней работы (Satz et al., 1991) не указали, провели ли они статистическую проверку своих данных.

Еще два исследования были посвящены леворукости/праворукости у транссексуалов. В работе 1991 года (Watson, 1991) проведена оценка 32 транссексуалов, желавших сменить мужской пол на женский (MtF транссексуалы), и 160 обычных мужчин, соответствовавших им по возрасту и привлеченных к исследованию для сравнения. По результатам дихотомической оценки, 40,6% транссексуалов оказались левшами, тогда как среди обычных мужчин таковых было 11,9%, что является очень существенной разницей. Длительная по времени оценка дала схожие результаты, подтвердившие разницу между двумя группами. Продолжением этого исследования явилась работа 1992 года (Watson & Coren, 1992), авторы которой сообщили дополнительные сведения: в новом исследовании участвовало уже 45 транссексуалов, 37 % которых определены как гетеросексуальные, 28 % — как гомосексуальные, 19 % — как бисексуальные, и 16 % — как асексуальные. Контрольная группа, привлеченная для сравнения, состояла из 225 обычных мужчин (то есть по пяти на каждого транссексуала); все они соответствовали основной группе по возрасту и были отобраны методом случайной выборки из более многочисленной группы, состоявшей из 10 тысяч человек. Однако в данной статье описано несколько иное распределение леворукости/праворукости между группами. У транссексуалов левшами были 35,6 %, среди обычных мужчин — 11,6 %; причем процент левшей-транссексуалов рассчитывался независимо от их сексуальной ориентации.

Авторы второго исследования (Orlebeke, Boomsma, Gooren, Verschoor, & van den Bree, 1992) провели оценку 93 MtF-транссексуалов и 44 FtM-транссексуалов из Нидерландов. Была проведена трихотомическая классификация участников исследования по признаку леворукости/праворукости, причем все транссексуалы

были объединены в одну группу без учета того, кто из них является биологическим мужчиной, а кто — биологической женщиной. Тем не менее в итоге процент левшей среди транссексуалов оказался значительно выше (19 %) по сравнению с 11,2 % среди обычных представителей населения Нидерландов (общее число обследованных составляло 4769, см.: Van den Brekel, 1986).

Подводя итоги, скажем: данные, касающиеся связи леворукости/праворукости и сексуальной ориентации, выглядят весьма неоднозначными, и потому нам кажется преждевременным прозвучавшее в некоторых научных публикациях утверждение, что эта связь уже представляет собой доказанное явление, требующее объяснения (см.: Bancroft, 1994; Coren, 1992, pp. 199–202; Halpern & Coren, 1993, p. 239).

Рассмотрим некоторые методологические неясности вышеописанных исследований.

Первое. Конкретные проявления такого свойства, как леворукость/праворукость, могут меняться от одного исследования к другому, и точно так же может меняться их истолкование. Например, авторы исследований 1990 и 1991 годов (McCormick et al., 1990; McCormick & Witelson, 1991) определяют обследуемых людей как «неустойчивые правши», если хотя бы одно из предложенных заданий они выполняют левой рукой. Напротив, авторы другого исследования 1991 года (Satz et al., 1991) определяют людей как левшей или как амбидекстеров исходя из более строгих критериев; этим можно объяснить тот факт, что две группы пришли к разным выводам. Различным пониманием норм и стандартов можно объяснить также большой разброс в доле тех, кого исследователи определяли как «неустойчивых правшей» (от 13–16 % до 45 %).

Существуют различные точки зрения на то, каким способом лучше классифицировать всевозможные виды леворукости/праворукости. Авторы работы 1990 года (Steenhuis, Bryden, Schwartz, & Lawson, 1990) заметили, что устойчивое предпочтение одной руки особенно слабо выражено у тех, кто «пользуется обеими руками» (например, при письме), и поэтому, если доверять только сообщениям опрашиваемых, как это сделано в другом исследовании 1990 года (McCormick et al., 1990), то можно увеличить вероятность ошибочной оценки.

Второе. Для определения правшей и левшей некоторые исследования прежде всего опирались на анализ того, какой рукой человек пишет (например: Bogaert & Blanchard, in press; Moose,

1993), тогда как другие использовали более разнообразные способы оценки. В работе 1990 года (McCormick et al., 1990) использование только данных о том, какой рукой люди пишут, не дало существенных результатов, однако как только к исследованию были подключены другие виды ручных работ, сразу обнаружились существенные различия, позволяющие определить участников как «устойчивых правшей» или «неустойчивых правшей».

Третье. Авторы четырех исследований мужчин и одного исследования женщин не приглашали для сравнения никаких контрольных групп, а вместо этого доверились предполагаемым нормам праворукости/леворукости, заимствованным из ранее опубликованных исследований популяции в целом. Такой подход включает в себе множество рисков. Ведь существуют определенные доказательства того, что леворукость/праворукость связана с демографическими переменными, такими как возраст и уровень образования (см. об этом, например: Dellatolas et al., 1991; Gilbert & Wysocky, 1992), и если переменные не проверять с помощью контрольных групп, то это может привести к большой путанице. Примером служит исследование 1992 года (Becker et al., 1992): среди гомосексуальных мужчин как с высоким, так и с низким уровнем образования оказалось слишком много левшей, и, кроме того, сведения об обследуемой группе использовались без учета уровня образования и связанных с ним демографических переменных (Lansky, Feinstein, & Peterson, 1988).

Четвертое. Необходимо напомнить, что во всех исследованиях вопроса о предпочтении рук подразумевается постулат о существовании половых различий в леворукости. Но при этом надо заметить, что данное половое различие все же невелико. И хотя никакое формальное исследование пока не рассматривало величины эффекта для половых различий в праворукости/леворукости, тем не менее Дж. М. Бейли (J. Michael Bailey, личное сообщение автору книги от 1 сентября 1994 года) предполагает, что при расчете по критериям Коэна (Cohen, 1988) эта величина «мала». Таким образом, чтобы вычислить величины эффекта, касающиеся сексуальной ориентации тех или иных групп представителей одного пола, для достижения нужной статистической мощности требуется весьма большой объем выборки. К сожалению, исследования, привлечшие наиболее обширные объемы выборки (см. табл. 6.5), далеко не всегда оценивали леворукость/праворукость именно способом, предложенным в работе 1990 года (McCormick

et al., 1990), который, по мнению авторов этой статьи, имеет наилучшую внешнюю валидность.

Исследование 1992 года (Watson & Coren, 1992) выявило очень яркие различия между транссексуалами и контрольной группой обычных людей. К сожалению, авторы исследования дали весьма скудное описание этой контрольной группы; кроме того, в двух статьях этих авторов сообщается о разных методах оценки, и потому неясно, представляют ли транссексуалы случайную выборку или тенденциозно подобранную группу. Мы также полагаем, что в будущем к подобным исследованиям надо привлекать клинические контрольные группы, состоящие из пациентов, проходящих обследование в связи с какими-то другими психическими проблемами, не относящимися к транссексуальности и вообще к гендеру: ведь известно, что подобные «не гендерные» психиатрические пациенты точно так же более склонны к леворукости, чем обычные люди (см., например: Levine, 1980; Fleminger, Dalton, & Standage, 1977; Taylor, Dalton, Fleminger, & Lishman, 1982). Поскольку сходная сопутствующая психопатология является общей чертой всех транссексуалов (Levine, 1980; Lothstein, 1983; Meyer, 1982), сложно понять, представляет ли более частая склонность транссексуалов к леворукости специфическую черту транссексуальности как таковой. Специальное исследование 1992 года, посвященное транссексуалам (Orlebeke et al., 1992), не может быть никак интерпретировано, поскольку авторы работы по разному определяют понятие леворукости/праворукости для транссексуалов и для обычных представителей популяции, привлеченных для сравнения.

Авторы исследования 1992 года (Watson & Coren, 1992) сообщают, что не обнаружили никакого различия в леворукости/праворукости у людей разной сексуальной ориентации; авторы другого исследования того же года (Orlebeke et al., 1992) вообще не рассматривали леворукость/праворукость применительно к сексуальной ориентации. Поскольку существует целый ряд надежных доказательств, что при этиологическом исследовании всех гетеросексуальных, бисексуальных и асексуальных транссексуалов необходимо объединить в одну группу и сравнить с гомосексуальными транссексуалами (см.: Blanchard, 1985a, 1989; Blanchard et al., 1987; Zucker, 1993), представляется очень важным изучить эту переменную в будущих исследованиях, поскольку мы можем предположить, что более частая склонность к леворукости обнаружится только среди гомосексуальных транссексуалов.

После того как появились результаты первых исследований леворукости/праворукости, мы стали подбирать сведения на эту тему применительно к детям и подросткам, имеющим расстройство гендерной идентичности. К настоящему времени уже собраны данные, касающиеся 74 мальчиков с расстройством гендерной идентичности. Каждого мальчика мы попросили выполнить 12 заданий, определяющих особенности поведения (например, нарисовать окружность, бросить мяч, открыть бутылку); все эти задания заимствованы из опросника 1991 года, предназначенного для оценки леворукости/праворукости у детей (Bryden, MacRae, & Steenhuis, 1991). При выполнении каждого задания наш психолог отмечал, какую руку — левую или правую — использует мальчик. В итоге, применяя различные методы оценки леворукости/праворукости ребенка, мы провели предварительный анализ данных, который не выявил никакого аномально высокого процента мальчиков, не являющихся правшами, по сравнению с аналогичным процентом обычных детей, чье поведение оценивалось по тому же опроснику (Bryden et al., 1991). Прежде чем появится возможность сделать какой-то определенный вывод, необходимо собрать данные по всем контрольным группам обычных детей, привлеченных к исследованию для сравнения и выполнявших те же задания. Однако сравнение с накопленными нормативными данными наталкивает на мысль, что существует очень небольшая вероятность выявить здесь существенные различия (личное сообщение Джини Гримшоу автору этой книги от 6 октября 1993 года).

Нейропсихологические исследования

Нейропсихологические тесты использовали также для подтверждения функциональной асимметрии мозга, которая уже давно рассматривалась как один из признаков половых различий (см., например: Bryden, 1979; Kimura & Harshman, 1984; Levy & Heller, 1992; McGlone, 1980).

Авторы второго исследования 1986 года (Sanders & Ross-Field, 1986b) предложили участникам первого исследования 1986 года (Sanders & Ross-Field, 1986a) выполнить задание на распознавание точек. В итоге гетеросексуальные мужчины показали превосходство левого поля зрения, тогда как гомосексуальные мужчины и гетеросексуальные женщины этого не продемонстрировали.

Таблица 6.5. Леворукость-праворукость и сексуальная ориентация

Study	Homo- sexuals	Concurrent controls ^a	Referent norms	Handedness measure	Results ^b
Females					
McCormick et al. (1990)	32	—	1,692 (M + F)	Annett (1970)	HS > referent norms
Tkachuk & Zucker (1991)	21	31	—	Oldfield (1971)	HS > controls ^c
Moose (1993)	16	17	—	Writing hand	No differences
Holtzen (1994) ^d	56	178	—	Self- categorization	HS > controls
Gladue & Bailey (1995)	68	73	—	Annett (1970)	No differences
Males					
Willmott (1975)	17	17 (M) 16 (F)	—	Willmott (1975)	No differences
Lindesay (1987)	94	100	—	Annett (1970)	HS > controls
Rosenstein & Bigler (1987)	7	29	—	Oldfield (1971)	HS > controls (see reanalysis by Daniel & Yeo, 1993)
McCormick et al. (1990) and McCormick & Witelson (1991)	56	—	1,692 (M + F)	Annett (1970)	HS > referent norms
Marchant-Haycox et al. (1991)	378	287 (M) 109 (F)	—	McManus et al. (1990)	No differences ^c
Satz et al. (1991)	993	—	ND ^f	Modified Annett (1970)	No differences ^g
Tkachuk & Zucker (1991)	26	24	—	Oldfield (1971)	HS > controls ^h
Becker et al. (1992)	1,612	—	845 (M)	Modified Annett (1970)	HS > referent norms
Götestam et al. (1992)	394	—	380 (M)	Modified Oldfield (1971)	HS > referent norms
Moose (1993) ⁱ	15	15	—	Writing hand	No differences
Halpern & Cass (1994)	149	149	—	Preferred hand use for four activities	HS > controls
Holtzen (1994) ^d	85	82	—	Self- categorization	HS > controls
Gladue & Bailey (1995)	72	76	—	Annett (1970)	No differences
Bogaert & Blanchard (in press)	843	3,600	—	Gebhard & Johnson (1979)	No differences

Использованные термины:

Study — опубликованное исследование (см. Список литературы).

Homosexuals (HS) — гомосексуалы.

Concurrent controls — контрольная группа обычных (не гомосексуальных) людей, привлеченных для сравнения.

Referent norms — здесь: количество и пол (М — мужской, F — женский) участников более раннего исследования леворукости/праворукости (указанного в столбце Handedness measure), на которое ссылаются авторы данного исследования (указанного в столбце Study).

Handedness measure — здесь: более раннее исследование, посвященное леворукости-праворукости у населения в целом, которое используют авторы вместо привлечения контрольной группы.

Results — результаты данного исследования (указанного в столбце Study).

No differences — нет различий.

Примечание: когда книга готовилась к печати, еще одна группа ученых выполнила исследование, посвященное взаимосвязи леворукости/праворукости и сексуальной ориентации (Pattatucci, Patterson, Benjamin, & Hamer, 1995). С помощью четырех поведенческих заданий члены группы провели самооценку леворукости/праворукости. В итоге гомосексуальные женщины (478) оказались значительно более склонными к леворукости, чем гетеросексуальные женщины (276). А вот гомосексуальные мужчины (273) оказались значительно более склонны к праворукости, чем гетеросексуальные мужчины (246), что противоречит результатам других подобных исследований.

- a) В контрольную группу входят люди того же пола, что и основные участники, если иное не оговорено особо;
- b) знак > говорит о том, что основные участники исследования (гомосексуалы) были более склонны к леворукости или к «неустойчивой праворукости»;
- c) статистические испытания проводились одновременно со сбором данных о мужчинах;
- d) данная группа гомосексуалов включала в себя несколько бисексуалов;
- e) мы провели повторный анализ данных, собранных авторами этой статьи (см. об этом выше);
- f) ND, no data — нет данных (авторы не сообщили о своем объеме выборки);
- g) нет данных о статистических испытаниях;

- h) статистические испытания проводились одновременно со сбором данных о женщинах;
- i) автор этой статьи исследовал также леворукость/праворукость у бисексуальных мужчин и женщин (см. табл. 6.4).

Авторы работы 1994 года (McCormick & Witelson, 1994) использовали специальный тест для исследования слуха, чтобы вывести коэффициент латерализации (КЛ) как у гетеросексуальных, так и у гомосексуальных мужчин и женщин, то есть у участников исследований, описанных выше. Поскольку известно, что КЛ зависит в том числе от такого показателя, как леворукость/праворукость, все данные были проанализированы как функции от половой принадлежности, сексуальной ориентации и леворукости/праворукости. В результате было выявлено взаимодействие сексуальной ориентации и леворукости/праворукости: гетеросексуальные участники — «устойчивые правши» — показали больший КЛ, чем «неустойчивые правши» из числа гетеросексуалов, тогда как «устойчивые» и «неустойчивые» правши из числа гомосексуалов показали одинаковый результат.

Авторы работы 1992 года (Cohen-Kettenis et al., 1992) также использовали специальный тест для исследования слуха, чтобы оценить КЛ у транссексуальных пациентов (см. выше). В итоге транссексуалы обоих биологических полов (и FtM, и MtF), являющиеся правшами, показали значительно меньший КЛ, чем контрольная группа обычных людей (другие результаты см.: Herman, Grabowska, & Dulko, 1993).

Учитывая весьма скромное число работ на эту тему, преждевременно считать, что данное направление исследований уже установило нейропсихологическую взаимосвязь между сексуальной ориентацией и такой гендерной идентичностью, которая не соответствует биологическому полу человека. Когда в исследовании 1990 года (McCormick, 1990) анализировались данные, касающиеся КЛ отдельно в отношении мужчин и в отношении женщин, не было выявлено существенных различий, связанных с сексуальной ориентацией женщин. В любом случае, на следующем этапе исследований необходимо подтвердить все закономерности, выявленные в предыдущих работах, но уже применительно к новым привлеченным участникам, численность которых должна возрастать, а их леворукость/праворукость должна быть более строго проверена с помощью контрольных групп.

Нейроанатомические структуры и антропометрия

Как и в случае других нейробиологических показателей, предположительно связанных с психосексуальной дифференциацией, возможность нейроанатомических половых различий долгое время была предметом споров между исследователями (Swaab & Hofman, 1984). В данном разделе представлен обзор некоторых исследований на эту тему, имеющих отношение к нетипичной психосексуальности.

Предзрительная область гипоталамуса

В исследовании 1985 года (Swaab & Fliers, 1985) была рассмотрена предзрительная область (preoptic area, POA) гипоталамуса 13 мужчин и 18 женщин (в возрасте от 10 до 93 лет). Морфометрический анализ выявил группу клеток (обозначенную как «ядро полового диморфизма» — sexually dimorphic nucleus, SDN); SDN у мужчин в 2,5 раза больше, чем у женщин, и содержит в 2,2 раза больше клеток (см. также: Hofman & Swaab, 1989). Это открытие явилось подтверждением более раннего наблюдения (Gorski, Gordon, Shryne, & Southam, 1978), касающегося полового диморфизма срединной POA гипоталамуса крыс: «Группа клеток в этой области вызывает столь яркое половое различие в своей цитоархитектонике, что его можно заметить даже невооруженным глазом» (Swaab & Fliers, 1985, p. 1112). Тем не менее авторы были очень осторожны в своих выводах, заметив, что «пока неизвестно, какую функцию выполняют SDN и POA как у крыс, так и у людей» (Swaab & Fliers, 1985, p. 1114).

В следующей работе этих же авторов (Swaab & Hofman, 1990) рассматривалось SDN у 10 гомосексуальных мужчин, не страдавших слабоумием, которые умерли от СПИДа, а также у 6 гетеросексуалов (4 мужчин и 2 женщины), не страдавших слабоумием, которые тоже умерли от СПИДа, и аналогичное SDN у контрольной группы из 18 мужчин. Выяснилось, что SDN по объему и по количеству клеток одинаково у гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин. С другой стороны, объем супрахиазматического ядра (suprachiasmatic nucleus, «SCN»), еще одной клеточной группы в гипоталамусе, у гомосексуалов оказался в 1,7 раза больше, чем у мужской контрольной группы, и содержал в 2,1 раза больше клеток.

Авторы исследований 1990 и 1992 годов (Swaab & Hofman, 1990; Swaab, Gooren, & Hofman, 1992a, 1992b) были в курсе того, что выявленные ими факты применяются для подтверждения теории о влиянии пренатальных гормонов на формирование сексуальной ориентации (см. выше). «Поскольку не было обнаружено никакого различия в количестве клеток SDN у гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин, можно считать опровергнутым самое далеко идущее утверждение Дёрнера, выдвинувшего гипотезу о «женском» строении мозга у гомосексуальных мужчин» (Swaab & Hofman, 1990, p. 145). С другой стороны, те же авторы задавались вопросом об увеличенном объеме SCN у гомосексуалов (не может ли это явление быть связано с пренатальными половыми гормонами), поскольку подобные эксперименты проводились на животных, хотя SCN явно не связано с половым диморфизмом (Hofman, Fliers, Goudsmit, & Swaab, 1988; Swaab, Fliers, & Partiman, 1985).

Промежуточные ядра переднего отдела гипоталамуса

Авторы исследования 1989 года (Allen, Hines, Shryne, & Gorski, 1989) заметили, что поскольку предзрительная область гипоталамуса (РОА) демонстрирует наибольшее количество признаков, связанных с половым диморфизмом у низших млекопитающих, можно предположить, что и у людей именно в этом отделе мозга будет наблюдаться нечто подобное. Авторы также сообщили, что поскольку некоторые патологоанатомы рассматривают РОА как передний отдел передней части гипоталамуса, они выбрали для своего количественного исследования именно переднюю часть предзрительной области гипоталамуса (preoptic-anterior hypothalamic area», РО-АНА). Из специального банка человеческих мозгов, хранящего около 100 гипоталамусов, были выбраны мозги, извлеченные патологоанатомами из черепов 11 мужчин и 11 женщин (чей средний возраст был равен 48 годам, а диапазон колебался в пределах от 5 до 81 года).

В этой работе не было выявлено ни одной группы клеток, «которую можно было бы считать очевидным аналогом того ядра гипоталамуса, которое различается у мужских и женских особей других биологических видов, то есть обладает признаками, связанными с половым диморфизмом» (p. 498). Поэтому исследователи выбрали для анализа относительно обособленную

группу клеток внутри РО-АНА, окрашенную в темный цвет тионином: это скопление клеток назвали «промежуточные ядра переднего отдела гипоталамуса» (*interstitial nuclei of the anterior hypothalamus*, INAH) и пронумеровали от INAH-1 до INAH-4.

Для каждой группы клеток зависимой переменной являлся ее абсолютный объем. У мужчин участки INAH-2 и INAH-3 оказались значительно больше по объему, чем у женщин (см. табл. 6.6). Авторы исследования высказали мнение, что INAH-1, возможно, связан с той группой клеток, определяющих половой диморфизм, которую в работе 1985 года (Swaab & Fliers, 1985) называли SDN-POA. Аллен с соавторами рассмотрели методологические различия между двумя исследованиями и предположили, что тот факт, что авторы 1985 года (Swaab & Fliers, 1985) выявили более значительные половые различия, чем они сами, можно объяснить разницей в методике (Allen et al., 1989). Будучи очень осторожными в выводах о функциональной значимости наблюдаемых половых различий, Аллен и его соавторы, тем не менее, высказали следующее утверждение: «Вполне допустимо высказать следующее интересное предположение: такие факторы, как предродовой стресс матери, способствующие одновременно феминизации и демаскулинизации сексуального поведения самцов крыс, а также способствующие уменьшению объема их SDN-POA, могут аналогичным образом влиять на развитие гомосексуальности у мужчин и уменьшать объем их INAH, отвечающие за половой диморфизм; заметим также, что INAH расположены в том отделе мозга, который отвечает за различный уровень гонадотропина у мужчин и женщин, и именно уровень этого гормона может быть изменен у гомосексуальных мужчин» (Allen et al., 1989, p. 504) [25].

В том же направлении затем начал работать Саймон Левей, автор исследования 1991 года (LeVay, 1991), который измерил объем INAH в мозге, извлеченном из черепов 19 гомосексуальных мужчин, умерших от СПИДа, 16 предположительно гетеросексуальных мужчин, 6 из которых умерли от СПИДа, и 6 предположительно гетеросексуальных женщин, одна из которых умерла от СПИДа. Возраст всех трех групп умерших был сопоставим (от 26 до 59 лет), хотя в целом он был несколько меньше, чем возраст тех, кто стал объектом исследования 1989 года (Allen et al., 1989).

Как и в исследовании Аллена с соавторами, в работе 1991 года (LeVay, 1991) не было выявлено полового диморфизма, связанного

с объемом INAH-1 и INAH-4. Однако, в отличие от исследования 1989 года, INAH-2 не проявил полового диморфизма. В то же время INAH-3 проявил половой диморфизм, как и в исследовании 1989 года (см. рис. 6.11). Кроме того, обнаружился эффект, связанный с сексуальной ориентацией: объемы INAH-3 у гомосексуальных мужчин и гетеросексуальных женщин оказались сопоставимы друг с другом, причем были значительно меньше, чем объем INAH-3 у гетеросексуальных мужчин. Таким образом, Левый впервые сообщил о нейроанатомическом различии между гетеросексуальными и гомосексуальными мужчинами, причем в этом различии проявился и половой диморфизм.

Передняя комиссура, или передняя спайка

Еще одно нейроанатомическое исследование (Allen & Gorski, 1991) пришло к выводу, что передняя спайка (anterior commissure, AC), один из нейронных проводящих путей в мозгу человека, у женщин на 12 % шире, чем у мужчин. Поскольку AC, возможно, связывает полушария, исследователи предположили, что она лежит в основе функциональных половых различий в сфере когнитивных способностей и мозговой латерализации; однако авторы заметили также, что нам до сих пор не известно функциональное значение различия в размерах AC.

Учитывая связь между сексуальной ориентацией и когнитивными способностями, рассмотренными выше (в начале раздела «Когнитивные способности, нейропсихологическая функция и нейроанатомические структуры»), те же авторы в следующей работе (Allen & Gorski, 1992) изучили размеры AC в мозге 30 гомосексуальных мужчин, 30 предположительно гетеросексуальных мужчин и 30 предположительно гетеросексуальных женщин, выбранных из более широкого круга скончавшихся и подходящих друг другу по возрасту. Большинство гомосексуальных мужчин и незначительный процент гетеросексуальных мужчин умерли от СПИДа, однако, согласно гистопатологии нервных тканей, болезнь не затронула AC.

Средняя площадь AC в срединной сагиттальной плоскости для каждой из трех групп равнялась следующим значениям (далее указывается значение \pm среднеквадратическая погрешность): $10,6 \pm 0,5$ мм² для гетеросексуальных мужчин; $12,0 \pm 0,5$ мм² для гетеросексуальных женщин; $14,2 \pm 0,6$ мм² для гомосексуальных

Таблица 6.6. Объем групп клеток (мм^3) у четырех промежуточных ядер переднего отдела гипоталамуса (interstitial nuclei of the anterior hypothalamus, INAH) у мужчин и женщин

	Males ($n = 11$)		Females ($n = 11$)	
	M	SEM	M	SEM
INAH-1	.366	.024	.299	.030
INAH-2	.044	.006	.022	.005
INAH-3	.132	.019	.047	.010
INAH-4	.086	.017	.056	.012

Использованные термины:

Males ($n = 11$) — группа из 11 (мертвых) мужчин.

Females ($n = 11$) — группа из 11 (мертвых) женщин.

INAH-1, INAH-2, INAH-3, INAH-4 — четыре скопления клеток, названных «промежуточными ядрами переднего отдела гипоталамуса».

M — средняя величина по группе.

SEM, standard error of the mean — стандартная ошибка среднего значения (среднеквадратическая погрешность).

Примечание: данные взяты из табл. 1 статьи: Allen, Hines, Shryne, & Gorski, 1989 (см. Список литературы в конце книги).

мужчин. Таким образом, у гомосексуальных мужчин площадь AC оказалась на 18 % больше, чем у гетеросексуальных женщин, и на 34 % больше, чем у гетеросексуальных мужчин. У гетеросексуальных женщин AC был на 13,4 % больше, чем у гетеросексуальных мужчин, и эта цифра подтверждает результаты исследования 1991 года. Когда же Аллен и Горски пересчитали свои результаты 1992 года (Allen & Gorski, 1992), предварительно изъяв из общего расчета цифры, касающиеся двоих гомосексуальных мужчин с самой большой площадью AC, то даже тогда общий (средний) показатель всех AC у гомосексуальных мужчин продолжал существенно отличаться от площади AC гетеросексуальных мужчин, но не отличался от AC гетеросексуальных женщин. Более того, после сопоставления массы AC с общей массой мозга (которая была одинакова у гомосексуальных и у гетеросексуальных мужчин), выяснилось, что AC у гомосексуальных мужчин на 36 % больше, чем у гетеросексуальных мужчин, и одновременно тот же AC гомосексуальных мужчин только на 5,9 % больше, чем AC гетеросексуальных женщин. Когда исследователи проанализировали

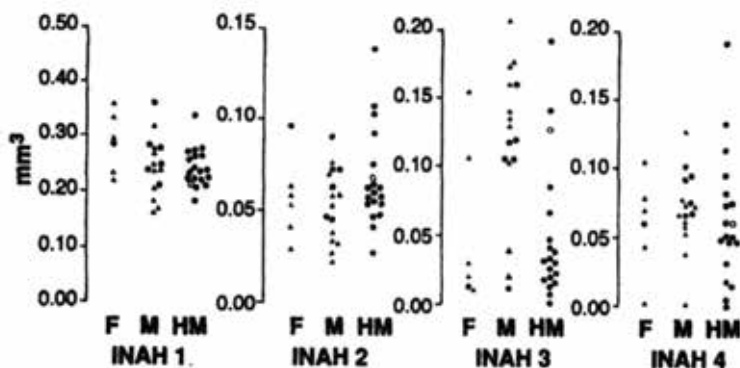


Рис. 6.11. Объемы четырех ядер гипоталамуса (INAH-1, 2, 3, 4), взятые для изучения у трех групп людей: женщин (F), предположительно гетеросексуальных мужчин (M) и гомосексуальных мужчин (HM). Люди, умершие от осложнений СПИДа, обозначены черными кругами; люди, умершие не от СПИДа, а от других причин, обозначены черными треугольниками; и, наконец, один человек — бисексуальный мужчина, умерший от СПИДа, обозначен белым кругом, обведенным черной окружностью. Для статистики бисексуальный мужчина помещен в группу гомосексуальных мужчин. С согласия правообладателей взят из: LeVay, 1991, p. 1036 (см. Список литературы).

эти данные как функцию от положительного либо отрицательного статуса умерших в отношении СПИДа, то это не изменило конечные результаты.

Наряду с обнаружением у людей половых нейроанатомических различий, у которых есть аналоги у прочих животных, причем эти различия, по крайней мере у низших млекопитающих, напрямую связаны с половым диморфизмом в поведении, как сексуальном, так и не относящемся к сексуальности (см., например: Allen & Gorski, 1990; Allen et al., 1989; Allen, Richey, Chai, & Gorski, 1991), авторы исследования 1992 года (Allen & Gorski, 1992) пришли к следующему выводу: существует вероятность, что предродовые (пренатальные) факторы, «действуя уже на этом раннем этапе развития, начинают разграничивать, с одной стороны, структуры, определяющие половой диморфизм, и, с другой стороны, активность мозга в целом» (p. 7202, курсив авторов).

Читатели, следящие за современной политикой в области сексуальных отношений, наверняка вспомнят, что Саймон Левей

своим исследованием 1991 года (LeVay, 1991) привлек к себе чрезвычайное внимание прессы (см., например: Angier, 1991a, 1991b; Begley, 1991; Gelman, 1992) и радио и телевидения. Левей вменил себе в обязанность появляться на телешоу, таких как Nightline или Donahue, а недавно опубликовал научно-популярную книгу, в которой описал методы своих исследований (LeVay, 1993). Отзывы его коллег были как положительными («Книга полна просто поразительных наблюдений, и, насколько я знаю, раньше не выходило ничего подобного», — Томас Роланд Инсел, см.: Angier, 1991a, p. A1), так и отрицательными («Это какой-то вздор», — Джон Пол Де Чекко, см.: Angier, 1991b, p. A1).

Дискуссии о нейроанатомических исследованиях

С научной точки зрения, работа Левея (LeVay, 1991) имела большое значение, поскольку она положила начало новому направлению нейробиологических исследований, касающемуся нетипичной психосексуальной дифференциации у людей, не имеющих явных признаков интерсексуальности (гермафродитизма). Как мы заметили выше, исследования РЕФЕ приостановились в 1991 году, и с тех пор мы не видели принципиально новых биологических работ, напрямую относящихся к данной теме (вышеописанная статья Дина Хамера и его коллег 1993 года (Hamer et al., 1993a) всего лишь следует выводам, сделанным в работе Левея и в статье другой вышеупомянутой группы исследователей (Allen & Gorski, 1992)).

Учитывая противоречивую историю предыдущего биологического изучения сексуальной ориентации, несколько авторов подчеркивали важность повторных независимых исследований, необходимых для проверки полученных сведений (Byne & Parsons, 1993; Friedman & Downey, 1993a, 1993b, 1994; Meyer-Bahlburg, 1993b); однако пока нет публикаций, описывающих такие проверочные исследования. Кроме того, в научной литературе продолжались споры о методах Левея, ряд из которых мы обсудим ниже. В отличие от исследования 1989 года (Allen et al., 1989), в котором сразу три сотрудника независимо друг от друга вычисляли размеры всех INAH, Саймон Левей делал это в одиночку. Учитывая очевидную трудность точного определения границ этих областей гипоталамуса (Friedman & Downey, 1993a), мы надеемся, что повторные проверочные исследования будут проведены совместными усилиями нескольких специалистов.

Данная работа подверглась также критике в двух статьях 1993 года (Byne & Parsons, 1993; Friedman & Downey, 1993a). В обеих статьях был замечен определенный дефицит биографических сведений о сексуальной жизни тех умерших, чьи гипоталамусы были взяты на исследование. Авторы первой статьи (Byne & Parsons, 1993) также обратили внимание на малый объем выборки в исследовании Леvey, а авторы второй статьи (Friedman & Downey, 1993a) посчитали недостатком такую особенность данной работы, как частичное наложение друг на друга диапазонов трех обследуемых групп. С нашей точки зрения, эти критические замечания не вполне убедительны. Что касается возможной ошибки при классификации обследуемых по сексуальной ориентации, то это могло всего лишь увеличить общую дисперсию ошибок и уменьшить вероятность нахождения различий между группами. Что же касается значительных различий при небольшом объеме выборки, то такой подход мог лишь сделать результаты более впечатляющими, чем при другой методике. Ну и, разумеется, наложение диапазонов для всех исследований поведения человека скорее правило, чем исключение, и поэтому не стоит слишком строго относиться к подобным недостаткам в работах по нейробиологии.

Более интересное критическое замечание касается возможного влияния вируса СПИДа на объем клеточных скоплений INAH (Byne & Parsons, 1993). Хотя авторы обеих экспериментальных работ (LeVay, 1991; Allen & Gorski, 1992) не сообщили ни о каком воздействии СПИДа на результаты их исследований, Байн и Парсонс высказали мнение, что «на терминальной стадии СПИДа наблюдается значительное снижение уровня тестостерона... А у некоторых млекопитающих объем той клеточной группы, которая, предположительно, является аналогом человеческой INAH-3, зависит от уровней тестостерона во взрослых организмах» (р. 235). Авторы статьи предположили, что течение болезни у гомосексуальных мужчин, умерших от СПИДа, могло отличаться от течения болезни гетеросексуальных мужчин, умерших от СПИДа, и по-разному повлияло на результаты исследования. В идеале, повторные проверочные исследования должны включить в свою выборку и тех, чья причина смерти не связана с нервными заболеваниями; но это будет очень трудно сделать, поскольку далеко не у всех умирающих пациентов фиксируется их сексуальная ориентация.

Наконец, авторы другой статьи 1993 года (Friedman & Downey, 1993a) заметили, что упомянутые в работе Левея эксперименты с возбуждением, раздражением или удалением переднего отдела гипоталамуса у обезьян и полуобезьян с последующим наблюдением за влиянием на дальнейшее сексуальное поведение животных, имеют лишь косвенное отношение к сексуальной ориентации, поскольку, по сути, не выявили изменений в направленности сексуального влечения (см.: Oomura, Yoshimatsu, & Aou, 1983; Perachio, Marr, & Alexander, 1979; Slimp, Hart, & Goy, 1978).

Дерматоглифика

Новейшие биофизические исследования сексуальной ориентации стали развиваться в направлении, близком к методике, используемой специалистами по физической антропологии, а именно к изучению образцов отпечатков пальцев, *дерматоглифике*. Авторы статьи 1994 года (Hall & Kimura, 1994) заметили, что рельеф из гребешков кожи на пальцах формируется уже на 16-й неделе внутриутробного развития человеческого плода. Общее количество гребешков на кончиках пальцев в значительной степени зависит от наследственности, но может измениться под воздействием внешних факторов, таких как употребление алкоголя матерью или предродовой стресс (см., например: Ahuja & Plato, 1990; Newell-Morris, Fahrenbruch, & Sackett, 1989). Некоторые сведения, касающиеся обезьян и полуобезьян, наводят на мысль о влиянии на дерматоглифику различных изменений уровня пренатальных гормонов (Jamison, Jamison, & Meier, 1994).

Авторы работы 1993 года (Kimura & Carson, 1993) сообщили, что на пальцах у мужчин больше гребешков, чем у женщин, а также о половом различии в дерматоглифической асимметрии: у женщин чаще, чем у мужчин, отмечается большее число гребешков на левой руке, чем на правой. В 1994 году (Hall & Kimura, 1994) были изучены различные виды пальцевых гребешков у 182 гетеросексуальных мужчин и 66 гомосексуальных мужчин. Обе группы не отличались друг от друга в общем числе гребешков, однако процент имевших левостороннюю асимметрию (то есть большее количество гребешков на левой руке, чем на правой) был значительно выше среди гомосексуальных мужчин, чем среди гетеросексуальных мужчин (30,3 % против 14,2 %).

В отличие от нейроанатомических исследований, которые трудно проводить по очевидным причинам, изучение отпечатков пальцев представляется скорее легким. Поэтому в ближайшее время наверняка появятся новые работы, подобные исследованию 1994 года (Hall & Kimura, 1994). Сложнее будет проследить связь с моделями психосексуальной дифференциации, в частности, с теми, которые зависят от уровня пренатальных гормонов (Jamison et al., 1994). Однако экспериментальное изучение животных может дать нам предварительную оценку предполагаемой связи такого рода у людей.

Численное соотношение братьев и сестер и очередность их рождения

В современной социологии численным соотношением полов детей одних родителей называется соотношение количества родных братьев к количеству их родных сестер, подсчитанное совокупно для определенной группы пробандов. В группах населения, относящихся к европеоидной расе, численное соотношение мальчиков к девочкам среди детей, родившихся живыми, составляет приблизительно 106 к 100 (Chahnazarian, 1988). Что же касается очередности рождения, то она может быть рассчитана с помощью «индекса Слейтера» (Slater, 1958): количество старших братьев и сестер пробанда, деленное на общее число братьев и сестер; это означает, что очередность рождения представляет собой число от 0 (первый родившийся) до 1 (последний родившийся). Можно как провести сравнение наблюдаемых очередностей рождения между разными группами населения, так и сравнить очередность рождения в конкретной группе с теоретической средней величиной, составляющей 0,50 от случайной выборки, взятой из популяции в целом.

Численное соотношение родных братьев и сестер

Взаимосвязь численного соотношения родных братьев и сестер с их сексуальной ориентацией, особенно у мужчин, впервые стала предметом научных исследований в 1930-е годы. В последующие 30 лет, до начала 1960-х, этой теме было посвящено несколько работ. Авторы статьи 1992 года (Blanchard & Sheridan,

1992) сделали обзор литературы по теме, причем заметили, что гомосексуальные мужчины в основном происходили из многочисленных семей с большим количеством братьев и сестер (см., например: Jensch, 1941; Kallmann, 1952b; Lang, 1940, 1960). Джон Мани (Money, 1970a) также рассматривал описанное явление, однако ко времени написания его работы интерес к теме уже ослаб, возможно, из-за того, что первоначальное внимание было подогрето дерзкой гипотезой (впоследствии опровергнутой), гласившей, что гомосексуальные мужчины являются генетическими женщинами (см. выше).

Однако теперь положение изменилось: несколько исследований, в последние годы проведенные в Институте Кларка, пролили новый свет на эту, казавшуюся забытой, демографическую переменную. Мы проанализировали численное соотношение родных братьев и сестер у гомосексуальных мужчин (отобранных независимо от их отношения к гендерной принадлежности), а также у гомосексуальных мужчин, страдающих гендерной дисфорией, и у мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности.

Таблица 6.7 подытоживает перечисленные исследования гомосексуальных мужчин. Во всех трех работах численное соотношение родных братьев и сестер не имеет существенных отличий от аналогичного соотношения у мальчиков, родившихся живыми, выбранных случайно. Таблица 6.7 также показывает результаты двух исследований, посвященных гомосексуальным мужчинам с гендерной дисфорией (транссексуальностью). В обоих исследованиях численное соотношение родных братьев и сестер указывает на существенное преобладание количества братьев. Наконец, мы рассчитали, во-первых, численное соотношение родных братьев и сестер у мальчиков препубертатного возраста, имеющих признаки женоподобия (многие из которых соответствуют критериям расстройства гендерной идентичности, описанным в DSM), и, во-вторых, у мальчиков-подростков, имеющих признаки женоподобия, а также гомосексуальность и/или гендерную дисфорию. И вновь численное соотношение братьев и сестер указывает на существенное преобладание братьев (табл. 6.7).

Очередность рождений

Что касается очередности рождений гомосексуальных мужчин, то эта тема также была изучена в предыдущий период,

Таблица 6.7. Численное соотношение родных братьев и сестер: эмпирические исследования

Study	Number of target subjects	Number of siblings	SSR	Number of controls	Number of siblings	SSR
		Homosexual vs. heterosexual men				
Blanchard & Bogaert (in press) ^a	844	1,954	110.8:100	4,104	9,155	104.1:100
Blanchard & Bogaert (1995)	302	735	104.7:100	434	977	103.1:100
Blanchard & Zucker (1994) ^b	575	1,144	103.9:100	284	552	105.2:100
Zucker & Blanchard (1994) ^c	106	154	97.7:100	100	150	123.8:100
		Gender-dysphoric homosexual vs. nonhomosexual men				
Blanchard & Sheridan (1992)	193	623	130.7:100	273	625	117.0:100
Blanchard et al. (in press)	83	246	134.3:100	58	166	112.8:100
		Feminine boys/adolescents vs. clinical control boys				
Blanchard et al. (1995)	156	255	140.6:100	156	255	104.0:100

Использованные термины:

SSR, sibling sex ratio — численное соотношение родных братьев и сестер.

Study — здесь: публикация, содержащая описание исследования (см. Список литературы).

Number of target subjects — количество пробандов.

Number of siblings — в третьем столбце слева — т совокупное количество родных братьев и сестер пробандов; во втором столбце справа — совокупное количество родных братьев и сестер контрольных участников исследован- ния, привлеченных для сравнения.

Number of controls — количество контрольных участников исследования, привлеченных для сравнения.

Homosexual vs. heterosexual men — гомосексуальные мужчины в сравнении с гетеросексуальными мужчинами.

Gender-dysphoric homosexual vs. non-homosexual men — гомосексуальные мужчины, страдающие гендерной дис- форией (транссексуальностью), в сравнении с не гомосексуальными мужчинами.

Feminine boys/adolescents vs. clinical control boys — мальчики препубертатного возраста и мальчики-подростки, имеющие признаки женственности, в сравнении с контрольной группой мальчиков, направленных на клиническое обследование в связи с другими психическими проблемами (не связанными с гендерной идентичностью).

a), b), c) — Все данные заимствованы из исходного исследования, которое подвергается в данной работе критиче- ской перепроверке (полное библиографическое описание см. Список литературы).

исследователями, в научные интересы которых входит проблема численного соотношения родных братьев и сестер. Можно выделить две наиболее значительные работы, касающихся очередности рождений, которые эмпирическим путем выявили гораздо более яркие признаки (чем те, которые могли бы обнаружиться теоретическими выкладками) того, что гомосексуальные мужчины родились позже своих обычных братьев и вообще являются более поздними детьми, чем в популяции в целом (Hare & Moran, 1979; Slater, 1962).

Рис. 6.12 подытоживает наше изучение вопроса очередности рождений. В трех исследованиях гомосексуальных мужчин, в трех группах гомосексуальных подростков и взрослых мужчин, страдающих гендерной дисфорией, а также в одном исследовании женоподобных мальчиков и юношей-подростков все они оказались более поздними детьми [26].

Выводы

Подытоживая результаты описанных исследований, мы видим, что численное соотношение родных братьев и сестер представляет собой биологическо-демографическую переменную, которая отличает явно женоподобных гомосексуальных мужчин (то есть страдающих гендерной дисфорией), а также мальчиков с расстройством гендерной идентичности, от всех контрольных групп обычных людей, привлеченных к исследованиям для сравнения. Что же касается очередности рождений, то последняя представляет собой биологическо-демографическую переменную еще более широкого охвата, поскольку с ее помощью можно отличить не только транссексуалов, но и гомосексуальных мужчин без признаков транссексуальности, от всех контрольных групп.

Можно ли дать какое-то достоверное объяснение эффекту очередности рождений? В 1981 году Маккалох и Уоддингтон (MacCulloch & Waddington, 1981) предположили, что антитела к тестостерону, которые вырабатываются организмом беременной, вынашивающей плод мужского пола, могут проникать через плаценту, попадать в организм плода и там снижать уровень биологической активности его гормонов, в том числе воздействовать на половую дифференциацию его мозга

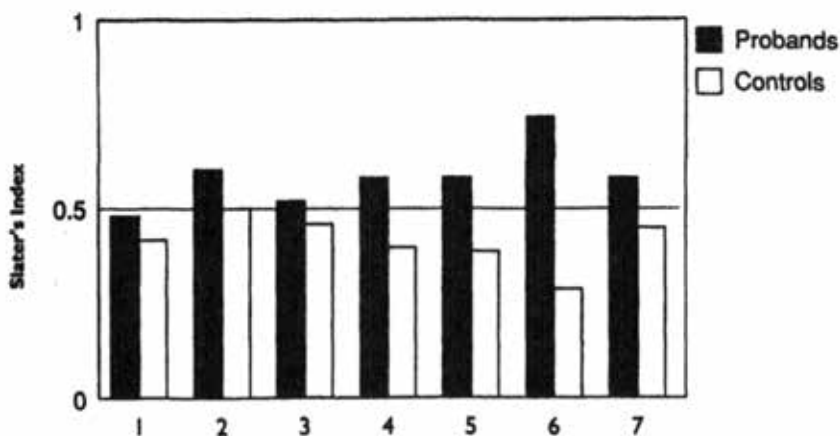


Рис. 6.12. Средние значения «очередности рождений», согласно индексу Слейтера (Slater, 1962), в группах гомосексуальных мужчин (исследования 1–3), гомосексуальных транссексуальных мужчин (исследования 4–6) и мальчиков с расстройством гендерной идентичности (исследование 7). Значения варьируют от 0 до 1 (где 0 означает первого ребенка своих родителей, а 1 — последнего ребенка родителей). Нижний числовой ряд (1–7) обозначает опубликованные исследования, представленные в Списке литературы. Черные столбцы обозначают пробандов, а белые столбцы — контрольные группы обычных людей, привлеченных к исследованию для сравнения.

(см. также: Ellis & Ames, 1987). Такой иммунный ответ материнского организма может усиливаться при последующих беременностях (наподобие знаменитого явления, известного как резус-конфликт) и в итоге приводить к тому, что растет вероятность гомосексуальности и (или) межгендерного поведения у более поздних детей мужского пола. Эта гипотеза подразумевает, что подобная вероятность (гомосексуальности или транссексуальности) усиливается только в случае наличия у мужчины старших братьев (а не сестер), поскольку плоды мужского пола вырабатывают больше тестостерона, чем плод женского пола, и тестостерон, вырабатываемый плодом женского пола, не проникает через плаценту в материнский организм (Meulenberg & Hofman, 1991).

В гипотезе авторов статьи 1981 года (MacCulloch & Waddington, 1981) есть ряд уязвимых мест, как, например, общее отсутствие

антигенов к стероидным гормонам, а также недостаток эмпирических доказательств того, что организм некоторых беременных действительно вырабатывает антитела к тестостерону. Возможно, в описанном процессе участвует материнский иммунный ответ на какие-то другие вещества, но научная литература пока хранит молчание о том, что это за иммунный ответ и на какие именно вещества.

Данные об очередности рождений, если они действительно отражают биологический процесс особого типа, служат наглядным примером того, что генетическими факторами невозможно полностью объяснить гомосексуальную ориентацию или межгендерное поведение мужчин, поскольку генетические особенности сами по себе не способны произвести эффект очередности рождений. Описанное выше наблюдение о том, что существенный процент однойяцевых (MZ) близнецов (у которых, очевидно, совпадает и генотип, и очередность рождения) не соответствуют друг другу (дискордантны) по сексуальной ориентации, — это наблюдение показывает, что даже совпадение этих двух факторов недостаточно для объяснения сексуальной ориентации и что здесь присутствует влияние разнообразных других факторов.

Что же касается сведений о численном соотношении родных братьев и сестер, то необходимо дать биологическое объяснение наблюдению, что чрезмерное количество братьев имеется только у тех мужчин, которые характеризуются явным межгендерным поведением. Как биологическое объяснение можно привести обзор предполагаемых факторов, влияющих на способность конкретной пары родителей производить на свет детей мужского пола: известно, что подобная способность у разных супружеских пар неодинакова (James, 1987). Такими факторами могут стать социально-биологические механизмы, совпадение или несовпадение групп крови родителей, их гормональные уровни, а также частота половых сношений (о дискуссиях на эту тему см.: Blanchard, Zucker, Cohen-Kettenis, Gooren & Bailey, in press). Влияние всех этих факторов на численное соотношение полов новорожденных сейчас активно обсуждается среди специалистов по демографии и социобиологии; эвристическое значение данных факторов для построения теории психосексуальной дифференциации пока остается неясным [27].

Признаки, характеризующие темперамент: уровень активности; игры, похожие на драку

В нормативной литературе по психологии развития ведутся бурные дискуссии вокруг общего понятия «темперамент». Обычно предполагается, что характерные признаки темперамента имеют органическую природу (хотя и подвержены влияниям внешнего окружения); они возникают в детстве, сохраняют относительную устойчивость с возрастом и являются объективными отличительными чертами каждой отдельной личности (Bates, 1980). Многие годы разные исследователи пытались определить характерные признаки темперамента у детей (обзоры этих работ см.: Hubert, Wachs, Peters-Martin, & Gandour, 1982; Kohnstamm, Bates, & Rothbart, 1989; Plomin, 1983; Prior, 1992). Ниже представлен обзор нескольких исследований, в которых анализируются две особые характеристики темперамента детей с расстройством гендерной идентичности: *уровень активности* и *вовлеченность в игры, похожие на драку* (УА и ИД).

УА уже давно был признан как важный показатель темперамента, и эмпирические исследования выявили соответствующие поведенческие черты этой составляющей характера. При изучении расстройства гендерной идентичности у детей их УА является очень полезным показателем темперамента, поскольку в нем ярко проявляется половое различие, ведь мальчики обычно имеют более высокий УА, чем девочки (Eaton, 1989; Eaton & Enns, 1986; Eaton & Yu, 1989).

Авторы статьи 1973 года (Bates et al., 1973) произвели факторный анализ опроса матерей мальчиков, имеющих гендерные проблемы, и матерей обычных мальчиков. Один из факторов, обозначенный как экстравертность (экстраверсия), включал в себя несколько пунктов, связанных с УА (например, «он прыгает с высоты или через канавы»), хотя другие вопросы, относящиеся к этому фактору, скорее касались межличностных отношений («ему нравится общаться с людьми»). В описываемой статье сделан вывод, что гендерно-проблемные мальчики имеют более низкий уровень этого фактора, чем обычные мальчики. В следующей статье на ту же тему (Bates et al., 1979) группа авторов пришла к выводу, что гендерно-проблемные мальчики проявляют более низкий УА, чем контрольная группа мальчиков, направленных

на клиническое обследование в связи с не гендерными психическими проблемами.

ИД так же показательны, как УА, и тоже характеризуются большим расходом физической энергии. Однако отличительной чертой ИД является, по определению, поведение, связанное с социальным взаимодействием (социально-интерактивное поведение), включающим такую серию действий, как игровая борьба и преследование. В нескольких публикациях по теме делается вывод, что ИД скорее свойственны мальчикам, чем девочкам, особенно в группах детей одного пола (см., например: Boulton, 1991; DiPietro, 1981; Finegan, Niccols, Zacher, & Hood, 1991; Moller, Hymel, & Rubin, 1992; Smith & Lewis, 1985; Whiting & Edwards, 1973).

Ричард Грин (Green, 1976) попросил родителей женоподобных мальчиков и родителей обычных мальчиков оценить интерес их сыновей к ИД: в итоге, как и следовало ожидать, интерес женоподобных мальчиков к ИД был оценен ниже, чем аналогичный интерес обычных мальчиков.

Мы изучили ИД применительно к мальчикам и девочкам с расстройством гендерной идентичности. Пункты опроса, относящиеся к УА и ИД, были заимствованы из нескольких других исследований, включая статью 1973 года (Bates et al., 1973) и статью 1977 года (Rowe & Plomin, 1977). С помощью факторного анализа из опросников был выделен один фактор, состоящий из 17 пунктов, который мы называли «Уровень активности/экстраверсии». Контрольные группы, привлеченные для сравнения, состояли из родных братьев и сестер, а также детей, направленных на обследование в связи с не гендерными психическими проблемами, и обычных детей. Поскольку показатели контрольных групп в рассматриваемом факторе не отличались друг от друга, все они были объединены. Рис. 6.13 отображает результаты исследования, которые показывают значительное взаимодействие между группами детей одного пола, $F(1,468) = 45,7$, $p < 0,001$. Мальчики с расстройством гендерной идентичности имели более низкие показатели, чем мальчики из контрольных групп, тогда как девочки с расстройством гендерной идентичности имели более высокие показатели, чем девочки из контрольных групп. Кроме того, общий результат девочек с расстройством гендерной идентичности был выше, чем у мальчиков с тем же расстройством, тогда как в контрольных группах, наоборот, результат мальчиков был выше, чем у девочек.

Приведенные результаты показывают, что УА и ИД представляют собой важные характеристики, связанные с расстройством гендерной идентичности как у мальчиков, так и у девочек. Эту связь можно объяснить с точки зрения как биологии, так и психологии. Если рассмотреть биологические факторы, то они представляют собой доказательство, что УА имеет генетические причины (см., например: Saudino & Eaton, 1991, 1995; Stevenson, 1992; Willerman, 1973). Возможна также зависимость УА от гормональных факторов, судя, например, по результатам исследований девочек, страдающих ВГКН (Ehrhardt & Baker, 1974); однако в другом исследовании делается вывод об отсутствии разницы ИД между больными и здоровыми девочками), а также судя по экспериментам над животными, связанным с искусственным изменением уровня пренатальных гормонов.

В 1989 году Объединенный национальный перинатальный проект США (National Collaborative Perinatal Project) провел исследование, в котором участвовали 7018 детей. Его результаты показали, что более ранние дети имеют более высокий УА, чем более поздние дети. Эти сведения представляют интерес в связи с нашими выводами, что мальчики с расстройством гендерной идентичности в среднем являются более поздними детьми у родителей (Blanchard, Zucker, Bradley, & Hume, 1995). Как заметили авторы статьи 1989 года (Eaton et al., 1989), связь УА и очередности рождений может быть объяснена разницей в уровне перинатальных гормонов у родных братьев и сестер.

В отношении психологического влияния на УА авторы статьи 1989 года (Eaton et al., 1989) заметили, что большую важную роль в нем играют изменения внутрисемейных отношений: например, известно, что старшие братья обычно проявляют более яркую словесную и физическую агрессивность, чем младшие (см., например: Abramovitch, Corter, Pepler, & Stanhope, 1986), и поэтому родители начинают выказывать все меньшую терпимость к высокому УА, когда в семье несколько детей. Очевидно также, что особенности социального окружения могут либо проявить, либо, наоборот, притупить проявления УА (см., например: Fagot & O'Brien, 1994; Routh, Walton, & Padan-Belkin, 1978). В частности, существуют доказательства того, что определенные виды физической активности воспринимаются детьми как более соответствующие мужской социальной роли (Pellett & Harrison, 1992), и что дети становятся

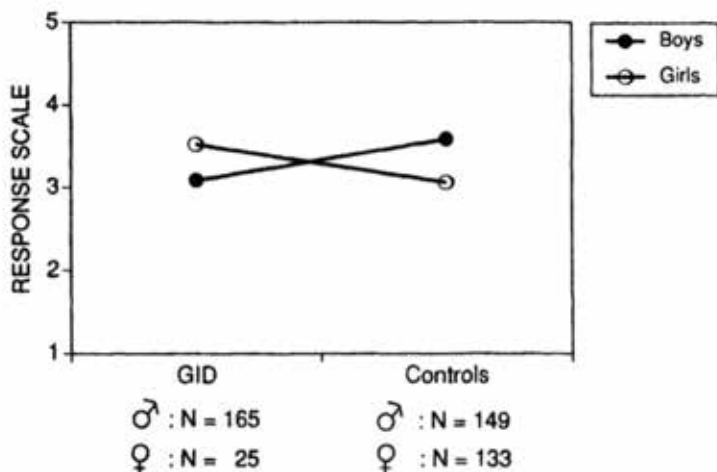


Рис. 6.13. Материнские оценки фактора «Уровень активности/экстраверсии». Привлеченные для сравнения контрольные группы включают родных братьев и сестер, а также детей, направленных на обследование в связи с не-гендерными проблемами, и обычных детей. Эти контрольные группы участвовали в наших исследованиях. Используются также данные контрольных групп из исследования 1991 года (Maing, 1991).

Использованные термины:

Boys — мальчики.

Girls — девочки.

Response scale — шкала, отражающая численные результаты, выведенные из ответов родителей (матерей).

GID, gender identity disorder — группа детей, страдающих расстройством гендерной идентичности.

Controls — контрольная группа детей, привлеченных для сравнения.

более активны, когда вовлекаются в игровое поведение, свойственное мужскому полу (O'Brien & Huston, 1985).

Если же при рассмотрении проблемы делать больший упор на клиническую перспективу, то можно разработать несколько гипотез относительно того, как склонность ребенка к активному поведению и подвижным играм может повлиять на его (или ее) отношения с окружающими, особенно с ровесниками. Например, менее активный мальчик, имеющий расстройство гендерной идентичности, может решить, что типично мальчишеские игры не соответствуют его стилю поведения, а это, в свою очередь, затруднит

его успешное вхождение в коллектив сверстников. И наоборот, избегание ИД может увеличить вероятность того, что мальчик начнет отождествлять себя скорее с девочками, чем с детьми своего пола, опять-таки из соображений поведенческой совместимости (см., например: Biddle & Armstrong, 1992; Ignico, 1990; Thomas & French, 1995). Многие практикующие психиатры, имеющие опыт обследования и лечения мальчиков с расстройством гендерной идентичности, замечали явную тревогу пациентов в связи с вопросом об их участии в ИД (Coates, 1985; Green, 1974).

К сожалению, пока никто из специалистов не взял на себя труд систематизировать и осмыслить ту особую роль, которую УА может играть в генезисе расстройства гендерной идентичности. В нашем исследовании УА показал отрицательную корреляцию с возрастом (см. табл. 4.8), хотя, возможно, такой результат отражает сочетание возрастных изменений УА с погрешностью в измерении (фактор УА, который мы анализировали, содержал свойства, развивающиеся прежде всего у детей младшего возраста).

Правомерно также следующее соображение: менее активные мальчики с расстройством гендерной идентичности могут стать наиболее женоподобными, поскольку они особенно склонны избегать других мальчиков как товарищей для игр и (или) могут решить, что им больше подходят типично женские занятия как более соответствующие их темпераменту. Чтобы проверить такую возможность, мы рассчитали корреляцию УА с несколькими родительскими и детскими оценками поведения, типичного для одного из полов (см. табл. 4.7). Поскольку известные нам демографические переменные, такие как возраст ребенка, его IQ, а также социальное положение семьи и ее полнота или неполнота, в ряде случаев оказывают значительное влияние на эти оценки, они были вычленены из модели. В таблице 6.8 представлены результаты. Из 17 корреляций 9 оказались статистически значимыми, $p < 0,05$ (односторонний критерий); из них 6 развивались в предполагаемом направлении. Четыре других корреляции имели значение $p < 0,10$ (односторонний критерий); из них три развивались в предполагаемом направлении.

В итоге мы получили достаточное доказательство того, что УА связан с моделями поведения, типичными для одного из полов. Очевидно, требуется проспективное исследование, растянутое на годы, чтобы изучить направление эффекта более глубоко. Учитывая различия между пробандами и контрольными группами,

привлеченными для сравнения, относительно низкий УА мальчиков (и относительно высокий УА девочек) представляется весьма яркой межгрупповой характеристикой.

Внешняя привлекательность

Различные виды внешней привлекательности детей, безусловно, хотя бы отчасти предопределяются их объективными биофизическими свойствами (Langlois & Roggman, 1990). Отраднo, что уже в самых ранних клинических исследованиях, посвященных

Таблица 6.8. Корреляции между уровнем активности (УА) и оценками гендерной идентичности (гендерной роли) у мальчиков с расстройством гендерной идентичности

Measures	<i>r</i>	<i>p</i> ^a	<i>n</i>
<u>Parent measures</u>			
Revised Gender Behavior Inventory for Boys			
Factor 1 (Masculinity)	.21	.004	156
Factor 2 (Femininity I)	.02	n.s.	156
Factor 3 (Femininity II)	.18	.013	156
Factor 4 (Mother's Boy)	-.01	n.s.	156
Play and Games Questionnaire			
Scale 1 (Feminine/Preschool)	.19	.009	156
Enjoyment	.21	.005	156
Scale 2 (Masculine, Nonathletic)	.15	.029	156
Enjoyment	.23	.003	156
Scale 3 (Masculine, Athletic)	.13	.055	156
Enjoyment	.15	.015	156
Gender Identity Questionnaire	.07	n.s.	108
<u>Child measures</u>			
Draw-a-Person (% opposite-sex persons drawn first)	.03	n.s.	163
Draw-a-Person heights (same-sex – opposite-sex)	.17	.018	161
Free play (same-sex – cross-sex)	.12	.086	145
Rorschach (same-sex – cross-sex responses)	-.13	.057	155
Gender Identity Interview			
Factor 1 (Affective Gender Confusion)	-.17	.058	93
Factor 2 (Cognitive Gender Confusion)	-.32	.002	93

Использованные термины:

Те же, что в табл. 4.4 и 4.7.

мальчикам с расстройством гендерной идентичности, внешняя привлекательность рассматривалась как один из этиологических факторов (Stoller, 1968b). Вот как Роберт Столлер подытожил материнские отчеты о внешней красоте их женоподобных сыновей в детстве: «Мы заметили, что у них часто приятное лицо, тонкие волосы, изящное телосложение, грациозные движения и — особенно яркая деталь — большие, ясные, слегка влажные глаза с пронзительным взглядом» (Stoller, 1975, p. 43). И хотя в этой работе Роберт Столлер придавал большое значение родительскому влиянию, он также предполагал, что очень яркая внешняя привлекательность мальчика могла послужить побудительной причиной, которая подталкивала родителей, особенно матерей, к тому, чтобы воспитывать своего сына скорее как девочку, чем как мальчика.

Ричард Грин (Green, 1987) и его коллеги (Green, Williams, & Goodman, 1985; Roberts et al., 1987) изучали проблему внешней привлекательности на примере большой группы женоподобных мальчиков и контрольной группы обычных детей, привлеченных для сравнения. В ходе клинической оценки (средний возраст ребенка равнялся 7,1 года) исследователи попросили родителей мальчиков обеих групп описать лица сыновей. По итогам расшифровки «замаскированных оценок», полученных от родителей, а также ответов на пункты опросника, выявилась следующая картина: родители женоподобных мальчиков чаще описывали облик своих сыновей в раннем детстве как «красивый» (beautiful) и «женственный» (feminine), чем это делали родители обычных мальчиков из контрольной группы. Кроме того, была отмечена следующая тенденция: родители женоподобных мальчиков чаще, чем родители мальчиков из контрольной группы, вспоминали, что посторонние говорили об их сыновьях: «Он изображает из себя красивую девочку».

Остается неясным, насколько данные Ричарда Грина и его соавторов смешивают реальные свойства женоподобных мальчиков в раннем детстве с домыслами родителей, вспоминавших об этом периоде. Возможно, признаки женоподобия, наблюдавшиеся у их сыновей в период обследования, вызвали у родителей мнимые воспоминания о необычайной привлекательности детей в более раннем возрасте. Ведь такие воспоминания о женоподобии мальчика способны в некотором роде объяснить или даже оправдать его необычное поведение в настоящее время, поскольку оно является лишь продолжением его предыдущих странностей.

Наша исследовательская группа (Zucker, Wild, Bradley, & Lowry, 1993) сравнила привлекательность 17 мальчиков, имевших расстройство гендерной идентичности, с привлекательностью обычных мальчиков из контрольной группы, соответствовавших им по основным демографическим показателям. Были изготовлены фотопортреты лиц и корпуса, отражающие внешний вид этих детей в период обследования (их средний возраст равнялся 8,1 года). Студенты колледжа, не знавшие, к какой группе (гендерно-проблемной или контрольной) относятся мальчики на фото, должны были оценить их по пяти возможным качествам: «привлекательный» (attractive), «красивый» (beautiful), «притягательный» (cute), «хорошенький» (handsome), «миловидный» (pretty). Все эти определения (за исключением handsome) так или иначе связаны с понятием женственности и используются для описания женоподобных черт в клинических отчетах о внешнем облике мальчиков с расстройством гендерной идентичности. В итоге мальчики, имеющие расстройство гендерной идентичности, были оценены как значительно более привлекательные, чем обычные мальчики из контрольной группы, по всем пяти качествам (см. рис. 6.14).

Таким образом, обобщенные нами данные дополняют и развивают сведения, полученные Ричардом Грином и его коллегами с помощью опросов родителей. Однако остается неясным, насколько межгрупповые различия в привлекательности можно отнести к разнице в действительном внешнем облике детей, к разнице в социальном восприятии их облика или к сочетанию того и другого. Например, очевидно, что структурный анализ лиц мальчиков может выявить различия в смысле, который указан в статье 1979 года (Hildebrandt & Fitzgerald, 1979), и эти различия будут связаны с общим представлением о «миловидности» детей. В этом же контексте могут быть рассмотрены фотопортреты мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности. Этот анализ был бы особенно интересен в психосексуальной перспективе, поскольку последние исследования открыли объективные свойства детских лиц (даже лиц новорожденных), связанные с правильным определением биологического пола ребенка (см., например: Gewirtz & Hernandez, 1984, 1985; Gewirtz, Weber, & Nogueras, 1990).

Независимо от роли объективных свойств лиц в определении привлекательности, клинически доказанные результаты исследований наводят на мысль, что родители некоторых

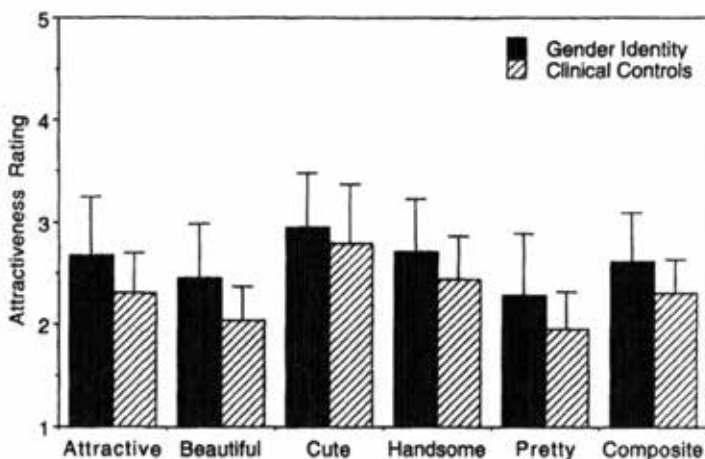


Рис. 6.14. Оценки внешней привлекательности мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, и мальчиков, имеющих другие (не гендерные) психические проблемы, привлеченных для сравнения. С согласия правообладателей взят из: Zucker, Wild, Bradley, & Lowry, 1993, р. 30 (полное библиографическое описание статьи см. Список литературы).

Использованные термины:

Attractiveness rating — шкала оценок внешней привлекательности ребенка.

Gender Identity — группа мальчиков, страдающих расстройством гендерной идентичности.

Clinical Controls — привлеченная для сравнения группа мальчиков, имеющих другие психические проблемы (не связанные с гендерной идентичностью).

Внешняя привлекательность ребенка оценивается по пяти качествам, описанным в тексте, к которому относится рисунок: «привлекательный» (attractive), «красивый» (beautiful), «притягательный» (cute), «хорошенький» (handsome), «миловидный» (pretty)

женоподобных мальчиков, особенно матери, одевают и причесывают сыновей так, чтобы ребенок выглядел «хорошеньким», или «немужественным», или даже женоподобным (см. об этом, например: Green, 1974). Клинические данные также приводят к мысли, что мальчики сами придают себе такой облик, чтобы выглядеть нежнее и симпатичнее. Очевидно, что все это связано с социальным (субъективным) восприятием понятия

«привлекательность». В тех случаях, когда подчеркнуто женственная привлекательность является делом рук самих мальчиков, она может быть истолкована как признак скрытой межгендерной самоидентификации.

Полученные нами данные, касающиеся корреляции привлекательности с возрастом ребенка (Zucker, Wild, et al., 1993), по всей видимости, указывают на влияние социального окружения. Возраст и привлекательность имеют существенную отрицательную корреляцию у контрольной группы мальчиков с не гендерными психическими проблемами, заставляя предположить, что с возрастом эти мальчики постепенно утрачивали черты, которые могли бы вызвать у окружающих людей такую оценку их привлекательности, какую обычно дают девочкам. Напротив, у мальчиков с расстройством гендерной идентичности соотношение этих двух переменных (возраста и привлекательности) было заметно слабее и подталкивало к предположению, что с возрастом эти мальчики сохраняли черты, которые вызывали оценку привлекательности, обычно даваемую девочкам.

Что же касается внешней привлекательности девочек, имеющих расстройство гендерной идентичности, то это свойство также привлекло внимание клинических специалистов. Роберт Столлер (Stoller, 1972) заметил, что матери некоторых таких девочек воспринимали их в раннем детстве как довольно непривлекательных. Например, одна из матерей описывала свою новорожденную дочь как «самое уродливое существо в мире... ее некрасивость разочаровывала меня больше, чем то, что она родилась девочкой, а не мальчиком; однако через несколько дней все неприятные черты ее облика исчезли, как это всегда бывает с новорожденными» (цит. по: Stoller, 1972, p. 54). Тем не менее в той же статье Роберт Столлер описал «лица и фигуры» таких девочек как «правильно сложенные и вполне девчоночьи, а не мальчишеские; непривлекательные качества первых месяцев вовсе не развились у них в мужеподобный облик, если рассматривать их строение костей и распределение мышечной ткани» (Stoller, 1972, p. 60). Позднее тот же Роберт Столлер заметил, что новорожденная дочь, у которой позднее развилась склонность к мужеподобию, «не поразила своих родителей красотой, изяществом или «женственностью» (в отличие от того восторга, который обычно испытывают родители новорожденных девочек)» (Stoller, 1975, p. 226, курсив наш). Таким образом, Столлер скорее был склонен

рассматривать подобные воспоминания родителей как «ложные воспоминания».

В исследовании Ричарда Грина и его коллег (Green et al., 1982), посвященном томбоям (мужеподобным девочкам), их матери чаще, чем матери обычных (женственных) девочек, свидетельствовали, что их взрослые знакомые неоднократно характеризовали поведение этих девочек как свойственное скорее мальчикам: «Они изображают из себя красивых резвых мальчиков». Однако клиническая оценка такого свойства этих девочек, как внешняя привлекательность, до сих пор не была проведена.

Наша исследовательская группа (Fridell, Zucker, Bradley, & Maining, in press) сравнила привлекательность 12 девочек, имеющих расстройство гендерной идентичности, с привлекательностью контрольной группы из 22 девочек (включающей как психически нормальных девочек, так и направленных на обследование в связи с не гендерными психическими проблемами). Студенты колледжа, не знающие о том, к какой группе принадлежит девочка, сравнили фотопортреты и дали оценки по пяти качествам: «привлекательная» (attractive), «красивая» (beautiful), «притягательная» (cute), «миловидная» (pretty) и «некрасивая» (ugly). В итоге, за исключением качества ugly, девочки с расстройством гендерной идентичности были оценены как значительно менее привлекательные, чем девочки из контрольной группы (см. рис. 6.15).

В противоположность выводам о корреляции с возрастом, сделанным в нашем исследовании 1993 года (Zucker, Wild, et al., 1993), в данном случае возраст отрицательно коррелировал с оценками привлекательности, заставляя предполагать, что с возрастом эти девочки начинали восприниматься как менее привлекательные. И, наоборот, в контрольной группе связь возраста и привлекательности оказалась очень слабой.

Выводы главы о биологических исследованиях

В данной главе мы рассмотрели этиологическую (или «около-этиологическую») литературу, касающуюся нескольких научных областей, которые относятся к биологическим влияниям на психосексуальную дифференциацию. Только некоторые из описанных работ рассматривали детей, имеющих расстройство гендерной идентичности; причем большинство из них выбирало для

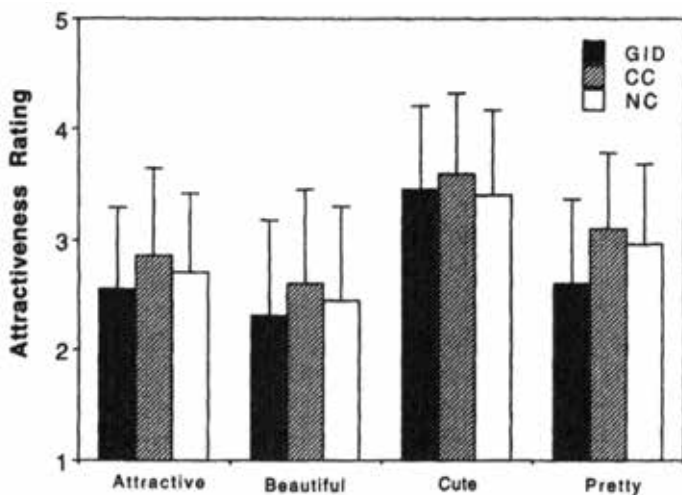


Рис. 6.15. Оценки внешней привлекательности девочек с расстройством гендерной идентичности в сравнении как с абсолютно нормальными девочками, так и с девочками, имеющими не гендерные психические проблемы. Иллюстрация с согласия правообладателей взята из статьи: Fridell, Zucker, Bradley, & Maing, in press (см. Список литературы).

Использованные термины:

GID, gender identity disorder — группа девочек, страдающих расстройством гендерной идентичности.

CC, clinical controls — привлеченная для сравнения контрольная группа девочек, имеющих другие психические проблемы, не связанные с гендерной идентичностью.

NC, normal controls — привлеченная для сравнения контрольная группа девочек, не имеющих никаких психических проблем.

Остальные термины: те же, что и на рис. 6.14.

исследования тех, у кого наблюдаются сопутствующие психосексуальные отклонения.

Что касается детей с расстройством гендерной идентичности, то мы привели доказательства их отличия от контрольных групп других детей в следующих сферах: когнитивные способности; численное соотношение родных братьев и сестер; очередность рождения; темперамент (уровень активности и участие в играх, похожих на драку); внешняя привлекательность. Во всех этих сферах биологические причины описанных различий (если

биологические факторы вообще играют какую-либо роль) остаются неясными и требуют дальнейших исследований.

Что касается сопутствующих психосексуальных состояний, то мы рассмотрели доказательства влияния различных факторов, таких как генетика поведения, молекулярная генетика, пренатальные половые гормоны, предродовой материнский стресс, нейропсихология, нейроанатомия, физическая антропометрия. Некоторые исследования в этих сферах еще только начинаются. Например, из последних данных, полученных в области молекулярной генетики и нейроанатомии, мы видим, что все положительные результаты здесь основаны только на каком-то одном исследовании (либо получены какой-то одной группой исследователей), и поэтому очевидно, что пока преждевременно делать какие-то заключения и все эти данные настоятельно требуют новых проверочных исследований. В других же областях (как, например, леворукость/праворукость) результаты эмпирических исследований оказались амбивалентными и противоречивыми, к тому же они были осложнены методологическими проблемами и, возможно, сомнительными теоретическими выкладками.

В заключение нелишне заметить, что нынешний «дух времени» в биологических науках весьма способствует дальнейшему изучению психосексуальной дифференциации. Только в последние годы мы наблюдаем все новые виды взаимодействия нескольких отраслей биологии и неврологии. И поскольку в сексологических исследованиях задействовано лишь небольшое число специалистов, а работы в этой области осложнены более сильным политическим давлением, чем исследования в других научных областях (Bullough, 1985; Gardner & Wilcox, 1993), будущие эмпирические исследования, скорее всего, будут осуществляться медленно. Однако ответы на нерешенные вопросы появятся только в развитие уже проведенных исследований.

Комментарии

- [16] При чтении этой главы бросается в глаза, что исследование нетипичных психосексуальных состояний зачастую исходило из предположений, касающихся биологически нормальных мужчин и женщин и природных истоков их половых

различий. Но почему? Причина по большей части заключена в общих представлениях тогдашних исследователей. Например, в некоторых научных кругах гомосексуальность рассматривалась как один из видов интерсексуального состояния — биологического, психологического либо того и другого. Карл-Генрих Ульрихс, гомосексуальный немецкий юрист XIX века, был одним из самых ранних поборников такой точки зрения (см.: Kennedy, 1988; Ulrichs, 1864–1879/1994). Таким образом, господствовавшая тогда рабочая гипотеза гласила, что тот же биологический фактор, который предопределяет разграничение людей по половому признаку, служит причиной разделения их на гомосексуалов и гетеросексуалов (то есть гомосексуальные мужчины подражают гетеросексуальным женщинам, а гомосексуальные женщины — гетеросексуальным мужчинам). Один из вариантов этой гипотезы делает акцент на развитии разных сексуальных ориентаций вследствие взаимоотношений людей одного пола. Например, частое общение мальчика с отцом и их хорошие отношения предрасполагают ребенка к гетеросексуальности, а отсутствие таких отношений и общения с отцом предрасполагает к гомосексуальности. Но в этом случае качество отношений девочки с отцом никак не влияет на формирование ее сексуальной ориентации: плохие отношения с отцом не предрасполагают к женской гетеросексуальности, а хорошие — к гомосексуальности.

- [17] Хорошо известно, что изучение влияния генетических факторов на поведение имеет сложную социально-политическую историю. Выдающийся психолог Альберт Эллис, используя вульгарный стиль язвительного очернительства, заметил (Ellis, 1963), что поборники генетической гипотезы «зачастую сами оказываются неисправимыми гомосексуалами. Об этом можно заявить во всеуслышание, поскольку эти авторы или уже умерли, или недавно открыто признались в своей гомосексуальности. Я не могу утверждать это из-за наших законов о клевете, но тем не менее достоверно это знаю: многие другие самые ярые приверженцы мнения, будто гомосексуальность — врожденное свойство, также сами имеют сексуальные отклонения» (Ellis, 1963, p. 176). Вы думаете, времена изменились? Несколько лет назад, когда к одному известному в США детскому психиатру, с которым мы знакомы

- лично, обратились с просьбой прокомментировать описанные в этой книге исследования, этот психиатр ответил, что подобные работы проводятся по заказу гомосексуалов, преследующих свои корыстные цели. Другие критики, стоявшие на совершенно иной позиции, выражали обеспокоенность тем, что такие исследования имеют скрытую смысловую связь с евгеникой: они напоминали о желании нацистов «уничтожить всех людей, имеющих врожденные уродства, для улучшения человеческой породы» (D'Emilio, 1992, p. A14).
- [18] Разделенное окружение означает, что между детьми в одной семье имеются внешние (в том числе поведенческие) сходства; неразделенное окружение означает, что между детьми в одной семье имеются внешние (в том числе поведенческие) различия (см.: Plomin & Daniels, 1987).
- [19] Мы уже цитировали замечания Майкла Баума, касающиеся различия между поведенческой маскулинизацией и дефеминизацией у высших млекопитающих (Baum, 1979). Применение этих понятий к психосексуальной дифференциации у людей может быть рассмотрено в свете данных о женщинах с ВГКН. Рассмотрим прежде всего игровое поведение, типичное для детей мужского или женского пола. Полученные данные наводят на мысль, что игровое поведение девочек свидетельствует одновременно об их маскулинизации и дефеминизации (Berenbaum & Hines, 1992; Ehrhardt & Baker, 1974). Однако к этим результатам надо относиться с осторожностью, поскольку методы обследования не позволяют провести независимую и объективную оценку «типично мужского» и «типично женского» поведения. Например, в исследовании 1992 года (Berenbaum & Hines, 1992), если девочка начинала играть с типично девчоночьей игрушкой, то она уже не могла играть с типично мальчишескими игрушками. Но правильнее было бы противопоставить типично мальчишеские игрушки нейтральным игрушкам и типично девчоночьи игрушки нейтральным игрушкам (ср.: Doering et al., 1989). Что же касается сведений о сексуальной направленности фантазий взрослых женщин, то в них проявляется как маскулинизация, так и дефеминизация; однако данные о сексуальной ориентации в поведении свидетельствуют прежде всего о дефеминизации (то есть снижении частоты гетеросексуальных свиданий и сексуальных опытов), хотя

такая картина может быть результатом скорее социального давления (гомофобии), чем чисто биологического процесса. Очевидно, требуются дальнейшие исследования, как на биологическом, так и на поведенческом уровне, чтобы проверить приемлемость разграничения понятий «маскулинизация» и «дефеминизация» при изучении людей.

- [20] Материал, рассматриваемый в этом разделе, в значительной мере основан на анализе данного явления, проделанном в следующих работах: Dörner, 1976, 1988; Friedman & Downey, 1993a; Gladue, 1988, 1990; Gooren, 1988, 1990a, 1990b; Meyer-Bahlburg, 1982, 1984, 1993b; а также на научных конференциях Международной академии сексологических исследований в 1986 и 1993 годах.
- [21] Некоторые критики (см., например: De Сессо, 1987) возражают против использования таких описательных слов, как «недостаточность» или «ненормальный» в рассуждениях об эффекте РЕФЕ применительно к эндокринной патологии, объясняющей гомосексуальную ориентацию. Из уважения к подобным опасениям мы предпочли использовать описательное словосочетание «нетипичный для их пола». Решение вопроса об определении различия данного понятия с понятием патологии мы оставляем другим, однако мы не сочли возможным изменять описательные выражения в тех исследовательских работах, на которые ссылаемся.
- [22] Отсылаем читателя к спорным вопросам, связанным с эффектом РЕФЕ, о котором говорится выше.
- [23] Один твердый сторонник этой теории (James, 1989) заметил: «...имеются весомые доказательства (хотя наверняка они были собраны целенаправленно), что королева Мария Стюарт (мать Якова I Английского) и госпожа Пруст (мать известного писателя) испытали крайний психологический стресс во время беременности, из-за чего их сыновья и стали гомосексуалами» (James, 1989, p. 178; см. также: Weyl, 1987). Психологи и психиатры, которых уже давно критикуют коллеги-биологи за привычку теоретизировать на основе зыбких доказательств, отвели душу, возражая, что данное наблюдение было высказано биологом и опубликовано в «Журнале теоретической биологии»!
- [24] При проведении исследования мы исключили из тестирования семерых мальчиков, для которых английский не был

- первым и основным языком общения с членами семей; исключены были также три мальчика, чей вербальный IQ, или IQ в сфере деятельности, связанной с ориентацией в пространстве, или общий уровень IQ, находились в диапазоне, требующем диагноза «умственная отсталость». Не были получены также данные относительно троих трехлетних мальчиков, прошедших не эти, а другие тесты на определение IQ.
- [25] Это утверждение отсылает к дискуссии об эффекте REFE, о котором сказано выше (см. раздел «Эффект «положительного отклика» эстрогенов»).
- [26] Когда книга уже готовилась к печати, авторы исследования 1995 года (Blanchard & Bogaert, 1995) завершили новую работу, в которой также был сделан вывод, что гомосексуальные мужчины являются более поздними детьми, чем гетеросексуальные мужчины.
- [27] Мы включили наши описания исследований, касающихся численного соотношения родных братьев и сестер и «очередности рождений», в главу, посвященную биологическим исследованиям, из соображений исторической преемственности. Ведь социально-психологические объяснения этих явлений появились гораздо позднее. Если мы обратимся к существующей до сих пор нормативной литературе по психосексуальному развитию и попытаемся выяснить, прослеживается ли существенная вероятность, что мальчики или мужчины, имеющие чрезмерное количество братьев, или являющиеся поздними детьми, станут женоподобными, то мы увидим следующее: ответ на вопрос об очередности рождений будет отрицательным; ответ на вопрос о количестве братьев будет противоречивым и непоследовательным: психологи, изучающие мальчиков-дошкольников, утверждают, что наличие у них братьев способствует их типично мужскому (мальчишескому) поведению, тогда как исследователи школьников приходят к выводу, что в семьях, где есть два брата, младший обычно меньше склонен к мужественному поведению (обзор этих исследований см.: Blanchard et al., in press).

Глава 7

ЭТИОЛОГИЯ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В гл. 5 мы высказали некоторые соображения о роли неспецифической родительской и общесемейной психопатологии в генезисе расстройства гендерной идентичности. В данной главе мы рассмотрим психологические переменные, которые, по общему мнению, оказывают влияние на индивидуальные различия в поведении, связанном с половым диморфизмом. По ходу чтения станет ясно, что основное внимание в эмпирических исследованиях обращено на мальчиков с расстройством гендерной идентичности. Однако в конце главы мы подытожим нашу эмпирическую работу с девочками, имеющими расстройство гендерной идентичности, и обсудим их сходство и различие с мальчиками в отношении рассмотренных психологических механизмов.

Поскольку значительная часть материала этого раздела касается родительского влияния, позволим себе начать с небольшого рассуждения о «политике» исследования влияния родителей на детскую психопатологию. В некоторых медицинских и психологических кругах изучение родительского влияния рассматривается как один из способов «порицания» родителей (см. об этом, например: Caplan & Hall-McCorquodale, 1985a, 1985b), и такой подход, помимо прочего, способен вызвать у родителей совершенно ненужное чувство вины. Вот что пишет об этом Бернард Цугер (Zuger, 1980) применительно, в особенности, к мальчикам с расстройством гендерной идентичности:

«Родители женоподобных мальчиков часто спрашивают врачей: “Доктор, что мы сделали не так?” В подобных случаях врач, не колеблясь ни на секунду, должен ответить: “Вы не допустили

никакой ошибки. Поведение вашего ребенка связано с психическим состоянием, которое мы пока не можем объяснить. Все ваши действия (или бездействие) по отношению к ребенку, скорее всего, не могут быть использованы в качестве объяснения» (Zuger, 1980, p. 56).

С научной точки зрения, разумеется, важно выяснить причины доказанных психических отклонений детей, чтобы определить, имелось влияние родителей на развитие и текущее состояние душевных проблем ребенка. В кругах специалистов по детской психопатологии предметом жарких споров является вопрос об участии в формировании той или иной психической проблемы как внутренних (органических), так и внешних (семейных) факторов. Но даже если имеются бесспорные доказательства важности влияния родителей, это не повод для их порицания. Любой по-настоящему профессиональный врач знает, что порицание и осуждение — плохая практика, и она никому еще не помогала. Ведь, с клинической точки зрения, явление необходимо понять, а не осудить. Именно на этом заострял внимание известный психоаналитик Хайнц Кохут (Kohut, 1984), и мы полностью поддерживаем его мнение:

«Психоаналитик, осведомленный в “психологии самости” (“эго-психологии”, “селф-психологии”), никогда не порицает и не осуждает ни самого пациента, ни его родителей. Он выявляет причинно-следственные связи; он доказывает пациенту, что его чувства и реакции объясняются опытом его предыдущей жизни; он обращает внимание пациента, что его родители не заслуживают порицания, поскольку они сами стали такими, какие есть, в результате сложного развития всей жизни, которое и определило их личностные особенности... Следует задаться вопросом: способны ли родители удовлетворять какие-то необычные, оригинальные потребности некоторых детей, и, если нет, то почему они не могут этого сделать и в чем именно состоят их недостатки... В случае любого неудачного действия объекта самости мы не должны осуждать недостатки этого объекта с морально-нравственной точки зрения, поскольку это полностью противоречит научному подходу, цель которого заключается во всем не в том, чтобы кого-то обвинить или оправдать, а в том, чтобы обнаружить причинно-следственные связи, которыми можно объяснить выявленные психологические особенности человека» (Kohut, 1984, pp. 25, 33, курсив наш).

Определение пола ребенка

То, что физические признаки биологического пола ребенка имеют большое психологическое значение для его родителей и родственников, становится ясно сразу после родов, когда кто-нибудь из них обязательно спрашивает: «Это мальчик или девочка?» Строение внешних половых органов младенца, как правило, предельно упрощает задачу объявления всем о его половой принадлежности. В одном из исследований, посвященных поведению родителей сразу после появления на свет новорожденного, авторы замечают (Woollett, White, & Lyon, 1982), что большинство комментариев присутствующих при этом событии касаются пола ребенка.

Сразу после определения пола родители часто выбирают новорожденному имя, типично мужское или женское. И здесь на помощь родителям приходит огромное количество специальной литературы — книг и статей из популярной прессы, где перечисляются самые распространенные имена мальчиков и девочек; есть даже специалисты по этим вопросам (например, из Американского общества имен, American Name Society), и они в настоящее время изучают психологические и социологические проблемы, связанные с присвоением имен (Lieberson & Bell, 1992). С развитием таких медицинских технологий, как амниоцентез или ультразвук, появилась возможность определять пол ребенка еще во внутриутробный период, так что некоторые родители выбирают ему имя еще до рождения.

В обычаях большинства родителей одевать своих детей соответственно их полу, в типично мальчишеские или девчоночьи костюмы. Джо Паолетти (Paoletti, 1983, 1987) описала историю детской моды в Северной Америке, включая различия в костюмах девочек и мальчиков. На протяжении всего XIX и еще в начале XX века было принято одевать младенцев обоих полов в длинные белые платьица, до тех пор пока они не начинали ходить. А когда дети уже делали первые шаги, их продолжали одевать в платьица, но теперь одежда для мальчиков немного отличалась от одежды для девочек по стилю (например, по цвету, материалу, отделке, даже по расположению пуговиц: у мальчиков — на груди, у девочек — на спине). Джо Паолетти заметила (Paoletti, 1987), что обычай надевать на маленьких мальчиков

юбочки до сих пор не получил должного объяснения, хотя вполне возможно, что это связано с практикой менять у детей подгузники. А как же расположение пуговиц? Ведь оно повторяет направление струи мочи у мальчиков и девочек! Такую версию тоже необходимо рассмотреть!

В 1920-е годы появился обычай розово-голубого цветового обозначения полового различия (Paoletti & Thompson, 1987). Авторы статьи 1985 года (Shakin, Shakin, & Sternglanz, 1985) наблюдали за детьми в одном из торговых пассажей Лонг-Айленда (Нью-Йорк) и обнаружили, что около 75 % всех маленьких девочек имели по крайней мере одну розовую деталь в одежде (тогда как среди мальчиков таких было 0 %, то есть никого), а 75 % всех мальчиков имели по крайней мере одну деталь голубого цвета в своей одежде (тогда как среди девочек таких было всего 8 %).

Определение пола и последующее воспитание ребенка как мальчика или девочку уже давно рассматриваются как очень мощные социальные факторы, влияющие на различия в психосексуальной дифференциации. Но поскольку определение пола и воспитание ребенка в соответствии с ним обычно полностью смешивается с понятием биологического пола, серьезные исследователи не устают обращать внимание на то, что очень трудно разделить взаимодействие биологических и социально-психологических факторов, влияющих на формирование психосексуального типа человека. И это часто забывается крайними приверженцами социальной теории, твердо придерживающимися однофакторной модели (Ehrhardt, 1985). Вот что, например, недавно написала Барри Торн (Barrie Thorne):

«В то время как многие до сих пор рассматривают гендер как выражение естественных половых различий, развернувшееся в 1970-х и 1980-х годах движение за права женщин выдвинуло мощный альтернативный подход: все представления о “женственном” и “мужественном”, все гендерные различия, наблюдаемые на игровых площадках на школьных дворах, да и сама идея гендера, — все это является лишь социальными конструктами... Родители одевают маленьких девочек в розовое, а мальчиков в голубое, дают им гендерно различные имена и игрушки, ожидают от них гендерно различных действий, распределяют их по гендерно различным группам сверстников, приучают их постоянно заниматься гендерно-стереотипными играми или иными формами взаимодействия... Короче говоря, если мальчики и девочки

отличаются друг от друга, то это не потому, что они родились разными, а потому, что их *вырастили по-разному*» (Thorne, 1993, p. 2, курсив автора).

Справедливости ради добавим, что приверженцы биологического детерминизма также настаивают на однофакторной модели. Например, авторы статьи 1992 года утверждают, что изменить гендерную идентичность очень трудно, поскольку, «вероятно, она закреплена у человека в мозгу» (Swaab, Gooren, & Hofman, 1992b, p. 52).

Исследования Джона Мани с соавторами

Именно работы Джона Мани и его коллег, начавшиеся в 1950-е годы и посвященные детям с интерсексуальными состояниями (гермафродитизмом), ввели в современную сексологию новую методологию, способную до некоторой степени отделить влияние биологических факторов от психологических (Hampson, 1955; Money, 1952, 1955; Money, Hampson, & Hampson, 1955a, 1955b, 1956, 1957). Наличие неоднозначных половых органов у новорожденных с интерсексуальными состояниями делало особенно трудным определение их пола. Ведь сразу возникал вопрос: «Этот младенец должен быть отнесен к мужскому или женскому полу?» Действительно, уже неоднократно отмечали, что неясность в определении пола ребенка представляет собой «чрезвычайную медицинскую ситуацию» (Ragon, 1987), требующую принять незамедлительное решение.

Джон Мани с соавторами заметили (Money et al., 1957), что, поскольку дети с признаками гермафродитизма «не принадлежат полностью ни к одному из полов, они растут, раздираемые противоречиями между тем полом, к которому “приписаны” и в соответствии с которым воспитываются, с одной стороны, и своими физиологическими половыми факторами (действующими по отдельности или сообща), с другой стороны» (Money et al., 1957, p. 333). Авторы работы задаются вопросом: «Является ли та гендерная роль и сексуальная ориентация, которую выбирает человек с признаками гермафродитизма в период своего взросления, следствием приписываемого ему пола, в соответствии с которым он воспитывался, или же это скорее следствие одного или нескольких физиологических половых факторов?» (там же, p. 333).

Изучив 105 человек с признаками гермафродитизма, Джон Мани и его коллеги пришли к выводу, что «пол, к которому человек “приписан” с рождения и в соответствии с которым воспитывался, предопределяет гендерную роль и сексуальную ориентацию человека с гермафродитизмом гораздо чаще, чем тот физиологический пол, который закреплен в его хромосомах, гонадах, гормонах, внутренней репродуктивной морфологии или “неоднозначной” морфологии внешних половых органов» (там же, р. 333). Только у 5 из 105 пациентов «гендерная роль и ориентация» были «неоднозначными и отступали от того гендера, к которому людей приписали с рождения и в соответствии с которым воспитывали».

Далее они отметили, что «убедительнейшее доказательство психологической важности воспитания ребенка в соответствии с тем полом, который ему “назначили” после рождения, заключается в следующем: среди детей, имеющих схожее (интерсексуальное) физическое состояние, одни воспитывались как мальчики, другие — как девочки; мы и вправду были поражены, когда наблюдали, например, двоих детей, имеющих типично женскую врожденную гиперплазию коры надпочечников (ВГКН), которые общались друг с другом в детской игровой комнате больницы, причем один из этих детей по поведению и манерам был абсолютным мальчиком, а второй — абсолютной девочкой, в соответствии с воспитанием каждого из них» (Money et al., 1957, р. 334).

Итак, в исследовании Джона Мани с соавторами содержится очень важный вывод: ребенок, имеющий интерсексуальное состояние (гермафродитизм), может быть при рождении «приписан» либо к мужскому, либо к женскому полу, и впоследствии у него развивается та гендерная идентичность, в соответствии с которой его воспитывают, даже несмотря на биологические признаки, более соответствующие противоположному полу. Например, была выявлена следующая закономерность: у подавляющего большинства генетических женщин с ВГКН (напомним, что в гл. 6 мы подробно рассматривали данное заболевание) развивалась женская гендерная идентичность, если сразу после рождения их «приписали» к женскому полу и, скорее всего, воспитывали соответствующим образом. А вот у генетических женщин, страдающих ВГКН, которых с рождения «зачислили» в мужской пол, развивалась мужская гендерная идентичность (см. об этом, например: Money, 1970b; Money & Dalery, 1976).

Этот вывод перекликается со схожими идеями Альберта Эллиса, высказанными им в статье 1945 года, на основе анализа ранее опубликованных результатов исследований 84 случаев гермафродитизма:

«Человек с признаками гермафродитизма начинает испытывать гетеросексуальное половое влечение и играть соответствующую сексуальную роль под влиянием, в первую очередь, вовсе не своих соматических характеристик (внутренних или внешних), а скорее под влиянием воспитания в соответствии с мужским или женским полом... Гетеросексуальность и гомосексуальность у людей с гермафродитизмом объясняется прежде всего не гормональными или иными физиологическими факторами, а социальным окружением» (Ellis, 1945, p. 120).

В работах Джона Мани с соавторами также подчеркивалась важность как можно более раннего принятия решения об определении пола ребенка (Money et al., 1957; см. также: Money, 1965, 1987b). Они рекомендовали принять такое решение не позднее, чем в течение первых 18–30 месяцев жизни ребенка, и замечали, что «будет лучше, если решение окажется четким и однозначным» (Money et al., 1957, p. 334). В противном же случае, утверждают исследователи, душевное состояние ребенка будет «психологически нездоровым» (там же, p. 334), и такое положение будет связано с внутренними душевными конфликтами из-за неоднозначной гендерной идентичности (ср.: Stoller, 1964a, 1964b, 1965, 1968a). Рекомендация Джона Мани с соавторами относительно раннего определения пола ребенка (Money et al., 1957) основана отчасти на наблюдении за тем, как интерсексуальные дети переживают корректировку своего пола, произошедшую по истечении первого года жизни: у 11 из 14 детей изменение пола произошло без осложнений, если оно было произведено до достижения ими возраста в 27 месяцев; напротив, только у одного из 4 детей операция, проведенная после 27 месяцев, не привела к осложнениям (точный тест Фишера, $p = 0,0379$, односторонний критерий, анализ проделан авторами этой книги). Этот эффект был объяснен, во-первых, тем, что важные для ребенка лица из его окружения (прежде всего родители) испытывают постоянные сомнения и колебания в его половой принадлежности, а во-вторых, так называемым чувствительным периодом для определения самим ребенком гендерной идентичности (см. также: Stoller, 1964a). Исследователи рассматривают этот «чувствительный период» как

аналог периода, когда ребенок определяет свой родной язык; при этом специалисты ссылаются на появляющуюся в настоящее время литературу, посвященную такому новому понятию в этологии и психологии, как импринтинг.

В своей новой статье Джон Мани и его коллеги объясняют, в чем заключаются психологические осложнения, связанные с самовосприятием интерсексуального ребенка, при затягивании с хирургической коррекцией его пола. Применительно к ребенку с неоднозначными половыми органами, который воспитывался как девочка, авторы пишут:

«Она становится объектом стигматизации не только для окружающих, но и для самой себя. В мире, где все существа разделены по признаку пола, если ее внешний вид полностью не соответствует облику девочки, то тогда она должна выглядеть как мальчик, либо как наполовину мальчик, наполовину девочка. А самостигматизация приводит к тому, что у ребенка самопроизвольно развивается “перемена гендера”» (Money, Devore, & Norman, 1986, p. 179).

В статье 1955 года Джон Мани с соавторами рассуждают о том, что «в противоположность теории об инстинктивной “мужественности” или “женственности”, данной человеку от рождения, новейшие исследования гермафродитизма доказывают нам совершенно другую концепцию, а именно: психологически сексуальность человека никак не разграничивается на мужскую и женскую при рождении, но данное разграничение происходит уже под влиянием жизненного опыта в ходе взросления» (Money et al., 1955b, p. 308). Милтон Даймонд затем назвал это «теорией психосексуальной нейтральности при рождении» (Diamond, 1965, 1968).

Если доводить эту теорию до логического завершения, то допустимо предположение, что и нормальный ребенок, не имеющий никаких признаков гермафродитизма, с тем же успехом может быть «приписан» к противоположному полу и воспитан соответствующим образом. Чтобы провести идеальную проверку этой гипотезы, следовало методом случайной выборки разделить группу биологически нормальных новорожденных на две подгруппы; детям из первой подгруппы определить половую принадлежность, совпадающую с их биологическим полом, и воспитать соответственно, а детям из второй подгруппы «назначить» половую принадлежность, противоположную их биологическому полу, и воспитать сообразно с этим «назначенным» полом.

Разумеется, ввиду практических и этических соображений осуществление такого «эксперимента над природой» маловероятно. Так что проверить эту гипотезу можно только на примере особых клинических случаев.

Одним из самых известных таких примеров является рассказанная Джоном Мани (Money, 1975) история двух однойцевых близнецов. В возрасте 7 месяцев одному из них случайно удалили пенис в ходе неудачного обрезания. Когда ребенку исполнилось 17 месяцев, было принято решение переменить ему пол и воспитать как девочку. Джон Мани сообщает (Money, 1975), что к 9-летнему возрасту ребенок уже вполне усвоил гендерную идентичность и гендерную роль, соответствующую женскому полу, хотя «сохранил многие черты, свойственные томбоям, такие, как бьющая ключом физическая энергия, высокий уровень активности, а также частая доминирующая роль в группе девочек-сверстниц» (Money, 1975, p. 70) (однако, как мы покажем ниже, такая коррективка пола ребенка впоследствии привела к результатам, которые вряд ли можно считать положительными). Еще один подобный клинический случай привел Роберт Столлер (Stoller, 1975, chap. 17): он описал 8-летнего мальчика, воспитанного практически как девочка; к сожалению, специалистам было недоступно долговременное наблюдение за этим ребенком (личное сообщение Х. П. Фон-Хана автору книги от 2 марта 1983 года).

Критика гипотез Джона Мани

Что теперь, через сорок лет, мы можем сказать о наблюдениях Джона Мани и его коллег относительно определения пола ребенка и его воспитания в соответствии с «назначенным» полом?

Во-первых, представление о «психосексуальной нейтральности при рождении», скорее всего, не совсем верно. К тому же не очень ясно, действительно ли Мани сам разделял данную теорию. С исторической точки зрения, этот знаменитый ученый без устали подчеркивал важность социально-психологических факторов, влияющих на психосексуальную дифференциацию, желая уравновесить голоса сторонников биологического детерминизма, которых было особенно много в медицинских кругах. Кроме того, Джон Мани известен своей близостью к такому психологическому направлению, как интеракционизм, что выражалось,

например, в его известной идее о существовании парадигмы «природные свойства — критический период — воспитание» (nature — critical period — nurture, см. об этом: Money, 1986a, 1991, 1993; Money & Ehrhardt, 1972).

Однако Мани, вероятно, недооценивал влияние биологических факторов на психосексуальную дифференциацию. Если, например, мы вновь проанализируем данные о генетических женщинах, страдающих ВГКН (и составлявших большинство пациентов, обследование которых легло в основу самых первых публикаций Мани и его коллег 1950-х годов), то станет ясно, что их психосексуальная дифференциация вовсе не является точной копией дифференциации биологически нормальных женщин.

Во-вторых, гипотеза «чувствительного периода» была поставлена под сомнение после сообщений об успешной перемене гендерной идентичности уже гораздо позже раннедетского периода (Diamond, 1965; Hoenig, 1985b; Zuger, 1970a). Пожалуй, самым известным примером такой перемены идентичности является группа пациентов мужского пола, имеющих наследственную форму ложного гермафродитизма, известного как «дефицит 5-альфа-редуктазы» (5-АРД), которые выросли в семьях, особенно подверженных такому заболеванию, в нескольких небольших деревнях Доминиканской Республики (Imperato-McGinley, Peterson, Gautier, & Sturla, 1979a, 1979b, 1979c, 1985).

Дети мужского пола, имеющие 5-АРД, рождаются с ярко выраженной неоднозначностью внешних половых органов; если не проводить тщательного медицинского обследования, то внешнее строение их гениталий можно принять за женское. А все дело в том, что во время внутриутробного развития недостаточная активность стероидов 5-альфа-редуктазы приводит к нехватке в плазме крови дигидротестостерона, отчего происходит неполная маскулинизация внешних половых органов. Однако поскольку общий тестостерон в организме производится нормально, маскулинизация всей внутренней репродуктивной системы происходит как у обычных здоровых мальчиков. Более того, с наступлением периода полового созревания начинается относительно нормальная физическая маскулинизация: как первичные, так и вторичные половые признаки развиваются по обычному мужскому типу (например, фаллос удлиняется и в некоторых случаях превращается во вполне функциональный пенис; наблюдается также некоторое увеличение мышечной массы).

Феномен 5-АРД привлек большое внимание специалистов, занимающихся психосексуальными вопросами. По наблюдению авторов статьи 1974 года (Imperato-McGinley, Guerrero, Gautier, & Peterson, 1974), новорожденных, имеющих эту патологию, часто «приписывают» к женскому полу и воспитывают как девочек. Но в период полового созревания неожиданно начинается маскулинизация «девочек», и этот процесс настолько поражает окружающих, что односельчане даже придумали для таких детей особое прозвище — «геведоче», что означает «яички в двенадцать [лет]» (*huevo* — «яйцо», *doce* — «двенадцать», *исп.*). Авторы статьи 1974 года (Imperato-McGinley et al., 1974) добавляют, что по окончании подросткового периода «психосексуальная ориентация» стала мужской у всех 18 пациентов, которые ранее воспитывались как девочки (то есть пациенты сами, самостоятельно начали воспринимать себя как мужчин, освоили мужскую гендерную роль, и у них появилось половое влечение к женщинам). Авторы приходят к выводу, что «мужская сексуальная энергия зависит, скорее всего, от уровня тестостерона, а не дигидротестостерона... а усвоенная при воспитании женская гендерная роль оказывает меньшее влияние на формирование мужского фенотипа, чем два фактора маскулинизации: уровень тестостерона во внутриутробный период и вновь повысившийся уровень этого гормона в период полового созревания» (Imperato-McGinley et al., 1974, p. 1215).

Опираясь на новые сведения, а также на работы других исследователей (Diamond, 1965; Zuger, 1970a), вновь проанализировавших известные данные (в основном, отчеты о клинических случаях), авторы статьи 1974 года (Imperato-McGinley et al., 1974) заявили, что результаты их исследований бросают серьезный вызов теории Джона Мани о «половой принадлежности, усвоенной при воспитании». И, вероятно, так как результаты были основаны на изучении новых групп интерсексуальных пациентов, можно сказать, что они породили определенный «кризис» в сексологии. Действительно, они поставили под сомнение самую излюбленную теорию сексологов. Кроме того, как позднее заметила Анке Эрхарт (Ehrhardt, 1985), у исследования группы Императо-Макгинли 1974 года (Imperato-McGinley et al., 1974) имеются практические последствия:

«Многие практикующие врачи начали проявлять беспечность и теперь всерьез допускают возможность однозначного

“зачисления” в мужской пол всех пациентов, являющихся генетическими мальчиками, но имеющих диагноз “дефицит 5-альфа-редуктазы” (5-АРД), несмотря на то что они будут расти с явно двойственными гениталиями и с общим недостатком маскулинизации. Такие врачи надеются, что половое созревание исправит все недостатки. А некоторые их коллеги предлагают противоположный метод: воспитывать этих детей как девочек, а затем с началом полового созревания “переключить” их в мальчиков. Такой подход также является крайне наивным и недальновидным» (Ehrhardt, 1985, p. 87).

Джон Мани (Money, 1976b) незамедлительно нанес ответный удар. Суть его возражений заключалась в психологическом значении «народного прогноза» относительно «геведоче». Мани утверждал, что, поскольку родители таких особенных детей очень скоро узнали, что в будущем, в период полового созревания, у них произойдет маскулинизация, они «не могли со всей уверенностью “зачислить” в женский пол новорожденного ребенка с признаками гермафродитизма. Даже если в свидетельствах о рождении их записали как девочек, родители знали, что они воспитывают “геведоче”, который, когда вырастет, не будет выглядеть как женщина. И даже в первом поколении, в котором появились эти дети-гермафродиты (в двух семьях, относящихся к большому роду, населяющему эту деревню), еще до того, как они были названы “геведоче”, родители воспитывали каждого из них как представителя “неоднозначного пола”, поскольку не знали, чего от них можно ожидать, когда у них наступит половое созревание» (Money, 1976b, p. 872).

Короче говоря, Джон Мани критически воспринял выводы группы Императо-Макгинли (Imperato-McGinley et al., 1974), что эти дети были воспитаны однозначно как девочки: «Авторы исследования [Джулианна Императо-Макгинли и соавторы] не предоставили никаких данных о том, как была проведена психологическая оценка отношений родителей с этими детьми, особенно в сфере, касающейся половой принадлежности, в соответствии с которой их воспитывали, или гендерной идентичности этих детей-гермафродитов (трое из которых позднее умерли), когда они выросли». Более того, Джон Мани прямо обвинил оппонентов в некомпетентности в вопросах, относящихся к психологическим исследованиям: «Эндокринологам следует консультироваться с коллегами, специализирующимися на поведении,

прежде чем вторгаться на незнакомые им территории, включая ту, где происходит разграничение различных типов гендерной идентичности» (Money, 1976b, p. 872).

Джулианна Императо-Макгинли и ее коллеги возразили так: «Очевидно, что Джон Мани просто не знает, как родители воспитывали этих детей. На основе наших бесед с некоторыми мужчинами, пораженными данной болезнью, и их родителями мы можем сделать вывод, что первое поколение больных воспитывалось как девочки, и со стороны родителей не было никаких сомнений и “неоднозначностей” относительно пола ребенка при рождении и в раннем детстве: родители каждого из них думали, что воспитывают маленькую девочку» (Imperato-McGinley, Peterson, Gautier, 1976, p. 872).

В заключение Джулианна Императо-Макгинли с соавторами пишут, что результаты их исследований могут пролить новый свет на «представление о том, что половая принадлежность, сформированная воспитанием, имеет лишь относительное значение, а также о тестостероне, запечатленном в мозгу в период внутриутробного развития, и о решающем влиянии мужского типа полового созревания на определение гендерной идентичности мужчины» (Imperato-McGinley et al., 1976, p. 872).

В статье 1979 года та же группа исследователей (Imperato-McGinley et al., 1979a) сообщила о своих пациентах дополнительные сведения, более подробные, чем в статье 1974 года, включая описание социальной жизни деревни, господствующих там представлений о поведении детей и о гендерной роли взрослых. Авторы провели ряд бесед как с самими больными, так и со значимыми людьми в их окружении (например, с родителями, родными братьями и сестрами, соседями), «чтобы выявить хоть какую-то половую неоднозначность в воспитании рассматриваемых пациентов, которые росли в образе девочек, и определить, не является ли следствием воспитания их перемена гендерной идентичности и гендерной роли в подростковом возрасте» (Imperato-McGinley et al., 1979a, p. 1233–1234). В результате исследователи пришли к выводу, что «все 18 пациентов были однозначно воспитаны как девочки... А в итоге во время полового созревания или сразу по окончании этого периода 17 из 18 пациентов сменили гендерную идентичность на мужскую, а 16 из 18 сменили гендерную роль на мужскую» (стр. 1233). Вот как авторы статьи подытоживают свое исследование:

«Те 17 пациентов, которые в итоге сменили гендерную идентичность на мужскую, осознали, что они отличаются от других девочек, в возрасте от 7 до 12 лет, когда заметили, что у них не увеличиваются молочные железы, когда их тела начали изменяться в сторону маскулинизации, а в паховом канале или мошонке начали увеличиваться яички. Эти дети, становящиеся подростками, начали задаваться вопросами о своем истинном гендере. И в течение нескольких следующих лет у них развилась мужская гендерная идентичность: подростки постепенно перестали ощущать себя девочками, начали воспринимать себя как представителей мужского пола, а затем осознали, что действительно являются мужчинами» (p. 1234).

Заметим, однако, что авторы этой статьи сообщают и следующее: как только рассматриваемая болезнь стала известна жителям деревни, они «начали воспитывать больных как мальчиков с самого рождения, или, точнее сказать, в случае, когда патология выявлялась уже в раннем детстве, ребенка воспитывали как мальчика, а в противном случае ребенка все же растили как девочку, но в воспитании уже наблюдалась некая двусмысленность. В настоящее время все жители деревни знают о существовании такой болезни, а пораженные ею дети и взрослые иногда становятся объектами насмешек, и их называют *guevedoce* (“яички в 12 лет”) или *machihembra* (“сначала женщина, потом мужчина”))» (Imperato-McGinley et al., 1979a, p. 1235).

Несмотря на эту оговорку, авторы в целом отстаивают свое мнение о том, что «социальное и культурное окружение нельзя считать единственной силой, которая отвечает за формирование мужской гендерной идентичности. Мужские половые гормоны вносят в этот процесс свой весьма значительный вклад» (Imperato-McGinley et al., 1979a, p. 1236).

Вскоре также стало известно, что две другие разновидности мужского ложного гермафродитизма (дефицит 3-бета- и 17-бета-гидроксистероиддегидрогеназы) имеют эндокринологическое происхождение, очень похожее на развитие последствий вышеописанного дефицита 5-альфа-редуктазы (5-АРД), и в нескольких научных публикациях была описана точно такая же психосексуальная перемена, произошедшая с больными в период полового созревания, какая произошла с пациентами, страдающими 5-АРД (см., например: Imperato-McGinley, Peterson, Stoller, & Goodwin, 1979; Mendonca et al., 1987; Rösler & Kohn, 1983; Gross et al., 1986).

Со своей стороны, Милтон Даймонд (Diamond, 1982, 1993b, 1994) сообщил, что у того из двух мальчиков-близнецов (см. выше), которому случайно удалили пенис в ходе неудачного обрезания (Money, 1975), в раннем подростковом возрасте начала развиваться очень серьезная гендерная дисфория, а затем, когда уже во взрослом возрасте пациент полностью сменил свою гендерную идентичность, начал жить как мужчина и испытывать сексуальное влечение к женщинам.

Заключение

Можно ли пролить какой-то свет на этот столь длительный, столь напряженный и столь важный спор? По нашему мнению, способствовать решению обсуждаемой проблемы могло бы разграничение двух понятий: «пол, определенный при рождении» и «пол, сформированный воспитанием».

«Пол, определенный при рождении», — это относительно простое логическое построение: ведь каждый рождающийся ребенок приписывается к мужскому или женскому полу. И, напротив, «пол, сформированный воспитанием», — это уже более сложное логическое построение. Что, собственно, означает такое понятие, как «последовательное воспитание ребенка в качестве мальчика или в качестве девочки безо всякой гендерной “неоднозначности”»? Основная критика того, как Джулианна Император-Макгинли и ее коллеги истолковали собранные ими сведения, развернулась именно вокруг «неоднозначности» и «неустойчивости» той половой принадлежности, которая усваивается при воспитании (Ehrhardt, 1985; Ehrhardt & Meyer-Bahlburg, 1981; Herdt, 1990b; Herdt & Davidson, 1988; Meyer-Bahlburg, 1982; Money, 1976b, 1979; Rubin, Reinish, & Haskett, 1981; Sagarin, 1975). Таким образом, учитывая в целом мужскую половую биологию и «неоднозначное» воспитание людей, страдающих 5-АРД, необходимо лучше разобраться в том, почему с ними произошла полная перемена гендерной идентичности (если этот процесс можно так назвать). Подобный же аргумент можно выдвинуть и в отношении работ Милтона Даймонда, где содержится анализ истории жизни одного из близнецов. Мы просто не обладаем достаточными знаниями обо всех обстоятельствах жизни пациента, чтобы полностью вычеркивать частичное влияние социальных факторов на

формирование его гендерной идентичности. До тех пор, пока исследователи не достигнут согласия в том, что считать «устойчивой половой принадлежностью, усвоенной при воспитании», проблема никогда не получит удовлетворительного решения. Например, тот же Милтон Даймонд (Diamond, 1965), со ссылкой на более ранние исследования, рассказал о случае успешного изменения пола с женского на мужской у ребенка, страдающего гипоспадией, которого, предположительно, «каждый день одевали как девочку и воспитывали соответственно» (Dicks & Childers, 1934, p. 508; Dicks & Childers, 1944). Однако если еще раз перечитать отчеты об этих клинических случаях, то мы увидим, что ситуация в них была далеко не столь очевидной. Однако в данном случае вторичный анализ будет явно недостаточным для пересмотра этого крайне сложного спорного вопроса.

В частности, следует провести гораздо более тщательный анализ данных, предоставленных группой Джулианны Императо-Макгинли. Напомним, что Императо-Макгинли и ее коллеги особенно настаивали на важной роли пренатального тестостерона в формировании гендерной идентичности. Однако надо заметить, что в самых первых отчетах этой группы произошло смешение понятий «пренатальный тестостерон» и «тестостерон, вырабатываемый в период полового созревания», к тому же не была учтена возможная «неоднозначность» воспитываемой половой принадлежности ребенка. Для более точной проверки влияния пренатального тестостерона на гендерную идентичность следовало привлечь пациентов, которые были хирургически видоизменены до такой степени, что фенотипически выглядели максимально похожими на женщин, то есть чтобы гонады были удалены, они были гормонально феминизированы в период полового созревания и чтобы их воспитали однозначно как девочек (то есть должна существовать ситуация, напоминающая обычный курс хирургического, гормонального и социально-психологического лечения девочек с ВГКН). К сожалению, мы мало знаем о психосексуальном развитии пациентов, страдающих 5-АРД, которых лечили именно таким образом. Джон Мани (Money, 1979) бегло описал лишь одного пациента, подвергнутого подобной терапии, который, достигнув подросткового возраста, имел «устойчиво женскую гендерную идентичность и роль» (Money, 1979, p. 771). Автор другого исследования (Hurtig, 1992) описал психосексуальное развитие двух сестер, страдающих 5-АРД: обе они были

подвергнуты урогенитальной хирургии с последующей терапией эстрогенами; в итоге одна из них «осталась вполне довольна своим женским статусом», однако вторая «отвергла свою женскую идентичность и стала полностью отождествлять себя с мужским полом во всем, включая сексуальное влечение к женщинам» (Hurtig, 1992, p. 24).

Таким образом, с точки зрения психологического интеракционизма мы можем утверждать, что отдельные личности с определенными формами гермафродитизма имеют такую половую биологию, которая делает их более, чем биологически стандартные люди, склонными подчиняться социально-психологическим условиям воспитания. В зависимости от социально-психологических факторов и методики, по которой ведется лечение аномальной половой биологии, психосексуальная дифференциация таких людей может принять либо одно направление, либо другое.

Имеет ли половая принадлежность, определенная при рождении человека, большое значение для понимания этиологии расстройства гендерной идентичности у детей и взрослых? Мы считаем, что нет. Половая принадлежность, «приписанная» человеку, всегда соответствует внешним признакам его биологического пола. Значит ли это, что люди, страдающие расстройством гендерной идентичности, являются исключениями, подтверждающими правило (ср. Money, 1969)? На наш взгляд, ответ зависит не от понятия «половая принадлежность», а от таких факторов, как воспитание ребенка и его социализация в соответствии с полом, к которому он «приписан». Существуют ли доказательства того, что дети с расстройством гендерной идентичности воспитывались в полном соответствии с их биологическим полом и той половой принадлежностью, которая была «назначена» им при рождении?

Социализация в соответствии с половой принадлежностью, очевидно, представляет собой очень сложный психологический процесс, и специалисты по психологии развития уже имеют опыт осмысления различий в воспитании девочек и мальчиков. Ниже мы предложим вниманию читателей обзор некоторых исследований, касающихся социализации в соответствии с половой принадлежностью, причем особое внимание уделим таким вопросам, как «родительские установки», процессы «социального поощрения», а также различные примеры «самосоциализации». Иными словами, мы попытаемся разложить на составляющие такую сложную структуру, как воспитание.

Предродовое предпочтение пола ребенка

Родители довольно часто, еще до родов, выражают свои предпочтения относительно пола будущего ребенка; об этом свидетельствует, в частности, недавний рост числа клиник по «выбору пола» будущих детей. Автор исследований на эту тему (Williamson, 1976, 1983) заметил, что родители чаще предпочитают, чтобы их первым ребенком был мальчик; очень распространено также желание, чтобы вторым ребенком была девочка.

При прочих равных условиях половина (50 %) всех новорожденных оказывается не того пола, какой хотели бы родители. Не в этом ли кроется причина нетипичных или нежелательных поведенческих признаков у ребенка? Автор описания подобных клинических случаев (Sloman, 1948) заметил, что из 62 «запланированных» детей, имевших эмоциональные проблемы и наблюдавшихся в клинике детского поведения, 9 (то есть 14,5 %) были «отвергнуты» родителями, поскольку они были «не того пола, какой те ожидали» (Sloman, 1948, p. 528, курсив опущен). Авторы исследования 1957 года (Sears, Maccoby, & Levin, 1957, pp. 57–58, 514) пришли к выводу, что среднестатистическая мать проявляет «относительную холодность» к новорожденному сыну, если ее предыдущим ребенком был мальчик. Авторы статьи 1991 года (Stattin & Klackenberg-Larsson, 1991) проследили за группой шведских детей от момента рождения до достижения ими половой зрелости и сделали вывод, что более острый конфликт детей с родителями наблюдался в тех семьях, где пол ребенка не соответствовал предродовым ожиданиям родителей.

Заметим, что ни одно из перечисленных исследований не рассматривало специально те проблемы, которые касаются последствий предродовых ожиданий родителей для гендерного развития детей.

Вполне закономерен вопрос: возможно, родители детей, страдающих расстройством гендерной идентичности, ожидали отпрысков противоположного пола? Хотя несколько отчетов о клинических случаях, касающихся мальчиков с расстройством гендерной идентичности, сообщают о желании их матерей родить девочек (см., например: Charatan & Galef, 1965), систематическому анализу подвергли эту проблему только два контролируемых исследования.

Бернард Цугер в своих статьях о женоподобном поведении мальчиков (Zuger, 1970b, 1974) сообщил, что у 21 такого мальчика 38 % матерей хотели родить девочку (а еще четыре сообщили, что они вообще не хотели рожать этого ребенка). Сопоставимый процент матерей контрольной группы мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы, также хотел родить вместо них девочек, но исследователи не сообщили их точной доли.

Авторы исследования 1987 года (Roberts et al., 1987) сделали вывод, что матери женоподобных мальчиков (52 женщины) во время беременности испытывали не более сильное желание родить девочку, чем матери обычных мальчиков из контрольной группы (также 52 женщины). Действительно, процент женщин, которые явно хотели родить девочку, был низким в обеих группах (26,9 % и 19,2 %, соответственно).

Что же касается группы из 103 мальчиков с расстройством гендерной идентичности, обследованных в нашей клинике (Zucker et al., 1994), то 43,7 % их матерей хотели родить девочку. Этот процент значительно выше, чем аналогичный процент в исследовании 1987 года (Roberts et al., 1987); однако сравнение групп нам недоступно.

Дальнейший анализ данных, имеющихся в исследовании 1987 года (Roberts et al., 1987), а также данных, собранных в нашей клинике, показывает, что материнское желание родить девочку очень существенно связано с половым составом и очередностью рождения sibсов, то есть детей одних родителей (Zucker et al., 1994; данные отражены в Таблице 7.1). У целевых участников исследования (пробандов), страдающих расстройством гендерной идентичности и имеющих старших sibсов исключительно мужского пола (только старших братьев), процент матерей, вспоминаявших о своем желании родить девочку, оказался значительно выше, чем у пробандов с другими комбинациями старших sibсов (например, у пробандов, имеющих только по одной старшей сестре). Такая же закономерность наблюдается и при анализе данных 1987 года (Roberts et al., 1987) контрольной группы здоровых детей и их родителей.

Хотя само по себе желание родить девочку, вероятно, не имеет этиологической важности для объяснения генезиса расстройства гендерной идентичности, однако такую важность могут иметь материнские реакции на рождение ребенка «нежеланного» пола. За время нашей клинической практики мы наблюдали несколько

Таблица 7.1. Гендерные предпочтения матерей как функция от полового состава sibсов и очередности рождения

Sibship categories	Boy	No preference	Girl	No data
1. Older brother(s)	2 (6.8)	4 (13.8)	23 (79.3)	8 (21.6)
2. Older sister(s)	10 (43.5)	7 (30.4)	6 (26.1)	15 (39.5)
3. Singleton	5 (41.7)	1 (8.3)	6 (50.0)	6 (33.3)
4. Younger brother(s) and/or sister(s)	12 (30.8)	17 (43.6)	10 (25.6)	7 (15.2)
Categories 2–4	27 (36.5)	25 (33.8)	22 (29.7)	28 (27.5)

Использованные термины:

Sibship categories — виды комбинаций полового состава sibсов (родных братьев или сестер) пробандов (мальчиков с расстройством гендерной идентичности, являющихся целевыми участниками исследования).

Older brother(s) — старший брат (братья).

Older sister(s) — старшая сестра (сестры).

Singleton — единственный ребенок в семье.

Younger brother(s) and/or sister(s) — младший брат (братья) и/или младшая сестра (сестры).

Boy — женщина хотела родить мальчика.

Girl — женщина хотела родить девочку.

No preference — женщине был безразличен пол ее будущего ребенка.

No data — нет данных.

Примечание: числа вне скобок — количество клинических случаев. числа в скобках — проценты. Столбец «Нет данных»: цифры в скобках — процент пропущенных случаев в каждом виде комбинаций полового состава sibсов. Данные взяты из: Zucker et al., 1994 (см. Список литературы).

совершенно поразительных примеров материнского разочарования. Одна женщина, когда ее второй сын был маленьким, переодевала его в платьице, завивала ему волосы, надевала розовые детские рубашечки и в таком виде фотографировала. Другая женщина, родив второго сына, попросила срок в два месяца, чтобы выбрать имя, и в итоге назвала его одним из вариантов женского имени, которым еще до родов намеревалась назвать будущую дочь (Zucker, Bradley, & Ipp, 1993). Третья женщина еще подростком принимала участие в воспитании маленькой девочки, удочеренной ее семьей. И поэтому она была очень разочарована, когда

ее вторым ребенком оказался мальчик. Она неоднократно с печалью в голосе повторяла, что все еще «надеется когда-нибудь родить дочку» и что она по-настоящему завидует своим подругам, ставшим матерями девочек. Четвертая женщина рассуждала о том, что ее маленький женоподобный сын, возможно, является реинкарнацией ее дочери, скончавшейся в младенчестве из-за многочисленных врожденных пороков развития. Эта женщина призналась, что во время беременности пробандом с нетерпением ожидала появления дочери, а когда родился мальчик, была очень огорчена и подавлена. Ее депрессия продолжалась до тех пор, пока ее сын, чуть более двух месяцев от роду, не «взглянул» ей в глаза, тем самым, по ее мнению, «намекая на то, что понимает ее чувства». Серьезная работа психологов с этой женщиной показала, что та истолковала «взгляд» своего маленького сына как указание, что он понимает ее желание воспитывать девочку, а не мальчика. Наконец, пятая женщина, во время беременности третьим сыном вела подробный дневник, некоторые фрагменты которого содержали молитвы Богу о рождении дочери. Похожие фрагменты содержал ее дневник в период, когда она вынашивала своего четвертого ребенка (который также оказался мальчиком). Именно во время четвертой беременности ее третий сын начал проявлять признаки межгендерного поведения, которое стало совершенно очевидным уже после рождения четвертого ребенка. Тогда родители обратились в агентство по усыновлению и попросили найти для них трехлетнюю девочку.

Анализируя наши клинические случаи с целью документации подобных материнских реакций, мы пришли к выводу, что все они (за одним исключением) проявились тогда, когда женщина, уже воспитывая одного или нескольких сыновей, захотела родить еще и дочь. А единственным исключением из этой закономерности стал случай, когда женщина считала родившегося сына реинкарнацией ее умершей дочери. Кстати, эта дочь во время своей недолгой жизни вела себя как томбой и совершенно не соответствовала представлениям своей матери об идеальной девочке.

Подобные материнские реакции кажутся чрезмерными и порой представляют собой нечто вроде патологии, напоминающей скорбь по умершему ребенку (Parkes, 1975). И эти примеры указывают на важность психологической работы с родителями, которая призвана понять возможные смыслы, лежащие в основе их гендерных предпочтений. В литературе, посвященной

семейной демографии (см., например: Williamson, 1976), уже рассматривались несколько переменных, связанных с предродовыми предпочтениями пола ребенка, однако природа этих переменных скорее макросоциальная (например, они являются экономическими, религиозными, этническими), а не представляет собой психологические характеристики отдельных личностей. Исходя же из нашего клинического опыта, мы можем сказать, что наиболее распространенная психологическая черта, лежащая в основе сильного желания родить дочь, представляет собой потребность воспитывать ребенка женского пола, что зачастую отражает компенсаторное стремление восполнить нечто, недополученное в детстве. Например, одна женщина рассказывала, что очень хочет родить девочку, чтобы одевать ее в платьица с оборками и причесывать ее так, как ее саму никогда не причесывала мать в детстве. В силу целого ряда психологических и культурных причин в ходе воспитания мальчика почти невозможно воплотить в жизнь такие компенсаторные фантазии. К сожалению, пока не существует ни одного эмпирического исследования, содержащего формальную научную оценку родительских реакций на пол ребенка у матерей мальчиков с расстройством гендерной идентичности, и поэтому невозможно определить, отличаются ли они по этому показателю от матерей обычных мальчиков. Представляется особенно важным проследить, по-разному ли реагируют эти две группы матерей на рождение ребенка не желаемого пола.

Социальное поощрение

С тех пор, как почти 30 лет назад Уолтер Мишел опубликовал свое знаменитое исследование (Mischel, 1966), изобилующее практическими идеями и теоретическими выкладками, ученые уделили немало внимания проблеме влияния социального окружения на признаки поведения, характерные для определенного пола. Вообще представления, что поведение, типичное для данного пола, вырабатывается у человека прежде всего под воздействием окружающего общества, интуитивно очень притягательны, возможно, из-за своей кажущейся очевидности и здравомыслия. Однако уже неоднократно было отмечено, как медленно продвигается эмпирическое подтверждение теории о социальном

поощрении, объясняющем поведение, характерное для определенного пола. Такой взгляд на историю вопроса особенно ярко выражен в знаменитой монографии Элеоноры Маккоби и Кэрол Н. Жаклин (Maccoby & Jacklin, 1974), являющейся блестящим анализом нормативной литературы о половых различиях.

Для разъяснения этой темы необходимо ответить по крайней мере на пять наиболее общих вопросов. 1. Что доказывает, что родители (и иные окружающие ребенка лица) могут реагировать на поведенческие черты мальчиков и девочек, типичные для мужского или женского пола, сообразно со своими половыми особенностями? 2. Существуют ли какие-то специфические черты детского поведения, на которые родители реагируют особенно сильно? 3. Существуют ли особые периоды развития ребенка, когда реакции родителей на поведение детей, связанное с половой дифференциацией, особенно сильны? 4. Могут ли родители (и иные лица, окружающие ребенка) в целом определять поведение детей, связанное с половым диморфизмом, или они только реагируют на уже существующие различия между мальчиками и девочками? 5. Могут ли родительские реакции оказывать по-настоящему сильное влияние на последующее поведение детей?

Нормативные исследования детей от 2 до 4 лет

Поскольку поведенческие признаки расстройства гендерной идентичности обычно впервые появляются у детей в возрасте от 2 до 4 лет (см. гл. 2), нормативные исследования поведения, посвященные именно этому периоду, имеют важнейшее отношение к этиологическим проблемам. Поведенческие признаки в большинстве случаев включают в себя выбор игрушек, манеру одеваться, ролевые игры. Таким образом, нам особенно важны родительские реакции на эти виды поведения, связанные с половым диморфизмом.

Проблемам микросоциальных взаимодействий между родителями и детьми, касающихся подобных видов поведения, посвящены работы Беверли Фэгот с соавторами. Например, в статье 1978 года (Fagot, 1978) описано домашнее поведение 24 мальчиков и девочек младшего детского возраста (средний возраст — 22,8 месяца), а родительские реакции распределены по

трем категориям: положительные, нейтральные или отрицательные; причем анализировались именно реакции родителей на формы поведения детей, связанные с половыми различиями, то есть на такие виды детской активности, в которых чаще участвуют либо мальчики, либо девочки (например, для мальчиков это использование игрушечных транспортных средств или строительство разнообразных блоков, а для девочек — игры с куклами или мягкими игрушками, а также примерка новых платьев). Реакции родителей зависели от пола ребенка (и рассматривались как функции от половой принадлежности детей) в четырех из семи видах поведения, связанных с половым диморфизмом. Например, родители реагировали скорее положительно на строительные игры, если в них участвовали мальчики, чем если этим занимались девочки, тогда как те же родители скорее положительно реагировали на игры в куклы, если в них участвовали девочки, и скорее отрицательно, если этим занимались мальчики (ср. другие исследования на эту тему: Caldera, Huston, & O'Brien, 1989; Eisenberg, Wolchik, Hernandez, & Pasternack, 1985; Jacklin, DiPietro, & Maccoby, 1984).

Однако статьи Беверли Фэгот с соавторами 1978 года (Fagot, 1978) и 1991 года (Fagot & Hagan, 1991) игнорируют следующие важные вопросы: предшествуют ли половые различия в поведении детей родительским реакциям на эти различия? Или, наоборот, различия вызваны самими реакциями родителей на поведение детей? (ср.: Snow, Jacklin, & Maccoby, 1983). Не воздействуют ли родительские реакции на последующее поведение детей? (ср.: Smith & Daglish, 1977).

В статье 1989 года (Fagot & Leinbach, 1989) приводятся свидетельства того, что родительское внимание к формам поведения, которые, как считается, определяют половое различие, приводит к тому, что именно это различие и начинает развиваться в поведении детей. В исследовании приняли участие дети от 18 до 27 месяцев и их родители. В возрасте 18 месяцев еще никто из детей не был способен выполнить задание, определяющее их гендерную принадлежность (Leinbach & Fagot, 1986), однако уже к 27 месяцам 48 % выполнили это задание (их назвали «определившиеся раньше», *early labelers*), а 52 % не выполнили (их назвали «определившиеся позже», *late labelers*). В 18 месяцев будущие «определившиеся раньше» и «определившиеся позже» еще не различались в степени поведения, связанного с половой

дифференциацией; действительно, обе группы проявили в поведении очень мало признаков полового различия. Однако уже к 27 месяцам «определившиеся раньше» начали показывать образцы половой дифференциации в поведении ярче, чем «определившиеся позже»; например, мальчики, «определившиеся раньше», больше играли с типично мальчишескими («мужскими») игрушками, чем три другие группы детей, тогда как девочки, «определившиеся раньше», больше играли с типично девчоночьими («женскими») игрушками, чем три другие группы (ср.: Fagot, Leinbach, & Hagan, 1986).

Наблюдения за отношениями родителей и детей 18 месяцев показали, что родители будущих «определившихся раньше» чаще проявляли как положительные, так и отрицательные реакции на формы поведения, считающиеся как типично мальчишескими, так и типично девчоночьими, чем это делали родители «определившихся позже»; однако обе группы родителей не различались между собой в обучающем поведении (например, в словесных указаниях и советах), что также являлось реакцией на типично мальчишеские или типично девчоночьи игры детей.

Из этих сведений все же нельзя вывести бесспорного подтверждения теории социального обучения поведению, типичному для каждого из двух полов, поскольку дети, «определившиеся раньше», получали больше как отрицательных, так и положительных отзывов родителей на свое типично мальчишеское и типично девчоночье поведение, чем дети, «определившиеся позже». Вот почему авторы статьи 1989 года (Fagot & Leinbach, 1989) подчеркивают важность собственно эмоционального воздействия в процессе усиления чувствительности ребенка к гендерным особенностям поведения. Однако результаты дальнейших исследований оказались затруднены, поскольку к 27 месяцам родители обеих групп детей стали чаще положительно отзываться об играх, типичных для данного пола, чем об играх, типичных для противоположного пола, а также (за исключением отцов девочек) стали чаще отрицательно отзываться об играх, не типичных для половой принадлежности ребенка, чем об играх, типичных для пола ребенка. Обе группы детей старше 4 лет уже проявляли схожие показатели поведенческих предпочтений, свойственных гендерной роли каждого ребенка, хотя у тех, кто «определился раньше», было лучше развито понимание стереотипов гендерных ролей, чем у тех, кто «определился позже».

Отчеты о клинических случаях и изучение пациентов

Будут ли исследования такого рода способствовать лучшему пониманию родительских реакций на ранние признаки поведения детей, имеющих расстройство гендерной идентичности, связанное с половым диморфизмом? Наш клинический опыт, как и практика наших коллег, занимающихся расстройством гендерной идентичности, наводит на мысль, что родительская реакция на раннее межгендерное поведение детей обычно нейтральная, снисходительная или даже положительная и поощряющая. Вот как автор доклада 1985 года (McDevitt, 1985) описывает материнское влияние на гендерное поведение ребенка. Был описан клинический случай, связанный с психоаналитическим лечением мальчика, начавшимся, когда ребенку было 4 года, и длившимся еще 4 года, по 4 сеанса в неделю. Мальчик проявлял все признаки расстройства гендерной идентичности. Автор доклада замечает:

«Женщина хотела родить дочь... Впрочем, она, по сути, никогда особенно не задумывалась о половой принадлежности ребенка, а просто хотела ребенка... Вскоре стало ясно, что Билли предпочитает играть с девочками, что ему больше всего нравятся такие цвета, как розовый и фиолетовый, что он любит надевать на себя бижутерию и прикасаться к таким материалам, как бархат. Когда он попросил купить розовый браслетик, увиденный в магазине, мать подумала, что это для него не подходит. Но она не смогла отказать ему. Ей было трудно сказать Билли “нет”... Она позволяла сыну играть со старой дамской сумочкой из белой соломки, думая, что это выглядит симпатично... Вот ее слова: “Сама того не осознавая, я отождествляла себя со своим ребенком, когда ему было от двух до трех лет, поскольку в нем было очень много моих черт, и, возможно, я намеренно настраивала его на то, чтобы быть артистичным и ласковым, как матери настраивают дочерей”» (McDevitt, 1985, pp. 2–3, 6–7).

Рассуждая об этом случае, автор доклада (McDevitt, 1985) сделал вывод, что мать мальчика «избирательно реагировала на поведение Билли, усиливая и оттеняя именно те поведенческие черты, которые позднее разовьются в женоподобие... Мать никогда не могла терпеть агрессивные (то есть типично мальчишеские) черты поведения Билли, и он стал менее агрессивен. Мать вообще не выносила любые признаки мужеподобия Билли» (p. 18).

Воспоминания родителей о подобных реакциях, взятые из клинических и структурированных психологических бесед, были систематизированы Ричардом Грином (Green, 1974, 1987). На основе глубокого анализа множества наблюдений за мальчиками с расстройством гендерной идентичности Ричард Грин (Green, 1974) сделал следующий предварительный вывод: «Из всех факторов есть один, являющийся почти *обязательным* и *повсеместным*: как только в поведении мальчика появляется какой-либо признак женоподобия, то со стороны основного воспитателя ребенка не возникает *никаких* препятствий к дальнейшему развитию таких форм поведения» (р. 238, курсив автора). В следующем клиническом отчете Ричарда Грина и его коллег (Roberts et al., 1987) на основе воспоминаний родителей была проведена оценка их реакций на первоначальные признаки женоподобия в поведении мальчиков; средние значения этих реакций колебались в диапазоне от нейтральных до положительных. Что касается матерей мальчиков, то их изначальное одобрение женоподобного поведения сыновей значительно коррелировало с общим уровнем женоподобия мальчиков в период обследования (см. также: Green, 1987).

В нашей клинике Джанет Митчелл (Mitchell, 1991) также проделала работу по изучению материнских реакций как на женоподобное, так и на мужеподобное поведение мальчиков с расстройством гендерной идентичности (24 человека), мальчиков с не гендерными психическими проблемами (13 человек) и мальчиков без психических проблем (24 человека). Для оценки материнских реакций был использован план структурированной беседы Ричарда Грина (Green, 1987); оценивались реакции в двух временных периодах: непосредственно в период обследования гендерно-проблемных мальчиков (пробандов) и мальчиков с не гендерными психическими проблемами (обследование обеих групп длилось от 6 до 12 месяцев) и в прошлом, когда всем мальчикам было от 2 до 4 лет. Средний возраст мальчиков, участвовавших в исследовании Джанет Митчелл, равнялся 6 годам (возрастной диапазон колебался в пределах от 3 до 12 лет), таким образом, период, прошедший с того момента, к которому относились родительские воспоминания, существенно варьировал от одного участника к другому. Что касается самых маленьких мальчиков (от 4 лет и младше), то описывались родительские реакции, относившиеся к последним 6 месяцам, чтобы их отделял

от родительских воспоминаний больший отрезок времени. Матерям задавались вопросы о типично мальчишеских и типично девчоночьих чертах поведения детей (например, выбор общения со сверстниками-мальчиками или со сверстницами-девочками, выбор игрушек, игры с переодеваниями в маскарадные костюмы); для классификации ответов использовалась шестизначная шкала, разработанная Ричардом Грином (Green, 1987). Оценки родительских реакций колебались в диапазоне от «весьма положительная (поощряющая)» до «резко отрицательная (пресекающая)». Сначала был проведен анализ материнских реакций на отдельные виды поведения детей, а затем на основе этих данных были выведены обобщенные оценки типично мальчишеского и типично девчоночьего поведения.

Достоверность полученной информации проверялась двумя способами. В отношении матерей гендерно-проблемных мальчиков (пробандов) первоначальный расчет был сделан врачом, ведущим обследование. Затем второй специалист пересмотрел запись обследования или прослушал аудиозаписи бесед. Что касается матерей обычных мальчиков, то второй специалист прослушал записи 14 бесед. В отношении этой группы Джанет Митчелл (Mitchell, 1991) вывела полученную корреляцию между разными оценщиками, равную 0,54 ($p < 0,05$), для оценок типично-девчоночьего (женоподобного) поведения, и равную 0,67 ($p < 0,001$), для типично-мальчишеского (мужеподобного) поведения.

Результаты исследования представлены на рис. 7.1. Видно, что в обоих временных отрезках (настоящем и прошлом) матери мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, сильнее поощряли женоподобное поведение своих сыновей, чем матери мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы; кроме того, их показатели в отношении прошлого существенно отличались от показателей матерей обычных мальчиков, не имеющих никаких психических проблем. В обоих временных отрезках (настоящем и прошлом) матери мальчиков с расстройством гендерной идентичности существенно слабее поощряли их типично мальчишеское (мужеподобное) поведение, чем матери мальчиков из обеих контрольных групп (то есть мальчиков с не гендерными проблемами и мальчиков без психических проблем).

Результаты эмпирических исследований Ричарда Грина с соавторами (Green, 1987; Roberts et al., 1987) и Джанет Митчелл (Mitchell, 1991) вполне соответствуют психиатрической литературе,

описывающей клинические случаи, касающиеся материнских реакций на признаки женоподобного или мужеподобного поведения мальчиков с расстройством гендерной идентичности. Однако необходимо признать, что у обоих исследований есть недостатки, включающие степень достоверности данных, полученных посредством бесед с родителями. С точки зрения требуемых характеристик, заслуживает особого внимания следующий аспект. Как мы уже отмечали ранее, психиатры, относящиеся к самым разным теоретическим направлениям, единодушно выражали мнение, что матери гендерно-проблемных мальчиков терпимо или даже одобрительно относятся к признакам женоподобия в поведении сыновей. Однако сам факт, что родители привели мальчиков на обследование к психиатру, в большинстве случаев означает имеющиеся у них тревогу и обеспокоенность гендерным развитием детей (хотя в некоторых случаях имеет место неоднозначное отношение родителей, о чем мы говорили в гл. 4). С точки зрения теории атрибуции (Weiner, 1993), правомерен прогноз, что родители все же начнут как можно сильнее ограничивать свое терпимое или одобрительное отношение к межгендерному поведению детей, как только его последствия для их развития станут очевидными. Однако большинство родителей, которых обследовали мы, не помнит ни о каких своих систематических усилиях по сдерживанию межгендерного поведения детей.

Ричард Грин (Green, 1974, 1987) привел несколько примеров родительских реакций на формы поведения, связанные с половым диморфизмом, у мальчиков с расстройством гендерной идентичности. Ниже приведена беседа с матерью (Green, 1974, pp. 213–214), реакцию которой на поведение сына можно считать нейтральной.

ПСИХОЛОГ (далее — П): Ваш сын играет в куклы?

МАТЬ (далее — М): Да.

П: А что именно он делает с ними?

М: Он беспрерывно надевает на них разные платица, а потом снимает и снова надевает.

П: Это куклы-мальчики или куклы-девочки?

М: Куклы-девочки.

П: И как часто он играет с ними?

М: Как только ему предоставляется возможность раздобыть где-нибудь куклу.

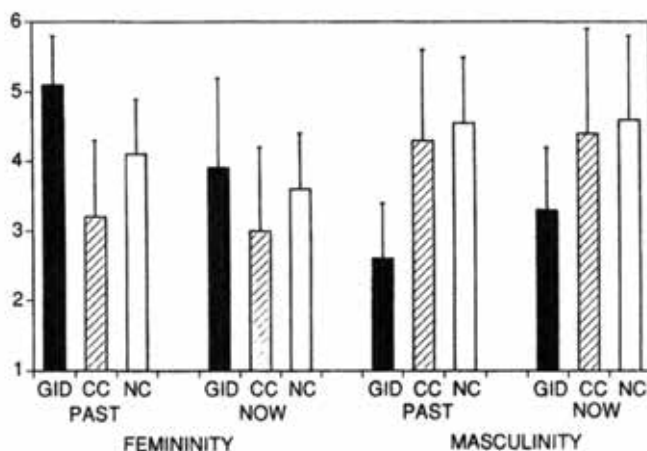


Рис. 7.1. Материнское поощрение типично девчоночьего (женоподобного) и типично мальчишеского (мужеподобного) поведения, вычисленное посредством структурированной беседы. С согласия автора взят из диссертации Джанет Митчелл (Mitchell, 1991).

Использованные термины:

GID, gender identity disorder — группа матерей мальчиков, страдающих расстройством гендерной идентичности.

CC, clinical controls — контрольная группа матерей мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы, привлеченная для сравнения.

NC, normal controls — контрольная группа матерей обычных мальчиков без психических проблем.

PAST — воспоминания матерей об их реакциях на прошлое поведение мальчиков (минимум за год до обследования).

NOW — реакции матерей на поведение мальчиков в период обследования.

FEMININITY — признаки поведения ребенка, считающиеся типично девчоночьими (женоподобными).

MASCULINITY — признаки поведения ребенка, считающиеся типично мальчишескими (мужеподобными).

П: А как лично вы воспринимаете его игры в куклы?

М: Я не возражаю против этого. Я не вижу в этом ничего плохого.

П: Когда вы впервые заметили его интерес к играм в куклы?

М: Когда он был еще совсем-совсем маленьким. Когда ему было около трех лет.

П: Ваш сын знает о вашем отношении к играм в куклы?

М: Я думаю, он знает, что *в этом нет ничего плохого...* [курсив наш].

П: А он играет с куклами в ролевые игры, например, в «семью» или в «маму и папу»?

М: Он много играет в «семью».

П: А вам известно, какие роли он там предпочитает?

М: Он играет роль «мамы». Он берет куклу или плюшевого зверька, как будто это его ребенок, а он сам — его «мама». Он шлепает игрушку, если ему в ней что-то не нравится, или говорит ей: «Ты ведь знаешь, что маме не нравится, когда ты так себя ведешь», или просто: «Маме это не нравится».

П: И как вы относитесь к таким играм?

М: Я не вижу в этом ничего плохого.

Ричард Грин (Green, 1974) отмечает, что подобное «нейтральное отношение» родителей наблюдается на первоначальном этапе в 80 % всех клинических случаев. При этом он также отмечает, что когда начинает развиваться обеспокоенность родителей таким поведением ребенка, в 80 % семей именно матери проявляют большее беспокойство и тревогу, чем отцы.

В нашей практике было отмечено множество подобных случаев. Приведенный ниже пример иллюстрирует то, как родители, судя по их словам, обычно реагируют на гендерное поведение ребенка.

Случай из практики 7.1

Тимми, мальчик почти четырех лет, с IQ, равным 103, жил с родителями, относящимися к низшему слою среднего класса, и со старшим братом. Был направлен на обследование после того, как родители посоветовались с семейным врачом.

Во время предварительной телефонной беседы мать рассказала, что мальчик «проявляет очевидное желание превратиться в девочку». Затем она описала поведенческие черты, соответствующие диагностическим показателям расстройства гендерной идентичности. Эти черты включали предпочтение общества девочек во время игр, выбор женских ролей в детских спектаклях, предпочтение типично девчоночьих игрушек, постоянное стремление переодеваться в женские (девчоночьи) платья,

а также избегание типично мужских (мальчишеских) видов активности. При этом мальчик никогда не проявлял устойчивых признаков недовольства половыми особенностями строения своего тела. Мать смогла вспомнить только один случай, когда Тимми выражал желание избавиться от «пиписки» (то есть пениса). Ретроспективно же женщина отметила, что первые признаки межгендерного поведения сына появились тогда, когда ему еще не исполнилось и года: именно в то время у него начала развиваться сильная привязанность к ее шелковому нижнему белью. «И эта привязанность продолжается до сих пор».

В ходе обследования нам бросалось в глаза яркое различие родителей в их стиле межличностного общения. Мать мальчика была очень эмоциональна, подвержена частым переменам настроения и говорила громким голосом; напротив, отец держался отрешенно и относительно спокойно. Видно было, что матери особенно тяжело проходить обследование и она испытывает сильный стресс. Например, в тот день, когда Тимми проходил психологическое тестирование, психолог беседовал отдельно с его матерью. Но женщине очень трудно давалась разлука с сыном, и в перерывах между беседами она убегала навестить его. Она объясняла это тем, что ей тяжелее быть без него, чем ему — без нее.

Вводная беседа со всей семьей не удалась, превратившись в балаган. Вначале родители захотели, чтобы их сыновья, Тимми и Джимми, отвечали на вопросы психологов. Джимми охотно это делал, но вскоре утомил родителей, болтая без умолку и не давая Тимми сказать ни слова. На протяжении всей беседы оба брата вели себя очень беспокойно, не в состоянии справиться со своей неумной жадой игры. Тимми часто перебивал родителей, особенно мать, и требовал от нее что-нибудь для него сделать. Оба брата часто хныкали, а Тимми ныл и жаловался, что никак не может начать выдуманную им игру под столом. Когда Джимми начинал особенно плохо себя вести, мать обращалась к нему строгим голосом; напротив, когда от нее что-то требовал Тимми, она отвечала ласковым тоном.

В отношении межгендерного поведения Тимми мать мальчика сказала, что она «взволнована этим», поскольку не знает, какова должна быть ее реакция. Она пояснила, что, например, не понимает, что плохого, «если мальчику нравится возиться на кухне». Она выражала опасение, что если она попытается изменить

поведение сына, это будет выглядеть как насильственная «промывка мозгов».

Когда родителей спросили об их специфических реакциях на межгендерное поведение Тимми, они признали, что прежде относились к этому положительно и даже поощряли мальчика. Например, они сказали, что, когда Тимми «расхаживал по дому в маскарадных костюмах, похожих на женские», то вся семья «проявляла к нему особенно заботливое отношение». Отец пояснил, что такое поведение все «находили забавным». На протяжении всего обследования родители заявляли, что не хотят без необходимости воспринимать всю эту ситуацию как сложную проблему. Рассматривая долгосрочную перспективу, мать мальчика выражала одновременно две точки зрения на возможную будущую гомосексуальность сына (то есть на результат, который она предвидела). С одной стороны, она утверждала, что в любом случае будет относиться к нему так же хорошо, как и сейчас; к тому же, один из ее лучших друзей, гомосексуал, сказал ей: «Чему быть — того не миновать». С другой стороны, замечала, что гомосексуальное будущее Тимми для нее все же нежелательно: «Ведь я видела, через какие испытания прошли все мои друзья-геи, и потому знаю, что быть геем — это незавидная доля». А когда женщину спросили, что она почувствует, если в будущем ее сын начнет добиваться операции по перемене пола, она задала встречный риторический вопрос: «А вы можете представить себе, как мы вместе с ним идем на мастер-класс по макияжу от компании Mayu Kay?»

Судя по нашим впечатлениям, родители Тимми либо терпимо, либо даже одобрительно относились к его межгендерному поведению; при этом они не делали систематических попыток поощрять признаки типично мальчишеского (мужеподобного) поведения, если таковые у него появлялись.

Выводы

Таким образом, в целом нам представляется, что существуют доказательства взаимосвязи между нормативными и клиническими исследованиями социального (и, в частности, родительского) поощрения определенных форм поведения, связанных с половым диморфизмом (или, по крайней мере, терпимости

к таким формам поведения). Авторы исследования 1991 года (Lytton & Romney, 1991) провели метаанализ роли родителей в гендерной социализации детей в ряде поведенческих сфер, который показал, что, за одним исключением, «гендерные различия в социализации детей оказываются весьма небольшими в отношении социального поведения и способностей» (р. 267). Исключением стала как раз интересующая нас сфера «поощрения видов активности, связанных с половым диморфизмом, и восприятия гендерных стереотипов» (р. 283), и для этих характеристик величины эффекта составляли: 0,34 (для матерей), 0,49 (для отцов) и 0,43 (для обоих родителей, вместе взятых). Хотя авторы в итоге делают вывод о минимальном влиянии родителей на поведение детей, связанное с половым диморфизмом, та единственная сфера, где обнаружено явное и значительное влияние родителей, представляет собой именно ту область, которая охватывает множество поведенческих черт, лежащих в основе расстройства гендерной идентичности.

Хотя социальное поощрение можно использовать как важное средство объяснения генезиса индивидуальных различий в поведении, связанном с половым диморфизмом, следует заметить, что мы обладаем ограниченной информацией об этом, особенно в том, что касается детей с расстройством гендерной идентичности. Во-первых, очень трудно узнать, как родители обычных, нормальных детей реагируют на межгендерное поведение, поскольку таковое встречается у них чрезвычайно редко. Например, согласно исследованию Беверли Фэгот (Fagot, 1978), мальчики раннего детского возраста иногда во время игр переодеваются в женские костюмы, но настолько нечасто, что невозможно провести статистическое сравнение с девочками, у которых наблюдаются такие же формы поведения. А ведь переодевание (травестизм) является одним из первых признаков расстройства гендерной идентичности (Green, 1976), и потому довольно печально, что мы очень мало знаем о возможных реакциях нормативной популяции на такие формы поведения детей.

Родители проявляют положительное внимание к формам поведения, соответствующим гендерной принадлежности ребенка, значительно чаще, чем отрицательное внимание к межгендерному поведению детей, по крайней мере когда за ними кто-то наблюдает со стороны (Fagot & Leinbach, 1989); таким образом, будущие исследователи детей с расстройством гендерной идентичности

должны попытаться оценить родительское поощрение поведения ребенка, соответствующего его гендеру, отдельно от родительского порицания межгендерного поведения ребенка (ср.: Green, 1987). Если же психолог или психиатр соответствующим образом настраивает матерей гендерно-проблемных мальчиков, то они так же, как и матери обычных мальчиков, начнут поощрять мужеподобное поведение детей, даже если до консультаций с психологами они делали это менее охотно (Doering, 1981).

Во-вторых, что касается нормативной популяции, то здесь очень трудно истолковать смысл положительной родительской реакции на редкие формы поведения детей (ср.: Langlois & Downs, 1980). Авторы исследования 1987 года (Roberts et al., 1987) описали похожую проблему: контрольная группа мальчиков, привлеченная к исследованию для сравнения, настолько редко демонстрировала женоподобное поведение, что было невозможно рассчитать оценку родительских реакций на него. Таким образом, это очень непростая задача — определить, как родители нормальных детей реагируют на последовательные проявления отклоняющегося от нормы поведения, связанного с половым диморфизмом. Возможным решением проблемы могло бы стать создание лабораторных симуляций (см.: Langlois & Downs, 1980), но это небезопасно с экологической точки зрения. Вероятно, помогут исследования, проведенные посредством психологических бесед и преследующие цель понять, насколько важно для родителей гендерное развитие детей и какой смысл родители вкладывают в это понятие (ср.: Antill, 1987; Brooks-Gunn, 1986).

В-третьих, хотя изменения в родительском поведении могут повлиять на гендерные особенности поведения ребенка, общая картина этого поведения чаще всего остается в рамках общепринятой нормы. Отсюда следует необходимость одного из важнейших допущений, применяемых в психопатологии развития, а именно допущения о взаимном влиянии и взаимной важности «нормальности» и «ненормальности», то есть о том, что изучение ненормальных (патологических) форм поведения помогает нам лучше понять нормальные (стандартные) формы поведения (Cicchetti, 1984).

В случае с расстройством гендерной идентичности поведение детей настолько сильно отклоняется от нормы, что мы не можем упускать из виду необычную реакцию на это поведение со стороны окружения ребенка: например, упорство родителей

в снисходительном отношении к межгендерному поведению детей, или явную двойственность в отношении родителей к половой принадлежности ребенка, или даже активное поощрение межгендерного поведения. В ряде случаев клиническая литература предоставляет доказательства наличия подобных реакций (см., например: Lothstein, 1988; Stoller, 1975, Chap. 17; Zucker, Bradley, & Ipp, 1993). Ричард Грин (Green, 1974) сообщает о том, что зачастую мальчиков переодевают в девчоночьи платья их же ближайшие родственники: около 15 % мальчиков из его группы пациентов неоднократно переодевали их матери еще в младенчестве и в раннем детском возрасте; 8 % мальчиков иногда переодевали родные сестры, а еще 10 % — бабушки. Судя по нашему опыту, явный и откровенный транвестизм в отношении ребенка со стороны матери или иного воспитателя — относительно редкое явление, и поэтому практикующим психиатрам не стоит надеяться наблюдать его в обычных случаях.

Таким образом, очевидно, что относительно роли раннего социального поощрения последнее слово ученых еще не сказано. Однако уже намечены важные направления исследования этого вопроса, в частности, благодаря системе детального микросоциального наблюдения, — так что специалистам по психологии развития предстоит изучить генезис взаимодействия родителей с детьми, связанный с половым диморфизмом.

С клинической точки зрения, также важно понять мотивы матерей, избирательно поощряющих отдельные формы поведения детей, связанные с половым диморфизмом. На этот счет имеются различные наблюдения и мнения. Практикующим психиатрам важно изучить эту проблему как можно тщательнее, поскольку чем лучше мы понимаем мотивы действий родителей, тем более верные подходы к лечению детей-пациентов мы сумеем найти. Например, некоторые матери заявляли, что они действуют так под влиянием последних педагогических веяний, требующих воспитывать ребенка «не в сексистском духе» (см., например: Carmichael, 1977), но при этом они встревожены явными признаками межгендерной самоидентификации своих детей. Например, в известной книге о транссексуальности 1983 года (Lothstein, 1983) рассказывается, как к автору-психиатру многократно обращались матери маленьких детей, «совершенно сознательно пытавшиеся привить “мужские” привычки годовалым дочерям (или “женские” — годовалым сыновьям), чтобы подготовить их к совершенно новым

социальным ролям, которые, по их представлениям, будут распространены в новом обществе. Но каково же было смятение родителей при виде провала эксперимента! После четырех лет вместо того, чтобы играть андрогинную гендерную роль, дети стали выказывать типичное межгендерное поведение, то есть вести себя как дети противоположного пола» (Lothstein, 1983, p. 248). В итоге с помощью психиатров эти родители сумели настроить детей на более подходящее гендерное поведение.

Однако некоторые родители руководствуются более сложными мотивами. Например, в статье того же автора 1988 года (Lothstein, 1988) описывается клинический случай женщины, которая, как она считала, довела четырехлетнего сына до расстройства гендерной идентичности, позволяя ему слушать свои мужененавистнические речи на собраниях феминисток. А еще одна женщина, наблюдаемая в нашей клинике, охотно призналась, что «ненавидит мужчин». И хотя она очень любила своего единственного сына, всегда приходила в ярость, когда ее муж выражал тревогу из-за явного межгендерного поведения мальчика: в таких случаях она угрожала подать на развод, если муж будет продолжать рассуждать на эту тему. Нас поражало противоречие между ее ненавистью «к мужчинам вообще» и желанием родить сына. В период обследования сына она замечала, что, вероятно, ей самой надо пройти курс психотерапии, чтобы лучше понять, откуда у нее взялась враждебность к мужчинам, и спрашивала, не повредит ли это ее отношениям с сыном [28].

Как мы уже отмечали в гл. 2, некоторые мальчики с расстройством гендерной идентичности в своих фантазийных спектаклях любят играть роли идеализированных, добрых, заботливых женщин, тогда как другим подобным мальчикам очень нравится изображать отрицательных, злых, сердитых персонажей женского пола. При клиническом анализе выясняется, что обе эти формы игрового поведения связаны с опытом, пережитым в семье. Например, один мальчик, оказавшийся у нас в возрасте пяти лет, двумя годами раньше стал увлеченно играть в куклы. Дело в том, что в то время мать мальчика была крайне подавлена и замкнута: такое тяжелое депрессивное состояние было связано с тем, что ее собственная мать тяжело болела и находилась при смерти. Из-за этого женщина часто уходила в свою спальню и подолгу оставалась там одна. Во время обследования она вспоминала, что именно в это время ее сын начал длительные игры в куклы.

Другой пятилетний мальчик сначала очень увлекался игрой в злых персонажей женского пола. Он по много раз смотрел фильмы, среди героев которых были какие-нибудь злые женщины. С клинической точки зрения, имеются веские доказательства того, что подобные увлечения были связаны с частыми приступами гнева, охватывавшими мать начиная со двухлетия мальчика. До этого их отношения были абсолютно бесконфликтными и очень близкими (возможно, даже слишком близкими). Мать отчасти понимала состояние сына, учитывая собственные внутренние конфликты, и поэтому во время первоначального обследования риторически спросила: «Неужели все эти злые, охваченные гневом женщины олицетворяют меня?»

Третий мальчик шести лет, наблюдавшийся одним из наших специалистов на сеансах индивидуальной психотерапии в течение трех лет, значительную часть первого года лечения увлекался исполнением роли крайне агрессивной и властной женщины (часто это была школьная учительница). Однажды он начал швырять разные вещи, в том числе стул, в психотерапевта, из-за чего пришлось прекратить сеанс. Параллельная работа психологов с родителями помогла выявить новую информацию, не полученную при первичном обследовании. Поворотным моментом курса лечения стало признание матери мальчик, как однажды на обратном пути домой после сеанса, когда она очень разозлилась на его плохое поведение в машине, она заставила ребенка лечь на пол лицом вниз и «уткнуться рылом в землю как свинья». Затем выяснилось, что когда мальчик был еще младше, она часто по самым разным поводам кричала на него и прибегала к очень грубым методам физического воздействия («я могла шлепнуть его 12 раз подряд, но мне от этого не становилось легче»). Как только мать научилась контролировать себя и начала применять более цивилизованные методы воспитания, сын перестал агрессивно реагировать на ее поведение, и его увлечение разыгрыванием ролей женщин-злодеек вскоре сошло на нет.

На основании приведенных историй мы можем предположить существование двух подгрупп мальчиков с расстройством гендерной идентичности. В одной подгруппе психологическая атмосфера семьи такова, что ребенок часто чувствует и одиночество из-за отсутствия матери возле себя (например, по причине ее депрессии), тогда как в другой подгруппе дети ощущают материнскую жестокость и гнев, особенно из-за психологических

проблем матери, связанных с понятиями «мужественности/женственности». Очевидно, эти предположения требуют очень строгой эмпирической проверки, однако они уже сейчас наталкивают на вывод, что различные случаи расстройства гендерной идентичности детей могут быть объяснены различными видами материнского влияния.

Отношения матерей с сыновьями: количественные аспекты

Излишняя близость, или «Блаженный симбиоз»

В классической специализированной литературе, посвященной гомосексуальности у мужчин, часто (хотя и не всегда) описываются слишком близкие покровительственные отношения матери и сына (см., например: Bieber et al., 1962; Friedman, 1988). Позднее Роберт Столлер (Stoller, 1975) расширил это наблюдение также на транссексуальность у мужчин и расстройство гендерной идентичности у мальчиков. Что касается гендерно-проблемных мальчиков, то Роберт Столлер охарактеризовал их отношения с матерями как длительный «блаженный симбиоз» (blissful symbiosis). Вот как он описал один из примеров таких отношений:

«С первого же дня после рождения сына мать ощущала самое возвышенное единение с ним. Ничуть не удивляясь тому, что каждый из них блаженствовал от взаимной любви и бесконечной близости, она делала все возможное (и необходимое), чтобы блаженное чувство, рожденное этой близостью, никогда не прервалось... Мать находилась рядом с младенцем-сыном каждый день, круглые сутки, в течение многих месяцев (а фактически лет). Эта чрезмерная близость матери и ребенка включала в себя ряд мельчайших поведенческих черт, едва заметных посторонним; но все подобные черты означают глубокие межличностные отношения: например, взгляды, которыми обмениваются два человека, или напряженность их объятий, или продолжительные прикосновения, нежные голоса, податливые мышцы материнских рук, качающих ребенка... Желая приблизить сына к себе еще сильнее, мать все время держала его возле себя: ребенок находился на материнских руках большую часть ночи, поскольку его сон часто прерывался; она носила его вместе с собой,

куда бы ни пошла; ребенок находился рядом с ней, пока она делала всю работу по дому: в первый год он был привязан к ее спине, а затем просто находился в одной комнате с ней, чтобы они могли постоянно смотреть друг на друга... Он сопровождал ее, когда она уходила в ванную комнату, и был рядом, пока она умывалась или принимала душ» (Stoller, 1975, pp. 21, 24–26).

По мнению Роберта Столлера, главным последствием для гендерной идентичности мальчика, остроумно отображенном на одном из его рисунков (рис. 7.2), явилось то, что «он теперь никак не мог понять, где заканчивалась мать и начинался он сам» (Stoller, 1975, p. 25). Действительно, уже клинически доказано, что мальчик с расстройством гендерной идентичности, как правило, ощущает себя ближе к матери, чем к отцу, и даже отождествляет себя скорее с матерью, чем с отцом (Green, 1976; Zuger, 1970b).

Ричард Грин с соавторами (Green, 1987; Roberts et al., 1987) попытались количественно оценить «чрезмерную близость» или «симбиоз» матери и ребенка, проведя опрос матерей женоподобных мальчиков и обычных мальчиков из контрольной группы, чтобы выяснить продолжительность их физических контактов и совместно проведенного времени в первый год жизни ребенка, во второй год жизни и в период от трех до пяти лет. Однако, что характерно, данные этого коллектива (Green, 1987; Roberts et al., 1987) вовсе не подтверждают гипотезу о «чрезмерной близости». Воспоминания обеих групп матерей о продолжительности физических контактов не отличались друг от друга, а их воспоминания о совместно проведенном времени вообще противоречили изначальному предположению исследователей: матери женоподобных мальчиков, судя по их рассказам, проводили с сыновьями значительно меньше времени, чем матери обычных мальчиков из контрольной группы.

Ричард Грин (Green, 1987) также сделал вывод, что женоподобные мальчики находились в разлуке с матерями значительно чаще, чем обычные мальчики из контрольной группы, и каждая подобная разлука была дольше именно у женоподобных мальчиков. Кроме того, женоподобные мальчики значительно чаще подвергались госпитализации и лежали в больницах каждый раз дольше, чем обычные мальчики из контрольной группы. К тому же госпитализация женоподобных мальчиков происходила в более младшем возрасте. (По поводу госпитализации Ричард Грин заметил, что большинство мальчиков из обеих групп — женоподобной



Рис. 7.2. «Мать и сын»: условное название рисунка, спонтанно сделанного пятилетним мальчиком, имеющим расстройство гендерной идентичности. С согласия правообладателей взят из книги: Stoller, 1975, р. 20 (см. Список литературы)

и контрольной — вообще никогда не госпитализировались, но, к сожалению, он не привел конкретных данных.)

Учитывая, что исследование Ричарда Грина 1987 года (Green, 1987) задумывалось как проверка гипотезы Роберта Столлера (Stoller, 1975), такие результаты выглядят довольно удручающе. Ричард Грин попытался объяснить их (Green, 1987, р. 376). В частности, с методологической точки зрения, оценки матерей и отцов (относительно продолжительности контактов матерей и сыновей) значительно коррелируют друг с другом по большинству пунктов, то есть исключено систематическое искажение данных (например, в отношении требуемых характеристик). Р. Грин также предположил, что могли быть упущены из виду некоторые качественные аспекты отношений матерей и сыновей или относительные промежутки времени, проведенные только с матерью, но не с отцом, могли быть важнее, чем абсолютное время, проведенное с матерью.

На возможность другого истолкования результатов исследования Ричарда Грина косвенно намекнул Роберт Столлер (Stoller, 1985b, р. 41). Столлер неоднократно утверждал, что те мальчики, которых он изучает, представляют самую крайнюю форму расстройства гендерной идентичности. Напротив, многие мальчики

из группы, которую обследовал Ричард Грин, вполне могут не соответствовать критериям тяжести расстройства, использованным Столлером. То есть рассматривать обе группы вместе — это все равно, что смешивать яблоки с апельсинами.

Однако некоторые психиатры (например, Meyer & Dupkin, 1985) подвергли сомнению научную точность самого введенного Столлером понятия «блаженный симбиоз» (Stoller, 1975), даже если последнее относится к мальчикам с наиболее ярко выраженным межгендерным поведением. Сьюзен Коутс (цит. по: Bernstein, 1993, p. 732) указала, что ни один из 140 мальчиков, обследованных в ее отделе гендерной идентичности, не соответствовал параметрам «блаженного симбиоза». Действительно, Коутс и ее коллеги утверждали, что такие семейные факторы, как психические расстройства родителей или их супружеские разногласия, а также негативные события в их жизни, могут оказывать отрицательное влияние даже на самые лучшие отношения матери и сына (см. гл. 5). Таким образом, можно предположить, что факторы этого типа уменьшают продолжительность времени, проведенного матерями с теми сыновьями, у которых впоследствии развилось расстройство гендерной идентичности. Сьюзен Коутс с соавторами (Coates et al., 1991) предложили иное истолкование «блаженного симбиоза»:

«В течение первых нескольких сеансов обследования у нас складывалось впечатление, что часть этих мальчиков относительно хорошо чувствует себя в семье, кажущейся благополучной. Зачастую степень психологического страдания мальчика и история тяжелого стресса в семье всплывала только после длительного лечения, в котором участвовали ребенок и вся его семья: все они знали нас уже достаточно хорошо, чтобы обсуждать горькую правду и откровенно делиться некоторыми воспоминаниями... Среди родителей наших пациентов мы заметили существование подгруппы, состоящей из матерей, которые ясно выражали желание того самого «блаженного симбиоза». Одна из них сказала: «Если мне придется умереть, я бы хотела, чтобы мой маленький сын сидел у меня на плече: это было бы совершенным блаженством». Мы считаем, что таким образом у этой женщины проявлялась душевная борьба с внутренними конфликтами из-за испорченных отношений с ребенком, которые характеризовались как чрезвычайно стрессовые и травматичные, особенно после первых нескольких месяцев жизни мальчика» (Coates et al., 1991, pp. 516–517).

Действительно, меньшее количество времени, проведенного матерью с ребенком, и более частые разлуки, связанные с его госпитализацией, вполне соответствуют гипотезе Коутс и соавторов о «тревожном синдроме, вызванном разлукой с родителями» (Coates & Person, 1985). Однако если присмотреться к ситуации глазами специалиста, то можно заметить отсутствие контрольных групп детей, страдающих не гендерными психическими отклонениями, как в исследовании Ричарда Грина (Green, 1987), так и в работах группы Сьюзен Коутс. Возможно, матери мальчиков, имеющих иные психические проблемы, точно так же в силу разных причин проводят с ними меньше времени. То же можно сказать и о частых случаях госпитализации (см.: Douglas, 1975; Quinton & Rutter, 1976).

Выводы

Нам предстоит разгадать непростую загадку. С одной стороны, накоплено множество клинических доказательств того, что у мальчиков с расстройством гендерной идентичности наблюдается более сильная эмоциональная близость с матерями, чем с отцами (Green, 1976; Zuger, 1970b); с другой стороны, данные Ричарда Грина (Green, 1987) о времени, проведенном матерью вместе с ребенком, противоречат предыдущему наблюдению.

Есть ли решение у этой проблемы? Ясно, что исследование Грина представляет лишь отдельную выборку данных, и, возможно, будущие исследования приведут к совсем другим результатам. Если расчеты Столлера правильны, то, вероятно, в его случае мы имеем дело с небольшой подгруппой гендерно-проблемных мальчиков, которые проводили со своими матерями необычно много времени. В этом случае можно сделать вывод, что подобные слишком высокие показатели свойственны исключительно данной подгруппе (или похожим на нее выборкам) мальчиков с расстройством гендерной идентичности. Понятно также, что клиническое впечатление о степени эмоциональной близости матери и ребенка основано, в первую очередь, на свидетельствах (в частности, рисунках) самих детей (ср.: Zuger, 1970b). Однако такой подход нам кажется чрезмерно упрощенным. Возможно, качественные аспекты отношений матери и ребенка представят нам лучшую картину межличностных оттенков, описанных клинически (см., например: Coates

et al., 1991; Coates & Wolfe, 1995; Stoller, 1975). Так, в психологической литературе о выражении лиц описаны техники, с помощью которых ребенок может «прочитать» невербальные знаки родителя, и наоборот (см., например: Abramovitch, 1977). Если справедливы наблюдения некоторых психиатров о том, что гендерно-проблемные мальчики и их матери находятся очень близки друг с другом эмоционально, то они смогут пройти соответствующие психологические тесты лучше, чем контрольные группы обычных мальчиков и их матерей.

На рис. 7.3 представлен рисунок 10-летнего мальчика, имеющего расстройство гендерной идентичности. Он сделал этот рисунок во время сеанса индивидуальной терапии, в ходе которого беседовал с психологом о том, как ему порой бывает трудно предугадать, какое настроение у его мамы будет завтра. Мать мальчика, страдавшая приступами депрессии, сообщила, что, в связи с тяжелым предменструальным синдромом ей была сделана о гистерэктомия. Помимо этого, женщина была очень раздражительна. Следует отметить, что, как предположил Роберт Столлер (Stoller, 1975) подобная эмоциональная связь в своей основе может быть неконфликтной. Учитывая психопатологию и эмоциональный дистресс, испытываемый многими матерями мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, этот рисунок может отражать настороженное отношение мальчика к непредсказуемому эмоциональному состоянию матери либо неуверенность мальчика в том, что мать оценивает его как ребенка мужского пола (ср.: Bradley, 1985; Bradley & Zucker, 1990).

Психосексуальное развитие матери

На основе анализа нескольких клинических случаев Роберт Столлер (Stoller, 1968b, 1975, 1985b) сделал вывод о том, что матери наиболее женоподобных мальчиков в детстве сами страдали внутренними конфликтами гендерной идентичности, что проявлялось, например, в периодических переодеваниях в мальчишескую одежду, участии в мальчишеских спортивных командах, а также в желании превратиться в мальчика. Столлер охарактеризовал такую модель детского поведения как своего рода бисексуальность (Stoller, 1968c), которую он определил как «почти равное



Рис. 7.3. Рисунок 10-летнего мальчика, страдающего расстройством гендерной идентичности, во время сеанса индивидуальной психотерапии. Мальчик сделал этот рисунок, пока рассуждал о непредсказуемости перепадов настроения матери.

соотношение ощущаемых и наблюдаемых мыслей, чувств и поведенческих черт, отражающих одновременно мужскую и женскую гендерную идентичность» (Stoller, 1968с, р. 112). И хотя эти женщины отрицали наличие у них желания стать мужчинами в период полового созревания, тем не менее, будучи взрослыми, они ощущали некоторый душевный дискомфорт из-за принадлежности к женскому полу: «Хотя эти женщины обладали всеми качествами, присущими их полу, неотъемлемой частью всего их существа были определенные мальчишеские или “нейтральные” гендерные черты, которые легко заметить, но трудно описать» (Stoller, 1968с, р. 298).

Столлер считал этиологию подобных женских внутренних конфликтов, связанных с гендерной идентичностью, многофакторной. Например, мать такой женщины могла быть неинтересной, «пустой», неспособной стать образцом женственности для дочери. И отец как бы заполнил эту пустоту, что и привело к частично мужской гендерной идентичности девочки. И уже конкретные семейные неурядицы могли привести ее к таким явным межгендерным ощущениям, как «острая зависть к наличию пениса у мальчиков», а также к агрессивному поведению.

Объяснение, данное Столлером материнскому психосексуальному развитию, подразумевает, что расстройство гендерной идентичности передается по наследству от матери к ребенку, хотя и парадоксальным образом, а именно: относительное мужеподобие матери порождает явно женоподобное поведение сына, что, очевидно, противоречит общепринятым представлениям о социальном обучении/моделировании. Однако выявленные Столлером детские поведенческие черты этих женщин, такие как «зависть к наличию пениса у мальчиков», агрессия и враждебность, могут дать нам ключ к разгадке этого парадокса. Женщине были противны любые признаки мужественности у ее сына, поскольку они напоминали ей о собственных детских переживаниях, связанных с завистью к мальчикам и враждебностью к ним. И именно вследствие этого она поощряла все не мужественные и даже женственные поведенческие черты у сына.

Некоторые аспекты гипотезы Столлера, касающиеся материнского психосексуального развития, были проверены Ричардом Грином с соавторами (Green, 1987; Green et al., 1985; Roberts et al., 1987), которые выявили ряд подтверждений его теории. Матери женоподобных мальчиков чаще, чем матери обычных мальчиков, описывали себя в детстве как томбоев; но, с другой стороны, они не отличались от матерей обычных мальчиков в воспоминаниях о «типично девчоночьих чертах поведения» в детстве (Green, 1987, p. 68). Эти группы матерей также не отличались друг от друга по количеству своих социально-сексуальных экспериментов в подростковом возрасте и в ранней юности, хотя внутригрупповой анализ показал, что более яркое межгендерное поведение женоподобных мальчиков связано с определенным социально-сексуальным опытом их матерей.

Мы провели собственное исследование, устно опросив матерей гендерно-проблемных мальчиков, чтобы оценить их

воспоминания о гендерной идентичности в детстве (Mitchell & Zucker, 1991). Мы выявили два основных фактора: первый касается ощущения гендерной идентичности, а второй указывает на предпочтение определенной гендерной роли. В таблице 7.2 показаны результаты исследования. Матери мальчиков, страдающих расстройством гендерной идентичности, имели оценки влияния факторов, практически совпадающие с соответствующими оценками матерей мальчиков из обеих контрольных групп — группы мальчиков с не гендерными психическими проблемами и группы обычных мальчиков без психических проблем. Таким образом, мы не нашли доказательств того, что матери гендерно-проблемных мальчиков в детстве были более несчастны из-за своего статуса девочек либо имели больше предпочтений к исполнению мужской гендерной роли, чем матери из обеих контрольных групп.

В связи с этими предварительными выводами необходимо сделать несколько оговорок. Роберт Столлер мог бы возразить, что его обобщения касаются исключительно матерей мальчиков, у которых наблюдаются самые крайние формы женоподобия. Как уже отмечалось в других наших публикациях (Coates & Zucker, 1988; Zucker, 1982), Столлер настаивал (Stoller, 1968b), что вся группа мальчиков, участвовавших в его исследовании, была единообразна с диагностической и этиологической точек зрения: все мальчики развивались одинаково — в сторону транссексуальности. Таким образом, у матерей мальчиков, проявляющих не столь яркие признаки женоподобия, в детстве совсем не обязательно должен был наблюдаться внутренний конфликт гендерной идентичности. Однако мы считаем весьма сомнительными (с диагностической и этиологической точек зрения) доказательства однообразия группы, изученной Столлером (Coates & Zucker, 1988): мы видели слишком много мальчиков с крайними формами женоподобия, чьи матери сообщали о своей самой обычной гендерной идентичности в детстве, чтобы быть убежденными в однообразии группы Столлера.

Еще одна оговорка связана с тем, что более глубокий анализ гендерной идентичности матерей мог бы выявить информацию, упущенную исследователями, которые использовали исключительно методику самоотчетов (ср.: Wolfe, 1990). В то же время длительный клинический опыт подсказывает нам, что абсолютное большинство матерей мальчиков, страдающих расстройством гендерной идентичности, не имеют в прошлом серьезных

Таблица 7.2. Оценки влияния факторов в шкале воспоминаний о гендерной идентичности матерей гендерно-проблемных мальчиков в сравнении с матерями мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы и мальчиков без психических проблем

	GID (<i>n</i> = 63)	CC (<i>n</i> = 13)	NC (<i>n</i> = 24)
Factor 1			
<i>M</i>	2.24	2.29	2.25
<i>SD</i>	0.54	0.41	0.51
Factor 2			
<i>M</i>	2.37	2.30	2.38
<i>SD</i>	0.56	0.64	0.64

Использованные термины:

Factor 1 — удовлетворенность своей гендерной идентичностью в детстве.

Factor 2 — предпочитаемая гендерная роль в детстве.

Остальные термины: те же, что на рис. 5.4 и в табл. 5.13.

Примечание: для лучшего понимания таблицы см. текст раздела. Для каждого фактора абсолютный диапазон оценок составлял от 1 до 5. Более высокие оценки указывают на более яркое межгендерное поведение (фактор 2) или на более сильную гендерную дисфорию (фактор 1). В отношении дискриминантной валидности каждой шкалы см.: Mitchell & Zucker, 1991; Tkachuk & Zucker, 1991; Zucker, Bradley, Oliver, et al., 1992.

детских переживаний, связанных с внутренними психосексуальными конфликтами. В связи с этим, вероятно, требуется изучить иные аспекты психосексуальности этих женщин, например, их нынешнее отношение к мужчинам и вообще взгляды на мужественность и женственность.

Несмотря на упомянутое отсутствие межгрупповых различий в самоотчетах матерей о детской гендерной идентичности, мы изучили корреляции между этой переменной и другими показателями материнского поведения (описанными в гл. 5). Это обычная стратегия изучения групп риска (ср.: Garber & Hollon, 1991; McNeil & Kaij, 1979). Корреляции, рассчитанные нами, показаны в таблице 7.3. В отношении матерей гендерно-проблемных мальчиков (пробандов) фактор 1 (оценка воспоминания детской гендерной идентичности) значительно коррелировал с семейным

положением родителей (например, с разводом), с их супружескими разногласиями, а также с материнской психопатологией. Он отрицательно коррелировал с материнским поощрением мужественного поведения сыновей, как в период, предшествующий обследованию, так и во время самого обследования. Фактор 2 также коррелировал с составным показателем материнской психопатологии и с материнским поощрением женоподобного поведения сыновей в прошлом. Он отрицательно коррелировал с поощрением мужественного поведения сыновей в прошлом. Корреляции для всей выборки целиком также показаны в таблице 7.3. Образцы корреляций очень похожи на рассчитанные для матерей пробандов, взятых отдельно.

Очевидно, что эти корреляции не являются сильными. У матерей гендерно-проблемных мальчиков самая сильная корреляция подразумевает отсутствие материнского поощрения мужественного поведения сыновей в прошлом, то есть в предполагаемый «чувствительный период» формирования гендерной идентичности ребенка. Эти корреляции составляют от 18 % до 12 % от дисперсии соответственно. Однако изложенная модель соответствует тому парадоксальному соотношению склонности к мужеподобию у матерей и склонности к женоподобию у сыновей, которое предположил Столлер (Stoller, 1968b) исходя из своих клинических наблюдений.

Материнское эмоциональное функционирование

В гл. 5 мы представили некоторые сведения, касающиеся эмоционального функционирования матерей и их психического здоровья. Был сделан вывод, что матери гендерно-проблемных мальчиков обладают худшим психическим здоровьем, чем матери обычных мальчиков, не имеющих психических проблем. Мы также пришли к выводу, что матери гендерно-проблемных мальчиков имеют примерно такой же уровень психических отклонений, что и матери мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы, а по некоторым показателям имеют больше отклонений. Мы продемонстрировали, что составная величина материнской психопатологии является главным фактором, предопределяющим психопатологию мальчиков, описанную в CBCL (см. табл. 5.17).

Таблица 7.3. Корреляции между оценками влияния факторов на детскую гендерную идентичность матерей мальчиков (по материнским воспоминаниям) и другими показателями материнского поведения

Measures	Factor 1		Factor 2		n
	r	p ^a	r	p ^a	
Mothers of boys with gender identity disorder					
Social class	-.06	n.s.	.02	n.s.	63
Marital status	.27	.018	.06	n.s.	63
Maternal psychopathology (composite)	.20	.054	.18	.084	63
Dyadic Adjustment Scale	-.21	.048	-.16	n.s.	61
Child-Rearing Practices Report					
Authoritarian Control	-.03	n.s.	-.08	n.s.	61
Enjoyment of Child and Parenting Role	.01	n.s.	-.05	n.s.	61
Autonomy	-.00	n.s.	-.03	n.s.	61
Current reinforcement of feminine behavior	.12	n.s.	.23	n.s.	28
Past reinforcement of feminine behavior	.16	n.s.	.28	.074	28
Current reinforcement of masculine behavior	.33	.043	.21	n.s.	28
Past reinforcement of masculine behavior	-.43	.012	-.35	.035	28
Combined sample					
Social class	-.08	n.s.	-.01	n.s.	100
Marital status	.16	.058	.10	n.s.	100
Maternal psychopathology (composite)	.18	.040	.10	n.s.	100
Dyadic Adjustment Scale	-.19	.028	-.18	.035	98
Child-Rearing Practices Report					
Authoritarian Control	-.05	n.s.	-.00	n.s.	97
Enjoyment of Child and Parenting Role	-.03	n.s.	-.06	n.s.	97
Autonomy	-.03	n.s.	-.13	n.s.	97
Current Reinforcement of feminine behavior	.08	n.s.	-.02	n.s.	65
Past reinforcement of feminine behavior	.08	n.s.	.10	n.s.	65
Current reinforcement of masculine behavior	-.21	.049	-.27	.016	65
Past reinforcement of masculine behavior	-.23	.035	-.32	.005	65

Использованные термины:

Current reinforcement of feminine behavior — материнское поощрение женоподобного (девчоночьего) поведения сына в период обследования.
Current reinforcement of masculine behavior — материнское поощрение мужеподобного (мальчишеского) поведения сына в период обследования.

Past reinforcement of feminine behavior — материнское поощрение женоподобного (девчоночьего) поведения сына в период, предшествующий обследованию.

Past reinforcement of masculine behavior — материнское поощрение мужеподобного (мальчишеского) поведения сына в период, предшествующий обследованию.

Остальные термины: те же, что и в табл. 7.2; 5.16; 5.13; 5.11; 5.1.

Примечание: 24 матери гендерно-проблемных мальчиков (пробандов) участвовали также в другом исследовании (Mitchell, 1991); оценки поощрения доступны в отношении еще 4 матерей; данные оставшихся матерей еще не были тщательно изучены и проверены, поэтому в таблице не отражены.

а) Односторонний критерий.

Какое же именно влияние оказывает (если вообще оказывает) эмоциональное состояние матери на генезис расстройства гендерной идентичности ребенка? Если такое влияние имеет место, то каков механизм его действия? Прежде чем приступить к рассмотрению этих вопросов, мы бы хотели более детально изучить некоторые данные матерей гендерно-проблемных детей.

В исправленном издании SCL-90-R — «Списка из 90 контрольных вопросов, предназначенных для выявления симптомов психических расстройств» (составленного по типу диагностического опросника самооценки) (см. табл. 5.11), — матери гендерно-проблемных мальчиков (пробандов) показали наибольшие значения при оценке наличия у них таких психических состояний, как обсессивно-компульсивное расстройство, депрессия и враждебность (см. рис. 5.4). При оценке обсессивно-компульсивного расстройства матери пробандов показали значительно более высокие результаты, чем матери мальчиков, имеющих не гендерные психические проблемы; при оценке двух других состояний результаты обеих групп не отличались друг от друга. Хотя SCL-90-R был задуман как средство для измерения

эмоционального состояния, у нас есть основания полагать, что он также отражает и более устойчивые аспекты эмоционального функционирования.

Была использована также «Диагностическая беседа с пациентами, страдающими пограничным расстройством личности» (DIBP) (см. табл. 5.11), отчасти благодаря Сьюзен Коутс и Соне Маранц (Marantz & Coates, 1991), которые сообщили, что 4 из 16 (то есть 25 %) матерей гендерно-проблемных мальчиков соответствуют критериям пограничного расстройства личности (описанным в DIBP), тогда как среди 17 матерей обычных (психически нормальных) мальчиков этим критериям не соответствует ни одна. Результаты нашего исследования не столь однозначны: только две из 60 (то есть 3,3 %) матерей гендерно-проблемных мальчиков соответствуют критериям DIBP, тогда как среди обеих контрольных групп (матерей психически нормальных мальчиков и матерей мальчиков с не гендерными психическими проблемами) этим критериям не соответствует ни одна, то есть в нашем случае различие получилось незначительным. Однако на шкале социальной адаптации матери гендерно-проблемных мальчиков и мальчиков с не гендерными психическими проблемами оказались значительно более психически слабыми, чем матери обычных (психически нормальных) мальчиков. Что же касается шкалы аффектов, то здесь матери гендерно-проблемных мальчиков оказались более психически слабыми, чем матери остальных (контрольных) групп мальчиков, которые не отличались друг от друга.

Демографическими переменными можно объяснить и более низкий уровень формальной пограничной психопатологии, выявленной в нашем исследовании, где принимали участие матери мальчиков с более высоким социальным положением, чем матери мальчиков в исследовании Сьюзен Коутс и Сони Маранц (Marantz & Coates, 1991), и, кроме того, большее число матерей, изучаемых нами, состояло в благополучном браке с отцами своих детей. А данные всех корреляций наводят на мысль, что обе эти демографические переменные связаны с уровнем материнской психопатологии в нашей выборке. Сабрина Вулф 1990 году (Wolfe, 1990) использовала структурированные клинические беседы (SCID), предназначенные для выявления психических отклонений, описанных в DSM-III, для оценки личностной психопатологии у 11 матерей гендерно-проблемных мальчиков. И хотя все эти женщины имели хотя бы одно психическое расстройство,

ни одна из них не соответствовала критериям диагноза «пограничное расстройство личности», описанным в SCID. Ее выборка была демографически сопоставима с нашей, и этим можно объяснить, почему полученные ею результаты так же, как и наши, отличаются от результатов исследования Сьюзен Коутс и Сони Маранц (Marantz & Coates, 1991), хотя исследование Вулф было проделано в той же клинике, что и исследование Коутс и Маранц.

Хотя абсолютное большинство матерей в нашем исследовании не соответствовало критериям пограничного расстройства личности, женщины явно демонстрировали определенные трудности в социальной адаптации и в управлении аффектами, что является отдельными аспектами диагноза «пограничное расстройство». Когда мы изучали наши данные DIBP, касающиеся признаков «пограничной личности», близких к клиническим, мы снизили общую границу отсечения с 7 до 5 (в разъяснительном справочнике к DIBP граница отсечения, равная 5, означает «вероятность» того, что личность страдает пограничным расстройством); в результате получилось, что 11 матерей гендерно-проблемных мальчиков (то есть 18,3 % от общего числа) соответствуют этому критерию, тогда как среди матерей мальчиков с не гендерными психическими проблемами таковых было 7,7 %, а среди матерей нормальных мальчиков — 8,3 %. Очевидно, что разница все еще была незначительной. Однако когда мы прибавили к этому проценту еще и тех матерей, которые в прошлом когда-либо проявляли явные признаки пограничного расстройства личности, но в период обследования демонстрировали более высокий уровень социальной адаптации, обнаружили, что приблизительно 20–25 % матерей гендерно-проблемных мальчиков из нашей выборки имеют сейчас или имели в прошлом некоторые черты, характерные для пограничного расстройства личности. С клинической точки зрения, эти черты представляются наиболее яркими в сферах аффектов и межличностных взаимоотношений (например, идеализация, обесценивание поступков, раздвоение личности), но меньше проявляются в сферах, связанных с импульсивным поведением (например, со склонностью к самоубийству или членовредительству) или с небольшими психотическими эпизодами. В любом случае, нам кажется, что распространенность черт пограничного расстройства личности у матерей гендерно-проблемных мальчиков значительно выше, чем в популяции в целом (Widiger & Weissman, 1991).

Данные «Плана диагностической беседы» (DIS) (см. табл. 5.11) подтверждают наше представление о том, что значительный процент матерей мальчиков, страдающих расстройством гендерной идентичности, имеет существенные психиатрические проблемы. Из 60 матерей нашей выборки 21 не имела никаких расстройств, выявляемых с помощью DIS, 7 имели одно расстройство, 16 имели два, у 8 наблюдалось три расстройства, еще у 8 — четыре и более. Таким образом, 32 из 60 матерей гендерно-проблемных мальчиков (то есть 53,3 %) имели два или более диагноза, выявляемых с помощью DIS, тогда как среди матерей мальчиков, страдающих не гендерными психическими отклонениями, таковых было всего 3 из 13 (то есть 23,0 %), а среди матерей психически нормальных мальчиков — 2 из 24 (то есть 8,3 %). Наиболее распространенными диагнозами этих женщин, выявляемыми с помощью DIS, были депрессия, тревога и алкоголизм.

Что же касается степени вовлеченности в психиатрическое лечение, то 15 из 63 матерей лечились амбулаторно (в период обследования у нас или до этого), а еще 5 лечились как в стационаре, так и амбулаторно (в период нашего обследования или до этого).

Один аспект наших результатов, удививший нас, касался такой темы, как адаптация к супружеской жизни. Мы не обнаружили здесь никаких межгрупповых различий. И не потому, что матери психически нормальных мальчиков имели какие-то особенные разногласия с мужьями: в среднем их показатели находились в пределах нормы (Mitchell, 1991). Когда мы описательно изучили наши данные, оказалось, что около 33 % матерей гендерно-проблемных мальчиков получили оценки в пределах одного среднеквадратического отклонения (1 SD) от средних показателей супружеских разводов, рассчитанных в первоначальном исследовании на эту тему (Spanier, 1976). Оставшиеся две трети матерей имели показатели адаптации к супружеской жизни в пределах нормального диапазона. Среди матерей, имеющих оценки, предполагающие наличие супружеских разногласий, примерно половина были замужем, а еще половина — разведена или рассталась с мужьями. Все это, вместо взятого, подталкивает к выводу, что значительная доля матерей гендерно-проблемных мальчиков имеет эмоциональные или психические расстройства, а несколько меньшая их доля переживает или переживала супружеские разногласия.

Исходя из нашей многолетней практики, мы можем сделать вывод, что у некоторой части матерей гендерно-проблемных

мальчиков эмоциональное функционирование было особенно неблагоприятно именно в период, когда у их сыновей впервые проявилось межгендерное поведение. Однако во время обследования по крайней мере у некоторых матерей психические проблемы уменьшились или даже были решены. Таким образом, по нашему мнению, данные, касающиеся эмоционального функционирования, могут способствовать занижению оценки уровня семейной психопатологии. Во всяком случае, наши данные наводят на мысль, что матери гендерно-проблемных мальчиков в среднем, по крайней мере, так же психически неблагоприятны, как и матери мальчиков, страдающих не гендерными психическими расстройствами. Следовательно, основным вопросом становится отличие психопатологии матерей мальчиков с расстройством гендерной идентичности от психопатологии матерей мальчиков с другими психическими отклонениями.

Соня Маранц (Marantz, 1984) и Сабрина Вулф (Wolfe, 1990) предположили, что наличие психопатологии делает матерей эмоционально недоступными, в результате чего у маленьких сыновей возникает тревога и чувство опасности. Однако, как мы уже заметили в гл. 5, развитие этой идеи не приведет нас к ответу на вопрос, почему у детей возникло именно расстройство гендерной идентичности, а не какое-то иное психическое расстройство. Возможно, эмоциональная недоступность матери, совпавшая именно с предполагаемым периодом, который является «особенно чувствительным» для формирования гендерной идентичности ребенка, как раз и отличает мальчиков с расстройством гендерной идентичности от мальчиков с другими психическими проблемами, однако имеющиеся у нас данные слишком неточны, чтобы с их помощью можно было бы проверить правильность такого предположения.

Но даже если материнской психопатологией напрямую объяснить возникновение определенных симптомов у детей невозможно, тем не менее, как заметила Сабрина Вулф (Wolfe, 1990), психические проблемы матери отрицательно влияют на ее способности эффективно исполнять родительские обязанности, в том числе регулировать и удерживать в определенных рамках отдельные виды поведения ребенка, например, межгендерное поведение мальчика. Если мать слишком занята собой или если ее сознание отягощено психическими проблемами, то, скорее всего, она будет менее активно ограничивать межгендерное поведение маленького сына.

Мы решили проверить эту гипотезу и для этого рассчитать корреляции между составной величиной психопатологии матери и величинами других особенностей материнского поведения, включая их поощрение гендерного поведения детей. Результаты представлены в таблице 7.4. У матерей гендерно-проблемных мальчиков материнская психопатология отрицательно коррелировала с социальным положением и с адаптацией к супружеской жизни, но положительно — с семейным статусом (например, со статусом разведенной женщины или вдовы). Материнская психопатология также отрицательно коррелировала с такими показателями, как радость от общения с ребенком или поощрение автономности личности ребенка (см. табл. 5.13). Что же касается поощрения гендерного поведения детей, то здесь материнская психопатология очень жестко связана с терпимостью к женоподобному поведению или даже с поощрением такого поведения мальчиков, но менее жестко — с поощрением мужеподобного поведения мальчиков. Корреляции, рассчитанные для всей выборки, также показаны в табл. 7.4. Они очень напоминают корреляции матерей гендерно-проблемных мальчиков (пробандов), взятых в отдельности, хотя там более сильны корреляции с поощрением женоподобного поведения.

Особый интерес представляет наш результат, свидетельствующий, что составная величина материнской психопатологии теснее связана с терпимостью к женоподобному поведению мальчиков или даже с поощрением такого поведения, чем с терпимостью к мужеподобному поведению или с поощрением такового. Следует напомнить, что относительно воспоминаний матерей о своей гендерной идентичности в детстве был получен обратный результат: тот показатель был более связан с отсутствием поощрения мужеподобного поведения своих сыновей, чем с терпимостью или поощрением их женоподобного поведения. Таким образом, представляется, что мы имеем определенное подтверждение гипотезы о связи между психическими проблемами у матерей и их проблемами при ограничении межгендерного поведения сыновей.

Следует признать, что выявленные нами корреляции еще отнюдь не демонстрируют никаких причинно-следственных связей. С клинической точки зрения, мы склонны отрицать предположение, что женоподобное поведение мальчика может привести к усилению психопатологии у его матери. Скорее, наоборот,

Таблица 7.4. Корреляции между материнской психопатологией (составной ее величиной) и другими показателями материнского поведения

Measures	<i>r</i>	<i>p</i> ^a	<i>n</i>
Mothers of boys with gender identity disorder			
Social class	-.21	.053	63
Marital status	.25	.025	63
Dyadic Adjustment Scale	-.35	.003	61
Child-Rearing Practices Report			
Authoritarian Control	.10	n.s.	61
Enjoyment of Child and Parenting Role	-.47	.000	61
Autonomy	-.32	.006	61
Current reinforcement of feminine behavior	.31	.057	28
Past reinforcement of feminine behavior	.41	.016	28
Current reinforcement of masculine behavior	-.28	.072	28
Past reinforcement of masculine behavior	-.18	n.s.	28
Combined sample			
Social class	-.21	.020	100
Marital status	.18	.034	100
Dyadic Adjustment Scale	-.34	.001	98
Child-Rearing Practices Report			
Authoritarian Control	.10	n.s.	97
Enjoyment of Child and Parenting Role	-.48	.000	97
Autonomy	-.29	.002	97
Current reinforcement of feminine behavior	.17	.087	65
Past reinforcement of feminine behavior	.24	.025	65
Current reinforcement of masculine behavior	-.16	n.s.	65
Past reinforcement of masculine behavior	-.13	n.s.	65

Использованные термины:

Mothers of boys with gender identity disorder — матери мальчиков, страдающих расстройством гендерной идентичности.

Combined sample — выборка, состоящая из матерей всех мальчиков, имеющих психические проблемы разного рода (как гендерные, так и не гендерные).

Остальные термины: те же, что и в таблицах 7.3; 7.2; 5.16; 5.13; 5.11; 5.1.

Примечание: 24 матери гендерно-проблемных мальчиков (пробандов) участвовали в исследовании оценок родительского поощрения гендерного поведения детей Джанет Митчелл (Mitchell, 1991); оценки родительского поощрения также доступны в отношении еще 4-х матерей мальчиков; данные, касающиеся остальных матерей, еще тщательно не изучены, потому не указаны.

а) Односторонний критерий.

наличие психических проблем у матери уменьшает ее способность влиять на поведение ребенка. В связи с этим следует также заметить, что, согласно «Отчету о способах воспитания детей» («Child-Rearing Practices Report»), материнское психическое нездоровье связано со снижением такого показателя, как «радость от общения с ребенком и от исполнения родительской роли» и с отсутствием поощрения автономности личности ребенка (см. табл. 5.11 и табл. 5.13). Хорошо известно, что матерям, имеющим проблемы собственного эмоционального функционирования, труднее позволить детям функционировать как независимые (автономные) личности (ср.: Marantz, 1984; Wolfe, 1990).

Отношения отцов с сыновьями: количественные аспекты

В социально-психологическом объяснении психосексуальной дифференциации отцам отводится основная роль, так же, как и матерям. Это особенно справедливо в отношении таких концептуальных понятий, как идентификация, моделирование, внешнее поощрение поведения, а также усвоение детьми (интернализация) родительских представлений об окружающем мире (см. например: Biller, 1968; Hetherington, 1966; McCord, McCord, & Thuber, 1962; Power, 1981). С исторической точки зрения представляется несомненным, что первое поколение специалистов по психологии развития, занимавшихся психосексуальным развитием, испытало сильное влияние представлений, восходящих к идеям психоанализа (см., например: Biller & Borstelmann, 1967; Kagan, 1958; Lynn, 1974; Nash, 1965; Sears, Rau, & Alpert, 1965). Хорошо известно также, что «фактору отца» придавали большой вес специалисты по психоанализу, интересующиеся причинами возникновения мужской гомосексуальности. Например, Фрейд (Freud, 1905/1953) заметил, что «отсутствие строгого отца в детстве нередко способствует возникновению сексуальных отклонений» (р. 146).

Клинические исследования в области психоанализа более позднего времени (Bieber et al., 1962; Socarides, 1982) отчасти повторяют замечание Фрейда, когда указывают на влияние недостаточной отцовской заботы или патологической роли отца при возникновении гомосексуальности у мужчин. Напомним, что в гл. 6

мы обсуждали сенсационное открытие Франца Йозефа Каллмана (Kallmann, 1952a, 1952b), касающееся стопроцентной конкордантности в отношении гомосексуальности у однояйцевых (MZ) близнецов. А в 1979 году Ирвинг Бибер и Тоби Бибер (Bieber & Bieber, 1979) высказали наблюдение, которое можно считать психологическим аналогом открытия Каллмана: на основании изучения свыше тысячи гомосексуальных мужчин (в рамках психиатрических обследований с упором на психоанализ) они заявили, что «ни разу не встречали гомосексуального мужчину, чей отец проявлял бы к нему очевидные любовь и уважение» (р. 411).

Ричард Фридман (Friedman, 1988), на основании обзора психологической литературы, посвященной отношениям отцов и сыновей-гомосексуалов, назвал идеальную формулу, которая стала чем-то вроде стандартной характеристики семейных отношений, способствующих развитию гомосексуальности у мальчика: «Слишком теплые отношения матери и сына и слишком холодные отношения отца и сына» (р. 57). Однако Фридман дает более осторожную оценку выводам, сделанным в анализируемой литературе, чем Ирвинг и Тоби Бибер (Bieber & Bieber, 1979). Фридман обращает большее внимание на совпадение типов отношений отца и сына, о которых вспоминают как гомосексуальные, так и гетеросексуальные мужчины. Например, по поводу анализируемой Ирвингом Бибером с соавторами (Bieber et al., 1962) переменной «время, проведенное пациентом (в детстве) с отцом (варианты: мало времени, очень мало времени, отец постоянно отсутствовал)» Ричард Фридман указал, что, хотя это справедливо для 87 % гомосексуальных мужчин, но справедливо также и для 60 % гетеросексуальных мужчин. В терминах нозологии и эпидемиологии можно сказать, что подобный результат имеет «высокую чувствительность, но низкое своеобразие», по выражению Томаса Веккьо (Vecchio, 1966).

Ставшее уже классическим исследование Алана Белла с соавторами (Bell et al., 1981) также подвергло оценке качественные аспекты отношений с родителями у гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин. И хотя это может удивить некоторых читателей, но данные, полученные группой Белла, по сути, соответствуют данным предыдущих клинических исследований. Например, составная величина такого показателя, как «равнодушный или недружелюбный отец», оказалась присущей 52 % белых гомосексуальных мужчин и 37 % белых гетеросексуальных мужчин,

и этот результат очень похож на результаты по «времени, проведенном с отцом» из исследования Бибера 1962 года, на которые обратил внимание Ричард Фридман (Friedman, 1988; см. также: Bailey & Bell, 1993). В целом, Алан Белл с соавторами (Bell et al., 1981) делает вывод, что гомосексуальные мужчины «сообщают о менее благополучных отношениях с отцами в детстве и в подростковом возрасте, чем их гетеросексуальные ровесники» (р. 54). Однако Белл и его коллеги используют полученные данные не только для межгрупповых сравнений. Применив «анализ путей», исследователи сделали вывод, что обобщенный показатель «плохих отношений с отцом» влияет на некоторые факторы, связанные с последующей сексуальной ориентацией. Однако Белл с соавторами были осторожны в выводах: «Качество отношений отца и сына все же не является точным предсказателем будущих сексуальных предпочтений мальчика: в этом процессе задействовано слишком много других детских переживаний и опытов» (р. 56).

Хотя подробное рассмотрение проблемы лежит уже за рамками этой книги, следует заметить, что для более глубокого понимания работ Алана Белла и его соавторов необходимо учитывать более широкий современный контекст, а именно сексуальную политику нашего времени. Когда исследование Белла еще только планировалось (то есть в конце 1960-х годов), гомосексуальность сама по себе (вне связи с другими личностными особенностями) еще рассматривалась как психическое расстройство (в DSM-II), и центральным звеном в изучении этой «болезни» была теория «семейной патологии». И когда группа Алана Белла проводила некоторые работы в рамках своего эмпирического исследования, она во многом восприняла именно такой взгляд на проблему. Однако в 1981 году, когда их монография была издана, гомосексуальность уже в течение восьми лет отсутствовала в списке расстройств DSM (она была удалена оттуда в декабре 1973 года). И в связи с этим, несмотря на то что в монографии Алана Белла с соавторами ясно видна гуманистическая забота о благополучии гомосексуалов, авторское толкование полученных данных несет явный отпечаток политкорректности того времени. Действительно, если бы в их исследовании семейных историй гомосексуальных мужчин и женщин ясно прочитывалась цель «улучшить гомосексуальную жизнь» этих людей (которые еще недавно считались больными), то авторы оказались бы в затруднительном положении. И потому в их исследовании

прослеживается тенденция минимизировать наблюдаемые значительные эффекты. И хотя эта минимизация отчасти является объективным истолкованием действительно слабых эффектов, нам кажется, здесь также прослеживается и влияние духа времени. Иными словами, группа Алана Белла предпочла истолковать свои данные таким образом, чтобы создалось впечатление «наполовину пустого», а не «наполовину полного» стакана.

Если отбросить все социально-политические толкования, то Алан Белл с соавторами и другие исследователи, разрабатывающие ту же тему (например: Freund & Blanchard, 1983), признавали, что направленность эффектов — это наиболее проблематичная сторона их теории. В такой дисциплине, как психология развития, переломным моментом стала публикация работы Ричарда Белла (Bell, 1968), встревожившая многих исследователей, занимавшихся проблемами ретроспективных объяснений психических особенностей человека, а также междисциплинарными работами в области природы случайных влияний. Исследование Ричарда Белла стало своеобразной реакцией на доминировавшую среди психологов точку зрения, что родители влияют на поведение детей, а не наоборот. Ричард Белл замечает, что очень многие данные, полученные в области психологии развития и социализации, можно истолковать как влияние детей на родителей. Его работа (Bell, 1968), ставшая своеобразным «противоядием», побудила исследователей начать изучение множества других феноменов психического развития, чтобы разработать проспективные модели хотя бы в области личностного взаимодействия, которые помогли бы разгадать множество загадок в области направленности эффектов (Bell & Harper, 1977; Maccoby, 1992; Sameroff, 1975). Алан Белл с соавторами хорошо осознавали проблему и написали, в частности, следующее:

«Семейные факторы, которые, как считается, влияют на формирование гомосексуальности у ребенка, сами могут быть следствием предрасположенности к гомосексуальности у мальчика или девочки. Например, мальчик, который от природы предрасположен быть менее мужественным, чем другие мальчики, в силу своего темперамента, своих интересов, своего чувства идентичности, и т. д., может подвергаться презрительному или даже враждебному отношению со стороны отца, который настаивает на том, чтобы его сын стал таким же мужественным, как и он сам. Отец может реагировать на поведение сына эмоциональной

замкнутостью или даже открытой враждебностью. Сын, в свою очередь, может в таком случае перестать испытывать привязанность к отцу, перестать подражать ему и прекратить отождествлять себя с ним или с его полом. Этот пример показывает, как врожденная предрасположенность к гендерной неконформности может не происходить от соответствующих семейных отношений, а, наоборот, породить именно такие отношения в семье, которые, как считается, предрасполагают к гендерной неконформности» (Bell et al., 1981, p. 218).

Следует признать, что проблему направленности эффектов, поднятую Аланом Беллом с соавторами (Bell et al., 1981), трудно решить только ретроспективным методом простого сравнения гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин. Здесь предметом теоретического исследования должна стать именно интерпретация межгрупповых различий.

Ричард Пиллард (Pillard, 1990) предложил альтернативную стратегию, а именно: получать информацию о родительских характеристиках не от одного, а от нескольких информантов. Не будучи идеальной, эта стратегия, тем не менее, стала важной методологической подвижкой при интерпретации собранных данных. В исследовании Пилларда принимали участие как гомосексуальные, так и гетеросексуальные взрослые мужчины (представляющие как одну семью, так и разные семьи), и их попросили оценить, насколько теплыми или холодными были их отношения с отцами в детстве и в подростковом возрасте. Итоговые результаты Пилларда оказались вполне соответствующим предыдущим исследованиям: гомосексуальные мужчины (происходящие как из одной семьи, так и из разных семей с гетеросексуалами) оценили свои отношения с отцами как более холодные, чем у гетеросексуальных мужчин, в том числе у тех, которые приходились братьями гомосексуальным мужчинам. Однако Пиллард также сообщил, что, по их воспоминаниям, гетеросексуальные братья, имевшие одного и более гомосексуальных братьев, имели более холодные отношения с отцами, чем те гетеросексуальные мужчины, у которых вообще не было гомосексуальных братьев. Такая закономерность приводит к мысли, что в если у отца есть хотя бы один гомосексуальный сын, это накладывает отпечаток и на его отношения с другими сыновьями, в том числе гетеросексуальными.

Роль отца в развитии расстройства гендерной идентичности у мальчиков и мужчин изучается по той же методике

и с рассмотрением тех же семейных факторов, которые способствуют развитию гомосексуальности. Например, Роберт Столлер (Stoller, 1979) считал факторами риска, способными привести к транссексуальности, такие психодинамические родительские характеристики, как отсутствие отца, его самоустранение от воспитания сына, а также терпимое отношение к межгендерному поведению ребенка (см. также: Rosen & Teague, 1974). Заметим, что значительная часть сведений, собранных Столлером, была получена благодаря матерям мальчиков, поскольку «отцы обычно не приходили на психологические беседы, являвшиеся частью процесса клинической оценки. Когда же по ее окончании созывался консилиум с участием родителей, причем подчеркивалась его важность для будущего ребенка, многие отцы также не приходили... Когда же мы рекомендовали отцам участвовать в процессе психотерапевтического лечения ребенка, все они отказывались от этого» (Stoller, 1979, p. 844).

В итоге Столлер предложил следующий обобщенный вывод своих исследований: «Чем больше (в воспитании мальчика) участвует мать, и чем меньше — отец, тем сильнее женоподобие мальчика» (Stoller, 1985b, p. 25).

Некоторые характеристики отцов гендерно-проблемных мальчиков были изучены эмпирически. Ниже мы предлагаем обзор результатов этой работы.

Отсутствие отца

Специалисты по психологии развития уже давно размышляют над эффектом отсутствия отца и его влиянием на психосексуальное развитие ребенка, особенно мальчика (Stevenson & Black, 1988). Однако с течением времени исследователи все больше убеждались в неточности самого термина «отсутствие отца»: ведь причины этого отсутствия и возраст ребенка, когда оно наступило, могут быть разными; кроме того, даже в случае развода родителей ребенок может продолжать часто видеться с отцом, и т.д. Помимо прочего, необходимо учитывать качественные аспекты отношений отца и сына.

Авторы исследования 1988 года (Stevenson & Black, 1988) проделали метаанализ взаимосвязи отсутствия отца и психосексуального развития детей. Был проведен расчет ряда переменных,

включая причину отсутствия отца (например, развод родителей или военная служба отца), а также характеристики выборки (например, «группа населения в целом» или «группа больничных пациентов»), этнический состав выборки и ее социальное положение; учитывались также характеристики используемых данных (например, взяты они из опубликованного исследования или из еще не опубликованного).

Стивенсон и Блэк пришли к заключению, что невозможно выявить какое-либо простое соотношение, которое бы характеризовало эффект отсутствия отца, влияющий на формирование гендерной роли ребенка. У девочек вообще не наблюдалось эффектов, которые можно было бы приписать отсутствию отца. Однако у мальчиков наблюдался целый ряд эффектов. Один из сильнейших эффектов касался возраста мальчика во время отсутствия отца: были получены доказательства, что в случае если отсутствие отца начиналось, когда мальчику еще не исполнилось шести лет, в поведении ребенка наблюдалось меньше черт, типичных для мужской гендерной роли, так что итоговая величина эффекта оказалась равной — 0,52. К сожалению, существующий массив данных весьма затрудняет оценку эффектов взаимодействия (например, временной период отсутствия отца и причины его отсутствия). Авторы подчеркнули, что механизмы, объясняющие возрастные эффекты, остаются неясными. Однако, несмотря на эту оправданную осторожность исследователей, следует заметить, что возрастные эффекты вполне объяснимы с точки зрения психологии развития. Учитывая, что дошкольный возраст представляет собой важную фазу развития ребенка, когда происходит укрепление его психосексуальной идентичности, вполне разумно предположение, что социально-психологические механизмы, какими бы они ни были, оказывают сильнейшее влияние именно в этот период, а не в более поздние фазы развития.

К сожалению, уточнения, рекомендованные авторами исследования 1988 года (Stevenson & Black, 1988) для конкретизации фактора отсутствия отца во всем разнообразии его проявлений, пока еще недоступны для клинического изучения мальчиков с расстройством гендерной идентичности. Наиболее общие сведения касаются простых оценок отсутствия отца, они представлены в таблице 7.5. Легко заметить, что средний процент мальчиков, живущих в семьях без отца, составляет 34,5 %

при общем диапазоне от 7,1 % до 84,0 %. Авторы исследования 1989 года (Rekers & Swihart, 1989) утверждают, что их оценка фактора отсутствия отца оказалась выше, чем ожидалось, исходя из демографических особенностей населения. Однако сравнение с соответствующими исследованиями популяции в целом этого не подтверждают. Гипотеза, что фактор отсутствия отца выше именно в семьях, где растут гендерно-проблемные мальчики, может быть проверена методом сравнения исследований типа «случай — контроль» с исследованиями специфических демографических переменных, которые, вероятно, сопутствуют такому фактору, как семейное положение родителей (например, социально-экономическая принадлежность семьи, ее этническое происхождение и т.д.). Так, в исследовании Сьюзен Коутс (Coates, 1985) результаты, скорее всего, объясняются именно этими особенностями выборки. Исследование Коутс проводилось в одном из районов Манхэттена (Нью-Йорк), и 52 % участников исследования были латиноамериканского или афроамериканского происхождения, а по социально-экономическому происхождению большинство этих семей относилось к низшему слою среднего класса (см.: Coates & Person, 1985). Учитывая наши сведения об оценке фактора отсутствия отца среди психически-проблемных групп населения (см., например: Kalter, 1977; Rembar, Novick, & Kalter, 1982; Schoettle & Cantwell, 1980; Tuckman & Regan, 1966), очень маловероятно, что этот фактор будет отличать мальчиков с расстройством гендерной идентичности (пробандов) от мальчиков с другими психическими проблемами.

Если отсутствие отца действительно является фактором риска для развития женоподобия у мальчиков, то остается возможность того, что этот фактор объясняет какую-то внутригрупповую переменную в показателях межгендерного поведения. Авторы исследования 1987 года (Roberts et al., 1987) сообщили о статистически значимой корреляции, равной 0,24, между семейным положением родителей (то есть полнотой/неполнотой семьи) и составной величиной женоподобия мальчиков, что указывает на большее женоподобие мальчиков, растущих в семьях без отцов. Авторы сообщили о похожей корреляции, равной 0,25, в контрольной группе, привлеченной для сравнения.

Что касается нашего исследования группы мальчиков, то в нем семейное положение родителей (где модельная переменная 1

обозначает присутствующего отца, а 2 — отсутствующего) вступает в корреляцию, равную 0,31, с возрастом мальчика во время обследования, корреляцию, равную — 0,33, с его IQ, и корреляцию, равную — 0,49, с социальным положением семьи (все $p < 0,001$). Как уже отмечено в гл. 4, мы обнаружили, что возраст ребенка коррелирует с количеством показателей гендерно-ролевого поведения и гендерно-идентичного поведения (то есть с возрастом снижается женоподобное поведение или растет мужеподобное, см. табл. 4.8). И хотя эти возрастные эффекты могут отчасти отражать социальную желательность или показатели, никак не связанные с психологией развития, тем не менее любая оценка фактора отсутствия отца должна принимать в расчет изменение этого фактора, синхронизированное с другими демографическими переменными.

Чтобы это проверить, мы рассчитали корреляцию между: 1) семейным положением родителей (то есть «отец отсутствует» либо «отец присутствует»); 2) несколькими нашими показателями гендерной идентичности; 3) возрастом ребенка; 4) IQ; 5) социальным положением семьи, рассмотренным отдельно. В итоге из 18 корреляций 6 оказались статистически значимыми ($p < 0,05$, односторонний критерий), однако все корреляции были направлены в сторону, противоположную предполагаемой (см. табл. 7.6). Учитывая результаты исследования 1988 года (Stevenson & Black, 1988), показавшие, что эффект отсутствия отца особенно силен у мальчиков дошкольного возраста, мы также проанализировали данные отдельно для мальчиков либо младше 6 лет, либо старше. Результаты оказались теми же. А как мы можем объяснить неожиданный результат, показавший, что мальчики, выросшие в семьях без отцов, были во всяком случае менее женоподобны и/или более мужеподобны? В качестве объяснения здесь можно предположить эффект исполнения матерью отцовской роли (ср.: Biller, 1969), либо же заниженный клинический порог (за которым следует психиатрический диагноз). В любом случае доля факторов, объяснимых отсутствием отца, в нашем исследовании оказалась не выше, чем 10 % (такой результат показал тест свободной игры), и в целом была значительно ниже во всех оставшихся показателях.

Вообще, мы не убеждены, что само по себе отсутствие отца является важным социально-психологическим коррелятом расстройства гендерной идентичности у мальчиков. И следует

заметить, что, на основании данных, приведенных в таблице 7.5, можно сделать вывод, что около 70 % мальчиков с расстройством гендерной идентичности (во всяком случае, в нашей выборке) постоянно жили вместе с отцами вплоть до обследования в нашей клинике.

Время, проведенное мальчиком с отцом

Исследования Ричарда Грина и его коллег, посвященные сравнению женоподобных и обычных мальчиков, также затрагивали проблему совместно проведенного времени (Green, 1987; Roberts et al., 1987). Ричард Грин сделал вывод, что, судя по воспоминаниям отцов, общее количество времени, проведенное ими с женоподобными сыновьями в течение второго года жизни детей, а также в период от трех до пяти лет и в период обследования, было меньше, чем количество времени, проведенное отцами с нормальными сыновьями (из контрольной группы) за те же периоды возраста детей. Это различие в количестве совместно проведенного времени наблюдалось как в полных, так и в неполных семьях (где отец проживал отдельно от ребенка). Кроме того, судя по воспоминаниям, отцы женоподобных мальчиков проводили с ними меньше времени, чем с их родными братьями (если таковые имелись), в те же периоды возраста детей.

Другие отцовские факторы, рассмотренные в исследовании Ричарда Грина (Green, 1987)

Обе группы отцов (гендерно-проблемных и обычных мальчиков) существенно не отличались друг от друга по таким показателям, как сравнительная самооценка мужественности/женственности, воспоминания о своей гендерной идентичности в детстве, желание рождения дочери в период беременности жены (которая вынашивала мальчика, позднее ставшего гендерно-проблемным), а также самооценка адаптации к супружеской жизни. В отношении распределения ролей между родителями две группы также не отличались друг от друга

Таблица 7.5. Оценки фактора отсутствия отца (расстался с матерью, разведен с матерью, умер или вообще никогда не появлялся) в десяти выборках мальчиков с расстройством гендерной идентичности

Study	n	Father absence
Bakwin (1968)	14	1 (7.1%)
Lebovitz (1972)	16	Not given
Bates et al. (1974) ^a	29	11 (37.9%)
Green (1976) ^b	58	14 (24.1%)
Money & Russo (1979)	11	Not given
Zuger (1984) ^c	52	12 (23.1%)
Coates (1985)	25	21 (84.0%)
Meyer & Dupkin (1985)	10	5 (50.0%)
Davenport (1986)	10	2 (20.0%)
Rekers & Swihart (1989) ^d	49	27 (55.1%)
Wolfe (1990)	12	3 (25.0%)
Arcostanzo et al. (1991)	22	Not given
Zucker & Bradley (this volume)	167	51 (30.5%)
Total	426	147 (34.5%)

Использованные термины:

Study — здесь: ссылка на опубликованное исследование.

n — число мальчиков, участвовавших в исследовании.

Father absence — фактор отсутствия отца.

Total — обобщенный результат всех исследований.

Примечание: здесь процитированы только те исследования, в каждом из которых принимали участие не менее 10 мальчиков.

- Данные взяты из разделов «живущий с одним родителем» и «живущий с опекуном, заменяющим родителя»;
- в исследовании Ричарда Грина 1987 года (Green, 1987; см. также: Roberts et al., 1987) число участвующих мальчиков равнялось 66, но точный процент не сообщался, поэтому здесь мы ссылаемся на его исследование 1976 года;
- включает мальчиков-подростков до 16 лет (данные трех других приемных детей были нами исключены, поскольку неизвестно, проживали ли когда-нибудь эти мальчики вместе со своими отцами);
- исключены данные о семи других мальчиках, которые жили в приемных семьях, а также с бабушками или дедушками либо иными родственниками, поскольку неясно, проживали ли они когда-нибудь со своими отцами.

Таблица 7.6. Корреляции между фактором наличия/отсутствия отца и показателями детской гендерной идентичности/роли у мальчиков, страдающих расстройством гендерной идентичности

Measures	<i>r</i>	<i>p</i> ^b	<i>n</i>
Parent measures			
Revised Gender Behavior Inventory for Boys			
Factor 1 (Masculinity)	-.03	n.s.	156
Factor 2 (Femininity I)	-.04	n.s.	156
Factor 3 (Femininity II)	-.09	n.s.	156
Factor 4 (Mother's Boy)	-.06	n.s.	156
Play and Games Questionnaire			
Scale 1 (Feminine/Preschool)	.07	n.s.	156
Enjoyment	-.15	.037	156
Scale 2 (Masculine, Nonathletic)	.18	.014	156
Enjoyment	-.03	n.s.	156
Scale 3 (Masculine, Athletic)	.19	.010	156
Enjoyment	-.00	n.s.	156
Gender Identity Questionnaire	.04	n.s.	108
Child measures			
Draw-a-Person (% opposite-sex persons drawn first)	-.16	.021	163
Draw-a-Person heights (same-sex – opposite-sex)	.16	.021	161
Free play (same-sex – cross-sex)	.32	.001	145
Rorschach (same-sex – cross-sex responses)	.01	n.s.	155
Gender Identity Interview			
Factor 1 (Affective Gender Confusion)	.10	n.s.	93
Factor 2 (Cognitive Gender Confusion)	-.00	n.s.	93

Использованные термины:

Те же, что в табл. 4.4 и 4.8.

- а) Используются модельные переменные, где 1 — присутствие отца в семье, 2 — отсутствие;
- б) односторонний критерий.

в том, какой родитель принимал решения, касающиеся финансов, какой родитель отвечал за поведение детей, какой родитель чаще побеждал в спорах (см. также: Tompson, Bates, & Bentler, 1977); однако отцы обычных мальчиков (из контрольной группы) чаще брали на себя инициативу по планированию

жизни семьи, и их вообще чаще волновал вопрос, «кто глава семьи», чем отцов женоподобных мальчиков.

Отцовское эмоциональное функционирование

Клинический отчет Роберта Столлера (Stoller, 1979), посвященный отцам мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, свидетельствует о распространении среди них серьезных патологий характера. К сожалению, до сих пор в этом направлении было проведено очень мало систематических исследований. Авторы статьи 1983 года (Rekers et al., 1983) сообщают, что 45 % отцов 30 гендерно-неконформных мальчиков в прошлом «имели проблемы с душевным здоровьем и/или лечились у психиатров», однако никакие конкретные детали в этой работе не приведены.

Сабрина Вулф провела наиболее систематическую психиатрическую оценку отцов мальчиков с расстройством гендерной идентичности. Вулф обследовала 12 отцов, происходящих предположительно из верхнего среднего класса. При применении такого метода обследования, как SCID («Структурная клиническая беседа с целью выявления психопатологии, описанной в DSM»), у каждого из этих мужчин был выявлен (в прошлом или настоящем) один из психиатрических диагнозов, описанных в «Первой оси» DSM, а у восьми из них — хотя бы один диагноз из «Второй оси» DSM. Восемь отцов имели психические расстройства в момент обследования, и Сабрина Вулф сообщила, что оставшиеся мужчины «получали эффективное фармакологическое лечение, а в противном случае и у них был бы зафиксирован психиатрический диагноз, имевший место в настоящем или в прошлом» (Wolfe, 1990, p. 64). Наиболее частые диагнозы были связаны со злоупотреблением алкоголем или наркотиками либо с депрессией. При обследовании методом проективных тестов (например, теста Роршаха), а также с помощью приборов для систематического измерения, Сабрина Вулф сделала вывод, что в среднем все отцы гендерно-проблемных мальчиков демонстрируют затруднения в отношениях с внешним миром.

Работы Ричарда Грина (Green, 1987) и Сабрины Вулф (Wolfe, 1990), касающиеся двух родительских качеств (во-первых, время, проведенное с женоподобными сыновьями, а во-вторых, наличие

у родителей собственных психических расстройств), требуют дальнейшего детального изучения. Если совместно проведенное время может быть истолковано как отражение степени теплоты отношений отца и сына, то данные Ричарда Грина (Green, 1987) вполне соответствуют сведениям, накопленным предыдущими исследователями в течение ряда лет (см., например: Stoller, 1979; Zuger, 1970b). В частности, в диссертации Р. Шермана 1985 года (Sherman, 1985), посвященной мальчикам с расстройством гендерной идентичности, используются проективные оценки семейных отношений и указывается, что отношения мальчиков с отцами можно охарактеризовать как негативные и конфликтные.

Внутрисемейные статистические различия, выявленные Грином (Green, 1987), побуждают задать интригующий вопрос: почему отцы проводили с женоподобными сыновьями меньше времени, чем с мужеподобными сыновьями? Отражает ли это их реакцию на своеобразное гендерное поведение мальчиков, отличающееся от общепринятых моделей детского поведения? Или это является отражением каких-то изменений в эмоциональном функционировании самих отцов, и именно эти внутренние психологические причины побуждают их стать менее доступными для детей? Ричард Грин (Green, 1987) сообщает о значительной корреляции между отцовским желанием рождения дочери и меньшим временем, проведенным вместе с маленьким сыном, в течение трех возрастных периодов, упомянутых выше, до достижения ребенком 5 лет (все переменные r колебались в диапазоне от 0,26 до 0,32). Эта взаимосвязь может быть истолкована как влияние родительской характеристики (разочарование из-за пола новорожденного ребенка) на мотивацию отца принимать участие в воспитании сына; однако сила этой корреляции была относительно мала. Данные Сабрины Вулф (Wolfe, 1990), касающиеся психических расстройств у отцов изучаемых мальчиков, дают еще одно правдоподобное объяснение холодных и отстраненных отношений этих мужчин с сыновьями.

Однако в самой методологии обоих исследований — и Ричарда Грина (Green, 1987), и Сабрины Вулф (Wolfe, 1990) — содержится фундаментальный недостаток: Грин не привлекал контрольную группу родителей мальчиков с не гендерными психическими проблемами, а Сабрина Вулф вообще не использовала в исследовании никакие контрольные группы. Поэтому вполне естественно подозрение, что оба фактора — и «совместно проведенное

время», и «отцовская психопатология» — точно так же характеризуют отцов вообще всех мальчиков с психическими проблемами. Таким образом, оба исследования оставили вопрос о специфичности этих двух факторов в отношении расстройства гендерной идентичности открытым.

Самосоциализация

Влияние родителей на психосексуальную социализацию детей было рассмотрено в предыдущих разделах. Однако не забудем, что специалисты по психологии развития рассматривают роль ребенка в формировании своей гендерной идентичности уже многие годы. Например, как только технологии измерения невербальных форм детского поведения достигли достаточно высокого уровня, появилась возможность выявить следующий факт: дети младше двух лет и даже младенцы в возрасте меньше года, умеют отличать мужчин от женщин (см., например: Fagot & Leinbach, 1993; Kujawski & Bower, 1993; Leinbach & Fagot, 1993; Levy & Naaf, 1994; Poulin-Dubois, Serbin, Kenyon, & Derbyshire, 1994). Уже в ходе раннего развития в сознании детей формируются более устойчивые представления о своем гендерном статусе (мужском или женском) и начинается процесс «гендерной самомаркировки». Так, хорошо известно, что в три года почти все дети могут правильно определить свой гендер («я девочка, а не мальчик») (см., например: Dull et al., 1975; Leinbach & Fagot, 1986; Paluszny et al., 1973; Slaby & Frey, 1975; Thompson, 1975). Такой «самомаркировке», очевидно, предшествует когнитивная способность правильно классифицировать социальные маркеры, ассоциирующиеся с мужественностью или женственностью: это может быть длина волос, стиль одежды или очертания тела (см., например: Intons-Peterson, 1988; Katcher, 1955; Levin, Balistrier, & Schukit, 1972; McConaghy, 1979; Zucker & Yoannidis, 1983).

Сегодня уже известен ряд доказательств того, что эта когнитивная способность влияет по крайней мере на некоторые аспекты поведения, связанного с половым диморфизмом. Например, Беверли Фэгот с соавторами (Fagot et al., 1986) протестировали детей в возрасте от 21 до 40 месяцев, попросив их выполнить задание на «гендерную маркировку»: детям предложили отличить мальчиков от девочек на картинках. (Поскольку правильная

«самомаркировка» предшествует «маркировке» других (Eaton & Von Barga, 1981), Беверли Фэгот и ее коллеги предположили, что дети, выполняющие это задание, должны иметь какое-то представление о своем собственном гендерном статусе.) Через четыре недели после тестирования тех же детей наблюдали во время обычной игры; исследователи оценивали количество (и частоту проявления) у них поведенческих черт, связанных с половым диморфизмом. В итоге было обнаружено, что те дети (средний возраст — 30 месяцев), которые успешно прошли тест четыре недели назад (то есть правильно отличили девочек от мальчиков), проводили больше времени в игре со сверстниками своего пола, чем дети, не справившиеся с тестом (средний возраст — 26 месяцев); кроме того, девочки, успешно прошедшие тест, были менее агрессивны, чем девочки, не выполнившие задание. Оба поведенческих различия сохранили существенную величину при подсчете во взаимосвязи с изменяющимся возрастом ребенка. С точки зрения классической теории развития когнитивных способностей в области гендерного развития (Kohlberg, 1966), правильная «самомаркировка» рассматривается как важная мотивационная сила, влияющая на последующее гендерно-ролевое поведение: «Я девочка, и поэтому я хочу заниматься такими делами, которыми обычно занимаются девочки».

Классическая теория развития когнитивных способностей в области психосексуальной дифференциации, начало которой положило исследование Кольберга (Kohlberg, 1966), в последние годы была дополнена и расширена теоретиками, использовавшими понятие гендерной схемы (Liben & Signorella, 1987; Martin, 1991; Martin & Halverson, 1981, 1987). Теория гендерной схемы гласит, что маленький ребенок всеми силами стремится упорядочить окружающий мир, классифицируя в своем сознании все его явления. И хотя разработчики этой теории расходятся друг с другом относительно неизбежности гендерной классификации мира, но все они согласны в том, что это понятие существует в сознании ребенка и с ним связан мощный процесс, организующий все мышление. Как только такие схемы у ребенка выработаны, они влияют на его поведение и при этом сами сопротивляются попыткам их изменить. Теоретики гендерной схемы, озабоченные равенством полов, сожалеют о склонности детей вносить в эту схему изменения (Bem, 1983, 1984; Morgan & Ayim, 1984). Гендерно-непоследовательная информация истолковывается

детьми неправильно (например: «Эта няня была женщиной, а не мужчиной»), забывается («Этот мальчик не играл в куклы») или отвергается («Женщины не могут быть врачами») (см.: Cordua, McGraw, & Drabman, 1979).

По нашему мнению, нормативное эмпирическое исследование самосоциализации и гендерных схем может внести полезный вклад в понимание генезиса и развития расстройства гендерной идентичности. Теория раннего формирования гендерных схем вполне согласуется с идеей Джона Мани о «чувствительном периоде» для формирования гендерной идентичности (Money et al., 1957), а также с представлением Роберта Столлера о «глубинной гендерной идентичности» (Stoller, 1965, 1968a). Сьюзен Коутс заметила (Coates, 1992), что серьезным вызовом этой теории является необходимость объяснить раннее возникновение и быстрое усвоение межгендерного поведения и его всеобъемлющее влияние на восприятие ребенком собственной личности. И хотя обыденное сознание всегда было склонно преуменьшать важность межгендерного поведения (Stoller, 1967), литература, посвященная самосоциализации, наводит на противоположный вывод — что подобное поведение отражает особенности душевного развития ребенка, которые оказывают влияние на его ощущение собственной гендерной сущности.

Зачастую у детей с расстройством гендерной идентичности весьма ярко выражено повышенное внимание к образам, стимулирующим межгендерное поведение. Вот, например, что сообщает отец трехлетнего гендерно-проблемного мальчика о реакции сына на один детский фильм. Единственный женский персонаж фильма на короткое время появляется в самом начале. Однако именно эта сцена оказалась единственной, о которой мальчик беспрестанно вспоминал: что сказала эта женщина, что было на ней надето, и т.д. Сложилось впечатление, что ребенок почерпнул из фильма только эту информацию. С клинической точки зрения представится, что в сознании детей с расстройством гендерной идентичности закреплены жесткие гендерные схемы. А вот у детей, страдающих расстройствами поведения, связанными с агрессией, подобная жесткость связана с искаженным толкованием двусмысленных межличностных ситуаций, трактующихся такими детьми в отрицательном смысле (Dodge, 1980, 1993).

С точки зрения психологии развития, межгендерное поведение, скорее всего, возникнет у ребенка одновременно с другими,

более типичными гендерными поведенческими признаками. В чем же тогда новизна исследований теоретиков гендерной схемы? В том, что эта теория отчасти объясняет внутреннюю психологическую жесткую связку такого поведения с его возможным влиянием на ощущение ребенком своей гендерной идентичности.

Разумеется, ключевой вопрос здесь заключается в следующем: какие факторы влияют на формирование у ребенка гендерной схемы, отклоняющейся от нормы? Ведь именно эта схема является организующей и движущей силой межгендерного поведения ребенка, страдающего расстройством гендерной идентичности. Хотя специалисты по психологии развития заметили, что у обычных (психически нормальных) детей жесткость гендерных схем может варьировать (Carter & Levy, 1988; Levy, 1994; Signorella, Bigler, & Liben, 1993), однако неясно, действительно ли эти вариации схем, отвечающие за гендерно-ролевое поведение ребенка, выходят за рамки нормы и оказывают существенное воздействие на долговременную психосексуальную дифференциацию. К сожалению, нормативная литература, посвященная гендерным схемам, пока еще не слишком далеко продвинулась в плане идентификации жестких корреляций или предикторов индивидуальных различий (см. об этом: Katz, 1987).

Очень вероятно, что между поведением и гендерными схемами существует двусторонняя, а не односторонняя связь. Например, некоторые дети начинают увлекаться играми, типичными для их пола, раньше, чем у них развивается способность к «самомаркировке» (Blakemore, LaRue, & Olejnik, 1979; см. также: Eisenberg, 1983; Eisenberg, Murray, & Hite, 1982). Таким образом, когда у ребенка появляется способность анализировать информацию, связанную с половым диморфизмом, этому уже предшествуют определенные интересы и предпочтения, которые встраиваются во вновь сформированную гендерную схему.

Для формирования «гендерной схемы», отклоняющейся от нормы, представляются значимыми несколько факторов. Некоторые дети с расстройством гендерной идентичности, по крайней мере на ранних этапах развития, неправильно классифицируют себя как представителей противоположного пола (Stoller, 1968b; Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, et al., 1993). Почему это происходит? Одно из возможных объяснений касается их гендерного поведения, наблюдаемого в то время. Ребенок, у которого очень рано появляются первые признаки межгендерного поведения

(то есть младше двух лет), легко может отождествить себя с противоположным полом. Мальчик, который по много часов подряд наряжается в женские платья или играет в куклы, может начать считать себя похожим на других детей, занимающихся тем же самым, то есть на девочек. Другие поведенческие особенности, например, совместимость темпераментов (в частности, низкий или высокий уровень активности), также могут послужить причиной того, что ребенок начнет считать себя похожим скорее на типичного ребенка противоположного пола, чем своего. Еще одним объяснением может стать внешний облик. Как уже отмечено выше, многие девочки, имеющие расстройство гендерной идентичности, фенотипически выглядят как обычные мальчики (например, если судить по их прическе и одежде). Такая девочка может начать считать себя похожей на других детей, выглядящих так же, то есть на мальчиков, не только внешне, но и внутренне.

Третье объяснение касается такого понятия, как «гендерная устойчивость». Учитывая, что маленькие дети могут перепутать некоторые гендерно-типичные признаки поведения, возникшие случайно, с самой гендерной идентичностью (Eaton & Von Bargen, 1981; Emmerich et al., 1977; Marcus & Overton, 1978; Slaby & Frey, 1975), дети, у которых наблюдается длительное межгендерное поведение, могут испытывать затруднения в понимании гендерной неизменности. В одном из первых исследований (Zucker et al., 1988) мы пришли к выводу, что дети, имеющие расстройство гендерной идентичности, медленнее достигали предполагаемого заключительного этапа развития гендерной устойчивости (о понятии гендерной устойчивости см. гл. 1, раздел «Гендерная идентичность, гендерная роль и сексуальная ориентация»). И хотя противники понятия этапов развития показали, что даже маленькие дети могут проявлять хорошие способности в понимании гендерной неизменности (Bem, 1989; Gelman, Collman, & Mascoby, 1986), неясно, действительно ли это умение является результатом повседневной жизни среднестатистического ребенка. Еще одно объяснение касается реакции родителей на ярко выраженное межгендерное поведение ребенка. Если, например, родители обращают внимание именно на гендерно-типичное поведение, то это может пробудить в ребенке осознание того, что он (она) оценивается по таким признакам своего поведения, которые делают его (ее) больше похожим (похожей) на типичного мальчика (типичную девочку). Наконец, целесообразно повторить

наше наблюдение о том, что гендерно-проблемные дети более подвержены «расстройствам внутреннего мира» (см. гл. 5), включая тревогу, а из-за тревоги вполне может возникнуть ригидность мышления, которая может проявиться в ригидности в отношении гендерных схем.

К сожалению, кроме исследований нашей группы (Zucker et al., 1988; Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, et al., 1993), посвященных «самомаркировке» и «гендерной устойчивости», ни в одной эмпирической работе не была предпринята попытка формально оценить гендерные схемы детей, имеющих расстройство гендерной идентичности. Возможной целью будущей работы в этом направлении должна стать демонстрация того, что подобные гендерно-проблемные дети имеют гендерные схемы, явно отклоняющиеся от нормы. И тогда понимание развития этих схем прольет свет на понимание развития более типичных гендерных схем у обычных детей. Таким образом, будет еще раз доказано, что исследование ненормального развития гендерной идентичности поможет нам в изучении типичного развития гендерной идентичности.

Социально-психологические влияния, испытываемые девочками с расстройством гендерной идентичности

Как мы уже заметили в начале этой главы, девочкам с расстройством гендерной идентичности было посвящено очень мало эмпирических исследований. Ричард Грин с соавторами (Green et al., 1982; Williams, Goodman, & Green, 1985; Williams, Green, & Goodman, 1979) предоставили некоторую информацию, касающуюся социально-психологических коррелятов гендерного развития томбоев и обычных девочек. Однако все девочки, привлеченные к исследованию, не были пациентками психиатрических клиник, поэтому неясно, могут ли эти томбои рассматриваться как девочки с расстройством гендерной идентичности (Green, 1980).

Ниже подытожено наше обследование группы из 26 девочек с расстройством гендерной идентичности, наших пациенток. Все эти девочки однозначно представляли биологически женский пол, что было засвидетельствовано при рождении. У нас нет никаких указаний на то, что их матери (или отцы) во время

беременности особенно сильно желали рождения сына. Однако если рассматривать проблему с точки зрения социального поощрения, то, по нашим сведениям, родители этих девочек либо терпимо относились к их межгендерному поведению, либо даже поощряли его примерно так же, как родители мальчиков с расстройством гендерной идентичности. Из этого следует вывод, что эту переменную (родительское поощрение) можно считать распространенным фактором сохранения такого поведения.

Для понимания расстройства гендерной идентичности у девочек, по нашему мнению, являются также важными несколько других родительских факторов. Особенно бросается в глаза материнская психопатология. Из 26 девочек нашей группы у 38,4 % (то есть у 10 девочек) матери получали амбулаторное психиатрическое лечение (в период обследования их дочерей или в предшествующий период), и две из них одно время лежали в психиатрической клинике (впоследствии мы выяснили, что еще две женщины из этой группы попали в психиатрическую клинику после того, как мы обследовали их дочерей). По данным клинических бесед, 20 матерей (то есть 76,9 %) в прошлом страдали депрессией. Хотя многие из них страдали депрессией еще до рождения дочерей, у них также наблюдался период депрессии в первые два года жизни дочерей. 11 из 26 женщин в ходе бесед продемонстрировали признаки патологии характера, описанные во «Второй оси» DSM. Таким образом, во время предполагаемого «чувствительного периода» формирования гендерной идентичности ребенка матери девочек, обследуемых у нас, с психиатрической точки зрения были крайне уязвимы.

Мы полагаем, что одним из последствий этой материнской уязвимости явилось то, что девочки испытывали затруднения при налаживании эмоциональной связи с матерями. В некоторых случаях нам казалось, что девочка либо не смогла отождествить себя с гендером матери, либо сознательно не захотела этого делать, поскольку считала мать слабой, несведущей в вопросах воспитания, беспомощной и т. д. Действительно, многие женщины принижали свои человеческие и материнские способности и вообще смотрели на женскую гендерную роль с презрением. Например, родители одной из наших пациенток (которая была их первым ребенком) признались нам, что, когда мать девочки забеременела во второй раз, они решили прибегнуть к амниоцентезу и сделать аборт, если плод окажется девочкой, и сохранить

ребенка, если это будет мальчик. В более редких случаях нам представлялось, что отношения с матерью осложняло наличие у дочери серьезных проблем со здоровьем или «трудного темперамента» в младенчестве. В еще одной семье пациентка (младшая из троих детей) в первый год жизни была надолго отправлена к бабушке. Обстоятельства этого клинического случая делают затруднительной оценку того, как девочке удалось наладить отношения с бабушкой. Когда же девочка вернулась к родителям, она, очевидно, не смогла наладить отношения с матерью (а отец ребенка был недоступен для психологических бесед с ним). Она была очень пугливой и встревоженной девочкой, которая в социальном плане вела себя как мальчик.

Шесть матерей в прошлом испытали жестокое и продолжительное сексуальное насилие, связанное с инцестом. Все гендерное поведение этих женщин было омрачено этим опытом, который вселил в них недоверие к мужчинам и ко всему мужскому, а также сделал их сексуальную жизнь неполноценной. Если использовать терминологию социально-психологического переноса, то своим поведением они могли давать дочерям сигналы, означающие «быть женщиной небезопасно». Матери испытывали большие затруднения в том, чтобы внушить дочерям чувство женской гордости и уверенности в себе, как в женщине.

Еще один важный фактор связан с агрессией по отношению к девочке со стороны отца или младшего брата. В 12 из 26 семей подобная агрессия была направлена либо на матерей, либо на самих девочек, либо на них обеих. В этих случаях на межгендерное поведение девочек, очевидно, оказал влияние классический механизм самоидентификации с агрессором. Как мы уже отмечали в гл. 2, многие девочки, имеющие расстройство гендерной идентичности, увлечены фантазиями, связанными с властью, агрессией и защитой от агрессора. В одной семье хронический гнев отца, судя по описаниям матери, привел к явлению, похожему на «стокгольмский синдром» (при котором заложник отождествляет себя с террористом, захватившим заложников). Другим примером был случай Сэмми (см. гл. 5, случай из практики 5.10). Здесь агрессия братьев представляется важным фактором по двум причинам: во-первых, она была хронической; во-вторых, родители оказались неспособными предотвратить ее. Отсюда у девочки возникло чувство незащищенности, из которого развилось желание стать мальчиком, чтобы уметь обороняться.

Все эти эмпирические данные, очевидно, нуждаются в подтверждении с помощью исследований контрольных групп. Другая возможная стратегия связана с наблюдением за девочками, которые растут в семьях, где наличествуют описанные факторы риска: необходимо обратить внимание на возможные признаки межгендерного поведения этих девочек. Например, исследовать формирование гендерной идентичности у девочек, чьи матери в детстве страдали выраженным аффективным расстройством.

Еще один метод исследования связан с изучением девочек, подвергшихся грубому физическому или сексуальному насилию со стороны мужчин. Мы знаем только о двух исследованиях, где использовался этот метод. Работа 1991 года (Maing, 1991) была посвящена 20 девочкам в возрасте от 5 до 12 лет, подвергшимся сексуальному насилию. В исследовании также участвовали две контрольные группы: «клиническая» (включающая девочек с разнообразными психическими проблемами) и «нормальная» (включающая обычных здоровых девочек). При использовании нескольких способов оценки гендерно-типичного поведения (тест рисования фигуры человека, тест Роршаха и «Опросник о гендерной идентичности») (см. табл. 4.4, 4.7, 4.8) не удалось выявить никаких различий между группами. Все случаи сексуального насилия произошли тогда, когда средний возраст девочек равнялся 7,2 года, то есть «чувствительный период» формирования гендерной идентичности уже давно миновал. А поскольку каждая девочка подверглась насилию в среднем 3,2 раза в течение 6,5 месяцев, травма могла оказаться не столь тяжелой, чтобы изменить глубинное самоощущение девочек как представительниц женского пола.

Второе исследование (Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, & Gaines, 1993) было посвящено 20 девочкам в возрасте от 6 до 12 лет, в основном из бедных семей латиноамериканского происхождения; для сравнения были приглашены две контрольные группы («клиническая» и «нормальная») общей численностью в 20 девочек. Поведенческие признаки, связанные с гендерной идентичностью и гендерной ролью, оценивались методом структурированных бесед с девочками и с помощью опросников для родителей. Акты насилия начали совершаться над девочками, когда им в среднем было 6,8 лет, и продолжались в среднем 2,2 года. В 60 % случаев насилие включало в себя половое сношение (изнасилование).

В итоге метод структурированных бесед выявил явные доказательства того, что девочки, подвергшиеся насилию, были более мужеподобными и/или менее женственными, чем нормальные девочки; что же касается девочек из второй контрольной группы («клинической»), то по некоторым показателям они сближались с девочками, подвергшимися насилию, а по другим — сближались с обычными девочками. Опросы матерей девочек выявили менее существенные доказательства межгрупповых различий. Качественные данные, сообщенные авторами исследования, наводят на мысль, что некоторые девочки, подвергшиеся сексуальному насилию, с большими сомнениями относились к своему женскому гендерному статусу, который в их сознании был связан со множеством рисков. Интригующая особенность этих данных заключается в том, что девочки, подвергшиеся насилию, сопоставленные с обеими контрольными группами, в среднем ощущали, что их личность ближе к отцу, чем к матери (при том что именно отец часто и являлся насильником). Авторы исследования в связи с этим предположили, что «отождествление себя с агрессором может помочь отрицанию травматичной роли жертвы и защитить сознание от чувства уязвимости, связанного с пережитым насилием. Кроме того, принятие на себя мужской гендерной роли может быть связано с ощущением покинутости матерью, а также двойственностью отношений с матерью, которая может рассматриваться как существо слабое, немощное, безвластное, неспособное тебя защитить» (Cosentino et al., 1993, pp. 946–947).

Аарон Девор заметил (Devor, 1994), что истории, связанные с физическим и сексуальным насилием, очень распространены среди транссексуалов, чей пол изначально был женским, то есть F-t-M транссексуалов (Lothstein, 1983; Pauly, 1974). Среди женщин, страдавших гендерной дисфорией, которых изучал сам Девор, многие также пережили насилие. К сожалению, ни в одном из этих исследований не участвовали контрольные группы, необходимые для сравнения. В идеале, подобное исследование должно предоставить сведения о формировании гендерной идентичности как до, так и после произошедшего насилия (сексуального или физического). Если насилие действительно влияет на возникновение расстройства гендерной идентичности у женщин, то можно предсказать сдвиг поведения после произошедшего в сторону большего мужеподобия и усиление гендерной дисфории.

Наконец, особенно информативным было бы выявление девочек, у которых наблюдается комплекс факторов риска, описанных выше (например, материнская депрессия, материнское разочарование в принадлежности к женскому полу, отцовская агрессия), и проверка того, действительно ли эти факторы риска оказывают совокупное воздействие на развитие гендерной идентичности. С нашей точки зрения, важная методологическая проблема заключается в том, чтобы подобные факторы начали действовать в предполагаемый «чувствительный период» формирования гендерной идентичности. По нашему прогнозу, воздействие этих факторов наиболее сильно именно в упомянутый период.

Выводы главы о психологических исследованиях

В данной главе мы рассмотрели этиологическую и около-этиологическую литературу, посвященную целому ряду вопросов, касающихся социально-психологических факторов, которые влияют на психосексуальную дифференциацию, причем особенное внимание уделили формированию гендерной идентичности вообще и расстройству гендерной идентичности у мальчиков в особенности. Из нашего обзора напрашивается вывод, что некоторые социально-психологические факторы (например, родительское предпочтение пола будущего ребенка во время беременности матери) никак не связаны с расстройством гендерной идентичности у детей. В то же время мы имеем более весомые доказательства влияния других социально-психологических факторов, таких как социальное поощрение. Роль семейной психопатологии также представляется важной для дальнейшего изучения, поскольку существуют доказательства наличия большей психопатологии в тех семьях, где растут дети с расстройством гендерной идентичности, чем в семьях с обычными детьми. В то же время вопрос о специфическом влиянии семейной психопатологии именно на развитие гендерного расстройства, еще не решен, это тема для будущих исследований. Так же, как и в исследованиях биологических факторов, множество последних остается не объясненным. Моделирование факторов риска также должно быть продолжено с той целью, чтобы лучше понять

социально-психологические обстоятельства, влияющие на генезис расстройства гендерной идентичности.

Комментарии

- [28] Рассказ женщины о прошлом отчасти объясняет особенности ее характера. Когда она была ребенком, ее отношения с отцом, казавшиеся идеальными, резко испортились после того, как он пристрастился к алкоголю. Зависимость все усиливалась, и он начал очень с дочерью грубо обращаться. В подростковые годы девушка часто меняла сексуальных партнеров и наслаждалась ощущением «власти», которое она испытывала, «соблазняя» мужчин. Незадолго до знакомства с будущим мужем она имела довольно длительные отношения со слабовольным мужчиной-алкоголиком. Затем «подцепила в баре» будущего отца мальчика, которого мы обследовали. Ее муж оказался более серьезным и волевым человеком, чем предыдущий партнер этой женщины, что зачастую приводило к борьбе за лидерство в семье... Родители приняли решение направить сына на индивидуальную психотерапию по совету одного врача, который оказался очень хорошим профессионалом (к сожалению, не все врачи таковы). Через полгода после начала регулярных сеансов психотерапии мальчик прекратил проявлять некоторые из своих женоподобных поведенческих черт, но при этом стал грубить матери. Она запаниковала, перестала водить сына на психотерапию и вместе с ним ушла от мужа. Через несколько месяцев женщина все же решила возобновить психотерапевтическое лечение сына и сама начала посещать психотерапевта, что принесло определенную пользу в плане понимания причин ее психической амбивалентности и решения основной проблемы.

Глава 8

ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

В этой главе мы дадим формулировку диагноза «расстройство гендерной идентичности у детей». Наша формулировка строится на основе, во-первых, клинических наблюдений и, во-вторых, эмпирической литературы, в которой содержится систематическое подтверждение хотя бы некоторых из этих клинических наблюдений. Цель главы — снабдить практикующих психиатров рамочной схемой для понимания всего многообразия факторов, влияющих на возникновение расстройства гендерной идентичности.

Специалисты уже делали несколько попыток дать клиническую формулировку расстройства гендерной идентичности у мальчиков. Вспомним, например, модель Роберта Столлера (Stoller, 1968c), в которой особо подчеркивается значение такого фактора, как «блаженный симбиоз» между матерью и маленьким сыном; однако другие исследователи считали этот фактор слишком незначительным и непригодным для объяснения многих клинических случаев (см. об этом, например: Coates & Person, 1985; Meyer & Dupkin, 1985). Модель Ричарда Грина (Green, 1987) подчеркивала особенности темперамента подобных мальчиков, например, нежелание участвовать в играх, похожих на драку, а также влияние родителей — поощрение (либо отсутствие порицания) ими межгендерного поведения ребенка либо удаленность и недоступность родителей (особенно отца). Однако эта модель слабо учитывала динамические факторы. Двумя годами ранее Сьюзен Брэдли (Bradley, 1985) предложила более обобщенную модель истолкования развития расстройства гендерной идентичности. Недавно Сьюзен

Коутс (Coates, 1990) предложила биопсихологическую модель развития мальчиков (biopsychodevelopmental model for boy»). Наша модель, представленная здесь, так же, как и модель Коутс, включает биологические и психологические элементы и рассматривает несколько сопутствующих психодинамических и межличностных процессов (см. также: Coates, 1992; Coates et al., 1991; Coates & Wolfe, 1995). Модель Коутс (Coates, 1990) учитывает предыдущие наблюдения, такие как отсутствие родительского порицания межгендерного поведения ребенка. Хотя мы в целом согласны с клинической формулировкой Коутс, представляется, что некоторые аспекты этой теории могут быть объяснены с привлечением более обширного материала из нашего клинического опыта.

В формулировке расстройства гендерной идентичности, разработанной Сьюзен Коутс, подчеркивается важность такого фактора, как тревога, вызванная опасением разлуки с родителями. Это чувство возникает у ребенка из-за того, что мать начинает отдаляться от него и раздражаться после какого-то неприятного события в ее жизни. Коутс рассматривает межгендерное поведение мальчика как защитную реакцию, связанную с тем, что в сознании ребенка происходит слияние его личности с личностью матери, поскольку он путает понятия «быть с мамой» и «быть мамой» (Coates & Person, 1985). Однако, как мы уже отмечали в гл. 5, многие мальчики, имеющие расстройство гендерной идентичности, вообще не проявляют тревоги, связанной со страхом разлуки. Хотя все они проявляют высокий уровень тревожности почти одинаковым образом, мы считаем данную эмоцию проявлением страхов и беспокойства, связанных с самооценкой или с поиском своего места в мире. Таким образом, наша модель рассматривает межгендерное поведение как самоидентификацию с общественным положением, связанным с принадлежностью к противоположному полу, поскольку такое положение ребенок подсознательно считает более безопасным или более общественно значимым (Bradley, 1985). Это необязательно означает самоидентификацию ребенка с матерью, поскольку в ряде случаев мальчик идентифицирует себя с женским полом вообще и хочет занять общественное положение, связанное с ним (так, как он это понимает), либо, если это девочка, идентифицирует себя с мужским полом и присваивает себе соответствующее

общественное положение (как она это понимает). Подобное поведение как бы противостоит жесткой самоидентификации с одним из родителей.

Другое важное отличие нашей формулировки от предложенной Сьюзен Коутс заключается в том, что Коутс уделяет меньше внимания роли родителей в ограничении различных поведенческих особенностей детей. Судя по нашему опыту, большинство семей при попытке установить рамки поведения детям сталкивается с трудностями. В этом случае у детей может развиваться оппозиционное расстройство неповиновения, либо же они просто начнут избегать общения с родителями. Затем отношения между родителями и детьми становятся более напряженными, отчего у последних нарастает тревожность и чувство незащищенности. Подобные попытки родителей «ограничить поведение» детей сталкиваются с еще более сложными проблемами в случае межгендерного поведения, которое зачастую лишь усиливается, когда родители начинают его пресекать. Сьюзен Коутс в своей формулировке воздействующих факторов признает важность такого фактора, как родительские попытки «установить рамки», однако, как нам кажется, недооценивает его роль в развитии и долговременном сохранении межгендерного поведения. В модели Коутс подчеркивается важность психологической травмы, дающей толчок к началу межгендерного поведения. А наш опыт показывает, что межгендерное поведение ребенка возникает под воздействием усиливающихся ощущений фрустрации и стресса внутри семьи. Это может быть связано с какими-то стрессовыми или травматичными эпизодами, но может также развиваться из отношений между ребенком и его (ее) родителями, способствующих фрустрации, а подобные отношения могут складываться из-за оппозиционного поведения ребенка или из-за его трудного характера.

Как и Сьюзен Коутс (Coates, 1990, 1992), мы считаем расстройство гендерной идентичности относительно редким явлением, которое возникает под воздействием целого ряда факторов, связанных как с внутренними психическими проблемами самого ребенка, так и с проблемами родителей и всей семьи, что приводит к развитию межгендерного поведения ребенка и его самоидентификации с противоположным полом. Эти факторы должны начать воздействовать в «чувствительный период» развития ребенка, то есть в период, когда происходит ясное осознание себя

как представителя мужского или женского пола. Как и Ричард Грин, мы считаем, что родительская терпимость к возникшему межгендерному поведению способствует его дальнейшему развитию. Однако во многих исследованиях, посвященных возникновению расстройства гендерной идентичности, существует одна проблема: многие важные факторы, приведенные там, наблюдаются у многих других детей и во многих других семьях, имеющих иные психические проблемы. А уникальность ситуации, требующейся для развития расстройства гендерной идентичности, заключается в одновременном возникновении множества факторов в «чувствительный период» развития ребенка, то есть чаще всего в первые несколько лет жизни, когда и происходит формирование и укрепление гендерной идентичности.

Продолжая разработку клинической формулировки, объясняющей развитие расстройства гендерной идентичности, мы прежде всего хотим сказать, что формулировка должна быть достаточно широкой, чтобы объяснить как тяжелые клинические случаи, так и более легкие. Это подразумевает, что каждый фактор, необходимый для развития данного расстройства, может быть относительно легким или тяжелым, однако чтобы внедрить в сознание ребенка чувство внутренней незащищенности и тревожности, с которыми ребенок начинает бороться и для этого разрабатывает особое защитное поведение, требуется достаточное количество таких факторов. Подобный психический процесс может наблюдаться в обстоятельствах, когда ребенку кажется, что принадлежность к противоположному полу принесет ему чувство безопасности и защищенности. Множество факторов, как относящихся в самому ребенку, так и к его родителям и семье в целом, могут ускорить или затормозить развитие такого поведения и разнообразить формы его выражения. Все эти факторы можно разделить на *общие* и *специфические*. При этом условия для развития расстройства гендерной идентичности создаются *общими* факторами, которые зачастую наблюдаются в случаях детей, имеющих самые разные виды психопатологии. Что же касается *специфических* факторов, то они, на наш взгляд, создают уникальную ситуацию, при которой возникает каждый отдельный вид расстройства гендерной идентичности. Ниже мы опишем сначала *общие* факторы, а затем рассмотрим способы, которыми *специфические* факторы взаимодействуют с *общими*, что в результате и порождает психическое расстройство.

Общие факторы

Сделать ребенка уязвимым для расстройства гендерной идентичности могут два фактора, возникающие в его сознании: во-первых, высокий уровень тревожности или чувства небезопасности, во-вторых, чувствительность к родительским аффектам. Тревожность или чувство незащищенности, возникающие у ребенка, порождают ситуацию, в которой он (она) испытывает острую потребность уменьшить тревожность. А поскольку ребенок тонко чувствует родительские аффекты, то, следовательно, он (она) лучше понимает чувства родителей, относящиеся к самому ребенку и к значимым людям из его окружения.

Мы считаем, что тревожность или чувство небезопасности возникает у ребенка отчасти из-за его природной предрасположенности к тому, чтобы стать уязвимым для сильного эмоционального возбуждения в стрессовых или вызывающих ситуациях. Джером Каган (Kagan, 1989) и его соавторы (например, Kagan, Reznick, & Snidman, 1987) назвали такой тип реакции торможением; а Стивен Суоми (Suomi, 1991) доказал, что у обезьян склонность к подобным реакциям передается по наследству. Существует также доказательство, что подобная уязвимость связана с двумя расстройствами — тревожным и депрессивным. Возможно, именно это свойство является биологическим фактором, из-за которого мальчики, страдающие расстройством гендерной идентичности, гораздо чаще обычных мальчиков избегают игр, похожих на драку. Люди, обладающие такой уязвимостью, чаще других испытывают проблемы с эмоциональной саморегуляцией, особенно если речь идет о стиле взаимоотношений матери и ребенка, небезопасном для психики. Благодаря сочетанию всех факторов ребенок в периоды стресса становится очень легковозбудимым и почти не способен регулировать дистресс. Мы считаем, что эти факторы являются *общими*, и они действуют в сознании ребенка, в то время как *специфические* факторы, в частности, семейные, действуют извне, отчего в итоге и возникает расстройство гендерной идентичности. Благодаря способности ребенка тонко чувствовать родительские аффекты, он очень остро воспринимает отрицательные чувства родителей. Такая чувствительность ребенка в сочетании со склонностью к сильной возбудимости может усилить чувства незащищенности

и небезопасности. К тому же ребенок на основании явных высказываний и скрытых намеков может сделать собственные выводы о том, что думают родители о сравнительной важности мужского или женского гендера.

Неспособность родителей справиться с собственными аффектами является еще одним фактором предрасположенности к расстройству гендерной идентичности у ребенка, равно как и других форм детской психопатологии. Данный фактор, отчасти объяснимый органическими свойствами родителей, может стать причиной высокой распространенности в подобных семьях тревожных расстройств, аффективных расстройств, а также алкоголизма и наркомании (Marantz & Coates, 1991; Wolfe, 1990; см. также гл. 5 и 7). Как уже было сказано в отношении ребенка, если человеку трудно совладать со своими аффектами, зачастую это является результатом каких-то ранних (вероятно, детских) переживаний, повлиявших на дальнейшее развитие психики; данное утверждение так же справедливо и в отношении родителей (Bradley, 1990). Однако когда психические особенности родителей начинают проявляться, они отрицательно влияют на «безопасную привязанность» детей к родителям (см. выше, заключение ч. I гл. 4. Таким образом, из-за психических проблем родителей у ребенка возникает чувство незащищенности, да к тому же он получает информацию об отрицательных аффектах, в том числе о дискомфорте из-за тревоги. Подобные психические особенности также влияют на разрешение межличностных проблем в отношениях родителей, отчего в семье возникает напряженность и конфликты остаются неразрешенными. Наконец, неспособность родителей контролировать свои аффекты влияет на способы, которыми родители пытаются ограничить межгендерное поведение ребенка, в результате чего усиливается его оппозиционное поведение. А из-за такого поведения ребенка родители впадают в состояние фрустрации, отчего их конфликтные отношения с ребенком продолжают развиваться на фоне уже имеющихся сложностей в отношениях привязанности.

Судя по нашему клиническому опыту, в первые три года жизни ребенка в семье часто возникает стрессовая ситуация, вызванная системными факторами. Одним из таких факторов может стать, например, потеря важного члена семьи, болезнь родителей или детей либо непрекращающийся конфликт между родителями. В результате этой стрессовой ситуации зачастую происходит

материнское самоустранение от воспитания ребенка, недоступность матери для общения с ребенком, ее депрессия, враждебность и вспышки гнева. Мы считаем, что под воздействием факторов такого рода у ребенка возникает неуверенность в своей ценности и чувство небезопасности, вырастающее из более раннего чувства незащищенности, связанного с проблемами привязанности. При этом у ребенка развивается гнев, который не может быть выражен напрямую, учитывая информацию об аффектах, которую ребенок получил еще раньше в ходе проблемных отношений привязанности с родителями. Из-за такой стрессовой ситуации ребенок испытывает острую тревогу и внутреннее чувство небезопасности, связанное с обеспокоенностью из-за материнских аффектов и из-за собственного гнева. Все это создает условия для того, что ребенок начинает предпринимать отчаянные попытки сделать что-то, что облегчит его тревогу.

Специфические факторы

Как мы уже отмечали в гл. 2 и 6, мальчики, имеющие расстройство гендерной идентичности, зачастую очень старательно избегают игр, похожих на драку. Напротив, девочки с расстройством гендерной идентичности, как правило, очень любят участвовать в подобных играх и в командных видах спорта. Другие специфические факторы, относящиеся к мальчикам, могут быть связаны с их необычной внешней привлекательностью (Green, 1987; Zucker, Wild, et al., 1993) и утонченной сенсорной чувствительностью (Coates, 1990). Мы считаем, что эти специфические детские факторы облегчают принятие ребенком гендерной роли, свойственной противоположному полу, а также родительскую терпимость к межгендерному поведению детей.

Судя по нашему клиническому опыту, матери мальчиков, имеющих расстройство гендерной идентичности, часто сильно пугаются и тревожатся из-за малейших проявлений мужской агрессии. Мы считаем, что подобная тревога приводит к тому, что матери начинают неодобрительно относиться к типично мальчишескому (мужскому) поведению маленьких сыновей и их нормальным проявлениям активности, которые воспринимаются ими как агрессивные. Кроме того, у этих женщин зачастую наблюдается чрезмерная потребность опекать детей и заботиться

о них, прочно связанная в их сознании с понятием женственности. Именно поэтому матери такого типа часто неосознанно поощряют женоподобное поведение сыновей, что связано с их потребностью в материнской опеке. В каждой семье это особенное отвращение к малейшей агрессии и потребность опекать ребенка может проявляться очень по-разному. По наблюдениям практикующих психиатров, в некоторых семьях преобладает желание матерей пресекать любые проявления типично мальчишеского (мужского) поведения сыновей из страха к мужской агрессии. В других семьях потребность опекать ребенка приводит к поощрению того же качества у маленького сына, особенно во взаимоотношениях с матерью.

Что же касается отцов гендерно-проблемных мальчиков, то поразительно, что они вслед за матерями поощряют межгендерное поведение сыновей, несмотря на собственный внутренний дискомфорт. Кроме того, отцы часто испытывают тревогу и комплекс неполноценности. Все эти качества очень затрудняют общение с сыновьями, демонстрирующими немужественное поведение. А поскольку отцы самоустраиваются от воспитания женоподобных сыновей, они не могут защитить их от гнева матерей. Зачастую они предпочитают вообще не вмешиваться во внутрисемейные конфликты и дистанцируются от семьи, проводя все свободное время на работе, отчего у их жен только усиливается склонность к гневу и ощущение того, что их покинули.

Специфические факторы, касающиеся родителей гендерно-проблемных девочек, заключаются прежде всего в том, что их отцы пренебрежительно относятся к женскому полу вообще, считая женщин неполноценными существами, и поэтому стремятся развить в дочерях мужские качества. Как мы заметили в гл. 7, отцы могут, помимо прочего, проявлять открытую агрессию, в том числе сексуальную. Матери часто сами испытывают комплекс неполноценности и потому не способны защитить детей, как не способны защитить самих себя.

Исходя из нашего опыта, можно сказать, что существуют и другие внутрисемейные факторы, зачастую усиливающие внутреннее подозрение ребенка относительно того, что принадлежность к противоположному полу уменьшит его (ее) тревогу и чувство незащищенности, либо даже создаст ему (ей) более безопасные условия и придадут ему (ей) больше ценности. Например, у мальчика может быть сестра, которую мать оценивает

выше, либо сестра, которая когда-то болела, и потому мать заботится о ней больше. А в некоторых семьях бытует передающееся из поколения в поколение устойчивое пренебрежительное отношение к мужчинам как к существам неполноценным и ненадежным; в подобных семьях на протяжении многих поколений доминируют женщины, которые полностью контролируют мужчин и ущемляют их права. С другой стороны, в некоторых семьях, воспитывающих дочерей, часто случаются родительские конфликты, которые девочка воспринимает как угрожающие ее личной безопасности и безопасности матери; в этом случае девочка может сделать вывод, что мать не способна защитить себя. У таких девочек часто возникает фантазия, в которой ребенок представляет себя защитником матери; мы рассматриваем такие фантазии, как самоидентификацию с агрессором. Однако иногда конфликт возникает не между родителями, а между девочкой и ее старшим братом или соседскими мальчиками, и она воспринимает этот конфликт как угрозу себе. В таком случае девочка начинает напряженно размышлять, как выбраться из этого положения, и приходит к выводу, что единственный способ защитить себя — превратиться в мужчину.

Выводы о модели клинической формулировки, касающейся мальчиков

Наша модель формулировки клинического диагноза «расстройство гендерной идентичности» относительно мальчиков предполагает, что данное расстройство развивается из чувства небезопасности и незащищенности, которое возникает в результате взаимодействия психической склонности мальчика к сильному эмоциональному возбуждению и психологически нездоровых отношений матери и ребенка. Мать мальчика в таких случаях оказывается в обстоятельствах, из-за которых она испытывает сильную фрустрацию. А из-за неспособности совладать со своими аффектами она не знает, в какой форме выразить чувства: она может стать подавленной или отрешенной, может периодически проявлять враждебность к другим, у нее могут случаться вспышки гнева. Мальчик, будучи крайне чувствительным к материнским сигналам, по-своему воспринимает проявления депрессии и вспышки гнева матери. К его общему ощущению

незащищенности прибавляется и страх перед материнским гневом и враждебностью: он считает, что эти отрицательные эмоции матери направлены именно на него. Страх мальчика потерять мать вступает в конфликт с собственным гневом, и в результате ребенок впадает в крайнее возбуждение и тревогу. Что же касается отца мальчика, то у него самого есть большие проблемы с умением контролировать аффекты, что способствует скорее отдалению от сына, чем сближению. Родители с трудом могут разрешать конфликты, возникающие в супружеских отношениях, и оказываются не способны поддерживать друг друга. Отсюда у них возникает устойчивое и напряженное ощущение конфликта и взаимной враждебности.

В этой ситуации из-за самоустранения матери от общения с мальчиком, ее вспышек гнева, а также из-за невмешательства отца у ребенка возрастает неуверенность в собственной ценности. Его тревога и чувство незащищенности усиливаются, так же, как и внутренний гнев. Это может привести к ряду проявлений оппозиционного поведения, смягчить которое родители оказываются не способны из-за упомянутого стремления вообще избегать конфликтов. Однако такая ситуация приводит лишь к усилению конфликта родителей и ребенка, отчего тревога мальчика и его чувство небезопасности усиливаются до таких пределов, что ему срочно требуется облегчить тревогу. Учитывая описанную ситуацию, на которую влияет множество специфических факторов как в сознании ребенка, так и в поведении матери и вообще во всей семье, у мальчика формируется представление, что принадлежность к противоположному полу придаст ему больше ценности и безопасности. Поскольку эта ситуация складывается в период, когда мальчик начинает исследовать различные виды гендерно-ролевого поведения, он вначале всего лишь выбирает такой поведенческий стиль, который наиболее соответствует его темпераменту (вспомним стремление избегать игр, похожих на драку), но затем в его сознании формируется мнение, что данный стиль поведения поможет ему решить проблему собственной ценности и безопасности.

Потребность матери в опеке над ребенком и ее страх перед мужской агрессией приводят к тому, что женщина терпимо относится к такому поведению сына, тем более если учесть, что она считает мальчика внешне привлекательным. Эта терпимость в итоге может превратиться в положительную реакцию на первые

признаки межгендерного поведения ребенка. Что же касается отца, то он сам испытывает страх перед ситуацией и поэтому самоустраняется от общения с сыном и никак не может воспрепятствовать дальнейшему развитию межгендерного поведения мальчика. Последующие неудачные родительские попытки как-то реагировать на межгендерное поведение ребенка только усиливают его тревожность и чувств небезопасности, а также позволяют мальчику развивать в сознании фантазийный образ самого себя, относящегося к женскому полу и поэтому имеющего ценность. С развитием фантазии о воображаемой «девочке-двойнике», которая теперь становится для него необходимой, ребенок может начать отчаянно сопротивляться любым попыткам заставить его изменить поведение, ставшее для него «защитным». С другой стороны, если родители начнут высоко оценивать сына именно как представителя мужского пола и выражать мягкое неодобрение его межгендерному поведению, то ребенок может постепенно отойти от своей «тактики защиты», и у него начнет развиваться ощущение безопасности и надежности пребывания в гендерной роли, свойственной его полу.

Выводы о модели клинической формулировки, касающейся девочек

Типичная девочка, у которой развивается расстройство гендерной идентичности, является также ребенком с уязвимым характером, легко подвергающимся сильному тревожному синдрому. Так же, как и в случае с мальчиком, мать ребенка с трудом справляется со своими аффектами, что делает ее склонной к депрессии и самоустранению в ситуации неудовлетворенности супружеской жизнью. Наблюдая, как мать избегает своих аффектов, девочка воспринимает такое поведение матери как избегание общения с дочерью, из-за чего у ребенка развивается чувство незащищенности. Заметим, что обычно такие девочки очень чувствительны к родительским эмоциям. Специфика этой ситуации заключается в том, что при возникновении конфликта (зачастую явно очерченного) между отцом и матерью ребенок воспринимает ссору родителей как угрозу матери, от которой та не способна защититься. Это порождает в сознании ребенка сильную тревогу и страх за собственную безопасность. Кроме того, матери

гендерно-проблемных девочек зачастую терпят унижения от мужей, считающих всех женщин глупее себя.

Когда дочь начинает проявлять признаки межгендерного поведения, пытаясь таким образом ослабить тревогу (подобная модель поведения связана со склонностью девочки к физически активным играм), мать никак не может предотвратить действия дочери, поскольку сама осознанно или подсознательно верит в надежность и силу мужского пола в противоположность собственному комплексу неполноценности. Отец же девочки может даже поощрять межгендерное поведение. Это позволяет ребенку фантазировать, воображая себя материнским защитником через самоидентификацию с агрессором. Неутихающая потребность воображать двойника противоположного пола ради ослабления чувства собственной незащищенности объясняется тем, что родители девочки и другие члены семьи не способны урегулировать конфликты и тем самым вселить в сознание девочки чувство, что принадлежность к женскому полу придаст ей силы и уверенности в себе. То есть родители не могут ничего противопоставить межгендерной направленности ребенка.

Глава 9

ЛЕЧЕНИЕ

Терапевтическое вмешательство: его логическое обоснование и этические проблемы

В последние три десятилетия проблема психиатрического лечения детей, страдающих расстройством гендерной идентичности, периодически вызывала острые споры. Например, в 1970-е годы специалистов по поведенческой психотерапии, особенно Джорджа Алана Рекерса и его коллег, подвергали резкой критике за методики «лечения» мальчиков, проявляющих межгендерную самоидентификацию, в основном заключающиеся в насильственном подавлении (путем наказания) типично девчоночьих форм поведения, например, игр в куклы вроде Барби, а также в поощрении и вознаграждении типично мальчишеских форм поведения, например, игры в дартс (см.: Nordyke, Baer, Etzel, & LeBlanc, 1977; Winkler, 1977; Wolfe, 1979). Основное возражение против такого подхода заключалось в том, что применение подобных методов возрождает традиционное воспитание, связанное с гендерными стереотипами, к тому же нет доказательств того, что для психического здоровья детей полезнее вести себя в соответствии со стереотипными представлениями о поведении детей своего, а не противоположного пола. Как правило, критики выражают сомнения в том, что межгендерная самоидентификация ребенка действительно может привести к последующей гендерной дисфории или гомосексуальности (см., например: Serbin, 1980). Совсем недавно Сандра Бем (Bem, 1993, p. 108) охарактеризовала метод Рекерса с соавторами как один из самых «грубо

принудительных» подходов к терапевтическому вмешательству в поведение гендерно-проблемных детей [29].

Когда стало очевиднее, что детское расстройство гендерной идентичности в дальнейшем может привести к гомосексуальности (см. гл. 3 и 10), появились опасения другого рода, касающиеся психиатрического лечения детей, особенно мальчиков, которые могут быть «предрасположены к гомосексуальности» (см., например: Morin & Schultz, 1978). Как заметил Ричард Грин (Green, 1987, p. 260), некоторые критики, выражавшие такую обеспокоенность, характеризовали лечение гендерно-проблемных мальчиков как «геноцид гомосексуалов». И хотя таким критикам уже неоднократно аргументированно отвечали (см., например: Green, 1974, 1987; Rekers, 1977b), отдельные специалисты продолжают ставить под сомнение необходимость любого вмешательства в развитие гендерной идентичности детей (см., например: Coleman, 1986; Sedgwick, 1991; Woodhouse, 1989, pp. 136–137). А практикующие психиатры (включая наш коллектив), считающие, что лечение гендерно-проблемных детей может быть одновременно терапевтическим и этичным, основываясь на ряде доводов, рассматривают такое лечение как необходимость. Ниже мы опишем эти доводы, которые многие психиатры анализировали несколько лет (см., например: Bates, Skilbeck, Smith, & Bentler, 1975; Curtis, 1985; Green, 1994b; Rekers, Bentler, Rosen, & Lovaas, 1977; Rekers & Kilgus, 1995).

Уменьшение социального остракизма

Как мы уже отмечали в гл. 3 и 5, клиническая практика свидетельствует, что дети, имеющие межгендерную самоидентификацию, особенно мальчики, часто подвергаются остракизму со стороны сверстников. Судя по нашему опыту, всех детей, страдающих расстройством гендерной идентичности, как мальчиков, так и девочек, сверстники отвергают, но в случае с мальчиками это происходит раньше. Остракизм, который может быть очень жестким, часто приводит к социальной изоляции ребенка и ко всем поведенческим и психологическим проблемам, с ней связанным. Авторы исследования 1977 года (Rekers, Bentler, et al., 1977) считают, что «навешивание ярлыков со стороны сверстников и их отказ общаться с ребенком являются, возможно, главными источниками крайней душевной неудовлетворенности и ощущения собственного несчастья,

испытываемых гендерно-проблемным мальчиком» (р. 5). Если это утверждение справедливо, то все эти проблемы должны обостряться по мере роста и взросления ребенка, — и предположение находит определенное эмпирическое подтверждение (см. гл. 5). В такой ситуации лечебное вмешательство, имеющее целью изменить межгендерную самоидентификацию ребенка, может не только облегчить кратковременный дистресс, вызванный влиянием окружения (поскольку психиатрическое лечение помогает ребенку лучше вписаться в коллектив сверстников одно с ним пола); но лечение может также предотвратить развитие долговременных психопатологических последствий ситуации, в которой оказался ребенок.

Лечение основной психопатологии

Как было отмечено в гл. 5 и 7, еще один аспект проблемы заключен в том, что зачастую расстройство гендерной идентичности вторично по отношению к более общей психопатологии ребенка и всей его (ее) семьи. В соответствии с этой моделью межгендерная самоидентификация ребенка должна рассматриваться как часть более широкой проблемы самого ребенка или всей семьи (см., например: Di Ceglie, 1995). Например, если верна гипотеза о «тревоге из-за страха разлуки», предложенная Сьюзен Коутс с соавторами (см. гл. 5), то смягчение факторов, приводящих к тревоге такого типа и поддерживающих ее, должно оказать не прямое воздействие на продолжение защитного поведения, которое ребенок использует для борьбы с тревогой, то есть должны уменьшиться симптомы межгендерного поведения. Действительно, некоторые практикующие психиатры, придерживающиеся этой модели, утверждают, что не сосредотачиваются на межгендерном поведении и не пытаются изменить его путем прямого воздействия (см., например: Bleiberg, Jackson, & Ross, 1986; Gilpin, Raza, & Gilpin, 1979). К технической стороне данного подхода мы еще вернемся.

Предотвращение расстройства гендерной идентичности (транссексуальности) у взрослых

Третий довод в пользу психиатрического лечения межгендерной самоидентификации детей заключается в том, что такое

лечение предотвращает транссексуальность у взрослых. С этим утверждением согласно большинство практикующих психиатров, учитывая эмоциональный дистресс, испытываемый взрослыми, страдающими гендерной дисфорией, а также те болезненные (в физическом, а часто и в социальном плане) меры, которые необходимы для того, чтобы приспособить фенотипический пол взрослого человека к его (ее) субъективной гендерной идентичности (Blanchard & Steiner, 1990).

Предотвращение гомосексуальности у взрослых

Среди профессиональных психиатров сегодня общепринято, что гомосексуальность сама по себе не является психическим расстройством (см., например: Friedman, 1988; Gonsiorek, 1991; Green, 1972; Spitzer, 1981; Stoller, 1980; см. также гл. 13 этой книги). Тем не менее отдельные специалисты по-прежнему не разделяют эту точку зрения (см., например: Berger, 1994; Nicolosi, 1991; Siegel, 1988; Socarides, 1978, 1988, 1990; Socarides & Volkan, 1991; Van den Aardweg, 1986). Учитывая связь детского расстройства гендерной идентичности и последующей гомосексуальной ориентации, критики не раз размышляли, в чем, собственно, заключается план лечения, разработанный детскими психиатрами. Ричард Грин рассуждал об этом так:

«Должны ли родители сами принимать решение о лечении гендерно-нетипичного сына? Допустим, мальчики, играющие в куклы чаще, чем в машинки, играющие роль мамы чаще, чем папы, и общающиеся на детской площадке только с девочками, склонны в будущем стать гомосексуальными мужчинами. Допустим, родители об этом знают или подозревают нечто подобное. Но ведь родители имеют право наблюдать за развитием ребенка и направлять его в нужное русло: это один из основных принципов воспитания. Кто может запретить родителям воспитывать детей таким образом, чтобы максимально увеличить вероятность их гетеросексуальной ориентации в будущем? Если вы отказываете родителям в подобных правах, то надо ли в таком случае запрещать им воспитывать детей как атеистов или готовить их стать священниками?» (Green, 1987, p. 260).

Точка зрения Ричарда Грина сегодня считается спорной, поскольку доказано, что никакое психиатрическое лечение не

может повлиять на будущую сексуальную ориентацию ребенка. Интересно следующее наблюдение: Джордж Алан Рекерс, первый исследователь (и одновременно практик), использовавший метод поведенческой психотерапии для психиатрического лечения детей с межгендерной самоидентификацией, дал повод для дополнительной дискуссии, объяснив необходимость данного терапевтического вмешательства религиозными представлениями о гомосексуальности как безнравственной форме поведения (Rekers, 1982a, 1982b; критический отзыв см.: Zucker, 1984). Такое обоснование необходимости лечения вряд ли понравится детским психиатрам, рассуждающим в более светском ключе, и если и пытающимся «предотвратить будущую гомосексуальность», то только в случае, когда они считают, что гомосексуальный стиль жизни, практикуемый в культурной среде, враждебной по отношению к гомосексуальности, может породить ненужные социальные трудности (ниже в обзоре литературы, посвященной поведенческой психотерапии, рассмотрена только эмпирически доказанная практическая эффективность этого метода, а не личные идеологические установки отдельных специалистов).

Ричард Плик (Pleak, 1991) и автор этой книги Кеннет Цукер (личное сообщение Ричарду Исаю (R. A. Isay) от 16 сентября 1991 года) заметили, что психиатры самых разных теоретических убеждений, по сути дела, приводят один и тот же довод в пользу психиатрического лечения детей с расстройством гендерной идентичности. Например, детский психиатр Бернард Цугер описал свой терапевтический подход так:

«Все родители воспитывают мальчиков в таком духе, который, как им кажется, приведет к сыновей лучшей самоидентификации с мужским полом... Нам представляется, что с помощью родительского наставничества или психиатрического лечения некоторые мальчики могут подавить в себе склонность к женоподобному поведению... Однако невозможно предсказать, какой эффект в итоге окажет это подавление на возможную будущую гомосексуальность... Женоподобное поведение, возникшее в раннем детстве, по-видимому, является клинической категорией и может привести к серьезным последствиям для будущей сексуальной идентификации» (Zuger, 1966, pp. 1105–1106).

А вот что пишет детский психиатр Лоуренс Ньюман:

«Поскольку крайнее женоподобие мальчиков часто является предшественником взрослой транссексуальности, транссвестизма

и гомосексуальности, автор рекомендует в отношении мальчиков, чье поведение соответствует критериям гендерного расстройства, как можно более раннее психиатрическое вмешательство» (Newman, 1976, p. 683).

Психоаналитик Роберт Столлер дает более подробное объяснение такого подхода:

«Самое лучшее лечение — это предотвращение подобного поведения... Оставим в стороне этический вопрос, имеем ли мы право психиатрическими методами избавлять ребенка от какого-то состояния, созвучного его “я”, только потому, что оцениваем это состояние как патологическое. В нашем обществе есть группы активистов, которые требуют прекратить всякое психиатрическое лечение женоподобных мальчиков, поскольку женственность мальчиков, которая, по сути, ничуть не хуже мужественности, не будет представлять собой проблемы, если само общество перестанет быть патологическим и, соответственно, перестанет так относиться к этому явлению. Однако я считаю крайне безответственным требование оставлять таких детей без внимания в том обществе, каково оно сейчас, и не учитывать плачевные последствия, которые непременно наступят в их жизни позднее. Напротив, в отношении взрослых, которые уже прекрасно знают и принимают эти последствия, выбор собственного стиля жизни должен быть защищен всеми возможными средствами... Хотя нам еще не ясно, какие именно поведенческие черты мальчиков указывают на будущую гомосексуальность, женоподобие является одним из вернейших признаков этого... И, следовательно, как только клиническая оценка выявит сильное женоподобие, срочно необходимо начинать лечение» (Stoller, 1978, pp. 555–557).

Клинический психолог Джон Мани говорит об этом следующее:

«Если ваш маленький сын начинает играть роль вашей дочери, то, скорее всего, когда вырастет, он станет гомосексуалом или, в более редких случаях, транссексуалом либо транссвеститом. Однако сейчас мы имеем предварительные доказательства того, что подобное движение ребенка в межгендерную сторону может быть изменено» (Money, 1988, p. 83).

Наконец, детский психоаналитик Сильверман утверждает:

«Сложность, разнообразие и длительность многочисленных путей, которые ведут мальчиков к взрослой гомосексуальности, делают затруднительным точный прогноз того, какую именно

ориентацию в итоге выберет каждый ребенок. Однако мы установили, что наличие определенных факторов в их существенной комбинации указывает на столь высокий риск развития гомосексуальности, что необходимо всерьез рассматривать полномасштабное психиатрическое вмешательство» (Silverman, 1990, pp. 177–178).

Таким образом, вопрос, должны ли дети, страдающие расстройством гендерной идентичности, подвергаться психиатрическому лечению, преследующему цель предотвратить развитие у них гомосексуальной ориентации, волнует множество психиатров. А учитывая, что большинство родителей предпочло бы уберечь своих детей от развития у них гомосексуальной ориентации (что неудивительно), современные практикующие врачи должны постоянно помнить об этических проблемах лечения, проводимого именно с этой целью, и об эмпирических доказательствах того, что лечение действительно оказывает именно такое воздействие.

Выводы

Существуют различные научные обоснования необходимости психиатрического лечения детей с расстройством гендерной идентичности. Некоторые из них более прочны с эмпирической и этической точек зрения. Однозначно клинически оправданны, соответствуют этическим представлениям нашего времени и поэтому могут стать достаточным обоснованием терапевтического вмешательства по крайней мере три цели лечения. Это 1) избавление ребенка от социального ostracism со стороны сверстников; 2) лечение сопутствующей психопатологии; 3) предотвращение взрослой транссексуальности.

Что касается предотвращения взрослой гомосексуальности, то эта цель является спорной, особенно если она продиктована религиозными, а не прагматическими соображениями. Предваряя сведения, подробно изложенные в гл. 10, скажем, что нет ни одного формального эмпирического исследования, которое подтвердило бы, что терапевтическое вмешательство, предпринятое в детстве, может изменить направление развития человека, в сторону транссексуальности или гомосексуальности. Гипотеза, что психиатрическое лечение может изменить естественный ход

развития расстройства гендерной идентичности таким образом, что расстройство не продолжится в подростковом или взрослом возрасте, имеет определенные косвенные подтверждения, однако в отношении сексуальной ориентации мы не имеем даже таких слабых доказательств.

В гл. 4 мы вкратце рассказывали о нашей терапевтической работе с родителями в части, касающейся вопроса будущей гомосексуальности детей. Здесь же мы просто напомним нашу точку зрения: психиатрическое лечение детей никак не касается эротизма; нам неизвестно, сможет ли подобное лечение оказать влияние на будущую сексуальную ориентацию человека; помогать детям чувствовать себя в безопасности и при этом сохранять гендерную идентичность мальчиков или девочек требуется по многим другим причинам. Исходя из нашего опыта, можно сказать, что многие родители согласны с нашими методами лечения. В то же время признаем, что мысль о высокой вероятности развития у ребенка гомосексуальной ориентации вызывает у некоторых родителей сильную эмоциональную реакцию. Современный психиатр должен учитывать все эти нюансы и выстраивать рабочие взаимоотношения с семьями, при этом всячески демонстрируя сочувствие и отзывчивость по отношению ко всем сложным реакциям, которые возникают у большинства людей в связи с проблемами психосексуальности.

Психиатрическое лечение ребенка

Поведенческая психотерапия

К настоящему времени известны 13 отчетов о клинических случаях, касающихся использования поведенческой психотерапии для лечения расстройства гендерной идентичности; авторами большинства из них являются Джордж Алан Рекерс и ассоциированные с ним специалисты (Dowrick, 1983; Dupont, 1968; Hay, Barlow, & Hay, 1981; Horton, 1980; Myrick, 1970; Rekers, 1979; Rekers & Lovaas, 1974; Rekers, Lovaas, & Low, 1974; Rekers & Mead, 1979; Rekers & Varni, 1977a, 1977b; Rekers, Willis, Yates, Rosen, & Low, 1977; Rekers, Yates, Willis, Rosen, & Taubman, 1976). Поведенческая психотерапия, как и другие виды лечения детей, имеющих межгендерную самоидентификацию, первоначально применялась

только в отношении мальчиков (подробное рассмотрение предмета и характеристики лечения в каждом клиническом случае, описанном Рекерсом с соавторами, см.: Zucker, 1985, табл. 15).

Классический подход поведенческой терапии предполагает, что дети обучаются гендерно-типичным формам поведения точно так же, как они обучаются остальным формам поведения, причем гендерное поведение может быть сформировано (по крайней мере на первоначальном этапе) методом поощрения одних поведенческих признаков и неодобрения других (ср.: Mischel, 1966). Соответственно, поведенческая терапия расстройства гендерной идентичности заключается в том, чтобы систематически поощрять гендерно-типичное и не поощрять гендерно-нетипичное поведение (или даже наказывать детей за него).

Цели и технические приемы поведенческой психотерапии

Мишенями для терапевтического вмешательства становились самые разные признаки межгендерного поведения, включая выбор игрушек и костюмов для игр, ролевые игры, манерность, а также полную самоидентификацию с противоположным полом. Кроме того, некоторые виды лечения были сосредоточены на поведенческих недостатках, таких как слабые способности к спорту. Ни в одном из описанных клинических случаев не заостряется внимание на устных заявлениях ребенка или на фантазиях, в которых выражено желание превратиться в представителя противоположного пола. Строго говоря, цель поведенческой терапии заключалась в том, чтобы изменить подчеркнуто открытые формы гендерно-типичного поведения, а не саму гендерную идентичность или гендерную дисфорию в целом.

Один из типов вмешательства, используемый Рекерсом и ассоциированными с ним учеными, получил название «дифференцированное социальное внимание» или «социальное поощрение». Как заявили авторы статьи 1974 года (Rekers & Lovaas, 1974), терапевтической целью такого вмешательства (для мальчиков) было «подавление женоподобного поведения и развитие мужеподобного поведения» (р. 179) [30]. Этот тип вмешательства применялся в клинических учреждениях, и чаще всего в отношении гендерно-типичного игрового поведения. Вначале психиатр с помощью базовой методики устанавливает, что ребенок (находящийся в одиночестве

или в присутствии взрослого безучастного наблюдателя) занят игрушками и играми, свойственными противоположному полу, чаще, чем игрушкам и играми, свойственными его полу. Затем один из родителей ребенка или предварительно проинструктированный посторонний взрослый входит в комнату для игр и, как только ребенок начинает игру, свойственную его полу, всячески его подбадривает (взглядами, улыбкой, словесными одобрениями), а когда ребенок приступает к играм, свойственным противоположному полу, взрослый демонстрирует полную безучастность (например, смотрит в сторону или даже открывает книгу и делает вид, что читает). Исследователям представляется, что подобные реакции взрослых вызывают резкие изменения в игровом поведении детей. На рис. 9.1 приведен пример использования этого метода.

Рекерс с соавторами заметили, что при использовании методов социального внимания или поощрения при лечении межгендерного поведения у них было два главных ограничения. Во-первых, по крайней мере некоторые дети возвращаются к играм, свойственным противоположному полу, в отсутствие взрослых или в других обстоятельствах, например, когда они находятся дома: этот феномен известен как «специфичность стимула» (ср.: Rekens, 1972, 1975). Во-вторых, можно лишь очень ограниченно огенерализировать межгендерные формы поведения, подлежащие лечению: этот феномен известен как «специфичность реакции». Авторы статьи 1974 года (Rekers & Lovaas, 1974) сообщают о таких же ограничениях при использовании системы вознаграждения детей, когда ребенок получает наградные баллы за поведение, свойственное своему гендеру, и «трафные баллы за межгендерное поведение.

Проблемы специфичности стимула и реакции заставили специалистов по поведенческой психотерапии искать более эффективные стратегии генерализации стимулов. По одной из стратегий, названной саморегулированием, ребенок сам поощряет себя, когда начинает проявлять один из видов гендерно-типичного поведения. Такой подход устраняет необходимость внешнего поощрения, которое не всегда может быть осуществлено. Авторы статьи 1984 года (Blount & Stokes, 1984) предположили, что в случае, если ребенку позволить контролировать свое поведение, то «можно избежать проблем генерализации в зависимости от окружающей обстановки либо в зависимости

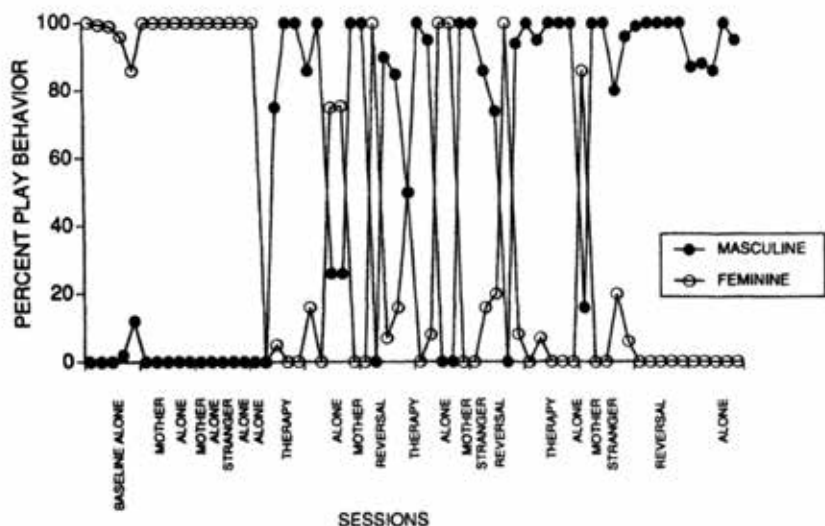


Рис. 9.1. Процентное соотношение женоподобных (девчоночьих) и мужеподобных (мальчишеских) форм игрового поведения у пятилетнего мальчика с расстройством гендерной идентичности как функция от материнского социального поощрения, наблюдаемого в игровой комнате клиники. Therapy — мать начинает проявлять различные формы внимания к поведению ребенка, reversal — мать самоустраняется от участия в играх ребенка; stranger — посторонний взрослый наблюдатель. С согласия правообладателей взят из: Rekers & Lovaas, 1974, p. 182.

от присутствия внешних факторов, влияющих на изменение поведения» (p. 196).

Авторы исследований 1977 и 1979 годов (Rekers & Varni, 1977a, 1977b; Rekers & Mead, 1979) сообщили о трех клинических случаях, в которых была применена методика саморегулирования. В одном из них (Rekers & Varni, 1977b) на руку четырехлетнему мальчику надели браслет-счетчик и велели нажимать на кнопку всякий раз, когда он играет в мальчишеские игрушки. При этом на первоначальном этапе для напоминания, когда надо нажать на кнопку, в ухо мальчику вставили специальный электронный «жучок», который подавал сигнал. Такая методика самоконтроля привела к существенному снижению частоты межгендерного игрового поведения, а также дала некоторое подтверждение генерализации; однако, как мы уже заметили (Zucker, 1985, pp.

124–125), отчеты Рекерса и его коллег представляют собой весьма слабые доказательства того, что при саморегулировании ребенка генерализация развивается лучше, чем при внешнем социальном внимании.

Возможно, эти проблемы станут понятнее в свете исследований детских «гендерных схем», о которых мы рассказывали в гл. 7. Вероятно, методика, использованная специалистами по поведенческой психотерапии, не полностью изменяет внутреннее «гендерные схемы», и в результате дети возвращаются к своим межгендерным поведенческим предпочтениям, как только устраняются внешние стимулы и побудительные мотивы. Общие рассуждения о том, как внести изменения в «гендерные схемы» детей, содержатся в следующих работах: Bem, 1983; Flerx, Fidler, & Rogers, 1976; Katz, 1986; Katz & Walsh, 1991; Liben & Bigler, 1987.

Оценка эффективности поведенческой психотерапии

Если рассмотреть все отчеты о клинических случаях, упомянутые выше, особенно работы Рекерса и его сотрудников, то мы увидим, что различные методики поведенческой психотерапии оказывают непосредственное воздействие на гендерно-типичное поведение детей, имеющих расстройство гендерной идентичности. Например, Рекерс с соавторами предоставили отчеты об относительно краткосрочном последующем наблюдении пациентов (от 5 недель до 3,5 лет после курса лечения), которое велось различными способами: например, с помощью психологических бесед с ребенком и его семьей, наблюдения за ребенком в школе и дома, психологического тестирования. Итоговая картина, нарисованная авторами, свидетельствовала, что у всех пациентов к концу курса лечения наблюдалось ослабление межгендерного поведения, и в течение всего периода последующего наблюдения их межгендерное поведение поддерживалось в том же состоянии. Предположительно, дети больше не испытывали желания сменить пол: это не было установлено специфическими методами, но мы полагаем, что сделанный вывод заслуживает доверия.

Хотя мы считаем, что в лечении детей, страдающих расстройством гендерной идентичности, поведенческая психотерапия действительно имела определенный успех, будет уместно сделать несколько критических замечаний. Во-первых, очевидно, что поведенческое улучшение, фиксируемое при последующем

наблюдении, не может быть однозначно объяснено только терапевтическим вмешательством, поскольку ни в одном из случаев не было сделано сравнение с группой детей, не подвергавшихся лечению, а значит, не была проконтролирована возможность спонтанной ремиссии или просто эффекта взросления. При подробном рассмотрении отчетов Рекерса и его группы (см.: Zucker, 1985) станет ясно, что некоторые изменения, зафиксированные в период последующего наблюдения, не могут быть отнесены на счет исключительно лечения, поскольку эти изменения вообще не наблюдались в период лечения и сразу после его окончания, и чтобы объяснить их именно лечением, следует допустить, что имел место «эффект спящего». Во-вторых, специалисты по поведенческой терапии никак не объясняют явные изменения собственно в гендерной идентичности (например, изменение желания ребенка превратиться в представителя противоположного пола), которые наступают несмотря на то, что они не касаются поведения и не связаны с поведенческой терапией; а такие изменения требуют объяснения, поскольку упомянутая выше специфичность реакции предполагает, что все особенности поведения, не корректировавшиеся лечением, должны сохраниться в неизменном виде. Наконец, неясно, могут ли описанные клинические случаи быть генерализованы применительно ко всем детям, имеющим проблемы гендерной идентичности, поскольку могли быть подобраны таким образом, что особенно подходили для лечения из-за специфических характеристик (например, низкого уровня общей психопатологии ребенка, высокой мотивации родителей и т.д.).

Что мы знаем о долговременных результатах применения поведенческой психотерапии к детям с расстройством гендерной идентичности? К сожалению, не очень многое. На сегодняшний день Рекерс и его группа сделали лишь отдельные намеки на то, что они обнаружили после длительного периода наблюдений. Например, в статье 1985 года (Rekers, 1985, p. 687) сообщается, что более 50 детей были «полностью излечены», а результаты последующего наблюдения за бывшими пациентами указывают на «долговременные и устойчивые изменения в гендерной идентичности». Из сказанного можно сделать вывод, что гендерная дисфория у этих детей полностью прошла, и у них больше не возникало желания сменить пол. Однако авторы не предоставили никакой конкретной информации. Позднее Рекерс с соавторами (Rekers, Kilgus, & Rosen, 1990) обнародовали отчет

о групповом анализе 29 мальчиков, которых лечили с помощью поведенческой психотерапии. За ними всеми наблюдали в среднем 51 месяц после окончания лечения, и в итоге был сделан вывод, что 20% от общего показателя снижения межгендерного поведения объясняется именно проведенным лечением. К сожалению, отчет о долговременном последующем наблюдении, где содержалась бы оценка подростковой гендерной идентичности и сексуальной ориентации 29 мальчиков, прошедших курс лечения, опубликован не был. Поэтому представляет интерес работа 1986 года (Rekers, 1986), где утверждается, хотя и без формальных доказательств, что «судя по результатам наших исследований, благодаря превентивному лечению действительно удалось устранить трансвестизм, транссексуальность и некоторые формы гомосексуальности» (р. 28).

Индивидуальная психотерапия

Уже довольно много исследователей опубликовали отчеты о лечении детей, имеющих межгендерную самоидентификацию, с помощью психоанализа, психоаналитической психотерапии и других форм индивидуальной психотерапии (Bleiberg et al., 1986; Bloch, 1976; Charatan & Galef, 1965; Chazan, 1995, Chap. 4; Eide-Midsand, 1987; Fischhoff, 1964; Francis, 1965; Friend et al., 1954; Gilmore, 1995; Gilpin et al., 1979; Greenson, 1966; Haber, 1991a, 1991b; Herman, 1983; Holder, 1982; Hopkins, 1984; Karush, 1993; Lee, 1985; Loeb, 1992; Loeb & Shane, 1982; Lothstein, 1988; Lothstein & Levine, 1981; McDevitt, 1985; Meyer & Dupkin, 1985; Meyer & Sohmer, 1983; Pruett & Dahl, 1982; Sack, 1985; Sackin, 1985; Schrut, 1987; Schultz, 1979; Shane & Shane, 1995; Siegel, 1991; Silverman, 1990; Sperling, 1964; Stirtzinger & Mishna, 1994; Stone & Bernstein, 1980; Thacher, 1985; Volkan, 1979; Wallach, 1961; Wolfe, 1994; Zaphiriou, 1978). Литература, посвященная психоаналитическому/психотерапевтическому лечению, более разнообразна, чем литература о поведенческой терапии, и включает в себя различные теоретические подходы, объясняющие предполагаемую этиологию расстройства гендерной идентичности (такие, как, например, классический психоанализ, теория объектных отношений, эго-психология). Тем не менее опубликованные клинические отчеты зачастую содержат ряд повторяющихся тем.

Авторы психоаналитических исследований обычно обращают внимание на то, что межгендерное поведение начинается в период, предшествующий «эдиповым» годам. Соответственно, они подчеркивают важность понимания того, как расстройство гендерной идентичности связано с другими феноменами развития, которые ярко проявляются в эти годы: например, отношения привязанности, объектные отношения и осознание своего эго. Различные аспекты эдипова комплекса также рассматриваются как важные, но они исследуются в контексте предшествующих проблем и внутренних конфликтов, связанных с развитием. Практикующие психоаналитики также придают общему функционированию эго ребенка большое значение, которое они рассматривают как критическое при определении терапевтических подходов к специфическим проблемам, связанным с психотерапевтическим лечением (подробнее об этом см.: Zucker, 1985, 1990с; Zucker & Green, 1989). Вообще же при изучении психоаналитической литературы на нас произвела впечатление широта подхода, с которой предполагаемые факторы риска возникновения расстройства гендерной идентичности (рассмотренные нами в гл. 7) могут быть выявлены в индивидуальных клинических случаях. Ниже мы рассмотрим некоторые более общие темы, связанные с индивидуальной психотерапией.

Темы психоаналитического лечения

Отношения матери и ребенка. Некоторые клинические отчеты, посвященные мальчикам, сообщают, что возникновению женоподобных форм поведения предшествует реальная потеря матери или женщины, которая ее заменяет (см., например: Gilpin et al., 1979; Wallach, 1961). Считается, что такая потеря порождает у ребенка чувство незащищенности, которое он пытается ослабить, хотя бы отчасти, особым игровым поведением, связанным с гендерными представлениями (фетишами, если пользоваться терминологией старой психоаналитической литературы). При таком подходе цель терапии — помочь ребенку справиться с потерей того человека, к которому он испытывает привязанность, вследствие чего уменьшится и потребность в межгендерном поведении.

Что же касается наших пациентов, то анализ историй их болезней показывает, что 18 из 169 мальчиков (то есть 10,6 %) длительное

время (больше года или даже постоянно) были лишены матерей, начиная 12 месяцев (у двоих мальчиков матери умерли, еще у двоих развелись с отцами и уехали, 13 мальчиков были брошены матерями либо оставлены без попечения, в результате чего опеку над мальчиками взяли отцы, либо родственники, либо приемная семья, либо приют; один из 18 мальчиков был похищен отцом). Однако в большинстве этих случаев женоподобное поведение мальчиков началось раньше, чем произошла потеря матери, и, таким образом, потеря может быть учтена только как фактор сохранения межгендерного поведения. А в случаях, когда потеря произошла раньше, чем началось такое поведение, очень трудно (из-за отсутствия достоверной информации) определить, действительно ли сама потеря спровоцировала начало этого поведения.

В отчетах о некоторых клинических случаях считается весьма важным фактор психологической потери матери или ее самоустранения от воспитания (см., например: Pruett & Dahl, 1982; см. также гл. 5). Кроме того, Сьюзен Коутс сообщает (Coates, 1985) об очень высоком уровне травмирующих событий в жизни матерей гендерно-проблемных мальчиков в течение предполагаемого «чувствительного периода» формирования гендерной идентичности. Такими событиями могут быть физическое или сексуальное насилие, смерть ребенка или измена мужа. Авторы трех исследований (Coates et al., 1991; Schultz, 1979; Thacher, 1985), наряду с другими специалистами, подробно рассмотрели эти факторы. Психологические последствия подобных событий для мальчиков (тревожный синдром, женоподобное поведение и т. д.) оказываются теми же самыми, что и в случае прямой физической потери матери.

Однако другие психотерапевты, использующие психоаналитические методы, дали женоподобному поведению мальчиков, попавших в описанные ситуации, противоположное объяснение: по их мнению, причиной такого поведения мальчика является вовсе не удаленность от матери, а, напротив, слишком тесная близость к ней (см., например: Greenson, 1966; Loeb & Shane, 1982; Stoller, 1966, 1975, 1985b). При таком подходе задача психотерапевтического лечения состоит в том, чтобы помочь ребенку обрести собственную индивидуальность, независимую от матери.

Отношения отца и ребенка. В историях болезни гендерно-проблемных детей роль отца всегда привлекает особое внимание. В большинстве случаев отец описывается как физически

отсутствующий или психологически устраненный (см., например: Haber, 1991a; Stoller, 1966); таким образом, он не может исправить проблемы, возникающие между матерью и сыном, поскольку он вообще не вмешивается в их отношения. Согласно другим клиническим отчетам, отец сам страдает серьезными психическими расстройствами, подвержен непредсказуемым вспышкам агрессии, поэтому никак не может стать образцом, с которым маленький сын хотел бы отождествить себя (см., например: Fischhoff, 1964).

Если отец действительно физически отсутствует или страдает психическим расстройством, то в этом случае одна из задач психотерапевтической работы с гендерно-проблемным сыном заключается в том, чтобы помочь ребенку получить более разнообразные представления о мужчинах и мужественности, чтобы отрицательное влияние отцовской психопатологии оказалось таким образом минимизировано и положительные стороны отношений отца и сына, если таковые существуют, укрепились. Возможно, если психотерапевт мужчина, то феномены переноса (такие, как идеализация или идентификация) будут полезны для облегчения процесса самоидентификации ребенка с мужским полом.

Родительское поощрение межгендерного поведения. Роберт Столлер подчеркивал важность того, как влияет на развитие ребенка родительское отношение к понятиям мужественности и женственности (Stoller, 1968b, 1975). Ученый считал, что матери мальчиков, проявляющих крайнее женоподобие, сами страдают внутренними конфликтами, связанными с гендерной идентичностью (см. гл. 7), и поэтому они низко оценивают мужчин вообще и понятие мужественности. По мнению Столлера, обесценивание мужественности чувствует сын, который каким-то образом делает вывод, что мать бросит его, если он будет развивать в себе черты мужественности, и, наоборот, он сохранит хорошие отношения с матерью, если станет женоподобным мальчиком.

Роль поощрения женственности и обесценивания мужественности со стороны матерей (или бабушек) в развитии межгендерной самоидентификации мальчиков также отмечают и другие исследователи (например: Bleiberg et al., 1986; Loeb, 1992; Loeb & Shane, 1982; Lothstein, 1988). Действительно, мы не можем назвать ни одного клинического отчета, где

утверждалось бы, что родители недвусмысленно поощряют мужеподобное поведение маленьких сыновей. Однако, судя по всему, родители при этом руководствуются очень разнообразными мотивами. Тем не менее представляет интерес, что проксимальная переменная родительской терпимости или поощрения межгендерного поведения ребенка была четко выявлена в подробных клинических отчетах, представленных психотерапевтами, совпадающих в этом вопросе с наблюдениями других специалистов, руководствующихся иными теоретическими установками (см. гл. 7).

Эклектическая психотерапия

Под влиянием утверждения Роберта Столлера (Stoller, 1968b) о том, что крайне женоподобные мальчики не испытывают никакого внутреннего конфликта и потому не подлежат лечению с помощью психоанализа, Ричард Грин, Лоуренс Ньюман и Роберт Столлер (Green, Newman, Stoller, 1972) разработали более эклектичный и мультимодальный подход к психотерапии мальчиков с межгендерной самоидентификацией (см. также: Cohen, 1976; Green, 1974; Higham, 1976; Kosky, 1987; Lim & Bottomley, 1983; Metcalf & Williams, 1977; Money & Lehne, 1993; Newman, 1976; Stoller, 1970, 1978; Stoller & Newman, 1971; Wrate & Gulens, 1986; Zecca, Lertora, & Macchi, 1990). Терапевтический подход Грина, Ньюмана и Столлера (Green, Newman, & Stoller, 1972) имел четыре заявленные цели: 1) развитие отношений доверия и привязанности между мальчиком-пациентом и мужчиной-психотерапевтом; 2) усиление озабоченного отношения родителей к женоподобному поведению мальчика; 3) усиление роли отца в жизни мальчика; 4) повышение чувствительности родителей к динамике их взаимоотношений, что в итоге должно привести к избавлению отношений матери и ребенка от излишней близости и к исправлению периферийной роли отца в семье. Действительно, терапевтический метод Грина, Ньюмана и Столлера преследовал цель помочь женоподобным мальчикам понять мотивы их межгендерного поведения и внушить им мысль, что обладать чертами мужественности — это хорошо. Таким образом, в ходе лечения мальчикам внушается одобрительное отношение «к любым признакам мужественности, как в открытом поведении, так и в фантазиях» (Green, Newman, & Stoller, p. 214).

Пол психотерапевта

Технический вопрос, который часто ставится при рассмотрении проблем психотерапии детей, имеющих межгендерную самоидентификацию, заключается в следующем: должен ли пол психотерапевта совпадать с полом ребенка-пациента. По общему мнению, для женоподобных мальчиков больше подходят психотерапевты-мужчины, поскольку эти мальчики с младенчества в основном общались с женщинами. Точно так же для межгендерно-ориентированных девочек лучше подойдут психотерапевты-женщины, поскольку у этих девочек нормальная самоидентификация с полом их матерей затруднено материнской депрессией и обесцениванием собственной женственности (см. гл. 7).

Приведенные доводы кажутся вполне разумными. Но, с другой стороны, на них можно возразить, что психотерапевт противоположного пола лучше подойдет для возвращения в здоровое русло неправильных отношений, которые сложились у ребенка с родителем противоположного пола. В любом случае, пока не существует систематических исследований, подтверждающих, что результаты лечения зависят от половой принадлежности психотерапевта. Возможно, гораздо более важным качеством лечащего специалиста может стать его ощущение внутреннего комфорта при знакомстве с психологическим содержанием лечения детей, имеющих межгендерную самоидентификацию.

Оценка эффективности психотерапии

На основании всех известных на сегодня отчетов о клинических случаях в нашей области можно сделать вывод, что индивидуальная психотерапия, как и поведенческая терапия, оказывает на гендерно-типичное поведение детей, имеющих межгендерную самоидентификацию, определенное положительное воздействие. Однако эффективность психоанализа и других форм психотерапии еще не была подтверждена ни одним специальным исследованием результатов лечения, которое сравнило бы детей, взятых методом случайной выборки и имевших как вылеченные, так и не вылеченные психические состояния. Кроме того, многие клинические случаи, упомянутые выше, включали в себя не только индивидуальную психотерапию с ребенком. В ряде случаев в процессе психотерапевтического лечения также принимали

участие родители, а иногда ребенок был стационарным пациентом клиники и подвергался не только психотерапии, но и другим видам психиатрического вмешательства. Поэтому невозможно выяснить, какие именно виды воздействия повлияли на ребенка, и выделить из всех эффектов те, которые возникли исключительно благодаря психотерапии (подробное изложение данной темы и характеристики лечения большинства клинических случаев, где применялся психоанализ, см.: Zucker, 1985, табл. 16).

Что мы знаем о долговременных результатах лечения детей, страдающих гендерной дисфорией, которых подвергли психотерапевтическому воздействию? Опять-таки немного. Мы не имеем опубликованных отчетов о долговременном наблюдении за бывшими пациентами, где содержалась бы оценка их гендерной идентичности или сексуальной ориентации, а наша личная переписка с несколькими авторами психотерапевтических отчетов (Zucker, 1985) указывает, что большинство из них (9 из 17) вообще не имеет информации о своих бывших пациентах. Что же касается оставшихся восьми пациентов, дальнейшая история которых известна, то ни один из них не стал транссексуалом, шесть считаются гетеросексуалами и двое — гомосексуалами.

Групповая психотерапия

Другой подход к лечению мальчиков, имеющих межгендерную самоидентификацию, требует проведения групповой психотерапии. Ричард Грин с соавтором (Green & Fuller, 1973b) сообщили о групповой терапии семи мальчиков (от 4 до 9 лет). Судя по сообщениям психотерапевтов, каждый мальчик был в той или иной мере осведомлен, «почему его включили в данную группу» (р. 55). На спортивной площадке каждую неделю проводились групповые занятия, которыми руководил психотерапевт-мужчина: он вербально поощрял мальчиков к не женоподобным формам поведения, поскольку те более социально приемлемы, и отговаривал от женоподобных форм поведения. Кроме того, на тех же занятиях мальчики сами критиковали друг друга за женоподобные формы поведения. В результате, судя по рассказам родителей и по поведению мальчиков, «произошли изменения во многих показателях», относящихся к межгендерной самоидентификации (р. 66–67). Однако детальный анализ в работе не проведен.

Дж. Бэйтс с соавторами также применяли групповую терапию в отношении гендерно-проблемных мальчиков от 8 до 13 лет (Bates et al., 1975). Их подход заключался в том, чтобы прежде всего поощрять мужественное поведение и общие навыки социальной жизни. В противоположность подходу группы Ричарда Грина (Green & Fuller, 1973b), женоподобное поведение никак не порицалось. Мероприятиями также руководили психотерапевты-мужчины, но при этом применялись более структурированные технические приемы, способствующие изменению поведения детей. Одновременно в группы под руководством психотерапевтов объединили родителей, прежде всего, с тем чтобы научить их выстраивать отношения между отцами и сыновьями. Хотя систематические данные этих курсов терапии не были зафиксированы, Бэйтс с соавторами пришли к выводу, что «у мальчиков началось явное улучшение, как в плане развития навыков социального общения, так и в плане развития интересов и способностей, свойственных мужскому полу» (Bates et al., 1975, p. 154). Отчеты родителей и самоотчеты детей показали похожие изменения в поведении как в школе, так и во время игр с соседскими детьми, включая «меньший интерес к травестизму, к игре в куклы и к подражанию женским ужимкам» (там же, p. 154).

Хайно Майер-Бальбург (Meyer-Bahlburg, 1993c) также подчеркивал важную роль групп сверстников в процессе изменения поведения ребенка. Терапевтическая стратегия Майер-Бальбурга заключалась в том, что родители гендерно-проблемных мальчиков должны организовать встречи сыновей с другими мальчиками на игровых площадках или в игровых комнатах. Как мы уже отмечали в гл. 2, многие мальчики с расстройством гендерной идентичности избегают общения с другими мальчиками и особенно боятся игр, похожих на драку. Если же родители пациентов смогут найти таких мальчиков, которых гендерно-проблемные дети не воспринимают как угрозу для себя, то гендерно-нормальные мальчики смогут послужить ролевыми моделями для развития у мальчиков-пациентов склонности к более гендерно-типичным играм и другим видам физической активности. По мнению Майер-Бальбурга, такой подход представляется эффективным, поскольку с его помощью удастся в краткий промежуток времени уменьшить межгендерное поведение, а между мальчиками-пациентами и обычными мальчиками успешно развивается дружба, завязавшаяся описанным образом.

Лечение родителей

В пользу участия родителей в процессе лечения их детей, имеющих межгендерную самоидентификацию существуют два основных довода. Первый довод подчеркивает предполагаемую роль, которую играет психодинамика родителей в генезисе или сохранении психических расстройств у их детей. С точки зрения сторонников этого довода, индивидуальное психотерапевтическое лечение ребенка пройдет легче и быстрее, если родители смогут понять, каким образом они способствуют развитию его психических проблем. Очень многие практикующие врачи (включая нашу группу, работающую исключительно с гендерно-проблемными детьми) разделяют эту точку зрения (см., например: Coates, 1985; Green, Newman, Stoller, 1972; Newman, 1976; Stoller, 1978).

Второй довод заключается в том, что родители поддерживают регулярные и строго регламентированные контакты с психотерапевтом, лечащим их ребенка, и обсуждают с ним все повседневные проблемы, которые возникают в процессе психотерапевтического лечения. Например, в нашей клинике мы настоятельно советуем родителям не позволять детям заниматься переодеваниями в платья противоположного пола, не поощрять исполнение ролей противоположного пола в ролевых и фантазийных играх, ограничивать доступ к игрушкам, свойственным противоположному полу, постоянно говорить ребенку, что они ценят его как мальчика или как девочку, поощрять дружбу с ровесниками того же пола, помогать ребенку заниматься такими видами активности, которые более подходят его гендеру или являются гендерно-нейтральными. Некоторые родители, особенно хорошо справляющиеся с родительскими обязанностями в целом и обладающие высоким уровнем интеллекта, способны выполнить эти рекомендации относительно легко и без особых колебаний. Однако другим родителям для выполнения наших инструкций требуется постоянная поддержка, поскольку их отношение к проблемам гендерной идентичности амбивалентно противоречиво (см.: Newman, 1976). Некоторым родителям трудно поверить, что их ребенок имеет проблемы гендерной идентичности; другие неохотно ограничивают ребенка в его излюбленных фантазиях и занятиях. Постоянный контроль за такими родителями со стороны психотерапевта улучшает качество лечения.

Хотя некоторые данные допускают, что лечебный эффект может быть достигнут при минимальном участии родителей (см., например: Sackin, 1985; ср.: Karush, 1993), наш опыт показывает, что вовлеченность родителей в процесс в большинстве случаев просто необходима. И хотя мы согласны с другими психиатрами в оценке важности терапевтического воздействия на семейные и межличностные факторы (поскольку у родителей могут быть свои психические проблемы), мы, тем не менее, не разделяем точку зрения тех, кто отрицает необходимость родительского ограничения межгендерных форм поведения детей. По нашему мнению, именно такое ограничение со стороны родителей помогает ребенку избежать лишних сомнений и колебаний относительно своей гендерной принадлежности (при объяснении родителям мы называем такое воздействие «направленным извне внутрь»); параллельно проводятся традиционные сеансы психотерапии, которые помогают ребенку справиться с внутренними душевными конфликтами, проистекающими из межгендерной самоидентификации (это воздействие называется «направленным изнутри вовне»). В целом, контакт с родителями очень важен еще и для того, чтобы помочь им понять те сложные душевные переживания, которые постоянно испытывают их дети, страдающие расстройством гендерной идентичности (Pleak & Anderson, 1993).

Существуют ли эмпирические доказательства того, что работа с родителями действительно изменяет ход лечения? Вновь повторим, что у нас имеются весьма скудные сведения об этом. Наиболее важное исследование по теме (Zucker et al., 1985) выявило определенные доказательства, что вовлеченность родителей в процесс терапии существенно коррелирует с более высокой степенью поведенческих изменений у детей в течение первого года после лечения, однако при подборе историй болезни для этого исследования не использовался метод случайной выборки.

Что лучше для ребенка: терапевтический оптимизм или нигилизм?

Большинство критиков лечения гендерно-проблемных детей не специалисты в области медицины. А критики — профессиональные врачи — не имеют практического опыта в данной области. Хотя мы не согласны со многими их возражениями, тот

факт, что эти критики «не работают с нами на одном поле», — недостаточное основание для того, чтобы пренебрегать их сомнениями и озабоченностями. Каждый практикующий врач, перед которым возникнет задача произвести клиническую оценку, поставить диагноз и рассмотреть возможные методы лечения расстройства гендерной идентичности, должен ознакомиться со всеми особенностями данного расстройства, а затем совместно с семьей ребенка решить, по какому плану будет проводиться лечение (если вообще будет). И мы надеемся, что для этого пригодится информация, которую мы собрали в данной монографии.

В заключение этой главы мы изложим некоторые наши взгляды на необходимость терапевтического вмешательства вообще. Исходя из нашего опыта, мы не видим никакой причины отказываться от лечения ребенка, страдающего расстройством гендерной идентичности. Выше мы уже описали все доказательства воздействия межгендерной самоидентификации на социально-психологическое функционирование ребенка, привели документальные подтверждения наличия сопутствующей психопатологии, подытожили все имеющиеся сведения о семейной психопатологии. Был сделан вывод, что многие обследованные дети страдают сильным тревожным синдромом, как и их семьи, и лишь в незначительном меньшинстве случаев, несмотря на явную межгендерную самоидентификацию ребенка, другие аспекты его функционирования остаются относительно нормальными. Столь же высоким является уровень психопатологии родителей. Что касается прогноза, то здесь уместна крайняя осторожность относительно возможности терапевтических изменений у детей с выраженным гендерным расстройством и у их семей, точно так же, как и в случае других детских психических расстройств. В частности, необходимо учитывать тяжесть расстройства и количество семейных факторов риска. Следует также принимать во внимание возраст ребенка. В целом мы согласны с коллегами (например, Green, Newman, & Stoller, 1972; Newman, 1976; Stoller, 1978), которые утверждают, что чем раньше начинать лечение, тем лучше. С приближением полового созревания ребенка добиваться терапевтических изменений становится все сложнее. Поэтому каждый специалист должен быть особенно осторожен при принятии решения о работе с детьми препубертатного и пубертатного возраста. Тем не менее подобные обобщения также требуют большой осторожности.

Судя по нашему опыту, у значительного числа детей и их семей удастся добиться существенных изменений. В этих случаях расстройство гендерной идентичности проходит полностью, так что уже ни в поведении, ни в фантазиях ребенка нет ничего, заставляющего предположить наличие проблем с гендерной самоидентификацией. В меньшинстве случаев нет никаких доказательств (либо имеются минимальные) произошедших изменений в межгендерной самоидентификации ребенка и других поведенческих проблемах. Однако, взвесив все обстоятельства, мы все же придерживаемся точки зрения, что даже в таких случаях лечащий врач должен быть настроен оптимистически, а не проявлять нигилизм относительно возможности помочь ребенку чувствовать себя более защищенным именно в своем гендере. Напомним, теоретические исследования и практическая клиническая работа в области расстройства гендерной идентичности ведутся пока немногим более 30 лет, и в этой сфере действует лишь очень незначительное число профессионалов. Нам предстоит сделать еще очень много.

Комментарии

- [29] Не совсем ясно, против чего именно возражает Сандра Бем: против поведенческой психотерапии вообще, против модели поведенческой терапии, которую разработал Рекерс с соавторами, либо ее возражения касаются более широкой озабоченности этическими и идеологическими проблемами, связанными собственно с допустимостью психиатрического лечения детей, имеющих расстройство гендерной идентичности.
- [30] Вероятно, из-за критики, которой подверглись работы Рекерса, он и его коллеги задним числом пересмотрели свои терапевтические цели: «Нашей задачей было усилить поддержку мужеподобных форм поведения, *при этом сохраняя сопутствующие женоподобные формы поведения*» (Rosen, Rekers, & Brigham, 1982, р. 372, курсив наш). Однако этот пересмотр не соответствует их прежним объяснениям смысла лечения, и мы не уверены, что он имеет клинический смысл. Представим себе, например, мальчика дошкольного возраста, который, помимо прочего, переодевается в женскую одежду

и дома, и в детском саду. Какой смысл позволять ему продолжать заниматься переодеванием? Очень маловероятно, что это облегчит социальный остракизм, которому подвергается ребенок, а ведь уменьшение остракизма является одной из задач лечения, поставленных Рекерсом и его коллегами.

Глава 10

ДАЛЬНЕЙШЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ

Несколько публикаций, касающихся дальнейшего наблюдения за детьми, имевшими межгендерную самоидентификацию (абсолютное большинство которых — мальчики), предоставили информацию об их гендерной идентичности и сексуальной ориентации по достижении половой зрелости. Наиболее масштабная работа Ричарда Грина 1987 года (Green, 1987) — единственное исследование такого рода, в котором принимала участия контрольная группа, взятая для сравнения. Работа Грина послужит нам образцом, с которым мы будем сравнивать остальные исследования на эту тему (Bakwin, 1968; Davenport, 1986; Kosky, 1987; Lebovitz, 1972; Money & Russo, 1979; Zuger, 1978, 1984). Данные, касающиеся дальнейшего наблюдения за пациентами, опубликованные до 1985 года, проанализированы автором этой книги в другой публикации (Zucker, 1985, pp. 143–153).

Работа Ричарда Грина 1987 года и публикации других исследователей

Ричард Грин (Green, 1987) изучил группу из 66 женоподобных мальчиков и контрольную группу из 58 гендерно-нормальных мальчиков, которых первоначально обследовали, когда им было в среднем 7 лет (от 4 до 12 лет). Примерно две трети мальчиков из каждой группы были доступны для наблюдения до достижения ими среднего возраста 19 лет (от 14 до 24 лет). При дальнейшем наблюдении сексуальная ориентация оценивалась с помощью

протоколов полуструктурированных бесед. При этом ориентация сексуальных фантазий оценивалась отдельно от поведенческой ориентации; в обоих случаях применялась шкала из 7 пунктов, где 0 обозначал исключительную гетеросексуальность, а 6 — исключительную гомосексуальность (Kinsey et al., 1948).

В таблице 10.1 представлена сексуальная ориентация обеих групп. Из 44 юношей, во время обследования — женоподобных мальчиков, 33 (75 %) были оценены как бисексуальные или гомосексуальные в фантазиях (по шкале Кинси их значения колебались от 2 до 6), а 11 из них (то есть 25 %) были оценены как «преимущественно гетеросексуальные» или «исключительно гетеросексуальные» в фантазиях (по шкале Кинси — от 0 до 1). Все 35 обычных мальчиков из контрольной группы стали гетеросексуальными юношами в фантазиях. Из 30 юношей, в период обследования — женоподобных мальчиков, а затем получили реальный сексуальный опыт, 24 (80 %) были оценены как бисексуальные или гомосексуальные, а еще 6 (20 %) — как гетеросексуальные. Все 25 юношей из контрольной группы (кроме одного), имевшие реальный сексуальный опыт, были оценены как гетеросексуальные (единственный юноша, оказавшийся бисексуальным, был однояйцевым близнецом одного из 44 основных (женоподобных) пробандов; см.: Green, 1987, Ch. 8; Green & Stoller, 1971). Таким образом, исследование Ричарда Грина 1987 года предоставило веские доказательства большой вероятности того, что женоподобные мальчики, вырастая, становятся гомосексуалами. Это открытие согласуется с выводом ретроспективных исследований о прямой связи между детским гендерно-типичным поведением и последующей сексуальной ориентацией (см.: Bailey & Zucker, 1995).

Необходимо сделать несколько замечаний относительно объединения гомосексуальных и бисексуальных случаев, поскольку описанный метод иногда подвергается критике (см., например: Paul, 1993). Среди гомосексуальных мужчин очень распространены воспоминания о своем бисексуальном поведении в подростковом возрасте. Поэтому подростки и юноши, определяющие себя как бисексуалы, в будущем чаще всего дрейфуют в сторону исключительно гомосексуальной ориентации. Такой прогноз основан отчасти на клиническом опыте, в ходе которого выяснилось, что большинство бисексуальных мужчин сильнее возбуждаются под воздействием гомосексуальных, чем под воздействием гетеросексуальных стимулов (см., например: Langevin, 1983), хотя

Таблица 10.1. Сексуальная ориентация в фантазиях и поведении, выявленная при дальнейшем наблюдении за пациентами Ричарда Грина (Green, 1987)

Kinsey rating	Feminine boys (n = 44)	Control boys (n = 35)
Fantasy		
0	9 (20.5%)	33 (94.3%)
1	2 (4.5%)	2 (5.7%)
2	6 (13.6%)	0 (0.0%)
3	0 (0.0%)	0 (0.0%)
4	9 (20.5%)	0 (0.0%)
5	10 (22.7%)	0 (0.0%)
6	8 (18.2%)	0 (0.0%)
Behavior		
0	5 (16.7%)	24 (96.0%)
1	1 (3.3%)	0 (0.0%)
2	3 (10.0%)	1 (4.0%)
3	1 (3.3%)	0 (0.0%)
4	7 (23.3%)	0 (0.0%)
5	5 (16.7%)	0 (0.0%)
6	8 (26.7%)	0 (0.0%)

Использованные термины:

Kinsey rating — оценка сексуальной ориентации человека по шкале Кинси.

Feminine boys (n = 44) — группа из 44 женоподобных мальчиков.

Control boys (n = 35) — группа из 35 гендерно-нормальных мальчиков, приглашенных к исследованию для сравнения.

Fantasy — сексуальные фантазии.

Behavior — сексуальное поведение.

Примечание: данные взяты из исследования Ричарда Грина (Green, 1987, p. 102–103). Не все пациенты на момент завершения наблюдения имели опыт реальных сексуальных контактов, поэтому в разделе Behavior их число меньше, чем в разделе Fantasy. Согласно шкале Кинси, 0 — исключительно гетеросексуальная ориентация, 6 — исключительно гомосексуальная.

они далеко не всегда называют себя гомосексуалами (см., например: Ross, 1983). Кроме того, известно, что люди открыто заявляют о своей гомосексуальности (совершают камингаут) всегда около 20, если не позже.

Ричард Грин (Green, 1987) также произвел клиническую оценку гендерной идентичности всех участников обследования

Таблица 10.2. Последующая сексуальная ориентация, выявленная при дальнейшем наблюдении мальчиков, имевших расстройство гендерной идентичности, в шести других исследованиях

Study	Homosexual	Heterosexual	Uncertain	Lost to follow-up
Bakwin (1968)	2	2	3	4
Lebovitz (1972)	3	3	4	19
Zuger (1978)	9	2	1	—
Money & Russo (1979)	9	0	0	2
Davenport (1986)	3	6	1	0
Kosky (1987)	0	2	4	1
Total	26	15	13	26

Использованные термины:

Study — ссылка на опубликованное исследование (см.: Список литературы).

Homosexual — гомосексуальная ориентация.

Heterosexual — гетеросексуальная ориентация.

Uncertain — сексуальная ориентация не определена.

Lost to follow-up — наблюдение не завершено (требуется дальнейшее наблюдение).

Total — обобщенный итог шести исследований.

Примечание. Указаны только те пациенты, которые были впервые обследованы еще в детском, а не в подростковом возрасте. Еще один юноша упоминается в отчете 1972 года (Lebovitz, 1972) как «гетеросексуальный трансвестит». Группа, охарактеризованная как требующая дальнейшего наблюдения, могла включать в себя юношей, чье обследование началось уже в подростковом возрасте (возраст, когда эти пациенты были впервые обследованы, не указан). В исследовании 1984 года (Zuger, 1984) сообщается о дальнейшем наблюдении за этими людьми и приводятся следующие данные: 35 из них были гомосексуальны, 3 — гетеросексуальны, 7 — с неопределенной ориентацией и еще 7 требовали дальнейшего наблюдения. К сожалению, 16 пациентов были впервые обследованы в подростковом возрасте, но описание дальнейшего наблюдения за ними не было отделено от наблюдения за теми, кого впервые обследовали в детстве.

и дальнейшего наблюдения, хотя и не сообщил, по какой именно методике он делал эту оценку. В итоге оказалось, что только один из 44 женоподобных мальчиков (2 %) к этому моменту всерьез рассматривал вопрос о хирургической перемене пола:

в период завершения наблюдения ему было 18 лет (см.: Green, 1987, pp. 115–132).

Теперь попытаемся сравнить данные Ричарда Грина с данными других шести опубликованных отчетов о дальнейшем наблюдении за мальчиками с расстройством гендерной идентичности. Данные из этих исследований представлены в таблице 10.2. Общее число мальчиков, доступных для дальнейшего наблюдения, равнялось 55; наблюдение продолжалось до достижения ими подросткового или даже взрослого возраста (от 13 до 36 лет). По итогам дальнейшего наблюдения 5 мальчиков были классифицированы как транссексуалы (с гомосексуальной ориентацией), 21 — как гомосексуалы, 1 — как гетеросексуальный трансвестит, 15 — как гетеросексуалы, у 13 юношей невозможно было оценить сексуальную ориентацию. Таким образом, если исключить 13 «неопределенных» юношей из этих исследований, то 27 из оставшихся 42 (то есть 64,2 %) окажутся «нетипичными», а именно: гомосексуалами, транссексуалами или трансвеститами. Очевидно, эти результаты очень похожи на выводы исследования Ричарда Грина (Green, 1987).

Всесторонняя оценка этих данных требует рассмотрения некоторых общих методологических проблем, касающихся проспективного исследования женоподобных мальчиков. Во-первых, следует понимать, что процент нетипичных сексуальных наклонностей в подобных исследованиях скорее всего занижается, поскольку мы имеем дело с очень деликатной темой. Это занижение может быть особенно сильным в тех отчетах, авторы которых в течение всех лет наблюдения общались с пациентами очень ограниченно, поскольку участие врачей в судьбе обследованных детей было минимальным. Во-вторых, авторы некоторых опубликованных отчетов очень невнятно объясняют, каким способом они оценивали и классифицировали психосексуальный статус наблюдаемых (см., например: Kosky, 1987). В-третьих, в некоторых исследованиях классификация основана исключительно на сообщениях матерей мальчиков (см., например: Bakwin, 1968). В-четвертых, возраст наблюдаемых мог повлиять на процент выявленных нетипичных сексуальных наклонностей, поскольку с возрастом у людей усиливается склонность к гомосексуальности и транссексуальности. Как мы уже отмечали в другой публикации (Zucker, 1988), данные Ричарда Грина (Green, 1987) указывают на то, что более старшие подростки и юноши чаще, чем

Таблица 10.3. Соотношение возраста и сексуальной ориентации в исследовании Ричарда Грина (Green, 1987)

Sexual orientation	Age (in years)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Fantasy^a		
Homosexual/bisexual (<i>n</i> = 33)	19.7	2.0
Heterosexual (<i>n</i> = 11)	16.8	2.1
Behavior^b		
Homosexual/bisexual (<i>n</i> = 24)	20.3	1.6
Heterosexual (<i>n</i> = 6)	17.2	1.2
No behavior (<i>n</i> = 14)	17.6	2.7

Использованные термины: те же, что в табл. 10.1 и 10.2.

младшие подростки, открыто признают свою гомосексуальную ориентацию (табл. 10.3). Эта закономерность была подтверждена тем фактом, что в таких масштабных исследованиях, как работы Мани, Руссо и Цугера (Money & Russo, 1979; Zuger, 1978, 1984), авторы которых продолжали наблюдать большинство пациентов уже в период их поздней юности, в итоге был сделан вывод о более высоком проценте нетипичных психосексуальных состояний, чем показали другие исследования: 90 % всех пациентов Мани, Руссо и Цугера в итоге стали гомосексуалами или транссексуалами. В связи с этим было бы любопытно продолжить наблюдение за «гетеросексуальным меньшинством» из исследования Ричарда Грина (Green, 1987), поскольку они уже достигли возрастного диапазона бисексуального/гомосексуального большинства.

Доказательства долговременного воздействия психотерапии

Научная литература, посвященная описанию практического применения поведенческой психотерапии и индивидуальной психотерапии (см. гл. 9), пока не дает нам достаточно сведений, позволяющих оценить долговременное воздействие лечения гендерно-проблемных детей на их последующую гендерную идентичность или сексуальную ориентацию. Несколько проспективных исследований женоподобных мальчиков включали в себя также детей, прошедших курсы лечения разных видов. Таким

образом, эти исследования являются альтернативным источником информации о результатах терапии детей, имеющих межгендерную самоидентификацию.

Ричард Грин (Green, 1987) сообщил, что 12 из 44 женоподобных мальчиков, данные о дальнейшем наблюдении за которыми доступны, «прошли всю формальную программу лечения», включая поведенческую терапию, групповую терапию и индивидуальную терапию либо терапию с участием родителей. Грин заметил также, что «многие родители предпочитают, чтобы их ребенок не проходил весь курс лечения межгендерного поведения, но вместо этого они сами пытаются мягко отучить ребенка от подобных форм поведения, когда их замечают» (р. 260).

Единственный мальчик из исследования Грина, который позднее стал транссексуалом, не получал лечения. Женоподобные мальчики, у которых впоследствии развилась бисексуальная или гомосексуальная ориентация, по степени своей вовлеченности в процесс лечения не отличались от тех мальчиков, у которых впоследствии развилась гетеросексуальная ориентация. Грин признавал, что полученные данные свидетельствуют «об очевидной невозможности остановить процесс превращения женоподобного мальчика в гомосексуального или бисексуального мужчину, какие бы виды лечения к нему ни применялись» (р. 318). Однако при этом ученый заметил, что женоподобные мальчики, получавшие лечение, имели более высокую самооценку, чем женоподобные мальчики, не получавшие его; кроме того, выросшие мальчики, которые прошли курс лечения, «вспоминали опыт своего участия в терапии с положительными эмоциями».

С нашей точки зрения, к этим выводам Грина следует относиться с осторожностью. Во-первых, необходимо признать, что основными целями этого исследования (Green, 1987) были не терапевтические, а описательные и этиологические. При отборе клинических случаев не применялся метод случайной выборки, при котором бывшие пациенты отбирались бы независимо от того, прошли ли они весь курс лечения. Во-вторых, законен вопрос: как именно велось лечение? Ричард Грин не предоставил необходимой информации о терапии, например, о ее длительности, об опытности психотерапевтов, о краткосрочных эффектах, произведенных терапией на детей, и т. д.

Бернард Цугер (Zuger, 1966) также предоставил некоторые сведения об опыте лечения своих пациентов. Он заметил, что «все

родители получили рекомендации по дальнейшему воспитанию детей с целью усиления их самоидентификации с мужским полом. Родителям были даны советы неодобрительно относиться к женоподобным формам поведения мальчиков и всячески поощрять типично мальчишеское поведение» (р. 1105). Одного мальчика, который позднее стал транссексуалом, Цугер лечил методом «ряда консультаций и нескольких психологических бесед». Один из двух мальчиков, позднее ставший гетеросексуалом, лечился у Цугера на протяжении трех лет, и в процессе лечения принимали участие его родители, тогда как второй будущий гетеросексуал не получал никакого лечения, кроме советов родителям во время обследования. А вот пациенты, позднее классифицированные как гомосексуалы, в детстве получили самые разные виды лечения, хотя и в основном не очень долго. Поскольку совершенно очевидно, что абсолютное большинство женоподобных мальчиков, лечившихся у Цугера, позднее стали гомосексуалами, можно сделать следующий вывод: какие бы врачебные вмешательства ни применялись к гендерно-проблемным детям, ничто не поможет им стать гетеросексуалами. Добавим: исследование Цугера, как и Грина, не имело целью оценить эффекты терапии. Кроме того, у Цугера, как и у Грина, нет подробного описания самого процесса лечения.

Как уже было отмечено в гл. 9, Джордж Алан Рекерс с соавторами (Rekers, Kilgus, & Rosen, 1990) сообщили лишь о краткосрочных результатах терапии гендерно-проблемных мальчиков. Что же касается их сексуальной ориентации и гендерной идентичности во взрослом возрасте, то сведений об этом группа Рекерса вообще не опубликовала. Таким образом, утверждение этого специалиста, что «благодаря превентивному лечению, нам удалось устранить транссексуальность и некоторые формы гомосексуальности» (Rekers, 1986, р. 28), представляется довольно сомнительным.

Таким образом, складывается впечатление, что лечение женоподобных мальчиков, описанное (но не детализированное) в двух крупнейших исследованиях на эту тему, не оказало никакого воздействия на их сексуальную ориентацию во взрослом возрасте (см. также: Money & Russo, 1979). Есть доказанная вероятность, что терапия могла оказать благотворное воздействие на подростковую гендерную идентичность, поскольку ни один из тех обследованных мальчиков, которые позднее стали транссексуалами, не получал лечения в детском возрасте.

Таким образом, формальное исследование результатов лечения детей, имеющих межгендерную самоидентификацию, должно ответить на два главных вопроса: 1) являются ли одни методы лечения более эффективными, чем другие; 2) является ли лечение вообще более эффективным, чем отсутствие лечения. Кроме того, необходимо изучать собственно процесс терапии, чтобы понять, почему получается такая картина: и с интенсивной терапией, и безо всякой терапии абсолютное большинство детей, имеющих межгендерную самоидентификацию, достигнув взрослого возраста, в итоге теряют всякое желание сменить пол. Наконец, необходимо специальное исследование, чтобы определить, какой возраст лучше всего подходит для начала врачебного вмешательства. Наш клинический опыт подсказывает, что наиболее эффективным является лечение, начатое до наступления полового созревания, однако в подростковом возрасте уже гораздо сложнее повлиять на решение пациента сменить пол (о чем подробно говорится в гл. 11).

Связь сексуальной ориентации и транссексуальности

На основе множества исследований, посвященных детям, у которых вероятно развитие серьезных психических расстройств (типа шизофрении или тяжелой депрессии), было установлено, что конечные результаты развития патологии могут быть самыми разнообразными: одни дети остаются в целом нормальными, тогда как у других формируется полноценный синдром. Таким образом, имеется возможность изучить предпосылки как первого, так и второго результата в отдельно взятой группе детей, имеющих факторы риска (ср.: McNeil & Kaij, 1979).

Как мы уже отмечали в гл. 3, взрослые транссексуалы, особенно имеющие гомосексуальную ориентацию, всегда вспоминают о своем межгендерном поведении в детстве. В то же время все исследования, посвященные дальнейшему наблюдению за детьми, имевшими межгендерную самоидентификацию (большинство которых, опять-таки, составляют мальчики), показывают, что желание сменить пол во взрослом возрасте сохраняет очень незначительный процент этих детей, хотя этот процент кажется гораздо выше, чем можно ожидать, если вспомнить долю транссексуалов

в популяции в целом. Почему так происходит? Возможны несколько объяснений. По одной версии, все дело в общем низком проценте транссексуалов даже среди той части популяции, у которой в детстве наблюдалось межгендерное поведение, и потому для более правильного подсчета транссексуальных случаев требуется более широкая выборка (Weinrich, 1985). По другой, более правдоподобной, на наш взгляд, версии, тяжесть расстройства гендерной идентичности варьирует даже среди тех детей, которые соответствуют всем показателям диагноза. Помимо воздействия других факторов, например, тех, что способствуют сохранению данного расстройства, понятно, что очень многие дети, у которых наблюдается это психическое состояние, страдают не настолько, чтобы получить реальный риск транссексуальности. И, наконец, третья версия заключается в том, что процесс клинической оценки и последующего терапевтического вмешательства (если таковое имеет место) сам по себе меняет естественный ход развития межгендерной самоидентификации ребенка, тем самым уменьшая риск развития транссексуальности. К сожалению, у нас имеется недостаточно прогностических данных, для того чтобы объяснить, почему столь малая доля гендерно-проблемных детей впоследствии хочет сделать себе операцию по перемене пола.

С клинической точки зрения, у нас всегда складывалось впечатление, что дети, не успевшие избавиться от крайней межгендерной самоидентификации к началу подросткового периода, больше рискуют в будущем стать транссексуалами. По нашему опыту, устойчивость гендерной дисфории, включая желание сменить пол, значительно выше у пациентов, впервые обследованных уже в подростковом возрасте (с последующим наблюдением), чем у пациентов, обследованных в детском возрасте (с последующим наблюдением). Это приводит к предположению, что в плане отделения транссексуальности от других возможных последствий детского расстройства гендерной идентичности клиническая ситуация в период перехода от детства к отрочеству является решающим фактором.

Ричард Грин сравнил ряд детских поведенческих переменных у женоподобных мальчиков, которые позднее стали бисексуалами или гомосексуалами, с аналогичными поведенческими переменными женоподобных мальчиков, позднее ставших гетеросексуалами (Green, 1987; Green, Roberts, Williams, Goodman, & Mixon,

1987). Хотя группы отличались друг от друга в некоторых видах женоподобного поведения, общий показатель детского женоподобия у обеих лишь приближался к обычному уровню значений, да и то только в оценках сексуальной ориентации, проявляющейся в фантазиях, а не в поведении. Отсутствие более выраженной корреляции несколько удивляет, если к тому же учесть прогнозируемую связь между степенью выраженности межгендерной самоидентификации с долговременными последствиями этого расстройства. Однако Ричард Грин пришел к выводу, что устойчивость некоторых видов женоподобного поведения в детстве связана с последующей гомосексуальностью. Таким образом, вполне возможно, что устойчивая длительность женоподобных форм поведения более важна, чем их сила и степень «яркости» в раннем детстве. Кроме того, Грин сделал вывод, что с последующей гомосексуальностью мальчика связано меньшее количество времени, проведенное с отцом в первые два года жизни, но при этом количество времени, проведенное мальчиком с матерью, никак не влияет на его дальнейшую сексуальную ориентацию.

Предварительные результаты анализа дальнейшего наблюдения за пациентами в клинике Торонто

К настоящему времени известны результаты дальнейшего наблюдения 45 детей, бывших нашими пациентами в подростковый и ранний юношеский период. Наша стратегия состояла в том, чтобы провести первоначальное обследование в период среднего подросткового возраста, с тем чтобы получить информацию о гендерной идентичности, сексуальной ориентации и об общем социально-эмоциональном функционировании. Ниже представлен краткий обзор предварительных результатов этого обследования, касающихся гендерной идентичности и сексуальной ориентации.

Гендерная идентичность и сексуальная ориентация оценивались посредством структурированных устных бесед (велась аудиозапись), а также с помощью письменных опросников, содержащих самоотчеты подростков. Беседа всегда предшествовала работе с опросником, который становился средством дополнительной проверки данных, полученных в ходе разговора,

и, кроме того, предоставлял дополнительные данные для анализа. Если между данными опросника и беседы обнаруживались расхождения, то противоречия разрешались в ходе дополнительного разговора с подростком. (Поскольку эти расхождения в данных случались очень редко, здесь мы не будем их описывать подробно.) Для оценки гендерной идентичности задавались вопросы, касающиеся гендерной дисфории, включая субъективное желание сменить пол и субъективные ощущения, связанные с гендерным статусом подростка как представителя мужского или женского пола. В дополнение участники исследования заполняли письменный опросник, касающийся гендерной дисфории.

Оценка сексуальной ориентации производилась в соответствии с процедурой, использованной Ричардом Грином (Green, 1987). Вопросы, относящиеся к сфере фантазии, касались таких тем, как эмоциональные увлечения, визуальные возбудители, эротические сновидения, а также образы, которые представляются подростку во время мастурбации. Вопросы, относящиеся к сфере поведения, касались любовных свиданий, рукопожатий, поцелуев, прикосновений к интимным местам и, наконец, половых сношений. Каждый пункт опросника анализировался по системе Альфреда Кинси (Kinsey et al., 1948), и в итоге вычислялась обобщенная оценка как в сфере фантазии, так и в сфере поведения. Ниже мы приведем только те оценки, которые касаются периода 12 месяцев, предшествовавших беседе. Значительная часть аудиозаписей бесед, относящихся к сексуальной ориентации, была прослушана и проанализирована другим специалистом, который не знал результаты первого анализа. В итоге не было выявлено значительных расхождений в данных.

В большинстве случаев у нас сложились хорошие отношения с наблюдаемыми молодыми людьми, по крайней мере в том смысле, что большинство было нам хорошо знакомо, поскольку мы руководили их первоначальным обследованием, долгое время следили ними и их семьями, а в некоторых случаях руководили их лечением (когда оно проводилось) в сотрудничестве с семьями. Поэтому мы имеем столь низкий процент отказов от дальнейшего наблюдения. На сегодня от него отказались только два наших бывших пациента; заметим, что в обоих случаях матери были против психологической беседы. В период дальнейшего

Таблица 10.4. Демографические характеристики группы подростков, обследовавшихся в детской психиатрической клинике Торонто (при Институте Кларка) и затем несколько лет находившихся под наблюдением специалистов клиники

Variables	Data
Age at assessment (in years)	
<i>M</i>	8.3
<i>SD</i>	2.7
Range	3.1–14.3
Age at follow-up (in years)	
<i>M</i>	16.7
<i>SD</i>	2.3
Range	13.1–23.5
Interval (in years)	
<i>M</i>	8.4
<i>SD</i>	2.6
Range	2.8–14.9
IQ	
<i>M</i>	105.8
<i>SD</i>	18.5
Range	53–144
Social class^a	
<i>M</i>	35.8
<i>SD</i>	15.6
Range	8–66
Marital status	
Two parents (<i>n</i>)	26
Mother only/reconstituted (<i>n</i>)	19

Использованные термины:

Variables — демографические переменные.

Data — здесь: численное значение каждой переменной.

Age at assessment (in years) — возраст пациента в момент обследования (в годах).

Age at follow-up (in years) — возраст пациента в момент окончания наблюдения.

Остальные термины: те же, что в табл. 4.3 и 5.1.

наблюдения никто из обследованных детей уже не проходил курсов лечения в нашей клинике, хотя некоторые лечились у других практикующих психиатров. В таблице 10.4 представлены демографические сведения об этой группе.

Гендерная идентичность

В таблице 10.5 представлена информация, касающаяся гендерной идентичности тех же пациентов. Наблюдаемые подростки классифицированы как страдающие гендерной дисфорией, если в ходе клинической беседы они указали, что хотели бы направиться на операцию по перемене пола, желали бы родиться представителями противоположного пола, и/или что часто задают себе вопрос, не будут ли они счастливее, если станут представителями противоположного пола. На этом основании 9 подростков (20 % от общего числа наблюдаемых) по окончании периода наблюдения были классифицированы как страдающие гендерной дисфорией. Из этих 9 подростков 6 хотели направиться на операцию по перемене пола, 7 желали бы родиться представителями противоположного пола, и все 9 задавали себе вопрос, не будут ли они счастливее, если станут представителями противоположного пола. Только два подростка из всей группы были направлены на дальнейшее обследование в Клинику гендерной идентичности взрослых Института Кларка, отчасти из-за возраста. Разумеется, мы пока не можем предугадать, как долго продлится их столь устойчивая гендерная дисфория и приведет ли она их в конце концов к хирургической операции по перемене пола.

Приведенные ниже описания клинических случаев иллюстрируют психическое состояние этих детей и подростков.

Случай из практики 10.1

Хосе, 10 лет, IQ равен 104. Хотя ребенок не соответствовал всем признакам диагноза «расстройство гендерной идентичности», описанным в DSM-III, он проявлял яркую межгендерную самоидентификацию и был направлен на обследование руководством школы в связи с тем, что из-за женоподобного поведения подвергался социальному ostracism. Родители, не говорившие по-английски, отрицали наличие у Хосе каких-либо психических проблем и вопреки советам врачей отказались поместить его в клинику. Мальчик был повторно направлен на обследование в 13 лет руководством школы по тем же причинам, что и тремя годами ранее. Теперь уже и сам Хосе, и его родители согласились

принять психиатрическую помощь, но лишь на короткое время, поэтому лечение не было доведено до конца. Когда Хосе в ходе дальнейшего наблюдения был вновь обследован в 15 лет, он отрицал гендерную дисфорию и утверждал, что его ориентация исключительно гетеросексуальная. Он также заявлял, что недавно избран старостой класса и получает только отличные отметки; однако он не привел никаких документальных доказательств последних утверждений. Годом позже Хосе сам попросил провести с ним психологическую беседу. В этот раз на нем была женская одежда, и он, по всем признакам, исполнял женскую социальную роль. К тому времени Хосе бросил школу, убежал из дома, злоупотреблял легкими наркотиками и начал заниматься проституцией. Подросток сообщил о своей исключительно гомосексуальной ориентации, потребовал срочной операции по перемене пола, а также заявил, что во время обследования за два года до этого «лгал» о своих ощущениях и наклонностях, поскольку «стеснялся» сказать правду.

Случай из практики 10.2

Крис, 12 лет, IQ равен 144. Впервые была направлена на обследование руководством школы, после того как выяснилось, что при регистрации в новой школе она зарегистрировалась там как ученик мужского пола, хотя на самом деле была представительницей-девочкой. По ее имени и внешнему виду невозможно было угадать истинную половую принадлежность. Мать девочки, в отличие от отца, которого это не волновало, была очень встревожена гендерным развитием дочери. В итоге родители не послушались врачей, рекомендовавших направить Крис на лечение. Когда девочку вновь обследовали в рамках последующего наблюдения уже в среднем подростковом возрасте, та сообщила, что она чувствует себя очень несчастной из-за принадлежности к женскому полу, но не знает, что с этим делать. Она сообщила, что не имеет никакого сексуального опыта ни в фантазиях, ни в поведении, и определила себя как «сексуально мертвую». Кроме того, она рассказала о навязчивых мыслях о самоубийстве. Несмотря на это, Крис отказалась от всех предложений о лечении. Единственным человеком, способным оказать ей психологическую поддержку, стал школьный учитель, к которому девушка чувствовала душевную привязанность.

Таблица 10.5. Гендерная идентичность и сексуальная ориентация группы подростков, обследовавшихся в детской психиатрической клинике города Торонто (при Институте Кларка) и затем несколько лет находившихся под наблюдением специалистов клиники

ID	Sex	Age at assessment (in years)	Age at follow-up (in years)	Kinsey ratings		Gender identity	DSM
				Fantasy	Behavior		
01.	M	6.4	18.2	6	6	Dysphoric	+
02.	M	5.7	15.1	0	—	WNL	+
03.	M	8.2	17.7	0	0	WNL	—
04.	M	6.4	18.3	0	0	WNL	+
05.	M	5.1	15.1	0	—	WNL	+
06.	M	5.4	16.3	—	—	WNL	+
07.	F	8.9	19.6	(6) ^a	(6) ^a	WNL	+
08.	M	9.5	17.7	0	—	WNL	—
09.	M	5.9	15.1	0	—	WNL	+
10.	F	5.9	17.4	0	0	WNL	+
11.	M	8.0	16.1	0	0	WNL	—
12.	F	14.3 ^b	23.0	0	—	Dysphoric	+
13.	M	12.9	20.1	5	6	WNL	—
14.	M	5.3	20.2	5	—	Dysphoric	+
15.	M	8.8	19.0	2	—	WNL	+
16.	M	6.2	14.2	—	—	WNL	+
17.	M	4.7	14.3	0	—	WNL	—
18.	M	10.4	17.3	0	—	Dysphoric	—
19.	M	7.0	14.2	0	0	WNL	+
20.	M	7.2	14.7	0	—	WNL	+
21.	M	12.4	18.8	0	0	WNL	—
22.	M	10.7	19.4	6	6	Dysphoric	—
23.	M	6.5	14.3	0	0	WNL	+
24.	F	3.2	14.8	0	—	WNL	+

25.	M	5.9	16.6	3	0	Dysphoric	+
26.	M	5.1	15.8	0	—	WNL	+
27.	M	11.1	23.5	6	6	WNL	—
28.	M	10.5	19.1	6	6	Dysphoric	—
29.	M	5.3	16.8	0	0	WNL	+
30.	M	8.6	15.3	0	—	WNL	+
31.	M	11.1	16.7	3	4	WNL	+
32.	M	8.5	14.8	0	—	WNL	+
33.	M	5.6	15.0	0	—	WNL	+
34.	M	9.1	16.5	0	—	WNL	—
35.	M	3.8	13.1	0	—	WNL	+
36.	M	9.3	14.1	2	—	WNL	+
37.	M	12.3	15.1	3	—	WNL	—
38.	M	7.2	14.5	0	—	WNL	—
39.	M	11.0	18.0	0	—	WNL	+
40.	M	8.6	15.0	0	0	WNL	—
41.	M	10.7	14.6	5	—	WNL	—
42.	F	12.7	17.1	—	—	Dysphoric	—
43.	M	9.0	15.5	5	6	Dysphoric	+
44.	M	12.0	14.8	—	—	WNL	—
45.	M	9.7	16.0	0	0	WNL	—

Использованные термины: те же, что в табл. 10.1, 10.2, 10.3, 10.4.

Примечание: M — мужской пол, F — женский пол. По шкале Кинси, 0 — исключительная гетеросексуальность, а 6 — исключительная гомосексуальность. Тире — наблюдаемый подросток сообщил об отсутствии у него каких-либо сексуальных фантазий или сексуального поведения. В отношении гендерной идентичности: WNL (within normal limits) — подросток не сообщил(а) о наличии у него (нее) дистресса из-за принадлежности к мужскому или женскому полу. В части DSM: + — первоначальное обследование показало соответствие данного пациента всем признакам детского расстройства гендерной идентичности, описанного в DSM-III или DSM-III-R.

а) В ходе клинической беседы девочка-подросток заявила о своей исключительно гетеросексуальной ориентации как в фантазиях, так и в поведении; однако у нас имеются неоспоримые доказательства, что она состояла в длительных лесбийских отношениях, и поэтому из соображений медицинского консерватизма мы классифицировали ее как гомосексуальную; б) девочка-подросток страдала очень сильной умственной отсталостью (IQ равнялся 53), поэтому мы решили включить ее в группу пациентов, в отношении которых осуществлялось последующее наблюдение, хотя сама эта девочка была впервые обследована уже в подростковом возрасте.

Случай из практики 10.3

Джетро, первоначально обследован в возрасте 8 лет, IQ равнялся 78. С 2 лет воспитывался в приемных семьях или находился в детской больнице. Жизнь его семьи была крайне беспорядочной, а мать, воспитывавшая мальчика в одиночку, не справлялась с родительскими обязанностями. Функционирование ребенка в целом было крайне слабым. После первоначального обследования Джетро уже не вернулся к матери и жил в различных приемных семьях или лечебных учреждениях. В период повторного обследования в рамках дальнейшего наблюдения, в 15 лет, он был крайне увлечен сексуальным поведением и постоянно искал общения с более старшими партнерами-мужчинами. Он желал носить женскую одежду в общественных местах и настоятельно требовал хирургической операции по перемене пола.

Случай из практики 10.4

Грег, первоначально обследован в 5 лет, IQ равен 100. Мальчик был переведен из другой детской психиатрической клиники (что вообще случается довольно редко), в которую его отправил школьный учитель из-за агрессивного поведения Грега в отношении девочек. В ходе обследования психологи, беседовавшие с Грегом, заметили, что мальчика чрезвычайно волнуют вопросы, связанные с женственностью и женоподобием. С самого начала мать Грега упорно отрицала наличие каких-либо проблем в поведении сына, хотя отец признавал их. Когда по итогам беседы

и тестирования у ребенка выявилось гендерное расстройство, мать в слезах выбежала из комнаты, где велось обследование. В следующие несколько лет Грег и его родители посещали сессии психотерапии. И хотя за этот период гендерная дисфория мальчика уменьшилась, а учеба в школе улучшилась, в его характере по-прежнему сохранялись многие черты межгендерной самоидентификации. Уже подростком Грег пришел в нашу клинику и попросил оказать ему дополнительную терапевтическую помощь. Он все настойчивее рассуждал о перемене пола. В ходе терапии он стал способен разговаривать о своем сексуальном влечении к мужчинам, однако по-прежнему не решался признаться в этом родителям. Грег использовал курс терапии как форум, где он мог рассуждать о своей сексуальной ориентации и о чувствах, которые возникают у него в связи с принадлежностью к мужскому полу.

Сексуальная ориентация

Оценка фантазии и поведения

Как видно из таблицы 10.5, мы оцениваем сексуальную ориентацию каждого пациента по методике Альфреда Кинси и классифицируем всех подростков либо как не имевших сексуального опыта, либо как гетеросексуалов (что соответствует цифрам от 0 до 1 по шкале Кинси), либо как бисексуалов/гомосексуалов (от 2 до 6 по шкале Кинси). Что касается сексуальной ориентации в фантазиях, то 4 подростка (то есть 8,9 % от общего числа пациентов) заявили, что не имеют никаких сексуальных фантазий. Среди оставшегося 41 подростка 27 (60 %) сообщили о гетеросексуальных фантазиях, а еще 14 (31,1 %) — о бисексуальных или гомосексуальных фантазиях. Что же касается сексуальной ориентации в поведении, то 26 подростков (57,8 %) сообщили об отсутствии у них опыта сексуальных контактов. А 11 из оставшихся 19 подростков (24,4 %) были классифицированы как гетеросексуальные, а еще 8 (17,8 %) — как бисексуальные или гомосексуальные.

По сравнению с контрольной группой обычных подростков, привлеченных для сравнения, в исследовании Ричарда Грина (Green, 1987), в нашем исследовании гораздо больший процент

Таблица 10.6. Соотношение между возрастом и сексуальной ориентацией у бывших пациентов детской психиатрической клиники Торонто (при Институте Кларка), которые затем находились под наблюдением специалистов клиники

Sexual orientation	Age (in years)	
	M	SD
Fantasy		
Homosexual/bisexual (<i>n</i> = 14)	18.0	2.7
Heterosexual (<i>n</i> = 27)	16.1	2.0
No fantasy (<i>n</i> = 4)	15.6	1.3
Behavior		
Homosexual/bisexual (<i>n</i> = 8)	19.0	2.4
Heterosexual (<i>n</i> = 11)	16.5	1.5
No behavior (<i>n</i> = 26)	16.0	2.2

Использованные термины: те же, что в табл. 10.1, 10.2, 10.4.

подростков сообщил о своих бисексуальных или гомосексуальных фантазиях ($\chi^2[2] = 18,1$, $p < 0,001$); однако по сравнению с пробандами исследования Грина (то есть гендерно-проблемными подростками), у нас значительно меньший процент оказался бисексуален или гомосексуален в своих фантазиях ($\chi^2[2] = 18,4$, $p < 0,001$). Похожие результаты были получены в отношении сексуальной ориентации в поведении ($\chi^2[2] = 16,4$ и $13,1$, $p < 0,001$ и $0,01$ соответственно).

В период текущего последующего наблюдения за нашими бывшими пациентами их возраст в среднем был на 2,3 года меньше, чем у пробандов исследования Ричарда Грина (Green, 1987), что является довольно значительной разницей, $t(87) = 4,7$, $p < 0,001$. Соотношение в оценках возраста и сексуальной ориентации у нас показывает эффекты, сравнимые с теми, что выявлены в исследовании Ричарда Грина (Green, 1987). Что касается фантазии, то однофакторный дисперсионный анализ показал, что участники исследования, имевшие бисексуальную или гомосексуальную ориентацию, были значительно старше, чем имевшие гетеросексуальную ориентацию ($p < 0,10$), и чем те, которые не имели никаких сексуальных фантазий ($p < 0,05$), $F(2,42)=3,9$, $p < 0,03$. Последние две группы не отличались друг от друга. Что же касается поведения, то здесь эффекты возраста оказались похожими

на те, что наблюдались в сфере фантазии, $F(2,42) = 6,5$, $p < 0,01$ (см. табл. 10.6).

Из этих предварительных результатов очевидно, что общий уровень вероятного бисексуального или гомосексуального исхода у гендерно-проблемных подростков гораздо выше, чем в популяции в целом, и это является еще одним подтверждением результатов предыдущих исследований, связанных с дальнейшим наблюдением за пациентами. Поскольку наша группа наблюдаемых пациентов еще относительно молода, неизвестно, действительно ли оценка гетеросексуального исхода в конце концов окажется отличной от результатов исследования Ричарда Грина (Green, 1987), как и других подобных исследований, связанных с дальнейшим наблюдением. Поскольку мы продолжаем следить за судьбой пациентов, рано или поздно мы сможем ответить на этот вопрос.

Клинические наблюдения

Как уже замечено выше, основной проблемой при оценке сексуальной ориентации у подростков является социальная желательность. Поэтому вполне оправданы ожидания, что подростки в самоотчетах могут сознательно занижать уровень своих нетипичных сексуальных влечений, если таковые у них имеются. Среди подростков, сообщивших нам о своей бисексуальной или гомосексуальной ориентации, как нам представляется, большинство вполне спокойно и с удовлетворением воспринимает свою пробуждающуюся необычную сексуальность; многие из них уже открыто объявили о своей ориентации друзьям и родственникам, то есть совершили камингаут. Однако некоторые, хотя и немногие, напротив, замкнулись в себе, и первым человеком, с которым они решились говорить о своей сексуальности, стал психотерапевт, беседовавший с ними в клинике (собственно, один из авторов этой книги Кеннет Цукер). Нам кажется, что по итогам курса лечения все эти подростки почувствовали социальную поддержку и сумели наладить знакомства с ровесниками такой же ориентации.

Многие подростки, сообщившие о своей гетеросексуальной ориентации или о полном отсутствии сексуального опыта, казались очень зажатыми и скованными внутренними запретами относительно сексуальности. Другие, напротив, были

более открыты, спокойно воспринимали свою пробуждающуюся гетеросексуальность и поэтому могли подробно описывать свои опыты так, как это изложено в описанных ниже клинических случаях.

Случай из практики 10.5

Тревор, первоначально обследован в 5 лет, IQ равнялся 129. В то время у мальчика наблюдались все признаки расстройства гендерной идентичности, описанные в DSM-III. Другие аспекты его психосексуального функционирования были кратко описаны в гл. 5 (см. случай из практики 5.3). Несколько лет Тревор проходил курс индивидуальной терапии у врача-ординатора в детской психиатрической клинике, мать мальчика некоторое время также получала лечение из-за ее собственных психических проблем. Все детство и раннее отрочество Тревор испытывал трудности во всех сферах жизни, в том числе в учебе и в отношениях со сверстниками.

Наиболее недавнее обследование Тревора в рамках дальнейшего наблюдения проведено в 16 лет и 3 месяца. Тревор заявил, что уже не страдает никакой гендерной дисфорией. На вопросы, касающиеся его сексуального развития, Тревор ответил, что «не такое уж оно чертовски бурное, чтобы о нем рассказывать: боюсь, что я вообще не в этой теме... никакой сексуальности, по сути, у меня нет». Он сообщил об отсутствии у него каких-либо сексуальных фантазий, не говоря уже о реальных сексуальных контактах, хотя и признал наличие поллюций. Он казался «бесстрастным» и, когда разговор заходил о сексуальности, не проявлял никакого волнения. Он заявил, что всегда считал сексуальную жизнь «чем-то странным». Когда подростка попросили вообразить свою будущую сексуальную жизнь, Тревор выразил уверенность, что сексуальная жизнь у него когда-нибудь начнется, но при этом заметил: «Не думаю, что я буду одним из тех людей, которые вечно кого-нибудь потрошат» (термин *bone*, то есть дословно «отделять мясо от костей», «расчленять», «потрошить», используется среди подростков и даже среди взрослой молодежи для обозначения очень страстных сексуальных контактов). Тревор также заметил, что, скорее всего, его будут привлекать девушки, а не парни: «Возможность сексуальных контактов с парнями меня отталкивает».

Случай из практики 10.6

Эйб, первоначально обследован в 8 лет, IQ равнялся 123. В то время он не проявлял выраженной межгендерной самоидентификации, предпочитал играть с девочками и явно избегал спортивных состязаний или игр, похожих на драку, но никаких других признаков межгендерного поведения не выказывал. Кроме того, Эйб часто бывал охвачен тревогой, которая отражалась на его отношениях со сверстниками. Мальчик еженедельно наблюдался у детского психиатра в рамках индивидуальной терапии, в которой уделялось особое внимание навыкам общения, уменьшению тревоги и поощрению дружеских связей с ровесниками-мальчиками. Вскоре семья переехала в другую канадскую провинцию, и мы вновь смогли наблюдать Эйба только в 17 лет.

Эйб с большой охотой начал принимать участие в нашем исследовании дальнейшего наблюдения за пациентами. Он хорошо учился в школе, среди его друзей были как юноши, так и девушки. Однако он сообщил нам, что в начале отрочества ему было трудно заводить дружбу с мальчиками из-за частых насмешек и поддразниваний. В следующие несколько лет он стал смелее и активнее общаться со сверстниками обоих полов. Такую перемену он приписывал событию, случившемуся, когда ему было 15 лет. Эйб подрабатывал в магазине, и однажды туда вошла «красивая девочка». Его крайне встревожила возможность обслуживать ее, но он сказал сам себе: «Или я выполняю все как следует, или меня уволят». К его удивлению, девушка проявила к нему интерес, благодаря чему его самооценка повысилась. После этого, судя по его рассказам, он стал более решительным в общении с представительницами противоположного пола.

Эротические фантазии Эйба носили исключительно гетеросексуальный характер. По его рассказам, он регулярно приглашал девушек на свидания, в ходе которых брал их за руки и целовал. Однако его явно тревожила возможность более интимного сексуального общения. Например, Эйб заявлял, что прикосновения к половым органам — это нечто «грязное». Хотя во время мастурбаций он представлял себе женские образы, но оргазм описывал так: «Ну да, в этом есть какое-то удовольствие, но ничего особенно сказочного нет». Эйб отрицал, что

во время мастурбаций воображает именно половое сношение: «Я скорее думаю о том, как я приглашу ее на свидание, приду к ней домой, сяду рядом с ней на диван, обниму ее, поцелую чуть выше талии... вот это самая идеальная фантазия». Затем он выражал свои опасения, что в случае полноценного сексуального контакта он может заразиться венерической болезнью или девушка может забеременеть.

Детское гендерное развитие Эйба скорее похоже не на расстройство гендерной идентичности, а на понятие «отсутствия мужественности в раннем возрасте» (*juvenile unmasculinity*), которое ввел Ричард Фридман (Friedman, 1988). Эйб явно с трудом развивал в себе ощущение мужественности вплоть до описанного случая в магазине. В ходе бесед с нами (в рамках дальнейшего наблюдения) он показался нам уже гораздо более общительным и экстравертным, чем в детстве. Однако, судя по наблюдениям беседовавшего с ним психолога, его взгляды на сексуальные отношения еще были полны неуверенности и тревоги.

Случай из практики 10.7

Кэлвин, первоначально обследован в 6 лет, IQ равнялся 113. В то время он проявлял все признаки расстройства гендерной идентичности, описанные в DSM-III. Кроме того, мальчик страдал тревожным синдромом, что затрудняло учебу в школе. После обследования родители предпочли не отправлять Кэлвина к детскому психиатру, который порекомендовал им нашу клинику. По мнению отца мальчика, психиатр «часто зевал» и казался равнодушным к проблемам ребенка. При повторном обследовании через год у Кэлвина вновь было выявлено устойчивое расстройство гендерной идентичности и прежние социально-психологические проблемы. Направление к социальному работнику принесло более существенные успехи: ближе к подростковому периоду у Кэлвина исчезли многие формы межгендерного поведения и симптомы гендерной дисфории.

Повторно Кэлвин был обследован в рамках дальнейшего наблюдения в возрасте 14 лет 6 месяцев. Нам показалось, что он с удовольствием участвовал в тестировании и беседах. Теперь он выглядел как более общительный подросток, у которого складывались хорошие дружеские отношения со сверстниками-мальчиками. Кэлвин был одним из лидеров своей группы

сверстников. Однако он заметил, что любит спортивные состязания меньше, чем товарищи, хотя и не видит в этом проблемы и не подвергается за это никакому остракизму; зато ему очень нравится ходить в танцевальный клуб для подростков. Он выражал озабоченность такой особенностью своего тела, как гинекомастия, и поэтому был направлен к детскому эндокринологу. Однако эндокринологическое исследование не выявило какой-либо патологии, и мы заверили Кэлвина, что гинекомастия пройдет, когда он повзрослеет.

Кэлвин сообщил об отсутствии у него гендерной дисфории. Все его эротические фантазии были исключительно гетеросексуальными, включая визуальные стимулы, мысленные образы и представления во время мастурбации (это были какие-то незнакомые ему женщины). Хотя Кэлвин назначал свидания девушкам, но до полноценных сексуальных контактов дело не доходило. Кэлвин считал, что всему свое время, и это непременно с ним произойдет в будущем.

Случай из практики 10.8

Леонора, первоначально была обследована в 3 года, IQ равнялся 144. В то время она проявляла все признаки расстройства гендерной идентичности, описанные в DSM-III. По окончании обследования родители отвергли рекомендацию о терапевтическом вмешательстве. При повторном обследовании через год Леонора продолжала проявлять признаки очень сильной гендерной дисфории. На этот раз ее родители согласились с необходимостью лечения, и девочка несколько лет наблюдалась у детского психиатра, который одновременно являлся и практикующим психоаналитиком. Дальнейшее наблюдение в период ее младшего и среднего школьного возраста подтвердило ее полное избавление от гендерной дисфории и межгендерной самоидентификации.

В последний раз Леонора обследовалась в возрасте 14 лет 8 месяцев. Она сообщила об отсутствии какой-либо гендерной дисфории. Эротические фантазии Леоноры были исключительно гетеросексуальными, включая визуальные стимулы. Вот как Леонора описывала опыт «увлечения» кем-либо: «Когда тебе кто-то нравится, то тебе хочется быть возле них, смотреть на них, и когда ты рядом с ними, ты чувствуешь какое-то

нервное возбуждение». Она описала несколько подобных «увлечений» мальчиками. Леонора сообщила, что несколько «парней» были «увлечены» ею, и этот опыт был ей «приятен». Когда ее спросили, что бы она чувствовала, если бы ею «увлеклась» девушка, Леонора ответила: «Мне это было бы приятно, хотя несколько странно». По вопросу о визуальной привлекательности Леонора сообщила: «Меня привлекают мальчики, и иногда мне удается намекнуть им об этом». Девушка не могла вспомнить ни одного случая эротических сновидений или фантазий. Она заявила, что мастурбировала только несколько раз, но не может описать, что именно она в тот момент воображала. Хотя психолог, беседовавшая с ней, посчитала, что фантазии Леоноры касались мальчиков, ее описания были настолько смутными и туманными, что классифицировать их как гетеросексуальные, бисексуальные или гомосексуальные оказалось невозможно. Однако при заполнении опросника на тему сексуальных фантазий Леонора указала, что последние полгода вообще не мастурбировала. Хотя Леонора ходила на свидания (первоначально в контексте так называемых групповых свиданий, распространенный социальный ритуал среди современных подростков из семей среднего класса) и там обнималась и целовалась с мальчиками, она не делала этого в течение года до описываемого обследования (проведенного в рамках дальнейшего наблюдения).

В ходе этого обследования также была получена информация, что у Леоноры возникли трудности в учебе, и что девушка взбунтовалась против родителей, которым не нравилось, что она употребляет алкоголь и возвращается домой слишком поздно. Судя по впечатлениям психологов, между родителями Леоноры по-прежнему существовали разногласия относительно воспитания дочери (подобные разногласия у них наблюдались еще когда Леонора была дошкольницей). Учитывая обстоятельства, мы рекомендовали Леоноре и ее родителям вновь посещать того же детского психиатра-психоаналитика, у которого она проходила курс психотерапии, когда была ребенком.

Как мы уже отмечали выше, следует с осторожностью относиться к полученным нами оценкам сексуальной ориентации, особенно если они касаются младших подростков, классифицированных как гетеросексуалы. Требуется дальнейшее

наблюдение за ними в течение всего периода отрочества и юности, чтобы оценить устойчивость их гетеросексуальной ориентации. В идеале желательна перекрестная оценка с использованием техник психофизиологического исследования. Кроме того, важно изучить пробуждающуюся сексуальность подростков в широком контексте их более общей жизненной активности, включая способность к дружеским отношениям и социально-психологической адаптации.

Глава 11

РАССТРОЙСТВО ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Каждый подросток, страдающий расстройством гендерной идентичности, испытывает чувство глубокого внутреннего дискомфорта из-за своего гендерного статуса, поскольку он (она) считается представителем своего биологического пола, а психологически воспринимает себя как представителя противоположного пола. Для некоторых подростков такая межгендерная самоидентификация является устойчивой, для других она может то ослабевать, то усиливаться под влиянием времени и жизненных обстоятельств.

Известно очень немного литературы, полностью описательной, содержащей клинические формулировки и рекомендуемые методы лечения подростков, имеющих расстройство гендерной идентичности (Barlow, Reynolds, & Agras, 1973; Bradley, 1980, 1990; Cohen-Ketenis & Everaerd, 1986; Davenport & Harrison, 1977; Dulcan & Lee, 1984; Kronberg, Tyano, Apter, & Wijzenbeek, 1981; Lothstein, 1980; Newman, 1970; Philippopoulos, 1964; Westhead, Olson, & Meyer, 1990). До сих пор не было проведено эпидемиологических исследований расстройства гендерной идентичности в подростковом возрасте, поэтому у нас нет данных о его распространенности или частотности. Вероятно, однако, что распространенность расстройства среди подростков вполне сопоставима с его распространенностью среди взрослых (см. гл. 3).

Хотя расстройства гендерной идентичности признаны уже много лет назад, появившаяся возможность хирургической

перемены пола и связанные с этим жаркие споры как в профессиональной среде, так и среди широкой общественности, прославили расстройство гендерной идентичности гораздо сильнее, чем могло бы быть оправдано, особенно если учесть общее число людей, страдающих этим расстройством. Известно даже мнение, что слава изменила естественный ход истории данного заболевания. Многие люди, имеющие данное расстройство, узнали о нескольких громких историях, например, о судьбе Кристин Йоргенсен (см.: Hamburger, 1953). Осведомленность широких масс о возможности хирургического решения проблемы психологического дистресса, сопровождающего гендерное расстройство, породила искусственное разделение между теми, кто добивается перемены пола («транссексуалами»), и другими людьми, страдающими гендерной дисфорией в менее яркой степени и потому не соответствующими всем критериям, требующимся для назначения операции по перемене пола во всех клиниках, которые специализируются на различных проблемах гендерной идентичности, таких как расстройство гендерной идентичности в подростковом и взрослом возрасте, не связанное с транссексуальностью, либо расстройство, не описанное подробно (American Psychiatric Association, 1987). Это разделение явно прослеживается в DSM-III-R, однако в DSM-IV оно довольно сильно трансформировано с учетом понимания того, что мы имеем дело с широким спектром нарушений в сфере гендерной идентичности, независимо от того, какое решение принимают врачи относительно перемены пола и какое лечение доступно пациенту (см. табл. 11.1–11.3).

В последние годы вышло несколько хороших обзоров, содержащих клиническую картину и различные методики лечения взрослых с гендерной дисфорией (см., например: Blanchard & Steiner, 1990; Levine & Lothstein, 1981; Lothstein, 1983; Steiner, 1985b; Tully, 1992; Walters & Ross, 1986). Во взрослых клиниках гендерной идентичности мужчин всегда больше, чем женщин. Эта особенность может быть следствием того, что все пациенты-мужчины подразделяются на две группы: «ранние» — те, у кого расстройство началось еще в детстве, и «поздние» — те, у кого это состояние появилось в подростковом возрасте (Blanchard, 1990b, 1994). В истории болезни «раннего» пациента обычно значится межгендерная

самоидентификация в детстве и сексуальное влечение к мужчинам во взрослые годы; напротив, в историях болезней «поздних», как правило, указан трансвестистский фетишизм (он же фетишистский трансвестизм) в подростковый и взрослый период и сексуальное влечение к женщинам. «Ранние» мужчины обычно требуют сделать им операцию по перемене пола в возрасте 20 лет и позже, «поздних» мужчин в клиниках обычно впервые принимают в возрасте от 30 до 40. А вот группы взрослых женщин, страдающих гендерной дисфорией, никогда не включают в себя подгруппу, которую можно было бы сопоставить с «поздними» мужчинами, и почти все женщины с подобным расстройством испытывают сексуальное влечение к представительницам своего пола (Blanchard, 1990а; см. также прим. 1 гл. 3).

Таблица 11.1. Диагностические показатели транссексуальности, представленные в издании DSM-III-R

- 1) Устойчивый дискомфорт из-за несоответствия объективного биологического пола субъективному ощущению.
- 2) Устойчивое (хотя бы на протяжении двух лет) стремление избавиться от первичных или вторичных половых признаков и приобрести половые признаки противоположного пола.
- 3) Пациент достиг половой зрелости.

Необходимо также уточнить историю развития сексуальной ориентации пациента: асексуальность, гомосексуальность, гетеросексуальность либо ориентация не определена.

Примечание: взята с согласия правообладателей из DSM-III-R, p. 76.

Это расстройство является хроническим, хотя возможна спонтанная ремиссия, а в некоторых случаях даже «выздоровление», особенно среди подростков (см., например: Barlow, Abel, & Blanchard, 1977; Barlow et al., 1973; Davenport & Harrison, 1977; Kronberg et al., 1981). Взрослые, страдающие гендерной дисфорией, имеют высокий риск развития психических проблем, включая патологию характера, злоупотребление наркотическими веществами, депрессию, самоубийство, склонность к нарушению закона (Dickey, 1990). Все эти риски психических отклонений в меньшей степени касаются женщин (Levine & Lothstein, 1981).

Таблица 11.2. Диагностические показатели расстройства гендерной идентичности, не связанного с транссексуальностью, у подростков и взрослых

- 1) Устойчивый или периодический дискомфорт из-за несоответствия объективного биологического пола своему субъективному ощущению.
- 2) Устойчивое или периодическое переодевание в костюм представителя противоположного пола (травестизм), либо в фантазиях, либо в реальности, не преследующее, однако, цели сексуального возбуждения (которая преследуется при трансвестистском фетишизме).
- 3) Неустойчивое (хотя бы в течение двух лет) стремление избавиться от первичных или вторичных половых признаков и приобрести половые признаки противоположного пола (как при транссексуальности).
- 4) Пациент достиг половой зрелости.

Необходимо также уточнить историю развития сексуальной ориентации пациента: асексуальность, гомосексуальность, гетеросексуальность либо ориентация не определена.

Примечание: взята с согласия правообладателей из DSM-III-R, р. 77.

Чтобы уменьшить вероятность отрицательного исхода операции, многие авторы рекомендуют тщательную оценку состояния пациентов, претендующих на перемену пола. Необходимо, чтобы эти люди жили в роли представителей противоположного пола как минимум два года до операции (Clemmensen, 1990; Levine & Lothstein, 1981; McCauley & Ehrhardt, 1984). Большинство клиник гендерной идентичности придерживается стандартов лечения трансгендеров, разработанных Международной ассоциацией по гендерной дисфории имени Гарри Бенджамина (Standards of Care, 1985). Это касается и показаний к операции по перемене пола (Peterson & Dickey, 1995). Данные стандарты включают тщательную клиническую оценку и мониторинг, межгендерную жизнь пациента на протяжении длительного времени, в течение которого человек должен продемонстрировать те же успехи в работе или учебе и такое же качество общего жизненного функционирования, что и до внешней смены гендера. Далеко не все пациенты, которые вначале твердо верили, что хирургическая операция решит все их психические проблемы, сохраняют эту веру (Lothstein, 1980; McCauley & Ehrhardt, 1984). Одни продолжают

испытывать хроническую гендерную дисфорию, но больше не настаивают на перемене пола. Другие просто усваивают гомосексуальную ориентацию. И лишь очень немногие, обычно после длительного и многопланового лечения, освобождаются (по крайней мере внешне) от своих межгендерных тенденций, и у них начинает развиваться гетеросексуальная ориентация (Barlow et al., 1973; Davenport & Harrison, 1977; Kronberg et al., 1981). Психологическая поддержка обычно рекомендуется даже тем пациентам, которые рассматриваются как явные кандидаты на операцию (Levine & Lothstein, 1981; McCauley & Ehrhardt, 1984).

Таблица 11.3. Диагностические показатели расстройства гендерной идентичности у подростков и взрослых, поDSM–IV

- A: Сильная и устойчивая межгендерная самоидентификация (не только желание приобрести культурные преимущества благодаря новому статусу представителя противоположного пола). У подростков и взрослых проявляется такими симптомами, как устойчивое желание стать человеком противоположного пола; исполнение гендерной роли, свойственной противоположному полу, в течение длительного времени; желание вести образ жизни, свойственный противоположному полу; желание, чтобы окружающие обращались с ним (с ней) как с представителем противоположного пола; убежденность в том, что он (она) обладает чувствами и реакциями, типичными для противоположного пола.
 - B. Устойчивое чувство дискомфорта из-за половой принадлежности или гендерной роли. У подростков и взрослых проявляется такими симптомами, как стремление избавиться от первичных или вторичных половых признаков (с помощью гормонов, хирургии и других процедур физического изменения сексуальных характеристик, имеющих целью приобрести внешний вид представителя противоположного пола); убежденность, что человек родился с «неправильной» половой принадлежностью.
 - C. Не сопровождается физическим интерсексуальным состоянием (гермафродитизмом).
 - D. Является причиной клинически значимого дистресса или создает существенные помехи в социальной либо профессиональной сфере либо в иных важных сферах жизнедеятельности.
- Необходимо уточнить (для половозрелых пациентов):
пациент испытывает сексуальное влечение к мужчинам;

пациент испытывает сексуальное влечение к женщинам;
пациент испытывает сексуальное влечение к представителям обоих полов;
пациент не испытывает сексуального влечения ни к кому.

Примечание: взята с согласия правообладателей из DSM-IV, р. 537–538.

Обычно сообщается, что пациенты остаются довольны результатами операции, хотя такие утверждения не всегда подкреплены объективными данными (Abramowitz, 1986; Blanchard, 1985b; Blanchard & Sheridan, 1990; Levine & Lothstein, 1981). После операции транссексуалы, прежде бывшие женщинами (FtM-транссексуалы), как правило, устанавливают более длительные отношения (Dixen, Maddever, Van Maasdam, & Edwards, 1984; Köckott & Fahrner, 1988) и достигают более значительных успехов в экономической деятельности, чем транссексуалы, прежде бывшие мужчинами, то есть MtF- транссексуалы (Blanchard, 1985b).

Авторы исследования 1981 года (Levine & Lothstein, 1981) рассмотрели основные клинические и этические вопросы, стоящие перед врачами, имеющими дело с пациентами, которые страдают гендерной дисфорией (см. также: Lothstein, 1982). Эти проблемы включают в себя: установление терапевтического союза между врачом и пациентом; работа врача над своими эмоциями, возникающими под влиянием эмоций особо проблемных пациентов; решение, соглашаться ли с требованием пациента о хирургической операции, с помощью которой тот надеется избавиться от всего комплекса психологических расстройств; и, наконец, решение направить пациента на операцию несмотря на недостаточные знания об этиологии расстройства и о наиболее подходящих методах лечения. Иными словами, врачам, решившим лечить таких пациентов, требуется проявлять максимальную осторожность и производить тщательный мониторинг.

Клиническая картина

В таблице 11.4 показаны демографические характеристики группы из 44 подростков, страдающих гендерной дисфорией (26 юношей и 18 девушек). Легко заметить, что в основном это

молодые люди среднего подросткового возраста, среднего уровня интеллекта, выходцы из нижнего среднего класса. Большинство юношей воспитывалось в неполных семьях, тогда как относительное большинство девушек происходят из полных семей. В отношении названных демографических переменных не наблюдается существенных половых различий.

Более младшие подростки, а также не уверенные в наличии у них расстройства либо стесняются признаться в своих межгендерных ощущениях, скорее всего, труднее поддаются клинической оценке. Подростки более старшего возраста в этом отношении больше похожи на взрослых, страдающих тем же расстройством гендерной идентичности: они представляют свою гендерную дисфорию и межгендерную самоидентификацию более отчетливо.

Подростков более младшего возраста обычно направляют на обследование из-за форм поведения, указывающих на их межгендерную самоидентификацию. Зачастую подростки выдают себя за представителей противоположного пола в школе в при другом социальном общении. Такое поведение может послужить причиной направления к психиатру: руководство школы или другие взрослые обращают на него внимание родителей. Подростки более старшего возраста, которые уже не стесняются своих межгендерных тенденций, или подростки, чьи родители поддерживают их желания, могут быть направлены к специалистам именно для решения вопроса о перемене пола. Лесли Лотстайн (Lothstein, 1980) сообщил, что желание перемены пола зачастую усиливается из-за опыта переживаний каких-либо потерь или из-за реакции на физиологические изменения, связанные с половым созреванием.

Судя по нашему клиническому опыту, большинство подростков с расстройством гендерной идентичности имеет историю аналогичного расстройства в детском возрасте (Bradley & Zucker, 1984); в некоторых случаях, однако, в детстве они могли не иметь полноценного расстройства, или же о нем отчетливо не помнили ни сами подростки, ни их родители. Некоторые подростки вспоминают, что втайне от родителей испытывали желание превратиться в ребенка противоположного пола и практиковали межгендерное поведение, опять-таки, втайне от всех. Иногда бывает трудно оценить, насколько правдивы эти воспоминания: действительно ли подростки рассказывают собственные истории,

Таблица 11.4. Демографические характеристики подростков, страдающих гендерной дисфорией

Variables	Males (<i>n</i> = 26)	Females (<i>n</i> = 18)
Age (in years)		
<i>M</i>	15.8	15.7
<i>SD</i>	1.2	1.0
Range	14.1–19.0	14.1–17.4
Verbal IQ		
<i>M</i>	95.4 ^a	90.7 ^b
<i>SD</i>	15.9	17.2
Range	65–124	64–139
Performance IQ		
<i>M</i>	101.0 ^a	104.4 ^c
<i>SD</i>	15.9	13.3
Range	62–128	83–123
Social class ^d (<i>n</i> and %)		
I	3 (11.5%)	1 (5.6%)
II	2 (7.7%)	4 (22.2%)
III	11 (42.3%)	5 (27.8%)
IV	7 (26.9%)	4 (22.2%)
V	3 (11.5%)	4 (22.2%)
Family status (<i>n</i> and %)		
Mother and father	10 (38.4%)	10 (55.5%)
Mother only ^e	7 (26.9%)	3 (16.6%)
Mother and stepfather	6 (23.0%)	0 (0.0%)
Father only ^e	0 (0.0%)	2 (11.1%)
Father and stepmother	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Foster care ^f	3 (11.5%)	3 (16.6%)

Использованные термины:

Verbal IQ — IQ в сфере речи.

Performance IQ — IQ в сфере деятельности и ориентации в пространстве.

Foster care — приемная семья.

Остальные термины: те же, что и в табл. 4.3 и 5.1.

или пересказывают воспоминания, типичные для всех желающих сменить пол. Родители обычно не замечают межгендерного поведения ребенка или относятся к этому снисходительно. Лишь очень незначительное меньшинство подростков, решивших сменить пол, в детстве обследовалось у психиатров в связи с межгендерным поведением.

Клиническая оценка младших подростков зачастую бывает затруднена. Несмотря на межгендерное поведение, некоторые

подростки, когда требуется объяснить это поведение или желание сменить пол, отрицают его важность и значимость своей межгендерной самоидентификации или гендерной дисфории. Это отрицание может отражать амбивалентное отношение подростка к своим желаниям или понимание того, что другие могут считать их неприемлемыми.

Подростки с расстройством гендерной идентичности часто одиноки: им трудно завязывать дружеские отношения со сверстниками своего пола, к которым они могут испытывать эротическое влечение. Судя по их сообщениям, лучше себя такие подростки чувствуют в обществе сверстников противоположного пола, многие интересы которых они разделяют. Но даже друзьям они обычно не рассказывают о своих сексуальных чувствах или о желании сменить пол, и потому в этом кругу им также не удастся завязать особенно близкую дружбу.

Когда такие подростки становятся старше, они уже лучше осознают свою гендерную дисфорию и межгендерную самоидентификацию. Зачастую они испытывают эротические чувства своего пола. Некоторые даже могут начать встречаться с кем-то понравившимся им, однако интимные отношения в таких случаях крайне затруднены, поскольку подросткам приходится скрывать особенности своей половой анатомии, а это почти невозможно. Обычные гомосексуальные взаимоотношения для них зачастую неприемлемы или даже отвратительны, эти подростки стараются не определять себя как геев и лесбиянок (подробнее на эту тему см. в статье: Sullivan, Bradley, & Zucker, 1995).

У некоторых подростков с расстройством гендерной идентичности развивается почти бредовая идея, что на самом деле они являются представителями противоположного пола. Например, одна наша пациентка, постоянно играющая мужскую роль, как-то раз позвонила нам и крайне взволнованно сообщила, что ее интимная подруга, которая знала, что ее «парень» в действительности девушка, заявляет, что забеременела. Пациентка, рассказавшая нам об этом, была явно не способна восстановить свою связь с реальностью и признать, что подобная беременность невозможна. Еще одна девочка-подросток сделала искусственный пенис и с помощью проволоки прикрепила себе под одежду. Когда отношения с ее подружкой стали приобретать более интимный характер, она всерьез полагала, что «могла бы попробовать оральный секс при включенном свете, если бы удалось

найти более подходящий материал для пениса». Среди подростков, страдающих гендерной дисфорией, широко распространено убеждение, что они «отчасти гермафродиты», и что более тщательное изучение их организмов должно дать необходимые доказательства их принадлежности к противоположному полу.

Подростки, убежденные, что перемена пола решит все их проблемы, часто проявляют крайнее нетерпение из-за необходимости отсрочки операции, поскольку им приходится все это время жить в своем межгендерном состоянии. Часто они впадают от этого в депрессию. В частности, юноши могут очень расстраиваться из-за высокого роста, растительности на лице и увеличения объема мускулатуры. Девушки же расстраиваются из-за увеличения молочных желез, которые им приходится скрывать, что особенно трудно сделать летом, когда все носят легкие футболки и купальники.

Сопутствующие состояния

Как и взрослые транссексуалы, подростки с расстройством гендерной идентичности описаны специалистами как имеющие пограничные расстройства личности (Bradley, 1990; Lothstein, 1980). Хотя подобные определения иногда уместны, клинически значимым является тот факт, что гендерно-проблемные подростки очень плохо переносят тревогу. Это может проявляться в различных патологиях характера, в открытой тревоге, в злоупотреблении алкоголем или наркотиками и в депрессии. Сторонники психодинамики всегда рассматривали переодевание в костюм противоположного пола как способ облегчить тревогу (Bradley, 1990; Coates et al., 1991; Kirkpatrick & Friedman, 1976; Person & Ovesey, 1974a, 1974b, 1983; Oppenheimer, 1991). Таким образом, когда подростки с расстройством гендерной идентичности испытывают выраженный стресс, а операция по перемене пола все откладывается (хотя они уже твердо на нее решились), их тревога растет, что может привести к различным формам поведения, отражающим подсознательные психические процессы.

Многих таких подростков часто посещают мысли о самоубийстве, за ними требуется постоянное наблюдение, особенно когда они находятся вдали от семьи и сверстников. Обычной реакцией на неудачи в выстраивании социально-половых отношений и на

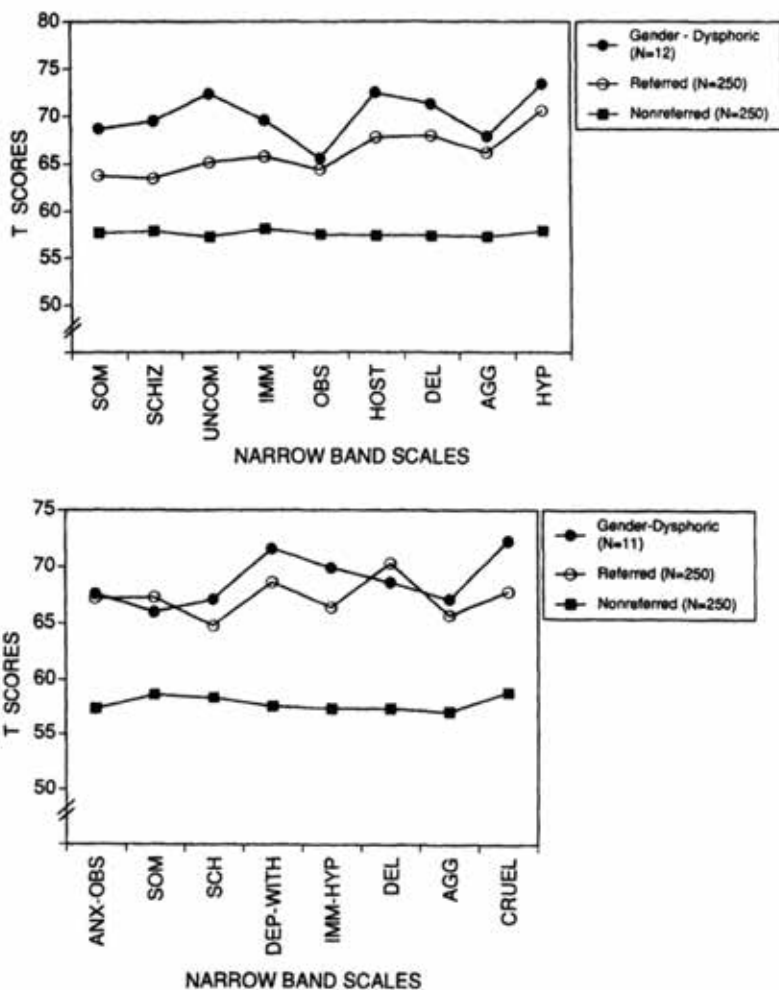


Рис. 11.1.

Использованные термины: те же, что на рис. 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 и в табл. 5.1, 5.2, 5.3.

препятствия, которые им необходимо преодолеть в большинстве клиник гендерной идентичности, становится депрессия. Патологии характера могут влиять на их способность подчиняться дисциплине в школе, на работе и в других сферах социальной активности в течение двух лет, которые должны предшествовать направлению на операцию. Многие из таких подростков бросают школу, либо же их успеваемость значительно снижается.

Таблица 11.5. Оценка поведенческих нарушений матерей или суррогатных матерей подростков с гендерной дисфорией по CBCL

Measures	Males					
	Gender-dysphoric (<i>n</i> = 12)		Nonreferred (<i>n</i> = 250)		Referred (<i>n</i> = 250)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
No. elevated narrow-band scales	5.0	3.4	—	—	—	—
Number of items	50.0	22.5	—	—	—	—
Sum of items	69.5	34.4	21.7	15.0	58.9	24.0
Internalizing <i>T</i>	70.4	10.2	51.2	9.1	65.6	8.9
Externalizing <i>T</i>	66.8	11.2	51.0	9.3	68.1	8.7

Measures	Females					
	Gender-dysphoric (<i>n</i> = 11)		Nonreferred (<i>n</i> = 250)		Referred (<i>n</i> = 250)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
No. elevated narrow-band scales	3.4	2.5	—	—	—	—
Number of items	47.2	23.0	—	—	—	—
Sum of items	66.0	34.7	16.6	14.1	55.8	26.3
Internalizing <i>T</i>	64.7	8.5	49.8	8.0	64.3	8.4
Externalizing <i>T</i>	65.9	10.6	49.4	7.5	64.0	8.6

Использованные термины: те же, что на рис. 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 и в табл. 5.1, 5.2, 5.3.

В отношении половины пациентов-подростков нам удалось получить оценки поведения, данные матерями (или теми, кто их заменил ребенку), согласно опроснику CBCL (часть подростков, в отношении которых оценки не были получены, была обследована еще до опубликования CBCL; большинство остальных подростков обратились в нашу клинику без ведома родителей; в некоторых других случаях родители не могли говорить или писать по-английски). В таблице 11.5 и на рис. 11.1 видно, что подростки обоих полов имеют одинаковые поведенческие проблемы. По CBCL имеются в среднем четыре завышенных частных («узких») фактора, и сумма баллов находится в пределах диапазона, требующего клинического диагноза, как в отношении внутренних, так и в отношении внешних психических проблем. Таким образом, в среднем наша группа подростков, страдающих гендерной дисфорией, обладает

поведенческими расстройствами очень высокого уровня — как в отношениях с внешним миром, так и во внутреннем душевном мире.

По CBCL, корреляции между оценками поведения и демографическими переменными не выявили связи уровня психопатологии с возрастом подростка и полнотой/неполнотой семьи. Однако социальное положение семьи имеет высокую корреляцию с психопатологией, описанной в CBCL (все r колеблются между — 0,54 и — 0,64, все $p < 0,001$), и это означает, что подростки из семей более низкого социального положения страдают более сильными психическими расстройствами. Вербальный IQ также существенно коррелирует с тремя из пяти показателей психопатологии CBCL (все r колеблются между — 0,40 и — 0,50, все $p < 0,05$), что, вероятно, объясняется взаимосвязью социального положения семьи и вербального IQ подростка ($r = -0,62$, $p < 0,001$).

Течение болезни

Пока не ясно, какой процент подростков с расстройством гендерной идентичности в итоге получит направление на операцию по перемене пола. На сегодняшний день 19 из 44 пациентов-подростков (43,2 %) были направлены на обследование в клинику для взрослых при Институте Кларка. Трое из этих 19 подверглись как хирургической, так и гормональной коррекции пола; большинству остальных была назначена гормональная терапия (с целью приобретения вторичных признаков противоположного пола), но пока отказано в проведении операции. Многие подростки продолжают жить с хронической гендерной дисфорией и не могут или не желают подчиняться требованиям, необходимым для прохождения процедуры перемены пола. Некоторые продолжают колебаться между самоопределением как гомосексуалов и периодически возникающим желанием перемены пола, которое обычно появляется в стрессовые моменты жизни.

Описанные ниже клинические случаи иллюстрируют некоторые аспекты течения гендерной дисфории в подростковом возрасте.

Случай из практики 11.1

Хелен, 17 лет, родилась и выросла в одной из стран Восточной Европы; была направлена на обследование теткой, которой

сообщила, что хочет сменить пол. Мать девушки не участвовала в обследовании и даже не знала о нем: ей не сообщили об этом из опасения, что она не вынесет подобной новости. Родители Хелен развелись много лет назад, после крайне драматичного брака, во время которого отец девочки, злоупотреблявший алкоголем, неоднократно избивал мать.

Роды были крайне тяжелыми: при рождении ребенок чуть не задохнулся, кислородная недостаточность стала причиной общей интоксикация организма, в результате мать с девочкой выписались из роддома позже обычного срока. Девочка нормально училась в школе вплоть до шестого класса, затем потеряла интерес к учебе, а успеваемость ухудшилась. Хелен вспоминает, что в дошкольные и младшие школьные годы она была томодем, но в средней школе уже не испытывала никакого желания стать мальчиком. Девочка очень страдала из-за конфликта родителей и чувствовала, что должна заботиться о своей матери, часто впадавшей в депрессию. Примерно в 12 лет Хелен стала чувствовать, что отличается от других девочек, поскольку не разделяет их романтического интереса к мальчикам. Чувство непохожести усилилось к 15 годам, когда Хелен вступила в лесбийские отношения. Однако она сочла влюбленность в представительницу своего пола неуместной и на какое-то время, ради эксперимента, начала практиковать гетеросексуальные отношения, вскоре поняла, что не получает от них физического удовольствия, и вернулась к возлюбленной женского пола. Их отношения продолжались до тех пор, пока Хелен не была вынуждена покинуть родную страну вместе с матерью. Они эмигрировали в Канаду. Вскоре после начала вынужденной разлуки с возлюбленной Хелен стали посещать все более навязчивые фантазии о том, что она является мужчиной. К периоду обследования в нашей клинике Хелен продолжала всерьез рассуждать о том, как она воссоединится с возлюбленной, уже переменив пол.

Когда она открыла эти межгендерные намерения тетке, та попыталась убедить племянницу вернуться к женской самоидентификации, начать носить платья и пользоваться косметикой. Хелен прислушалась к советам тетки и обнаружила, что ей это нравится. Вероятно, до расставания с возлюбленной Хелен могла справляться со своими проблемами, связанными с гендерной идентичностью. Разрыв с отцом, применявшим силу

к ее матери и к ней самой, уговоры тетки вновь отождествить себя с женским полом, — все эти факторы могли убедить девушку либо начать курс психотерапии, либо принять лесбийскую ориентацию, либо даже попытаться начать гетеросексуальную жизнь.

Поскольку межгендерные тенденции возникли у нее недавно, в связи с разлукой с возлюбленной, поскольку у нее наблюдались и определенные гетеросексуальные наклонности, а также в связи с согласием начать развивать женскую самоидентификацию, девушке было рекомендовано пройти курс психотерапии, направленной на то, чтобы разобраться в своем внутреннем мире. Хелен согласилась на психотерапию, хотя процесс был осложнен необходимостью найти психотерапевта, который бы знал ее язык и был принят семьей (выходцами из небольшой этнической общины). В итоге сеансы психотерапии длились несколько месяцев, после чего Хелен от них отказалась.

В ходе дальнейшего наблюдения за пациенткой через 18 месяцев после прекращения курса психотерапии была выявлена попытка самоубийства. Поводом к суицидальной попытке послужил разрыв с новой возлюбленной, которая догадалась, что Хелен только выдает себя за представителя мужского пола. В итоге Хелен была направлена в клинику гендерной идентичности для взрослых, поскольку настаивала на том, что ей способна помочь только хирургическая перемена пола.

Случай из практики 11.2

Стелла, 16 лет, была направлена к нам на обследование подростковым психотерапевтом, у которого она лечилась и которому призналась, что считает себя парнем и хочет сделать операцию по перемене пола. Психотерапевта начала посещать после того, как в более младшем возрасте предприняла несколько попыток самоубийства. При изучении предшествующей жизни девушки выяснилось следующее: еще в детстве у нее наблюдались умеренные межгендерные наклонности, она предпочитала играть с мальчиками, а при общении с девочками всегда выступала в роли «покровителя» и «начальника». Явный интерес к хирургической перемене пола пробудился у нее в 13 лет, когда она посмотрела телепередачу на эту тему. После этого Стелла убеждала себя, что только операция позволит ей «стать самой собой

и в полной мере ощутить то, что я ощущаю сейчас лишь отчасти», и только благодаря операции она сможет стать физически привлекательной. В тот же период Стелла изменила свою внешность, чтобы выглядеть как панк, и стала требовать, чтобы все называли ее Спайк. Позднее она взяла себе имя Сид, в честь известного панк-рокера Сида Вишеса. Кроме того, она примкнула к субкультуре наркоманов и начала сексуально общаться с одной девушкой: Стелла представилась ей как парень, у которого с рождения отсутствует пенис. Ей нравилось определять себя как представителя мужского пола, и она очень расстраивалась, когда кто-то в этом сомневался.

Реакция Стеллы на собственное половое созревание была крайне отрицательной: девушка отказывалась надевать бюстгальтер, но при этом старалась всячески скрыть растущую грудь, а под трусами носила несколько слоев женских гигиенических прокладок, чтобы изобразить, будто у нее имеются мужские половые органы. В период обследования она утверждала, что у нее еще не начались менструации (ложность этого заявления выяснилась лишь позднее). Она отказывалась пользоваться школьным туалетом для девочек, объясняя это тем, что вообще в школе не ходит в туалет.

Родители Стеллы были разочарованы как ее сексуальной ориентацией, так и намерением сменить пол, хотя отец девушки говорил, что, даже если она станет лесбиянкой, он примет ее такой, какая она есть. Отношения с матерью были напряженными, девушка называла ее «плаксой». С отцом отношения были лучше, она разделяла его интерес к ремонту машин.

Вероятно, гендерная дисфория Стеллы в детстве была слабо выражена, но затем, по причинам, не выясненным в ходе обследования (за исключением упомянутого просмотра телепередачи про перемену пола), на фоне психосексуальных особенностей развития в раннем подростковом возрасте межгендерные тенденции резко усилились. Впоследствии Стелла прошла курс поддерживающей психотерапии. Судя по всему, мужская идентичность подходила ей больше и, во всяком случае, меньше способствовала антисоциальному поведению. Стелле была рекомендована перемена пола. После этого ее социальная жизнь стала более успешной, и Стелла поступила в университет. Родители, судя по всему, постепенно признали ребенка как мужчину.

Случай из практики 11.3

Харви, 18 лет, пришел на обследование с целью перемены пола. Мы приняли его вместе с матерью, которая годом раньше повторно вышла замуж.

В период, предшествовавший зачатию Харви, отношения его родителей можно назвать стрессовыми. Беременность протекала тяжело. Сразу после родов у матери началась депрессия, и как только сыну исполнилось три месяца, ее госпитализировали на полгода. Мать называла первые годы жизни Харви стрессовыми, поскольку отец не принимал никакого участия в жизни семьи и постоянно изменял. Тогда же у женщины обнаружилась опухоль молочной железы, потребовавшая оперативного вмешательства. Кроме того, мать мальчика с трудом выносила поведение ребенка. Когда Харви исполнилось три года, родители развелись, после чего в отношениях матери и ребенка начался новый трудный период: мальчик отличался непослушанием, требовал к себе постоянного внимания, у него часто наблюдались вспышки гнева; темперамент матери также нельзя было назвать устойчивым. Подобные сложные отношения сохранились до подросткового возраста, когда ребенок стал вести себя спокойнее.

Хотя мать Харви никогда особенно не беспокоилась из-за его гендерной идентичности в детстве, она замечала, что мальчик избегает игр, похожих на драку, проявляет интерес к куклам, предпочитает общаться с девочками, порой примеряет на себя девчоночьи платья и играет женские роли в детских спектаклях. Эти формы поведения стали чуть менее яркими в раннем подростковом возрасте, когда Харви стал общаться со сверстниками своего пола, хотя он продолжал рассказывать о своих фантазиях, в которых он воображал себя женщиной. Подобные фантазии значительно усилились в 12 лет: в этом возрасте у него начались настоящие сексуальные отношения с двоюродным братом чуть младше. В этих отношениях, включавших частые сексуальные контакты, Харви воображал себя женщиной. Хотя мальчики держали интимную связь в тайне, они оба принимали активное участие в групповых фантазийных играх типа «Башня и дракон», где Харви всегда играл женские роли. Незадолго до обследования Харви его двоюродный брат, уже начавший взрослую гетеросексуальную жизнь, сообщил ему о желании прекратить их интимные отношения. Из-за этого

разрыва Харви стал всерьез задумываться о самоубийстве, но в конце концов сумел утешиться надеждой, что возлюбленный кузен вернется к нему.

В ходе обследования Харви признавал наличие у него гомосексуальных влечений, но в то же время описывал себя как транс-сексуала. При этом, хотя ни он сам, ни его мать никогда не проявляли гомофобии, юноша ясно выражал желание иметь «нормальные» сексуальные отношения с мужчинами. Мать поддерживала сына, хотя ее и пугала идея перемены пола. В то время она находилась в подавленном состоянии из-за своего нового замужества, поскольку ей теперь пришлось воспитывать непослушную падчерицу, а муж не хотел ей в этом помогать, и такая ситуация очень напоминала первый брак. Кроме того, у женщины был отрицательный опыт отношений с собственным отцом, который злоупотреблял алкоголем и применял физическое насилие по отношению к ее матери.

Мы сочли вполне вероятным, что в конце концов Харви придется переменить пол, учитывая его продолжительные фантазии о себе как о женщине. Однако поскольку он в силу юношеского возраста еще недостаточно изучил мир гомосексуалов и, казалось, вполне допускал для себя возможность гомосексуальной идентичности, мы предложили ему в течение какого-то времени изучить эту возможность как альтернативу перемене пола. Когда через два года после обследования мы проконсультировались с его психотерапевтом (в рамках дальнейшего наблюдения за пациентом), выяснилось, что он все сильнее развивает в себе межгендерную самоидентификацию.

Лечение

Цель лечения подростков с подобными расстройствами — помочь им прояснить гендерную идентичность и, если это необходимо, поддержать в преодолении множества препятствий на пути к перемене пола.

Несмотря на существование нескольких отчетов, в которых сообщалось, что в результате лечения пациент оставлял межгендерные тенденции и даже принимал гетеросексуальную ориентацию (см., например: Barlow et al., 1973; Davenport & Harrison, 1977; Kronberg et al., 1981; Philippopoulos, 1964), большинство

исследователей не сочло психотерапию, преследующую такую цель, эффективной; однако некоторые авторы сообщили, что им удалось достичь несколько иного: они смогли помочь подросткам, страдающим гендерной дисфорией, принять гомосексуальную ориентацию и оставить желание перемены пола (Barlow, Abel, & Blanchard, 1979; Kirkpatrick & Friedman, 1976; Levine & Lothstein, 1981; Lothstein, 1980; McCauley & Ehrhardt, 1984). Остается неясной частота достижения подобных результатов среди подростков, страдающих тяжелой формой гендерного расстройства.

Ход лечения может осложнить несколько факторов. Как уже отмечено выше, подростки с расстройством гендерной идентичности очень плохо переносят тревогу и с трудом могут ее вытерпеть. Стремление к хирургической операции по перемене пола становится для них способом защиты от тревоги и механизмом ее контроля. Мысль об отсрочке операции означает отсрочку избавления от дистресса, что усиливает их тревогу и затрудняет достижение «терапевтического альянса» между врачом и пациентом. Несмотря на понимание (по крайней мере на внешнем уровне) того, почему у них возникают межгендерные тенденции, подростки часто не способны оставить свои средства психологической защиты, поскольку без них просто не могут справиться с тревогой. Из-за этого они испытывают нетерпение и требуют от психотерапевта немедленного облегчения своего душевного состояния, тогда как врач пытается помочь им разобраться в чувствах и причинах поведения. Многие подростки, добывающиеся операции по перемене пола, прекращают сеансы психотерапии, поскольку не способны вытерпеть тревогу, связанную с изучением их желания переменить пол.

В тех случаях, когда удается добиться полного прекращения межгендерного поведения и фантазий, успех достигается с помощью длительного и интенсивного психиатрического лечения, которое, как правило, требует госпитализации и включает в себя изменение всего поведения пациента и курс психотерапии, направленный на его внутренний мир (см., например: Davenport & Harrison, 1977; Kronberg et al., 1981). Такое лечение, вероятно, имеет решающее значение для подростков с расстройством гендерной идентичности, поскольку может помочь им узнать о существовании иных моделей поведения и иных тенденций. Кроме того, госпитализация подростка избавляет его от влияния семейного окружения, которое возбуждает чувство тревоги

и подталкивает к поиску защитных поведенческих механизмов. Однако, учитывая частую перемену в настроениях пациентов, особенно их отношение к способам лечения, представляется маловероятным, чтобы гендерно-проблемные подростки, способные принимать решения самостоятельно, согласились бы на такой вариант. И, действительно, за последние 10 лет мы не имеем отчетов о стационарном лечении подростков.

По нашему опыту, работа психотерапевтов с такими подростками все же не ведет к существенным изменениям их гендерной самоидентификации. Мы знаем только один подобный случай: 16-летний юноша обратился к нам с целью перемены пола, но затем в ходе последующего двухлетнего наблюдения, не сопровождавшегося никаким лечением, мы выяснили, что он отказался от своего намерения переменить пол, прекрасно себя чувствует в мужской гендерной роли и хочет забыть все прежние контакты с нашей клиникой. Его отец (у которого в свое время тоже имелись проблемы с гендерной идентичностью) высказал предположение, что на изменение решения сына повлияли, во-первых, их улучшившиеся отношения и, во-вторых, участие юноши в религиозной группе.

Некоторые мальчики-подростки, у которых ранее наблюдалось расстройство гендерной идентичности и сохраняется остаточное женоподобное поведение, могут среагировать на поведенческую терапию, направленную на купирование женоподобного поведения, которое у них действительно может уменьшиться. Однако при этом очень трудно бывает добиться большего — то есть поведения, более соответствующего мужскому гендеру.

Семьи таких подростков нуждаются в поддержке, необходимой для того, чтобы межгендерные проблемы детей и возможная перемена их пола были приняты. Некоторые семьи не могут смириться со сменой гендерной роли и идентичности подростка. Другие семьи смиряются с этим, поскольку с официальной сменой гендера у подростка улучшается поведение, и он становится более независимым.

Подросткам, готовящимся к перемене пола, необходима поддержка в таких конкретных и необходимых вещах, как смена имени в документах и новая регистрация в школе или на работе. В некоторых случаях требуется постоянный контакт психолога с подростком, уже сменившим пол, с целью обсуждения его личного опыта, важности периода межгендерной жизни, реакций

семьи, социально-сексуальных отношений (более подробное рассуждение на эту тему см.: Clemmensen, 1990).

Некоторые подростки, страдающие расстройством гендерной идентичности, могут вызвать у психотерапевта реакцию, именуемую контрпереносом (явление, противоположное переносу, или перенесению). Некоторые психотерапевты начинают испытывать к подобным подросткам почти родительские чувства и потому считать решение о перемене пола неприемлемым. В этом случае психотерапевт уже не может работать на поддержку подростка, ищущего пути разрешения своих психических проблем. Для многих специалистов, работающих с подростками, желающими сменить пол, очень трудно принять перемену их пола и «привыкнуть», что их пациенты являются теперь представителями другого пола. В таких ситуациях необходим самоконтроль психотерапевта, в частности, в выборе мужских или женских местоимений при обращении к пациенту. А тем психотерапевтам, которые убеждены в ненужности перемены пола, вообще лучше не лечить людей с крайней формой расстройства гендерной идентичности, поскольку контрперенос может затруднить поддержку таких пациентов в их стремлении.

Наконец, подростки и взрослые, имеющие расстройство гендерной идентичности, могут страдать сопутствующими расстройствами личности и прочими психическими расстройствами (Lothstein, 1980). В этом случае важно выяснить природу таких сопутствующих расстройств, поскольку последние могут существенно осложнить курс лечения основной (гендерной) проблемы.

Последующее наблюдение

У подростков, подвергшихся операции по перемене пола, могут появиться те же осложнения, что и у взрослых, прошедших через аналогичную процедуру (например, патологическое сужение влагалища или образование рубцов на груди). Подростки, у которых гендерная дисфория сохранилась и после операции, требуют длительного последующего наблюдения, поскольку их жизнь становится во многих отношениях неустойчивой. Некоторые взрослые после перемены пола нуждаются в длительной поддержке их отношений с супругами и детьми. Многие из них не чувствуют себя готовыми к роли мужа и отца или жены и матери

и поэтому могут нуждаться в психологической помощи для облегчения стресса, вызванного новыми обстоятельствами. В то же время встречаются люди, после операции не требующие дальнейших контактов с психотерапевтом, поскольку они хотят «начать жизнь с чистого листа».

Дифференциальная диагностика

С клинической точки зрения, существуют две ситуации, требующие различного подхода к лечению подростка, страдающего гендерной дисфорией. Во-первых, это гомосексуальность, в которую гендерная дисфория в итоге может перейти: в таком случае данная дисфория является всего лишь первоначальным проявлением психологических трудностей, связанных с принятием гомосексуальной идентичности (причем некоторые так и продолжают колебаться между транссексуальностью и гомосексуальностью, например, женоподобные гомосексуалы), и, во-вторых, трансвестистское поведение, при котором периодическое межгендерное поведение не отражает межгендерную самоидентификацию.

Некоторые гомосексуальные подростки периодически испытывают сильнейшую межгендерную самоидентификацию, которая может отражать более ранние межгендерные ощущения, не нашедшие психологического разрешения. У некоторых мальчиков эти ощущения проявляются в ношении женских платьев и прочих формах исполнения женской гендерной роли. Подобные формы поведения, безусловно, отражают межгендерную самоидентификацию, не нашедшую разрешения, но они очень редко сопровождаются длительной гендерной дисфорией или психологической самоидентификацией с женским полом. Хотя некоторые подростки, вовлеченные в поведение такого рода, употребляют гормоны для усиления ряда внешних особенностей, они, по всей видимости, принимают гомосексуальную идентичность и нормально относятся к своим половым органам (в отличие от подростков с расстройством гендерной идентичности, которым отвратительны собственные половые органы). Иногда происходит следующее: подросток, осознавший свои гомоэротические чувства, но считающий их неприемлемыми и неприличными, хочет сменить пол. Если психологический источник такого желания установлен, в таком случае подросток может быть

введен в гей- или лесби-сообщество, и тогда его желание сменить пол уменьшится. И, напротив, в обеих описанных ситуациях межгендерные устремления могут усилиться; в таком случае человек может потребовать перемены пола.

Мальчик-подросток, проявляющий черты трансвестистского фетишизма, обычно отрицает наличие у него межгендерных тенденций, хотя при этом он может признавать, что ощущает себя женщиной, когда носит женскую одежду (см. гл. 12). Он редко имеет историю детского расстройства гендерной идентичности, хотя в раннем детстве, возможно, и примерял женские колготки. Ориентация такого подростка обычно гетеросексуальная. В некоторых случаях подросток-трансвестит может страдать гендерной дисфорией. Он может соответствовать обоим диагнозам и, кроме того, удовлетворять описанному в DSM-IV диагнозу «трансвестистский фетишизм, сопровождаемый гендерной дисфорией» (American Psychiatric Association, 1994).

Наконец, подросток, страдающий комплексом серьезных психических отклонений, может заявить, что он (она) является представителем противоположного пола. Подобные заявления обычно представляют собой часть более сложной бредовой системы и обычно прекращаются после лечения основного психоза (см.: Commander & Dean, 1990; Connolly & Gittleson, 1971; Gittleson & Dawson-Butterworth, 1967; Gittleson & Levine, 1966).

Глава 12

ТРАНСВЕСТИСТСКИЙ ФЕТИШИЗМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В DSM-V трансвестистский фетишизм определен как расстройство, возникающее у гетеросексуальных мужчин, которое заключается в периодически появляющемся сильном сексуальном возбуждении или сексуальной фантазии, подталкивающих человека к переодеванию в женские платья (см. табл. 12.1). Определенное таким образом явление относится к разряду парафилий. А в DSM-IV парафилии описываются как формы сексуального поведения, а также сексуальные фантазии и объекты, которые «приводят к клинически значимому дистрессу или ухудшению психического состояния (например, обязательно приводят к сексуальной дисфункции, требуют присутствия посторонних, не желающих это видеть, вследствие чего лицо может понести юридическую ответственность, отрицательно влияют на социальные отношения)» (р. 525).

В этой главе рассматривается трансвестистский фетишизм, возникающий у мальчиков-подростков. При анализе явления мы в основном будем опираться на собственный клинический опыт лечения 79 подростков, направленных на обследование в связи с трансвестистским поведением. В таблице 12.2 собраны демографические характеристики этой группы. Легко заметить, что группа состоит в основном из мальчиков раннего подросткового возраста, выходцев из среднего (низшего среднего) класса, которые чаще всего воспитывались в распавшихся семьях.

Большинство подростков удовлетворяет критерию А в отношении трансвестистского фетишизма. Лишь меньшая часть обследованных сообщила, что во время переодеваний не испытывала

сексуального возбуждения. Судя по нашим клиническим наблюдениям, это соответствует действительности в отношении некоторых подростков, в основном возраста около 13 лет; однако в остальных случаях показания подростков можно подвергнуть сомнению. Что касается критерия В, то большинство группы ему соответствовало: они практиковали переодевание в женские костюмы, но не потому, что они испытывали из-за этого дистресс. Только очень незначительное меньшинство подростков сообщило, что испытывает дистресс из-за переодеваний. Отсутствие сексуального возбуждения (которое бывает вызвано мастурбацией во время переодеваний в женскую одежду) в подростковом возрасте отмечается также и у взрослых, страдающих трансвестистским фетишизмом (см., например: Croughan, Saghir, Cohen, & Robins, 1981).

Поскольку эпидемиологические исследования, которые бы выяснили распространенность трансвестистского поведения в популяции в целом, не проводились и поскольку нам неизвестно, какой процент подростков продолжает трансвестистское поведение во взрослом возрасте, мы не можем определить, сохранилось ли такое поведение у обследованных нами подростков во взрослом возрасте. Исследования, посвященные взрослым трансвестистам, как правило, предполагают, что подобное поведение началось в детстве или отрочестве (Croughan et al., 1981; Prince & Bentler, 1972). По нашему опыту, многие подростки, направленные к нам на обследование в связи с трансвестистским поведением, если не предпринимать попыток контролировать подобные формы поведения, с годами вовлекаются в трансвестизм все сильнее и сильнее. Таким образом, поведенческие особенности подростков можно считать предшественниками взрослого расстройства, и именно с такой позиции мы и рассматриваем, в соответствующих случаях опираясь на литературу о взрослом трансвестизме.

Таблица 12.1. Диагностические показатели трансвестистского фетишизма, описанные в DSM-IV

Критерий А. Как минимум в течение полугода гетеросексуальный мужчина периодически испытывает сильное сексуальное возбуждение при переодевании в женское платье; подобные переодевания становятся для него важными сексуальными стимулами, с ними связаны его основные сексуальные фантазии.

Критерий В. Фантазии, сексуальные стимулы и поведенческие формы, связанные с переодеванием в женские платья, становятся причиной клинически значимого дистресса или ухудшения активности в социальной, профессиональной или иных важных сферах.

Необходимо уточнить в *случае сопутствующей гендерной дисфории*: испытывает ли человек постоянный и неизменный внутренний дискомфорт из-за своей гендерной роли или идентичности.

Примечание: взята с согласия правообладателей из DSM-IV, р. 531.

Таблица 12.2. Демографические характеристики группы из 79 мальчиков-подростков, страдающих трансвестистским фетишизмом

Variables	Data
Age (in years)	
M	14.8
SD	1.3
Range	11.5–17.6
Social class ^a (n and %)	
I	8 (10.1%)
II	14 (17.7%)
III	24 (30.4%)
IV	19 (24.1%)
V	14 (17.7%)
Family status (n and %)	
Mother and father	29 (36.7%)
Mother only ^b	10 (12.7%)
Mother and stepfather	4 (5.0%)
Father only ^b	1 (1.2%)
Father and stepmother	14 (17.7%)
Foster care ^c	21 (26.6%)

Использованные термины: те же, что в табл. 4.3 и 5.1.

Феноменология трансвестистского фетишизма у взрослых

Взрослые мужчины, страдающие трансвестистским фетишизмом, часто сообщают, что первые опыты переодевания в женское платье были у них еще до достижения 10 лет. У остальных подобных мужчин подобное поведение началось с наступлением

полового созревания (Croughan et al., 1981; Prince & Bentler, 1972). Обычно переодевания сопровождаются мастурбацией в подростковом возрасте и сексуальными контактами в раннем и среднем зрелом возрасте, с последующим постепенным ослаблением сексуального возбуждения (Croughan et al., 1981). Пациенты сообщают, что трансвестистское поведение приносит им ощущение расслабленности, комфорта или отдыха от исполнения мужской гендерной роли (Buhrich, 1978). Течение расстройства хроническое, многие предпринимают спорадические попытки прекратить такое поведение или контролировать его (Croughan et al., 1981). Однако большинство очень скоро вновь возвращается к переодеваниям, и вообще такие люди очень слабо мотивированы к прекращению поведения, которое доставляет им удовольствие. Кроме того, многие из них часто фантазируют о том, чтобы еще более расширить сферу, где они смогут играть женскую роль (Prince & Bentler, 1972). Обычно трансвеститы имеют повышенный уровень тревожности, депрессии и алкоголизма (Buhrich, 1981; Croughan et al., 1981; Fagan, Wise, Derogatis, & Schmidt, 1988; Levine). Эти мужчины обычно относят себя к гетеросексуалам. Хотя некоторые из них могут иметь сексуальные контакты с мужчинами, они все же склонны воспринимать себя как гетеросексуалов, а гомосексуальные контакты объясняют тем, что в данном случае они играют женскую роль. Многие трансвеститы женаты, и реакция их жен на подобные переодевания может варьировать от поощрения до враждебности (Prince & Bentler, 1972; Woodhouse, 1989).

Авторы исследования 1979 года (Buhrich & McConaghy, 1979) подразделяют всех трансвеститов на три категории: «ядерная», «маргинальная» и «транссексуальная». Ядерная группа проявляет очень слабую самоидентификацию с женским полом или вообще не проявляет таковой; как правило, она гетеросексуальна. Транссексуальная группа проявляет более последовательное и сильное стремление к переодеванию в женскую одежду, а также характеризуется сексуальным влечением к мужчинам и самоидентификацией с женским гендером. Маргинальная группа представляет собой нечто среднее между ядерной и транссексуальной группами. Хотя авторы исследования 1979 года (Buhrich & McConaghy, 1979) подчеркивают, что все три категории друг с другом не пересекаются, доказательства этому утверждению приведены скудные, а другие авторы сообщают о существовании трансвеститов,

являющихся промежуточным звеном между гетеросексуалами и транссексуалами. При этом все категории испытывают гендерную дисфорию (Fagan et al., 1988).

История трансвестизма указывает, что некоторые люди с такими особенностями сохраняют модель поведения, связанную с переодеваниями, при этом их гендерная идентичность меняется мало, тогда как у других развивается все более сильная межгендерная самоидентификация, которая в итоге может привести к желанию изменить пол хирургическим путем (Blanchard, 1990b; Blanchard & Clemmensen, 1988). Остается неясным, является ли такая модель развития результатом частых и навязчивых переодеваний в женские платья, сопровождаемых фантазиями, в которых мужчина стремится сменить свою личность на женскую, либо межгендерная самоидентификация присутствует в сознании человека с детства и всего лишь становится ярче благодаря переодеваниям. Мы точно знаем, что мужчины такого типа не проявляют именно ту модель межгендерной самоидентификации, которая наблюдается у мальчиков с расстройством гендерной идентичности или у транссексуальных мужчин с гомосексуальной ориентацией (Bradley & Zucker, 1984). В издании DSM-IV наличие межгендерной самоидентификации обозначено пометкой «с гендерной дисфорией» (with gender dysphoria).

Обзор литературы о трансвестистском фетишизме у подростков

Научная литература о подростковом трансвестизме исключительно описательная (Adams, Klinge, Vaziri, Maczulski, & Pasternak, 1976; Krueger, 1978; Liakos, 1967; Spensley & Barter, 1971). Кроме того, к сожалению, эта литература способна ввести в заблуждение, поскольку в ней отсутствует точное определение трансвестистского фетишизма, а в некоторых случаях термин «трансвестизм» употребляется для описания расстройства гендерной идентичности или транссексуальности. Например, авторы статьи 1976 года (Adams et al., 1976) сообщают о шестерых пациентах подросткового возраста, якобы страдавших трансвестистским фетишизмом; однако четверо из них явно страдали расстройством гендерной идентичности и были вовлечены в гомосексуальные отношения,

один из оставшихся был эксгибиционистом, а второго уличили в педофилии...

Авторы статьи 1971 года (Spensley & Barter, 1971) описали семьи, из которых происходили подростки, определенные ими как «трансвеститы». Из 18 изученных подростков авторы выделили 12 человек, составляющих основную группу, которую исследователи рассматривают как группу «обычных» (или «однородных») подростков-трансвеститов. В противоположность им шесть остальных подростков, включая одного транссексуала, одного гомосексуала, а также двоих, проявляющих иные парафилии, рассматриваются как «частичные» трансвеститы. Поскольку авторы статьи не предоставили достоверной информации о нынешнем поведении 12 человек, составлявших «основную группу», очень трудно понять, соответствуют ли пациенты критериям трансвестистского фетишизма, описанным в DSM-IV. Авторы статьи также заметили, что мастурбация не является самым ярким признаком поведения этих подростков, но при этом «в половине случаев она периодически ассоциируется с сексуальным возбуждением, которое возникает из-за ношения женских платьев» (р. 350). Исследователи описывают отношения своих пациентов с матерями, как «симбиоз, исполненный враждебности» (р. 350); сами матери характеризуются как «мужеподобные и властные» (р. 350), а отцы при этом характеризуются как «пассивные и зависимые» (р. 351).

Клинические признаки

Подростки, у которых наблюдаются трансвестистские формы поведения, очень редко приходят на обследование к психиатрам по собственной инициативе. Чаще всего тревогу начинают бить родители, когда обнаруживают в комнате сына какие-то предметы женского гардероба, которые незадолго до того пропали из их комнат. Иногда родители замечают, что сын надевает женское нижнее белье или колготки перед сном. Иногда они сообщают, что, когда сын был младше, он носил колготки под одеждой. Родители реагируют на такое поведение, как правило, гневом, смущением и тревогой за будущую гендерную идентичность и сексуальную ориентацию ребенка. Однако некоторые родители рассматривают такое поведение как подростковый эксперимент

и никак не дают понять, что это их особенно беспокоит. Чаще всего подростка направляют на обследование, когда такое его поведение затягивается и приводит к тому, что он начинает воровать женское белье у соседей или в магазинах. Поскольку и сам подросток, и его родители могут стесняться такого поведения, проблему держат в тайне от остальных родственников. Обследование подростка бывает затруднено из-за его неохотного участия в процессе клинической оценки или из-за нежелания родителей и других членов семьи рассказывать о его поведенческих особенностях.

Большинство юных трансвеститов, которых мы обследовали в клинике, было направлено к нам в начале среднего подросткового возраста; к тому времени подростки уже имели опыт ношения женского белья, начавшийся одновременно с половым созреванием. Некоторые подростки вспоминали, что в гораздо более раннем возрасте время от времени надевали колготки матерей или сестер, либо даже их белье. Зачастую такое поведение начиналось, когда мать подростка отсутствовала, была недоступна или конфликтовала с ним. Первоначально эти предметы одежды использовались ребенком для облегчения тревоги. Эмоциональная связь одежды и сексуального возбуждения начала развиваться, вероятно, потому, что для облегчения тревоги подростком также использовали мастурбацию, и произошла стыковка двух параллельных форм поведения. Если подростку позволять развивать тот же психологический метод и не особенно вмешиваться в процесс, то мальчик начинает «расширять сферу применения» трансвестизма и надевать женскую обувь, другие предметы одежды, а также парики, и делать макияж. Такое поведение может наблюдаться нерегулярно, а лишь время от времени, особенно как реакция на какие-то стрессовые ситуации, связанные с отношениями с матерью или другими важными для ребенка родственниками; однако именно такое поведение может быть выбрано мальчиком как предпочтительный метод сексуального возбуждения и несколько раз в неделю практиковаться одновременно с мастурбацией.

Очевидно, что на ситуацию влияет существование личного пространства подростка и то, как часто он остается один (ведь подобные формы поведения редко практикуют в присутствии других). Некоторые подростки пачкают (спермой, калом или мочой) использованную женскую одежду либо даже рвут ее. Другие подростки сдерживают такие поведенческие проявления, поскольку

боятся отрицательной реакции родителей, юридической ответственности, а также вредного влияния такого поведения на дальнейшую сексуальную жизнь. Некоторые пытаются прекратить трансвестистские эксперименты, но вслед за таким прекращением немедленно начинают испытывать значительный стресс и поэтому время от времени возвращаются к переодеваниям. Другие не предпринимают никаких усилий для сдерживания своих увлечений, поскольку не видят особой причины как-то ограничивать проявления желаний.

Во время беседы с психологом подросток часто чувствует скованность, ему трудно бывает рассказать о себе. В большинстве случаев он уверяет психолога, что его ориентация — гетеросексуальная, а межгендерного поведения никогда не наблюдалось, за исключением переодеваний в женскую одежду, начавшихся еще в раннем детстве. Подобные подростки действительно не проявляют в детстве межгендерных тенденций и форм поведения, наблюдающихся у подростков с расстройством гендерной идентичности или подростков с гомосексуальными наклонностями (см. рис. 12.1). Хотя некоторые подростки, увлекающиеся трансвестизмом, признают трудности с определением своей гендерной идентичности, большинство из них ясно осознают себя как представителей мужского пола. Подобные подростки часто испытывают дискомфорт в коллективе, состоящем из представителей разных полов, но они также могут держаться на расстоянии и от сверстников своего пола.

Большинству таких подростков трудно описать свои чувства, однако наиболее проницательные способны описать использование женской одежды и вспомнить, что подобные действия происходят на волне стресса, вызванного ссорой с матерью. Обычно после перепалки с матерью разгневанный подросток запирается у себя в комнате. Надевание женского платья или белья доставляет ему ощущение внутреннего покоя. А в случае, если подросток для той же цели — самоуспокоения — использует мастурбацию, то в результате сочетания двух механизмов облегчения тревоги, в его сознании происходит связка сексуального возбуждения с надеванием женской одежды. Затем подросток замечает, что при более длительном использовании предметов женского гардероба у него быстрее наступает сексуальное возбуждение — когда он фантазирует о переодеваниях или переодевается на самом деле. И хотя большинство в целом отрицает желание сменить пол,

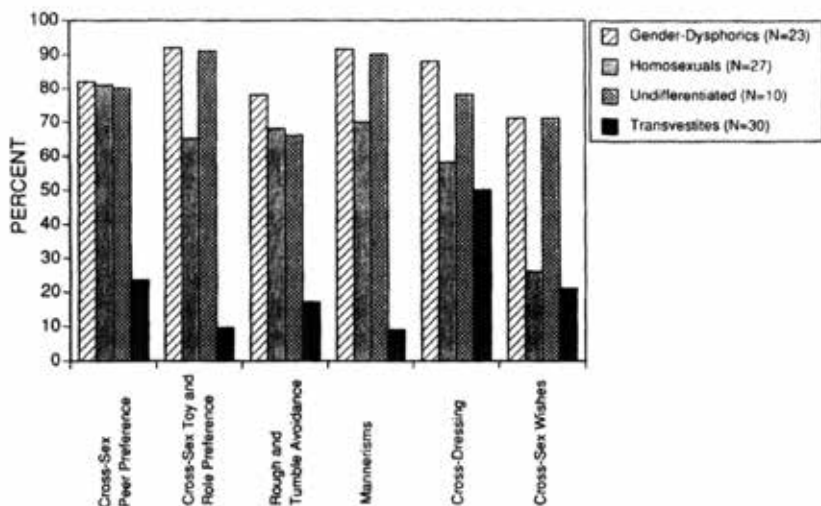


Рис. 12.1. Процентное соотношение пациентов, разделенных на диагностические группы, в клинических историях которых имеются сведения о межгендерных формах поведения в детстве (установленном путем психологических бесед). Группа «недифференцированная» — подростки, направленные в клинику в связи с межгендерным поведением на момент обследования, у которых, однако, не наблюдается сопутствующей гендерной дисфории или гомосексуальной ориентации.

Использованные термины:

Gender-Dysphorics — страдающие гендерной дисфорией.

Homosexuals — имеющие гомосексуальную ориентацию.

Transvestites — проявляющие трансвестистское поведение.

Cross-Sex Peer Preference — предпочитающие дружить со сверстниками противоположного пола.

Cross-Sex Toy and Role Preference — предпочитающие игрушки и ролевые игры, свойственные детям противоположного пола.

Rough and Tumble Avoidance — избегающие игр, похожих на драку.

Mannerisms — демонстрирующие манерное поведение.

Cross-Dressing — переодевание в костюмы, свойственные противоположному полу.

Cross-Sex Wishes — межгендерные тенденции (желание сменить пол).

некоторые из них признаются, что во время подобных переодеваний они ощущают себя кем-то вроде женщин. Эти ощущения могут усилиться при рассматривании себя переодетого в зеркале.

Как правило, подростки, увлеченные трансвестизмом, характеризуют своих матерей как «невыносимо властных» (Kueger, 1978; Liakos, 1967). В некоторых семьях с такой характеристикой матерей согласны и отцы мальчиков, подтверждающие сказанное в ходе психологических бесед. Однако в других семьях чувствительные неагрессивные мальчики с трудом переносят гнев матерей, вызванный реальными поведенческими проблемами сыновей. В подобных ситуациях отцы мальчиков зачастую оказываются не способны понять сыновей или помочь им в разрешении конфликтов с матерями (Kueger, 1978).

Подростки, проявляющие трансвестистское поведение, обычно характеризуются и другими поведенческими проблемами, а также плохой успеваемостью в школе. Многие из направленных в нашу клинику жили в приемных семьях или в семейных детских домах (то есть в многодетных семьях с приемными детьми). Это отчасти объясняется трудным характером детей, но нельзя не учитывать и то, что многие дети происходили из неблагополучных семей, где родители не справлялись с обязанностями по их воспитанию (см. табл. 12.2). Когда ребенок попадал в приемную семью, его разлука с биологической матерью могла привести к ощущению фрустрации, которая влекла за собой проблемы во взаимоотношениях с новыми воспитателями.

В ряде случаев перед возникновением трансвестистского фетишизма подросток переживает длительную разлуку с матерью либо же вообще лишен матери. В таблице 12.2 показано, что 36 из 79 подростков в период обследования жили отдельно от биологических матерей; еще четыре подростка испытали разлуку с матерями, но снова поселились в одном доме с ними в период обследования. Таким образом, общий процент подростков-трансвеститов, переживших разлуку с матерью, равен 50,6 %, что значительно выше аналогичного процента подростков, страдающих гендерной дисфорией, и гомосексуальных подростков (Bradley & Zucker, 1984; см. также табл. 11.4). Многие такие подростки признаются, что обижены на матерей, поскольку считают, что те отвергли их или бросили.

Исследователи описали связь трансвестистского поведения с другими парафилиями (например, с самоудушением в ходе эротических игр), а также с самоубийством (Shankel & Carr, 1956). Наличие трансвестистского поведения у группы взрослых насильников (Langevin, Paitich, & Russon, 1985), в психиатрических

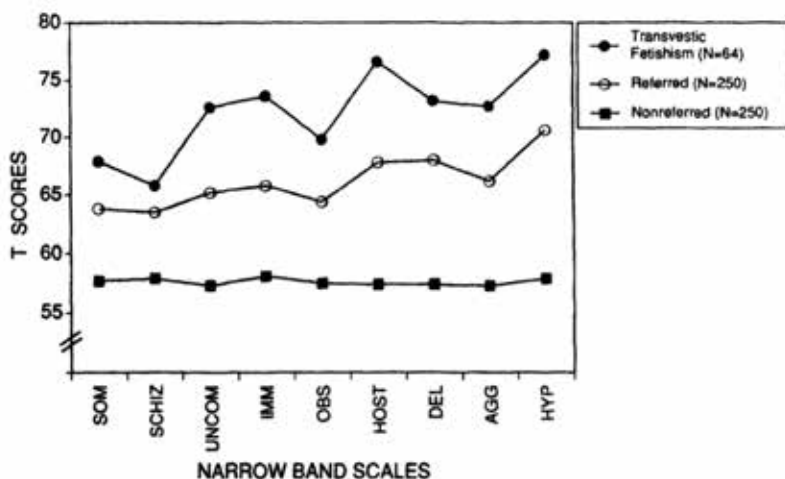


Рис. 12.2. Частные («узкие») факторы, по CBCL, у мальчиков-подростков от 12 до 16 лет.

Использованные термины:

Transvestic Fetishism (N = 64) — группа из 64 мальчиков, страдающих трансвестистским фетишизмом.

Остальные термины: те же, что в табл. 5.1 и 5.3 и на рис. 5.1, 5.2, 5.3 и 5.4.

описаниях взрослых убийц (Snow & Bluestone, 1969), а также в одном еще не опубликованном отчете о трансвестистском поведении, наблюдаемом у подростка-убийцы, которого обследовала соавтор этой книги Сьюзен Брэдли, приводит к выводу о необходимости исследования возможной взаимосвязи агрессивных фантазий и трансвестистского поведения.

Как было замечено выше, всем подросткам-трансвеститам свойственны примерно одинаковые сопутствующие проблемы поведения. В таблице 12.3 и на рис. 12.2 отражены оценки поведения этих подростков, данные матерями (или опекунами) по опроснику CBCL матерями (или женщинами-опекунами). По CBCL, в среднем около пяти частных («узких») факторов имеют значения, превышающие норму; сумма баллов оказалась в пределах диапазона, требующего клинического диагноза, как в показателях «внутренних» проблем, так и в показателях «внешних» проблем, и они мало отличались друг от друга. В шкале частных («узких») факторов высшие оценки получили такие качества, как

Таблица 12.3. Оценки поведенческих нарушений мальчиков-подростков, страдающих трансвестистским фетишизмом, данные их матерями (или женщинами-опекунами), по CBCL

Measures	Transvestic fetishism (<i>n</i> = 64)		Nonreferred (<i>n</i> = 250)		Referred (<i>n</i> = 250)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
No. elevated narrow-band scales	4.9	2.8	—	—	—	—
Number of items	54.3	14.6	—	—	—	—
Sum of items	78.3	29.4	21.7	15.0	58.9	24.0
Internalizing <i>T</i>	71.1	6.8	51.2	9.1	65.6	8.9
Externalizing <i>T</i>	72.0	8.4	51.0	9.3	68.1	8.7

Использованы те же термины, что и на рис. 12.2, в табл. 3.1 и 5.1.

гиперактивность и злобная замкнутость в себе. Большинство «узких» факторов оказалось значительно выше, чем аналогичные показатели стандартизированного исследования (Achenbach & Edelbrock, 1983). Таким образом, наша группа подростков, страдающих трансвестистским фетишизмом, показала очень высокий уровень общих поведенческих нарушений как во «внешних», так и во «внутренних» сферах психопатологии. Из других диагнозов, описанных в DSM-III-R, самыми распространенными являются: расстройство поведения, оппозиционное расстройство неповиновения; синдром дефицита внимания и гиперактивности; а также синдром чрезмерной тревоги. Общими свойствами этих подростков являются также обычные трудности в обучении (в частности, языковом) и школьная неуспеваемость.

В таблице 12.4 показаны корреляции между оценками поведенческих нарушений, согласно опроснику CBCL, и демографическими переменными. Существенными оказались лишь 2 из 20 корреляций. Поскольку обследуемая группа не вполне репрезентативна, а обладает несколькими схожими демографическими чертами (например, низкий IQ, относительно низкое социальное положение семьи, высокий процент неполных семей), представляет интерес тот факт, что демографические переменные, по сути, никак не связаны со степенью поведенческой психопатологии.

Тестирование на IQ подтвердило наше клиническое впечатление об относительно ослабленных вербальных способностях

Таблица 12.4. Корреляции между оценками поведенческих нарушений, по CBCL, и демографическими переменными (у группы подростков, страдающих фетишистским трансвестизмом)

Measures	Age	Full Scale IQ	Social class	Marital status ^a
No. elevated narrow-band scales	-.04	-.08	-.28*	.25*
Number of items	-.08	.03	-.18	.10
Sum of items	-.09	.03	-.14	.12
Internalizing T	.04	.02	-.09	.21
Externalizing T	-.07	.11	-.13	.08

Использованные термины: те же, что и в табл. 5.1.

(см. табл. 12.5). Легко заметить, что у нашей группы вербальный IQ значительно ниже, чем IQ в сфере действия и ориентации в пространстве. Согласно оценке влияния факторов, рассчитанной Коэном (Cohen, 1957), понимание речи и способность сосредоточиться оказались значительно ниже, чем организация восприятия, но при этом первые два фактора не отличались друг от друга. Этот образец интеллектуального функционирования соответствует полученному в предыдущих исследованиях, посвященных взрослым мужчинам, страдающим фетишистским трансвестизмом (Bowler & Collacott, 1993; Steiner, Sanders, & Langevine, 1985). Хотя вербальный IQ и пространственный IQ существенно коррелируют с социальным положением семьи ($r = -0,45$

Таблица 12.5. IQ и оценки факторов мальчиков-подростков, страдающих трансвестистским фетишизмом

	M	SD	Range	n
Verbal IQ ^a	92.1	17.1	47–131	66
Performance IQ ^a	98.5	10.6	45–138	66
Full Scale IQ	94.7	19.3	41–138	66
Verbal Comprehension ^b	8.9	3.0	1.75–15.75	64
Perceptual Organization ^b	10.3	3.4	1.25–16.25	64
Freedom from Distractibility ^b	7.7	2.8	1.00–13.33	64

Использованные термины:

Perceptual Organization — организация восприятия.

Freedom from Distractibility — способность сосредоточиться.

Остальные термины: те же, что и в табл. 4.3, 6.4 и на рис. 6.8.

и $r = -0,39$, соответственно, $p < 0,001$ в обоих случаях) разница баллов не коррелирует с социальным положением семьи ($r = 0,03$) или с какой-либо другой демографической переменной; таким образом, различие между вербальным и пространственным IQ можно считать отражающим особенность группы в целом.

Только у одного из всех подростков, направленных на неврологическое обследование с целью исключить поражение височных долей мозга (см. об этом ниже), была выявлена грубая патология (с помощью как ЭЭГ, так и истории болезни). Однако в историях болезни трех других подростков упоминалась эпилепсия и иная патология мозга (выявленная ЭЭГ), имевшая место до возникновения трансвестистского фетишизма, а еще четверо страдали синдромом Туретта. У одного из подростков, имеющего подтвержденный диагноз «эпилепсия», частота трансвестистских форм поведения увеличивалась одновременно с учащением припадков, при этом, в частности, наблюдался «фетишизм подгузников» (Malitz, 1966; Tuchman & Lachman, 1964). У нескольких других подростков-трансвеститов в истории болезни упоминалась тяжелая черепно-мозговая травма, случившаяся в раннем детстве. Несколько человек в детстве пережили потерю близких. Оба эти фактора predisполагают к повышенному риску церебрального инсульта.

Следующие случаи из нашей практики иллюстрируют некоторые аспекты клинической картины подростка, страдающего трансвестистским фетишизмом.

Случай из практики 12.1

Джо, 15 лет, по происхождению индеец. Был направлен в клинику из-за приобретенной привычки воровать нижнее белье старшей (приемной) сестры. Часто он пачкал это белье калом. Во время обследования находился в специальном общежитии для трудных подростков, куда его поселили вследствие агрессивной выходки по отношению к приемному отцу. Этой вспышке гнева предшествовал период психологически тяжелых отношений Джо с приемными родителями, которые за несколько месяцев до того узнали о привычке мальчика надевать женское белье и неоднократно пытались этому воспрепятствовать.

Трансвестистское поведение Джо началось в шесть лет, когда он жил в первой приемной семье, где к нему применялось

насилие. Вскоре мальчик был передан другой приемной семье, где он и жил вплоть до обследования.

Джо существенно отставал в умственном и физическом развитии, страдал самопроизвольными испражнениями во сне, обильным слюнотечением (из-за трудностей при глотании), а также проблемами с речью, из-за которых другим было тяжело понять смысл сказанного. Тем не менее вторая приемная семья, как и сам мальчик, считала, что у них все идет хорошо, и что Джо постепенно справится со всеми проблемами. Однако новые приемные родители признавали, что подростку по-прежнему трудно совладать с приступами гнева, и приемный отец опасался, что Джо вырастет склонным к агрессии. Это опасение отчасти основывалось на том, что биологическая мать Джо убила двоих членов своей семьи.

Никаких явных доказательств расстройства гендерной идентичности Джо не существовало, подросток обычно был замкнутым и спокойным. Несмотря на недостаток координации, он умело играл в бейсбол и хоккей. Кроме того, он с удовольствием ходил с приемным отцом на охоту. Его вторая приемная семья указала, что Джо никогда не мог внятно выразить свои чувства и эмоции, особенно отрицательные. Поэтому когда он научился плакать, семья восприняла это как большой прогресс в развитии.

Несмотря на все проблемы, семья считала, что Джо обладает хорошим чувством юмора и вообще довольно разговорчив. Когда неожиданно объявилась биологическая мать мальчика, Джо очень встревожился. Ему стали сниться кошмары, и он стал выражать серьезное опасение, что мать может его похитить. Кроме поведенческих проблем, до того, как вторая приемная семья узнала о его привычке к трансвестизму, Джо не проявлял никаких других отклонений в поведении. В школе он вел себя вполне нормально.

Когда Джо в сопровождении курировавшего его работника опеки решил признаться семье в трансвестистских пристрастиях, семья поддержала его желание получить психотерапевтическую помощь. Однако процесс поиска психотерапевта затянулся, и в течение этого периода трансвестизм подростка принял более острые формы. Работник опеки сообщил, что Джо стал эякулировать на используемое женское белье, а также мочиться на него, поливать оливковым маслом и поджигать. Семья очень встревожилась из-за таких действий Джо и, чтобы предотвратить

подобное в будущем, стала запира́ть двери в те комнаты, где хранилось женское белье. Дело кончилось открытой дракой Джо с приемным отцом, преградившим ему доступ к женской одежде, после чего Джо и отправили в специальное общежитие для трудных подростков. В этом заведении подросток демонстрировал чередование депрессии и гиперактивности. Несколько раз он сбегал, прогуливал школу, воровал продукты в магазине, вламывался в дом приемной семьи.

В беседе наедине с психологом Джо признал свою склонность к трансвестизму, а также то, что во время мастурбаций воображает себя одетым в женское платье, а когда надевает женское белье, то представляет себя девушкой. Кроме того, подросток признал, что обеспокоен собственной раздражительностью, и порой его посещают фантазии, связанные с мекстью; он боится, что когда-нибудь начнет осуществлять эти мстительные фантазии и, возможно, кого-нибудь убьет. Он отрицал свою гомосексуальную озабоченность. Кроме фантазий, в которых он воображал себя одетым как женщина, он не мог вспомнить никаких других сексуальных фантазий, возникающих во время мастурбаций. Он признал, что ему зачастую бывает трудно объяснить свои мысли, поскольку нелегко подобрать подходящие слова. Он считал себя чувствительным и воспринимающим все близко к сердцу. Некоторое время назад Джо посещали мысли о самоубийстве, и однажды после драки с лучшим другом он даже пытался повеситься. Других отклонений в содержании размышлений или в самом процессе мышления выявить не удалось.

Касаясь отношений с его второй приемной семьей, Джо заявил, что ему живется в ней гораздо лучше, чем в первой приемной семье. Однако он выразил тревогу из-за ссор и скандалов с приемной матерью. Ему не хотелось терять из-за нее терпение, и он боялся, что однажды он выйдет из себя и ударит ее. К тому же он очень расстраивался из-за того, что приемная мать часто сердилась на него. К ссорам с приемным отцом он, напротив, относился гораздо спокойнее и не видел ничего страшного в иногда возникавших прямых стычках с ним. Подростку казалось, что и он сам, и его приемный отец ощущают себя победителями по окончании каждой стычки, но в конце концов оба забывают о ссоре.

По окончании обследования Джо вновь был направлен к своему лечащему психотерапевту с рекомендацией поработать

с контролем над гневом. Были предприняты усилия по поддержке налаживавшихся хороших отношений Джо с приемной семьей.

Наша клиническая формулировка состояния Джо состояла в том, что трансвестизм мальчика развился как один из способов самоуспокоения в первой приемной семье, где психика этого крайне чувствительного ребенка была порой перегружена чрезмерной массой ощущений, которые он не мог выразить словами. По нашему мнению, продолжение трансвестистского поведения явилось отражением явной уязвимости Джо, который не мог справиться с аффектами, и его неспособности справляться со своими ощущениями, связанными с более ранними травмами, а также обеспокоенности своим гневом по отношению к приемной матери, который он пытался сдерживать. Несмотря на возникавшие фантазии, в которых он воображал себя женщиной (во время мастурбации или надевания женского белья), Джо не демонстрировал ярко выраженных межгендерных тенденций. Поэтому мы высказали мнение, что наилучшим терапевтическим методом в данном случае будет психологическая помощь подростку в поиске иных форм выражения чувств, особенно гнева.

Случай из практики 12.2

Джон, 13 лет, ученик седьмого класса. Был направлен на обследование после того, как в течение года воровал трусы, бюстгалтеры и колготки сестры и матери. Все эти предметы периодически обнаруживали у него в спальне. Мать мальчика заподозрила, что мальчик использовал эти вещи для мастурбации, поскольку тогда же в его комнате нашли картинки с обнаженными девушками. Однако из-за женского белья родители беспокоились, что он может стать «геем».

Джон был желанным ребенком и родился в результате запланированной беременности, однако на поздних сроках беременности вплоть до родов мать страдала сильнейшим токсикозом. В раннем детстве Джона родители не опасались за его дальнейшее развитие, хотя матери мальчика казалось, что он «слишком сексуален». Она сделала такой вывод, наблюдая за тем, как ребенок кувывается в постели и двигается, лежа на животе. При этом он подкладывал под себя либо скомканное шерстяное одеяло, либо плюшевого медведя. Когда мальчику исполнилось шесть лет, мать отняла у него эти предметы. При общении с другими

детьми он всегда был робок и застенчив. Когда ему исполнилось два года, мать вновь вышла на работу, и ребенка отдали в детский сад. Отец Джона счел этот факт доказательством недостатка материнской любви, поэтому во время обследования он выразил мнение, что проблемы Джона объясняются тем, что матери трудно наладить с ним отношения. В прошлом у Джона никогда не наблюдалось расстройств гендерной идентичности. Мальчику всегда нравились прогулки на свежем воздухе и общение с животными. Он дружил со сверстником, разделявшим его интересы, увлекался в боулингом, состоял в команде по этому виду спорта и проявлял особенный интерес к девушке из той же команды.

Когда мы беседовали со всей семьей, родители Джона, разошедшиеся незадолго до того, с трудом могли смотреть друг на друга и говорили явно скованно. Когда же мы беседовали отдельно с каждым членом семьи, отец и сам Джон выражали недовольство по отношению к матери, которую они характеризовали как незаботливую, властную и агрессивную. Джон и его отец ощущали себя подчиненными членами семьи, не способными на самостоятельные поступки без оглядки на мнение и желание доминировавших женщин (включая бабушку Джона, то есть мать его матери). В свою очередь, мать Джона характеризовала мужа как становившегося все более вялым и апатичным, все менее заинтересованным в сексуальных отношениях, а также все менее желавшим общаться с сыном. Кроме того, она признала, что в прошлом у нее случались депрессии, причем иногда настолько тяжелые, что ей приходилось отпрашиваться с работы.

В ходе совместной беседы Джон был явно скован и говорил с трудом, но более внятно, чем во время индивидуальной беседы. Он признал, что часто сердится на мать, которую он воспринимает как подавляющую и одновременно отвергающую его. Он описал самовосприятие, свидетельствующее о его низкой самооценке, и выразил желание стать более «мужественным». Когда его попросили назвать любимое животное, он ответил, что это — ихтиозавр, которого он описал как имеющего много «выпуклых» частей тела (ласты, хвост, длинный клюв). Кроме того, мальчик выразил желание превратиться в «господствующую» рыбу вроде акулы и «властвовать над всеми окружающими животными». Джо отрицал наличие гомосексуальных чувств, заявляя, что во время мастурбаций представляет только образы девушек и женщин и в реальности увлекается только представительницами

женского пола. Подросток неохотно рассказывал о переодеваниях в женское белье и заявлял, что не знает, почему это делал, но уверен, что «не помешан» на этом фетише. Очевидно, что Джо осознал, что его оппозиционное поведение дома связано со вспышками гнева по отношению к матери.

Вся семья прошла курс поддерживающей психотерапии. В итоге родители смогли существенно изменить свое поведение. Отец стал больше интересоваться жизнью сына и активнее его поддерживать. Мать приобрела сдержанность и стала позитивнее относиться к сыну. Джон среагировал на это тем, что научился лучше контролировать трансвестистские порывы и попытался стать менее строптивым. Его родители почувствовали, что ребенок стал спокойнее, и его внутренние конфликты стихают. Родители решили вновь начать жить вместе, предварительно обсудив дальнейшие отношения и согласившись больше уступать друг другу. Джон отказался от индивидуальной психотерапии, объяснив это тем, что, по его ощущениям, он уже может сам контролировать психические проблемы.

Этиология

Сегодня существуют три основных теоретических подхода к осмыслению трансвестистского поведения: психоаналитический, биологический и теория научения. Ниже мы рассмотрим каждый из этих подходов. Поскольку, на наш взгляд, ни одна из теорий не отражает всей сложности трансвестистского фетишизма, но при этом все они имеют свои достоинства, мы предложим клиническую формулировку, объединяющую их.

Психоаналитическая теория

Трансвестизм, определенный как одна из форм фетишизма, в классической психоаналитической литературе рассматривался как индивидуальная реакция ребенка на полученную информацию о различии мужских и женских половых органов (Fenichel, 1945). Фетиш (в данном случае переодевание) мыслился как символ отречения от матери, «не имеющей пениса»; таким образом, переодевание рассматривалось как средство, делающее мальчика

(или взрослого мужчину) способным защититься от тревоги, возникающей из-за страха перед возможной кастрацией. Недостатком этой теории является отсутствие внятного объяснения различий, которые приводят к выбору гомосексуального объекта как противоположного трансвестизму (причем оба выбора являются результатом страха перед возможной кастрацией), за исключением утверждения о ранней психологической фиксации ребенка на трансвестизме (Fenichel, 1945). Впоследствии психоаналитики ставили под сомнение главную роль внутреннего конфликта, связанного с эдиповым комплексом в развитии трансвестистского поведения. Постепенно идея предэдиповой травмы стала основным способом объяснения как раннего начала трансвестизма, так и расстройства гендерной идентичности, причем исследователи делали особый акцент на роли семейных отношений и эго-психологии в этом процессе (Bak, 1953; Berman, 1953; Glasser, 1979; Greenacre, 1955). Истолковывая фетиш как крайнюю форму переходного объекта, этиологические теории сосредоточивают внимание на тревоге ребенка из-за страха разлуки с матерью. Хотя многие авторы психоаналитических работ продолжают рассматривать трансвестистское поведение только как проявление эдипова комплекса, большинство исследователей видит здесь одновременное влияние предэдиповых факторов и крайней тревоги мальчика из-за страха кастрации. Например, Филлис Гринакр (Greenacre, 1968) описала развитие «извращений» (к числу которых она относила и трансвестизм) следующим образом: «Из-за нарушений в отношениях матери и ребенка, случившихся в раннем детстве, происходят серьезные затруднения в объектных отношениях, что усугубляется и некоторой телесной слабостью и проблемами самооценки, особенно в восприятии своих половых органов. Этот процесс становится особенно значительным в фаллический и эдипов периоды, когда тревога из-за страха возможной кастрации становится особенно острой благодаря некоторым агрессивным эмоциям, возникающим именно в это время. Зреющие сексуальные стимулы искажаются из-за чрезмерного беспокойства по поводу собственного тела подростка. Таким образом возникает порочный круг с периодически возвращающейся паникой из-за страха кастрации, и во время приступов этой паники фетиш в форме ритуализированного трансвестистского поведения играет роль “временного заменителя” реальных сексуальных действий или отношений. И оно получает ценность,

скорее относящуюся к нарциссизму, чем связанную с внешним сексуальным объектом» (Greenacre, 1968, p. 57).

В соответствии с этой теорией разглядывание себя в зеркало (обычно наблюдаемое при трансвестизме) может рассматриваться как действие, успокаивающее тревогу подростка, возникающую из-за вида его тела. Вероятно, такое поведение является искаженным продолжением разглядывания родителей в раннем детстве.

Авторы статьи 1978 года (Person & Ovesey, 1978) интерпретируют трансвестизм как одну из целой серии «переходных» поведенческих форм между транссексуальностью и «женоподобной гомосексуальностью». Они рассматривают переодевание в женское платье (или белье), имеющее место при каждом из этих расстройств, как попытку устранить тревогу из страха разлуки — попытку, имеющую три различных степени, из которых транссексуальность является самой примитивной, а «женоподобная гомосексуальность» — самой продвинутой. Роберт Столлер (Stoller, 1985a, 1985b) представил особенно яркий отчет о лечении матери, чей сын в возрасте 2,5 лет проявлял интерес к трансвестизму. И хотя Столлер экстраполировал особенности данного случая на случаи трансвестизма вообще с осторожностью, он считал, что для развития трансвестистского поведения особенно важны несколько факторов:

«Ранний фетишизм у мальчиков является следствием совпадения целого ряда событий, а не какого-то одного события. Поэтому данное явление — большая редкость, ведь только для некоторых мальчиков все необходимые события могут совпасть. Только с очень большой натяжкой можно объяснить отдельные случаи (а тем более все) «расщеплением сознания» ребенка, пытающегося заменить своим фетишем отсутствующий у матери пенис» (Stoller, 1985b, p. 135).

Другие факторы, которые Столлер считает важными, — это «симбиоз матери и ребенка в их общем смятении, инстинктивная тревога из-за страха разлуки, а также острая психическая травма, особенно если она усилена испуганной матерью» (Stoller, 1985b, p. 135).

Автор статьи 1991 года (Cooper, 1991) сделал попытку представить обобщенный взгляд на аналитические выводы о фетишизме. Купер пришел к заключению, что «развитие извращенных форм поведения имеет место всякий раз, когда все действия

или фантазии ребенка подчинены отрицанию бессознательной пассивности, и это отрицание происходит посредством тройной фантазии, которая, во-первых, расчеловечивает объект, во-вторых, расчеловечивает личность самого ребенка и, в-третьих, закрепляет в его сознании мазохистское удовольствие» (Соорер, 1991, р. 34).

Поскольку аналитическая литература почти полностью состоит из отчетов о клинических случаях, трудно понять, насколько обоснована каждая из этих теорий. Однако бросается в глаза общая черта, отмеченная всеми исследователями: мальчики, практикующие трансвестизм, в раннем детстве испытывали проблемы в отношениях с матерями (Friedemann, 1966; Hora, 1953; Lihn, 1970; Stoller, 1985a, 1985b). Эти проблемы могли включать в себя длительную и сильную фрустрацию, родительское пренебрежение ребенком или даже его оставление, травмирующие ситуации либо даже педофилию. Хотя в отчетах заметна такая распространенная черта, как раздражение и гнев мальчика по отношению к матери (или женщине, ее заменяющей), исследователи уделяют гораздо большее внимание двум детским страхам: перед возможной кастрацией и перед возможной разлукой с матерью, — и пытаются интерпретировать трансвестизм как способ защиты от этих двух страхов. Что же касается тревог и страхов, вызванных именно гневом к матери, то исследователи несколько пренебрегают ими, хотя все они согласны, что трансвестистское поведение служит облегчению тревоги и выполняет восстановительную функцию, создавая дополнительную эмоциональную связь мальчика с матерью, либо возрождая в его сознании целостный образ матери как «неповрежденного» (то есть «некастрированного») существа.

Теория научения

Фетишистские реакции можно психологически развить (Junginger, 1988). Например, автор статьи 1966 года (Rachman, 1966) доказал, что сексуальное возбуждение может возникнуть даже при разглядывании обуви. Другие исследователи ответили на это, что подобное психологически обусловленное возбуждение может возникнуть из-за самых разных стимулов (например, геометрических фигур), но с меньшим эффектом, и поэтому

такие «искусственные» возбуждения вряд ли могут играть большую роль в развитии фетишистских форм поведения (Langevin & Martin, 1975; McConaghy, 1967; см. также: O'Donohue & Plaud, 1994). Таким образом, теоретически трансвестистские формы поведения могут рассматриваться как условная реакция (или условный рефлекс), хотя до настоящего времени неизвестны опубликованные эмпирические исследования, доказывающие, что столь сложное поведение, как трансвестистский фетишизм, может быть обусловлено исключительно психологией. Иными словами, психологическое научение может действовать только тогда, когда имеет место физиологическое возбуждение, связанное с женской одеждой, которая и является сексуальным стимулом, а полученный в результате оргазм прочно связан в сознании подростка именно с женской одеждой, и впоследствии отучить молодого человека от такой формы поведения очень трудно (ср.: Laws & Marshall, 1991).

Биологическая теория

Хотя механизмы мозговой деятельности, отвечающие за сексуальное возбуждение, еще точно не выявлены, исследователи согласны с тем, что лимбические и височные структуры мозга отвечают как за сексуальный интерес или возбуждение, так и за торможение сексуального поведения (Blumer & Walker, 1975). Например, такое заболевание, как височная эпилепсия (ВЭ), обычно вызывает гипосексуальность. Однако клинические отчеты Эпштейна о гиперсексуальности, а также о фетишистских и трансвестистских формах поведения, связанных с ВЭ (Epstein, 1960, 1961, 1969, 1973), заставляют предположить, что некоторые формы трансвестизма или фетишизма возникают как результат процессов торможения или высвобождения, происходящих именно в лимбических и височных структурах мозга с судорожной активностью (см. также: Kolarsky, Freund, Machek, & Polak, 1967). Другие клинические отчеты связывают трансвестистский фетишизм и другие типы фетишизма с черепно-мозговыми травмами (см., например: Miller, Cummings, McIntyre, Ebers, & Grode, 1986; Pandita-Gunawardena, 1990). Эту теорию подтверждает и тот факт, что в нескольких упомянутых клинических случаях трансвестистские и фетишистские побуждения были сведены к минимуму

или даже вообще устранены благодаря хирургическому удалению участка мозга, вызывавшему эпилепсию, либо с помощью медикаментозной терапии, снижающей тяжесть припадков (см., например: Davies & Morgenstern, 1960; Hunter, Logue, & McMenemy, 1963; Mitchell, Falconer, & Hill, 1954; Walinder, 1965). Теория о том, что трансвестистскому поведению могут способствовать патологии лимбических структур мозга, подтверждается отчетом о клиническом случае, в котором подобное поведение первоначально было приостановлено психотерапией, но затем вернулось одновременно с учащением и усилением эпилептических припадков, а впоследствии вновь уменьшилось благодаря медикаментозному лечению (Ball, 1968). Однако, как мы уже отмечали, неврологическое обследование мальчиков-подростков с трансвестизмом, направленных в нашу клинику, выявило только один случай ранее не диагностированной ВЭ. Тем не менее из-за высокого уровня тревожности (Fedoroff, 1988), а также психологического научения и поведенческих проблем среди таких подростков возникает целый ряд спорных вопросов, касающихся общего неврологического здоровья людей с трансвестизмом (Bradley & Zucker, 1984).

Одно время бытовала гипотеза, что этиологически релевантную роль в сексуальных девиациях играет повышенный уровень тестостерона. Однако сегодня она опровергнута. В частности, авторы исследования 1979 года (Buhrich & Theile, 1979) измерили уровень тестостерона у 26 добровольцев, посещавших клуб трансвеститов, и оказалось, что у них всех тестостерон не превышает нормальных значений.

Хотя в некоторых отчетах упоминалось наличие трансвестистского поведения более чем у одного члена семьи (Buhrich, 1977; Liakos, 1967), авторы исследования 1981 года (Croughan et al., 1981), изучив семьи 70 трансвеститов, не обнаружили большего, чем ожидалось, числа членов одной семьи, проявляющих трансвестистское поведение.

Обобщенная формулировка

Мы считаем, что подростки, демонстрирующие трансвестистское поведение, уязвимы для психических проблем, связанных с управлением тревогой. Эти подростки описываются специалистами как чувствительные дети, которым очень трудно

рассказывать о своих ощущениях. К тому же зачастую у них отмечены расстройства речи и обучения, что приводит к неуспеваемости в школе и поведенческим проблемам. Из-за этого, а также из-за внутрисемейных конфликтов, возникает их низкая самооценка и сложности в отношениях со сверстниками.

Хотя с этими подростками довольно редко случаются эпизоды, связанные с другими видами межгендерного поведения в детстве, некоторые наши пациенты сообщают, что и в более раннем возрасте использовали колготки и подобные вещи для облегчения тревоги. Другими способами, обычно применяемыми в стрессовых ситуациях становятся замыкание в себе и избегание общения.

По нашему мнению, только тревога из страха разлуки или только эдипов комплекс не могут адекватно объяснить появление трансвестистских форм поведения. Мы считаем, что многие подростки, вовлеченные в подобное поведение, испытали ранние предэдиповы проблемы, а также проблемы с самооценкой, во время латентного периода, и эти проблемы помешали развитию психологических механизмов управления тревогой. При наступлении раннего подросткового возраста из-за конфликта с матерью (или с женщиной, ее заменяющей) у мальчика возникла сильная фрустрация, с которой он не смог справиться именно потому, что не мог справляться со своими эмоциями. Самоуспокоение с помощью такого средства, как шелковое белье, возможно, давало ощущение психологической связи с матерью, а подобная связь была для него необходима, поскольку он хотел убедиться, что не причинил ей вреда своим гневом. Мастурбация играла такую же самоуспокоительную роль. На выбор мастурбации как средства успокоения могло повлиять совпадение двух факторов: во-первых, близкое расположение двух центров гипоталамуса, контролирующих сексуальное и эмоциональное (аффективное) возбуждение (MacLean, 1962, 1965; MacLean & Ploog, 1962), и, во-вторых, возможность быстрого распространения возбуждения по «молниеносному» сценарию (Adamec & Stark-Adamec, 1986; Post, Weiss, Uhde, Clark, & Rosen, 1993).

Если отдельный подросток (или взрослый) приобретает устойчивую привычку сопровождать акты мастурбации переодеванием в женское белье или платье и это становится основным способом снятия внутреннего напряжения, то постепенно у него вырабатывается сексуальная фантазия, в которой он воображает себя

женщиной, и именно эта фантазия может стать предпочтительным способом достижения сексуального возбуждения. Теория научения предполагает, что подобная модель поведения весьма устойчива, и отучить от нее очень трудно, особенно когда стресс продолжается и человеку требуется облегчить его тревогу.

Хотя, как нам представляется, наша формулировка вполне адекватно описывает подростков, которых наблюдали мы, важно признать, что наши пациенты все же не являются случайной выборкой, отражающей особенности населения в целом. То, что подростки, направленные к нам на обследование, имеют как поведенческие проблемы, так и трудности в учебе, может означать, что мы наблюдали группу подростков, склонных к трансвестизму, у которых имеется более высокий уровень общей психопатологии, чем в среднем среди населения. Этот вопрос можно разрешить только путем эпидемиологических обследований широких групп населения.

Лечение

Помимо психоаналитического метода, лечение трансвестистского фетишизма у взрослых может быть проведено методом вмешательств в поведение: например, выработка условно-рефлекторного отвращения, создание ощущения пресыщенности таким поведением, а также прямое порицание, способное вызвать стыд. В знаменитой монографии 1983 года (Langevin, 1983) приводится исчерпывающее описание всех этих методов. Автор предупреждает, что хотя положительные результаты достигались в 50 % случаев, дальнейшее наблюдение за пациентами было ограниченным, обследуемые группы пациентов не были четко описаны, и мотивы, побудившие их пройти курс лечения, были сомнительными (см. также: Gelder, 1979; Gelder & Marks, 1969). Отдельные клинические отчеты о психоаналитических методах лечения (Stoller, 1985b) и о медикаментозной терапии тревожных синдромов (Fedoroff, 1988, 1992) наводят на мысль, что при таких типах врачебного вмешательства также удается достичь некоторых изменений в поведении пациентов.

Наша клиническая формулировка подчеркивает необходимость усилий на снижении стресса ребенка внутри семьи и, в частности, необходимость помочь подростку и его родителям

разрешить семейный конфликт с меньшим психическим напряжением. Такая работа должна включать психологическую помощь родителям: нужно помочь им осознать все те трудности, с которыми сталкивается их сын, самоутверждающийся в отношениях с матерью. Зачастую мать подростка испытывает фрустрацию из-за поведенческих проблем сына, реагирует на них вспышками гнева и из-за недоверия к нему налагает на мальчика ненужные запреты и ограничения. Подросток нуждается в помощи, для того чтобы он смог наладить контроль над собой и над своей жизнью. Кроме того, и родители, и сам подросток должны понять, что собственно трансвестистское поведение вовсе не подразумевает обязательного развития гомосексуальной ориентации; а ведь именно обеспокоенность возможной перспективой такого рода еще сильнее отдаляет родителей от их ребенка.

Требуется дать подростку общие представления о том, что такая цель, как облегчение тревоги, которую преследует его трансвестистское поведение, прежде была ему необходима из-за проблем с контролем над гневом. Необходимо также объяснить ему, что в случае если он будет продолжать использовать подобные способы облегчения тревоги, особенно если переодевания станут более частыми и длительными и будут использоваться (в реальном поведении или в фантазиях) для достижения сексуального возбуждения, то это очень увеличивает вероятность его полноценного трансвестизма во взрослом возрасте. Индивидуальная психологическая работа с подростком должна быть сосредоточена на поиске альтернативных путей контроля над гневом и связанной с ним тревогой.

Именно такой подход помог некоторым подросткам постепенно прекратить трансвестистское поведение. К сожалению, многие подростки и их семьи очень неохотно соглашались пройти курс лечения. Учитывая, что вообще все парафилии (включая фетишизм и трансвестизм) трудно поддаются психологическому лечению, в последнее время интерес специалистов сосредоточился на применении психотропных препаратов. Например, известно несколько отчетов о клинических случаях, описывающих эффективность флуоксетина при лечении различных парафилий, включая трансвестистский фетишизм (см., например: Kerbeshian & Burd, 1991; Masand, 1993; Perilstein, Lipper, & Friedman, 1991). При двойном слепом рандомизированном исследовании эффектов кломипрамина и дезипрамина у пациентов,

страдающих различными парафилиями, авторы работы 1992 года (Kruesi, Fine, Valladares, Phillips, & Rapoport, 1992) обнаружили, что оба медикамента уменьшали остроту симптомов парафилий у пациентов, прошедший курс целиком (см. также: Clayton, 1993). Теория Эпштейна (Epstein, 1973) о связи между приступами височной эпилепсии и фетишизма предполагает, что некоторые медикаменты, такие как карбамазепин, могут быть столь же эффективны. К настоящему моменту известны лишь единичные клинические случаи, которые являются значимыми в области этиологии. Теоретически могут быть полезны препараты, снижающие тревожность, и в одном из отчетов упоминается успешное использование бупирона в верифицированном исследовании с участием взрослого пациента, страдающего трансвестистским фетишизмом (Fedoroff, 1988), и еще одного пациента с нетипичной парафилией (Fedoroff, 1992).

Глава 13

ПОДРОСТКОВАЯ ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ

У некоторых читателей может возникнуть вопрос о необходимости главы, посвященной подростковой гомосексуальности, если она уже не считается психическим расстройством. Как заметил Хайно Майер-Бальбург (Meyer-Bahlburg, 1990–1991, 1993b), причиной этого стало то, что практикующие психотерапевты и психиатры очень часто консультируют гомосексуальных подростков (как мужского, так и женского пола) либо их родителей. Именно поэтому специалисты должны обладать сведениями в области развития гомосексуальности и психических проблем, типичных для гомосексуальной молодежи, чтобы назначать лечение, более подходящее именно для этой категории. Несмотря на прогресс в сфере признания гомосексуальности в обществе, достигнутый на ранних этапах движения за права сексуальных меньшинств, эпидемия СПИДа, несомненно, существенно затормозила этот процесс и даже во многом повернула вспять: гомосексуалы стали восприниматься в обществе более негативно. И потому именно медики отвечают за то, чтобы не допустить дальнейшего усугубления их стигматизации и, в частности, прекратить распространять устаревшие медицинские теории.

Хотя наш клинический опыт основан на работе в клинике гендерной идентичности для детей и подростков, мы регулярно беседовали с родителями, родственниками или знакомыми подростков, чье гомосексуальное поведение вызывало у окружающих взрослых серьезную тревогу. Несколько реже мы беседовали с самими подростками, обеспокоенными собственными влечениями или поведением.

Клиническая картина

Подростки могут сами рассказать психотерапевту о беспокойстве из-за собственных гомосексуальных чувств, но чаще это делают их друзья. Обычно к клиническому специалисту обращаются родители или другие родственники подростка, который признался им в гомосексуальности, либо они сами узнали о его гомосексуальном поведении или о соответствующих наклонностях. Иногда разоблачается сексуальная связь подростка с ребенком более младшего возраста, либо в спальне подростка обнаруживается гей-porno: эти и подобные события служат поводом для обращения в специализированные клиники. На обследование чаще приводят мальчиков, чем девочек, возможно, потому, что у юношей сексуальная жизнь вообще начинается раньше, чем у девушек, и к тому же девочки-подростки, склонные к однополым отношениям, лучше умеют скрывать их под видом обычной дружбы. Некоторых подростков направляют на обследование в связи с их вовлечением в проституцию. Хотя многие такие юноши гомосексуалы, не все из них признают гомоэротическое предпочтение (Coleman, 1989). Некоторых подростков необходимо направлять на осмотр не к психотерапевтам, а совсем к другим специалистам для лечения от инфекций, передающихся половым путем, а также от наркомании и в связи с суицидальными попытками (Owen, 1985; Remafedi, 1987a, 1987b; Remafedi, Farrow, & Deisher, 1991; Rigg, 1982). Гомосексуальные подростки, очевидно, сильнее, чем не гомосексуальные, подвержены различным рискам во многих социально-психологических сферах, о чем свидетельствует высокая частота побегов из дома, злоупотребления алкоголем и наркотиками, попыток суицида, противоправного поведения (см. об этом, например: Erwin, 1993; Kourany, 1987; Prenzlauer, Drescher, & Winchel, 1992; Remafedi, 1987a; Remafedi et al., 1991; Rich, Fowler, Young, & Blankush, 1986; Roesler & Deisher, 1972; Rotheram-Borus, Hunter, & Rosario, 1992; Saunders & Valente, 1987; Schneider, Farberow, & Kruks, 1989). Имеются также определенные подтверждения того, что у гомосексуальных мужчин, демонстрировавших в детстве межгендерное поведение, существует больший риск развития суицидальных наклонностей — как прямых попыток самоубийства, так

и навязчивых размышлений на эту тему; однако данная закономерность не распространяется на гомосексуальных женщин (Harry, 1983).

Подростки, имеющие описанные социально-психологические проблемы, могут неохотно признаваться в своей сексуальной ориентации, и поэтому лечащему врачу очень важно проявить деликатность и проницательность, чтобы выяснить их истинные проблемы в сексуальной сфере. У некоторых депрессия или попытка суицида могут быть первыми признаками душевной борьбы с собственными гомосексуальными чувствами. Вообще мужчины обычно получают первый гомосексуальный опыт в среднем подростковом возрасте в противоположность женщинам, у которых гомосексуальная жизнь начинается, как правило, в позднем подростковом возрасте или в ранней юности (Bell et al., 1981; Saghir & Robins, 1973).

В следующих описаниях клинических случаев представлены основные проблемы, связанные с подростками указанного типа.

Случай из практики 13.1

Санни, 18 лет, в нашу клинику обратилась по совету сотрудника специального общежития для трудных подростков, где девушка одно время проживала. Санни беспокоилась из-за сомнений в «правильности» лесбийской ориентации и, кроме того, не понимала, как относиться к отрицательной реакции родителей на ее признание в лесбийских наклонностях. Когда она открылась родителям, они отреагировали гневом, настаивая, что ей нельзя становиться лесбиянкой. Под влиянием их ответа у Санни началась депрессия, и она задалась вопросом о возможной правоте родителей и о том, следует ли ей попытаться стать гетеросексуальной.

Отчим Санни, страдавший алкоголизмом, обращался с ней, как ей казалось, иначе, чем с ее старшим братом и младшей сестрой. Он был инструктором по карате; иногда он больно ударял падчерицу, а перед этим требовал, чтобы она стояла смирно, поскольку он «хочет показать ей один из приемов боевого искусства». Кроме того, он трогал ее за грудь и гениталии и рассказывал, что хочет отвести ее в гостиничный номер, чтобы там показать, в какие точки тела надо бить человека. После этого она стала избегать его.

С другой стороны, Санни положительно оценивала роль матери и не обвиняла ее за то, что та оказалась не способна повлиять на поведение отчима. Девушка была убеждена, что стала причиной постоянных ссор матери с отчимом, и сочла подтверждением своего мнения то, что вскоре после того, как она ушла из дома, ей сообщили, что отчим прекратил пить, и у него прекратились скачки давления. Отношения Санни с ее братом и сестрой всегда были хорошими.

Во время беседы с глазу на глаз с психологом Санни призналась, что уже долгое время не может справиться с тревогой и внутренним напряжением и из-за этого у нее развивается склонность к членовредительству. Девушка также осознавала, что очень боится собственных вспышек гнева: ведь она живет в семье, где не должна гневаться на отчима, который может среагировать на это физическим насилием, и не должна гневаться на мать, которую это может обидеть. Когда Санни охватывал гнев, она опасалась потерять над собой контроль. Девушка признала, что часто впадает в депрессию и размышляет о самоубийстве, но забота родителей удерживает ее от действий такого рода.

Начиная с 16 лет Санни была вовлечена в лесбийские отношения с несколькими партнершами поочередно. Каждая такая романтическая связь длилась несколько месяцев. Санни никогда не испытывала сексуального влечения к мужчинам, хотя у нее были друзья мужского пола.

Когда мы проследили всю историю ее раннего развития, то выяснили, что в детстве она была томбоем, ей не нравились девчоночьи платица, она предпочитала играть с мальчиками, ее огорчали растущая грудь и первые менструации, однако она никогда не испытывала явного желания сменить пол. Учеба в школе давалась девочке с трудом, отчасти из-за врожденной сниженной обучаемости, отчасти из-за социальной изоляции. В среднем подростковом возрасте она стала настолько замкнутой, что родителям пришлось обращаться к психиатру. Какое-то время Санни находилась в психиатрической больнице, где с ней случались периодические «припадки», причиной которых, по мнению врачей, была реакция на испытываемый стресс. Затем девочку поселили в специальное общежитие для трудных подростков и назначили медикаментозное лечение для избавления от депрессии. Кроме того, некоторое время она употребляла уличные наркотики и совершала кражи в магазинах.

Санни согласилась пройти курс индивидуальной психотерапии, главной целью которой было помочь ей более позитивно относиться к лесбийской идентичности, а также попытаться найти более подходящие методы борьбы с гневом. Через два года благодаря улучшившемуся состоянию она смогла покинуть общежитие для трудных подростков. Девушка стала посещать летние образовательные лагеря, нашла постоянное место работы, кроме того, в связи с улучшившимся психическим состоянием и ослаблением внутренней борьбы она стала реже употреблять наркотики. Санни продолжала поддерживать хорошие отношения с матерью, братом и сестрой, но по-прежнему избегала встреч с отчимом. Она начала активно участвовать в общественных объединениях сексуальных меньшинств, чтобы психологически поддерживать молодых людей нетрадиционной ориентации. Наконец, несмотря на то что у нее сохранились трудности в налаживании отношений, Санни решила отказаться от приема препаратов, прописанных психиатрами.

Случай из практики 13.2

Лесли, 16 лет, обратилась к нам после пребывания в психиатрической больнице, где она лечилась от депрессии. Лесли сообщила, что, помимо психологических проблем, связанных с взаимоотношениями в семье и с друзьями, она очень расстроена из-за своих гомосексуальных чувств и считает, что должна развить в себе лесбийскую ориентацию.

Лесли выросла в семье, где родители постоянно ссорились. Она считала мать слабой, поскольку та ничего не могла поделать с постоянными изменами мужа и с его вечными неудачами в работе. При приближении подросткового возраста девочка стала испытывать острый внутренний конфликт из-за того, что она, одинаково привязанная к обоим родителям, ощущала необходимость встать во внутрисемейном противостоянии на сторону кого-то одного. Старшая сестра постоянно делала девочке замечания, что подрывало ее самооценку.

Общее развитие Лесли протекало без особенностей. В частности, в детстве у нее не наблюдалось межгендерного поведения, и девушка сообщила, что никогда не вела себя как томпой. Однако ей было трудно поддерживать дружбу с кем-либо, поскольку она была склонна к агрессии и саркастическим насмешкам,

отчего чувствовала себя социально изолированной и неполноценной.

В 5 лет Лесли почувствовала сильное влечение к подруге сестры — к девушке, которой сестра Лесли также восхищалась. По природе склонная к навязчивому беспокойству, Лесли начала напряженно размышлять о своих чувствах. В те периоды, когда она впадала в депрессию по какой-то другой причине, размышления о влечении к девушкам ее особенно беспокоили и тревожили, усугубляя тем самым ее подавленное состояние. Примерно за год до обследования в клинике она ясно осознала, что испытывает влечение к еще одной женщине. Однако у нее ни с кем не было никаких сексуальных отношений, и она ни с кем не обсуждала свои чувства. Хотя Лесли увлекалась и мальчиками, опыт личных свиданий с ними у нее был небольшой, поскольку всегда в таких ситуациях чувствовала себя неловкой и неприятной, несмотря на ее явную физическую привлекательность. Когда ей приходилось общаться в коллективе или проявлять себя в любой социальной ситуации, ее охватывала сильная тревога: Лесли боялась, что ей нечего сказать, либо что она может сказать что-то неуместное. Несмотря на все попытки преодолеть трудности социального общения, свойственная ей реакция избегания при тревоге укрепляла предчувствие, что она никогда не сумеет преуспеть в социальном плане, и это только усиливало ощущение собственной никчемности.

Поскольку Лесли все же не захотела развивать в себе лесбийскую идентичность и поскольку лечащий врач (Сьюзен Брэдли) не сочла гомосексуальные чувства девушки доказательством ее устойчивой ориентации, по общему согласию был начат курс психотерапии. Несмотря на существенный дискомфорт, всякий раз охватывавший Лесли, когда она рассказывала о своих отрицательных эмоциях, она сумела признать, что озабоченность собственными лесбийскими чувствами обостряется, когда она ощущает себя неполноценной или подавленной. Когда же ей удается действовать успешно и самооценка повышается, она меньше расстраивается из-за своих лесбийских влечений, вообще меньше думает об этом и начинает вступать в гетеросексуальные отношения. Первые сексуальные опыты Лесли привели к фрустрации, поскольку каждый раз выяснялось, что она познакомилась с мужчиной, имеющим собственные психические проблемы. Эти отношения, как правило, навязчиво концентрировались на сексе

и неизбежно приводили к фрустрации, поскольку сексуальные качества партнеров никак не уравнивались другими сторонами их отношений, например, общностью интересов. Однако через некоторое время Лесли все же приобрела уверенность, что ее могут возбуждать и удовлетворять гетеросексуальные контакты, и она стала меньше беспокоиться из-за своих иногда возникавших гомосексуальных чувств.

После некоторых сомнений в том, готова ли она к более интенсивной психотерапии (необходимой для облегчения повторяющихся приступов депрессии), Лесли была переведена на лечение к специалистам для взрослых и успешно продолжила борьбу с депрессией.

Случай из практики 13.3

Билли, 14 лет, был направлен в нашу клинику родителями, после того как сообщил им, что имел сексуальный контакт с другим мальчиком.

Билли вырос в семье, где родители — выходцы из совершенно разных социальных слоев — проявляли друг к другу открытую враждебность. Отец, беженец из Восточной Европы, лишился своего отца во время войны. Несмотря на невысокий уровень образования, отец ребенка добился значительных успехов в мелком бизнесе в США. Мать была нежеланным последним ребенком, лишилась отца в девять месяцев и считала себя обузой для матери, часто проявлявшей грубость. Родители Билли поженились, несмотря на общее понимание, что не любят друг друга, а вступают в брак просто потому, что «пришло время». Первые годы их семейной жизни были трудными. Оба родителя Билли большую часть дня проводили на предприятии отца, где работала и мать мальчика, а сын проводил много времени со своей старшей сестрой, которая взяла на себя обязанности няни.

С точки зрения особенностей развития Билли описывали как чувствительного, склонного к тревоге и беспокойству, с трудом отстаивающего свои права при общении со сверстниками мужского пола. Он предпочитал играть с девочками, ему доставляли удовольствие девчоночьи занятия и игрушки (например, Барби), он избегал командных видов спорта и игр, похожих на драку. С возрастом межгендерное поведение стало менее явным, но

мальчики-сверстники продолжали дразнить Билли, а он не мог себя защитить.

Билли представлял собой немного полноватого, разговорчивого подростка. Он признавал, что имеет гомосексуальные связи и при этом ощущает некоторую неловкость из-за того, что они слишком его возбуждают. У него не было никаких гетеросексуальных увлечений, но он заявил, что не хочет становиться геем. Его эротические фантазии были ограничены, большинство носило гомосексуальный характер.

Хотя, по всей вероятности, Билли был гомосексуальным от природы, ему был предложен курс психотерапии, поскольку он сам хотел развить гетеросексуальные интересы, а также потому, что семья явно с трудом соглашалась с мыслью о его гомосексуальности. Мы объяснили, что подростку предстоит проделать большую работу по развитию своих гетеросексуальных интересов, а также навыков самоутверждения, необходимых для поднятия очень низкой самооценки. Он долго колебался, прежде чем взять на себя обязательства работать над этим, ведь он, с одной стороны, был убежден, что является геем и ничего не сможет с этим сделать, а с другой — чувствовал, что способен измениться. После нескольких лет, в течение которых он нерегулярно посещал нашего психотерапевта, Билли предпочел сосредоточить усилия на развитии способностей к самоутверждению, на улучшении успеваемости и повышении качества своего социального функционирования. В этот период Билли вспомнил о происшествии, случившемся с ним в детстве: однажды его избил девочка, жившая по соседству. Возможно, именно это воспоминание в сочетании с крайне высоким уровнем социальной тревожности не позволяло ему развивать социальные контакты с женщинами.

Не увенчались успехом наши усилия помочь семье в более активной поддержке Билли. Отец оказался не способен принять сына как гомосексуала и продолжал крайне жестко критиковать все, что тот делает. Билли защищался в пассивно-агрессивной манере, отчего гнев отца лишь усиливался. Мать пыталась их примирить, однако она сама зачастую ощущала себя раздираемой противоречивыми чувствами: ведь при всей любви к сыну она отчасти разделяла отрицательное отношение мужа к гомосексуальности Билли, и, кроме того, ее расстраивали общие неудачи сына сначала в учебе, а затем в работе.

В следующие несколько лет Билли все больше отдалялся от семьи, и наконец ему удалось окончательно утвердиться в гомосексуальной идентичности. Его отношения с сестрой оставались хорошими, та продолжала поддерживать его. Однако жизнь Билли существенно омрачало тревожное недоверие к окружающему миру, что особенно ярко проявлялось в трудностях при поиске подходящего сексуального партнера.

Публичное раскрытие своей ориентации (камингаут)

Открытое признание своих гомосексуальных (лесбийских) наклонностей человеком представляет собой очень сложный процесс в преимущественно гетеросексуальном обществе (Herdt, 1989; Martin, 1982; Zera, 1992). Личности подобного типа обычно осознают, что они «другие», в позднем детстве или в раннем подростковом возрасте. Для одних это осознание себя «другим» происходит довольно быстро в связи с сексуальными предпочтениями; для других же этот процесс может затянуться на несколько лет и включать в себя гетеросексуальные эксперименты.

Ричард Тройден (Troiden, 1979, 1988, 1989) разделил этот процесс на четыре фазы. Первая фаза — «сенсбилизация» — имеет отношение к природе влечений и чувств данного человека, который пытается выяснить значение этих влечений и чувств. Вторая фаза, определяемая как «замешательство из-за своей идентичности», характеризуется Тройденом (Troiden, 1989) как имеющая следующие признаки: изменение в восприятии человеком собственной личности; приобретение опыта гетеросексуального и гомосексуального возбуждения и поведения; осознание всей стигматизации, сопровождающей гомосексуальность; приобретение многих недостоверных сведений о гомосексуалах и гомосексуальности. Третья фаза, обозначенная Тройденом как «принятие своей идентичности», включает определение человеком себя как гомосексуала и принятие себя в качестве такового, а также систематические отношения (социальные и сексуальные) с другими гомосексуальными личностями. И, наконец, последняя фаза, «осознанный выбор», характеризуется во внутреннем мире человека тем, что происходит «слияние сексуальной и эмоциональной стороны жизни в единое важное целое» (Troiden, 1989, p. 63),

и это накладывает отпечаток как на однополые любовные отношения, так и на дружеские отношения данного человека с не-гомосексуальными людьми, которых он теперь перестает чуждаться. Тройден описывает (Troiden, 1989) различные модели приспособления человека ко всем трем фазам, например, частая реакция избегания в период «замешательства из-за своей идентичности» или частая смена коллективов и групп общения в период «принятия своей идентичности». Знания о всех особенностях поведения молодых людей, использующих эти модели приспособления, поможет практикующим психотерапевтам и психиатрам работать с юношами и девушками нетрадиционной ориентации, если им понадобится помощь.

У гомосексуалов мужского и женского пола несколько различается стиль ранних сексуальных опытов. Девушки более склонны испытывать сексуальное влечение в контексте романтических отношений, тогда как юноши чаще начинают сексуальную жизнь с отдельных коротких интимных встреч (Bell et al., 1981; Saghir & Robins, 1973). (Однако Тройден заметил (Troiden, 1989), что это различие уже, возможно, начало меняться в связи с развитием других моделей поведения гомосексуальных юношей, испытывающих страх перед эпидемией СПИДа.) Подобное различие, если оно действительно имеет место, отражает общую разницу в поведении мужчин и женщин, описанную Кэрол Гиллиган (Gilligan, 1982), которая противопоставляла стремление женщин завязывать длительные отношения и стремление мужчин сохранять независимость и оставаться в одиночестве. Кроме того, возможно влияние того факта, что девушки осознают гомосексуальность в более позднем возрасте, чем юноши. Наконец, из-за необходимости скрывать свои гомосексуальные чувства и юноши, и девушки обычно позже приступают к исследованию проблем, связанных с идентичностью и интимностью (Schneider, 1988).

После заявления подростка о гомосексуальных эротических предпочтениях очень часто следует его разрыв с родителями, родственниками, братьями и сестрами (Anderson, 1987, 1990; Malyon, 1981; Newman & Muzzonigro, 1993; Savin-Williams, 1989, 1990). Ведь некоторые родители способны принять гомосексуальную ориентацию ребенка, а другие — нет. Непонимание родителей часто приводит к долговременным напряженным отношениям в семье, что может закончиться открытым конфликтом и изгнанием ребенка из семьи. Особенно вероятен такой исход

в семьях со сложным этническим составом, хотя авторы исследования 1989 года (Tremble, Schneider, & Appathurai, 1989) описали случаи, когда семьи самого разного этнического происхождения в итоге соглашались принять сексуальность сына или дочери. Некоторые подростки реагируют на конфликт с родителями побегом из дома, занятиями проституцией, употреблением алкоголя или наркотиков. Подростки, способные поддерживать нормальные отношения с родителями, несмотря на разногласия, обычно лучше остальных могут выработать и удерживать положительную самооценку (Savin-Williams, 1989). Обычно родители проходят через несколько этапов «оплакивания» своего «потерянного гетеросексуального ребенка» и лишь затем приходят к его принятию как гомосексуала (Robinson, Walters, & Skeen, 1989).

Некоторые теоретические подходы к пониманию развития гомосексуальности

Так же, как и при изучении других аспектов развития личности, известно довольно много попыток понять феномен гомоэротических предпочтений. Однако в противоположность другим темам вокруг возможных факторов, влияющих на формирование влечения к представителям своего пола, ведутся ожесточенные споры. При этом часть разногласий возникает из-за опасений по поводу того, как этиологические теории гомосексуальности могут быть применены на практике. Часть специалистов считает, что изучение этой темы непременно приведет к осуждению родителей. Другие, а именно те, кто рассматривает гомосексуальность как вариант сексуальной нормы, критически относятся к изучению этой сферы, поскольку им кажется, что подобные исследования подразумевают ненормальность гомосексуальности. Некоторые предпочитают придерживаться мнения, что, какими бы ни были причины развития у человека гомосексуальных влечений, ориентация формируется в очень ранний период жизни и поэтому необратима. Однако с интеллектуальной точки зрения ни один из этих теоретических подходов не кажется удовлетворительным. Хотя о формировании гетеросексуальных предпочтений мы знаем столь же мало, вообще не изучать развитие различных форм сексуальности во всем их многообразии и не теоретизировать на эту тему научно безответственно. Вопрос

же о последствиях полученной информации и выработанных теорий — это совсем другая проблема, требующая отдельного рассмотрения и дискуссии.

В гл. 6 мы рассматривали биологические факторы, влияющие на сексуальную ориентацию. Исследования этой проблемы проводились в самых разных областях: молекулярная генетика, генетика поведения, пренатальные половые гормоны, нейроанатомия, нейропсихология, семейные демографические переменные. Хотя каждый из этих подходов принес положительные (но не только) результаты, в итоге мы пришли к выводу, что ни один из факторов не может стать исчерпывающим объяснением развития сексуальной ориентации; к такому же выводу пришли авторы других исследований на эту тему (Byne & Parsons, 1993; Friedman & Downey, 1993a; Meyer-Bahlburg, 1984). Вполне возможно, в данном случае мы имеем дело с влиянием множества биологических факторов (которые могут быть взаимосвязанными, а могут и не быть), и наш осторожный вывод состоит в том, что в развитие сексуальной ориентации вносят свой определенный, но не решающий вклад все факторы. Ниже предложен краткий обзор, во-первых, психоаналитической теории и, во-вторых, теории социального научения, возникших для объяснения развития сексуальной ориентации, чтобы дать лечащим врачам, занимающимся гомосексуальными подростками, оценку различных точек зрения на проблему.

Психоаналитические теории

Несмотря на то, что психоаналитический подход к гомосексуальности недавно претерпел серьезное критическое переосмысление, особенно в том, что касается приравнивания гомосексуальности к психопатологии (см.: Lewes, 1988), понять сексуальное развитие человека без учета огромного теоретического вклада психоанализа в изучение этой темы невозможно.

Зигмунд Фрейд (Freud, 1905/1953) рассматривал гомосексуальные эротические предпочтения как инверсию, то есть отклонение сексуального влечения в сторону от биологически «подходящего» объекта. Хотя более поздние специалисты по психоанализу истолковывали выбор гомосексуального объекта как патологическую форму развития, Фрейд описывал это явление

всего лишь как один из вариантов выбора сексуального объекта. И хотя он не считал, что подобный выбор непременно является патологическим, он рассматривал его как очень трудно поддающийся изменениям.

Фрейд считал выбор сексуального объекта зависящим от эдипова решения, а гетеросексуальное развитие он рассматривал как забвение однополых устремлений через самоидентификацию с родителем своего пола. Фрейд утверждал, что гомосексуальность может развиваться как отрицательное эдипово решение вследствие страха перед кастрацией. У мужчин этот страх порождает символическое бегство от женщин, «лишенных пениса», и поиск объектов, имеющих пенисы, либо самоидентификация с матерью и влечение к отцу как к сексуальному объекту. У женщин картина следующая: девочка, склонная к гомосексуальности, узнает о различии половых органов мужчин и женщин и реагирует на это открытие тем, что вновь обращает внимание на первоначальный объект своей любви (то есть на мать) и начинает психологически отождествлять себя с отцом. Краткое изложение взглядов Фрейда на эту тему на основе его работ сделал Отто Фенихель (Fenichel, 1945).

В последующие годы появились доказательства, что гендерная идентичность, как правило, формируется у ребенка в возрасте трех лет, то есть еще до эдипова решения (Money & Ehrhardt, 1972; Stoller, 1968с); среди специалистов возникли сомнения в решающем значении эдиповых факторов (то есть самоидентификации с матерью или отцом) в развитии гендерной идентичности ребенка и последующей сексуальной ориентации. Кроме того, с появлением теории объектных отношений начал развиваться интерес к более ранним фазам внутренней душевной жизни личности. Например, фаза привязанности и фаза сепарации-индивидуации стали рассматриваться как важнейшие, критические фазы развития эго. Благодаря этому подходу также усилилось внимание к семейным факторам в противоположность органическим.

Хотя Зигмунд Фрейд рассматривал родительские факторы как вносящие вклад в этот процесс, позднейшие исследователи психоанализа считали, что значение в этиологии развития мужской гомосексуальности могут иметь только какие-то особенные модели семейных отношений. В частности, авторы статьи 1962 года (Bieber et al., 1962) доказывали, что гомосексуальность у мужчин возникает в контексте слишком тесной

связи с доминирующей матерью, оказывающей слишком сильное покровительство сыну, и слишком холодных, бесчувственных отношений с отцом, отталкивающим сына. Хотя эту работу критиковали именно за психоаналитический подход, да и специфичность такой модели семейных отношений не была в ней доказана, у самых разных групп гомосексуалов был позднее выявлен более широкий круг проблем в отношениях с родителями, причем это относится как к гомосексуальным мужчинам (Bell et al., 1981; Saghir & Robins, 1973; обзор других работ см.: Friedman, 1988), так и к гомосексуальным женщинам (Siegel, 1988; Siegelman, 1974, 1981). Однако проблемы в отношениях с родителями были выявлены не у всех обследуемых гомосексуальных групп. Гомосексуальные мужчины, у которых наблюдался более низкий уровень женоподобия и невроза, сообщали о менее значительных проблемах в отношениях с родителями, чем у гомосексуалов с более высоким уровнем этих факторов (Siegelman, 1974). Эти открытия могли привести к занижению такого показателя, как нехватка простой семейной этиологии в развитии гомосексуальности (то есть к завышению числа нормальных семей, в которых воспитывались дети, позднее ставшие гомосексуалами), однако они также могли быть результатом того, что гомосексуалы, которые лучше вписались в окружающее общество, сообщают исследователям о менее значительных психологических проблемах, с которыми они сталкивались в детстве.

Зигмунд Фрейд (Freud, 1905/1953) подчеркивал необходимость органических предпосылок для развития гомосексуальности. Хотя он не смог дать четкое определение этой органической предрасположенности, он предположил существование некоей особой природной чувствительности, которая объясняет особенные творческие способности, заметные у многих гомосексуалов (см.: Lewes, 1988, p. 54). Хотя некоторые авторы утверждают, что такая органическая предрасположенность является биологической основой гомосексуальности (см., например: Diamond, 1976; Dörner, 1976), другие считают, что подобная предрасположенность вовсе не означает, что у человека обязательно разовьется гомосексуальность (Bradley, 1990; Friedman, 1988). Совсем недавно ретроспективные исследования установили фактор, который представляется общим для абсолютного большинства самых разных категорий гомосексуальных мужчин: в детстве они избегали состоятельных

видов спорта, а также игр, похожих на драку, и прочих агрессивных видов поведения. И хотя детское межгендерное поведение и детский интерес к перемене пола точно так же распространен среди гомосексуальных мужчин шире, чем среди гетеросексуальных мужчин, однако среди гомосексуальных мужчин последний фактор не столь широко распространен (если судить по их воспоминаниям детства), чем их избегание агрессивных видов поведения (Bell et all., 1981; ср.: Bailey & Zucker, 1995).

Ричард Фридман (Friedman, 1988) развивал теорию, которую параллельно высказал Герард ван ден Аардвег (Van den Aardweg, 1986), о том, что мальчики, избегающие «мужественных», агрессивных видов поведения, ощущают, что их «собственная мужественность» снижена, и от этого меняется их отношение к самим себе. Избегание типично мальчишеских видов поведения могло возникнуть под влиянием еще более ранней истории межгендерных тенденций и самоидентификации с противоположным полом. В позднем детстве и раннеподростковом возрасте такое поведение отдаляет мальчика от сверстников и создает у него ощущение непохожести на остальных. В отличие от предыдущих специалистов по психоанализу, считавших, что эротические предпочтения предопределяются эдиповыми факторами, Фридман и Аардвег рассматривают гомоэротическое предпочтение как развивающееся в позднем детстве и раннеподростковом возрасте, отчасти как результат страстного желания «воссоединиться со своим полом», стать «своим для представителей своего пола», а такое стремление возникает как противодействие чувству несоответствия своему полу. И хотя ни Фридман, ни Аардвег не объясняют, почему такое желание затем преобразуется в сексуальное влечение, их теория подчеркивает, что гомосексуальность сама по себе вовсе необязательно ведет к психопатологии. Ричард Фридман утверждает, что чувство собственного соответствия мужскому полу может развиваться вопреки гомосексуальной ориентации, и оно больше зависит от жизненного опыта человека, его отношений с другими людьми и его успехов в различных сферах жизнедеятельности. Однако Фридман признает, что все гомосексуалы испытывают трудности в достижении психологически комфортной самооценки, если окружающее общество относится к гомосексуальности в целом враждебно.

Теория социального научения

Сторонники значения роли научения в формировании личности предполагают, что гомосексуальная ориентация может развиваться исключительно под влиянием гомосексуальных экспериментов (Churchill, 1967; West, 1967), которые могут быть воплощением гомоэротических фантазий во время мастурбаций (McGuire, Carlisle, & Young, 1965). Эти авторы, однако, признают, что подобное социальное научение оказывает особенное влияние именно на тех, кто уже предрасположен к гомосексуальности, и точно так же в некоторых случаях на формирование гомосексуальности может повлиять неудачный гетеросексуальный опыт (Bradley, 1985). Авторы исследования 1973 года (Gagnon & Simon, 1973) на основе подобных подходов разработали теорию «сексуальных сценариев», которая заключается в том, что психика человека вырабатывает программы сексуального поведения исходя из предыдущих сексуальных опытов. И хотя практических исследований этой теории с участием контрольных групп проводилось очень мало, как клинические, так и случайные доказательства подтверждают важность опыта и научения в развитии других сторон сексуального функционирования, следовательно, нельзя исключать вероятный вклад научения в развитие устойчивого сексуального влечения к людям своего пола.

Часто возникают вопросы относительно влияния гомосексуальных родителей на гендерную идентичность и сексуальную ориентацию детей. Недавний обзор исследований в этой сфере предоставил нам ясные доказательства отсутствия различий между детьми, которых воспитывают гомосексуальные родители, и детьми из контрольных (обычных) семей (Patterson, 1992). В этой связи очень важно подчеркнуть, что абсолютное большинство гомосексуальных людей выросли в обычных семьях и воспитывались гетеросексуальными родителями.

Выводы

Совершенно очевидно, что развитие выбора сексуального объекта вряд ли может быть объяснено влиянием лишь одного фактора. Теория Фридмана (Friedman, 1988) допускает сочетание органических и семейных факторов и признает важность более

поздних периодов развития (например, подросткового возраста). Хотя роль биологических факторов, например, указанных Дёрнером (Dörner, 1988), еще требует дальнейшего уточнения, очень маловероятно, что решающее значение имеет какой-то один фактор, особенно если учитывать пересечение гетеросексуальных и гомосексуальных пациентов в большинстве исследований, а также важность других факторов, например, указанных Фридманом.

В ходе нашей работы с детьми мы убедились, что проблемы с гендерной идентичностью возникают в ходе взаимодействия факторов темперамента (или органических факторов) с факторами семейного окружения. Мальчики, направленные в нашу клинику, обычно очень плохо переносят тревогу и именно из-за этого, во-первых, избегают игр, похожих на драку, а во-вторых, крайне чувствительны к внутрисемейным психологическим факторам, таким как ссоры родителей. Обычно они подсознательно ощущают свое несоответствие мужскому полу, и поэтому им трудно общаться с мальчиками-ровесниками. Эта модель психического развития вписывается в теорию Фридмана об ощущении мальчиками недостаточной мужественности, которое может развиться и по другим причинам. Ощущения гендерного несоответствия predisполагают людей такого типа к поискам способов «присоединиться» к своему полу, чтобы другие представители данного пола приняли их как «своих». Недостатком теории Фридмана является отсутствие четкого описания того, как именно желание «присоединиться к своему полу» переходит в эротическое влечение к представителям своего пола. Мы считаем, что можно проследить логику перехода этого стремления в сексуальное чувство (ср.: Troiden, 1989). Идеализация других представителей своего пола порождает подражание им, а затем душевное влечение к ним, а в современном обществе в США подобные чувства, если они усиливаются, могут быть приравнены к сексуальному влечению. Молодые гомосексуалы приписывают эту связь органическим факторам или внутренним психическим процессам, однако эта сфера требует дальнейшего изучения. Мы также поддерживаем идею, что, начинаясь в раннеподростковом возрасте, научение и опыт взаимодействуют с названными (органическими и психологическими) факторами, что в итоге способствует дальнейшему развитию гомосексуальных моделей поведения.

Что же касается развития гомосексуальной ориентации у женщин, то, несмотря на отсутствие теоретических исследований

в этой области, наш клинический опыт приводит к выводу, что для понимания женской сексуальной ориентации применима примерно та же схема, что и в отношении мужчин. Другие исследователи предполагали, что, хотя женщины могут выбирать сексуальную ориентацию, большинство мужчин не воспринимает свою ориентацию как свободный выбор.

Клиническое ведение пациентов

Практикующие психотерапевты и психиатры сталкиваются с различными проблемами в зависимости от того, по какой причине подросток направлен на обследование: либо это гомосексуальное поведение и связанный с ним конфликт, либо уже определившийся (определившаяся) с гомосексуальной (лесбийской) ориентацией мальчик (девочка) подросткового возраста обращается в связи с другими медицинскими или социально-психологическими проблемами. В первом случае у специалиста просят ответа на вопрос, является ли этот подросток гомосексуальным (либо есть ли вероятность того, что он станет гомосексуальным). Очень важно помочь ясно понять как самому подростку, так и его семье, в чем, собственно, заключаются их вопросы и чем именно они озабочены. Некоторые подростки могут совершенно спокойно воспринимать факт, что их ориентация оказалась гомосексуальной, в то время как их родители хотят знать, есть ли надежда на изменение ориентации детей. Отсутствие информации, ложные факты, мифы и стереотипы о гомосексуальности — все это по возможности должно быть разобрано и объяснено самому подростку и его семье. Что же касается подростка, уже определившегося со гомосексуальной (лесбийской) ориентацией, то здесь проблемы могут включать, например, озабоченность возможными инфекциями, передающимися половым путем, а также вопросы, связанные с камингаутом, с тем, как общаться с другими гомосексуальными подростками в социально приемлемых ситуациях, как налаживать отношения с членами семьи и т. д. (Myers, 1982; Schneider, 1988).

Клиническая оценка гомосексуальной ориентации должна состоять не только в изучении поведения. Работа Кинси и соавторов (Kinsey et al., 1948), равно как и труды их последователей (например, McConaghy, Armstrong, Birrell, & Buhrich, 1979),

указывают, что очень существенный процент мужчин (приблизительно 30%) испытывают определенную степень гомоэротического возбуждения либо даже имеют опыт соответствующего поведения. Однако, как мы уже замечали в гл. 3, процент взрослых мужчин, определяющих себя как преимущественно гомосексуальных, значительно ниже. Поэтому специалистам необходимо понять текущий контекст гомосексуального поведения пациента (например, подростковые сексуальные эксперименты, индивидуальные романтические отношения, сексуальная связь с малолетним), а также историю развития его (ее) сексуальности, которая могла повлиять на его (ее) проблемы с ощущением собственного соответствия своему полу. Также необходимо исследовать его (ее) более ранние межгендерные тенденции либо присущую ему (ей) прежде самоидентификацию с противоположным полом; и, кроме того, нужно выяснить его (ее) настоящие и прошлые эротические фантазии, включая образы, возникающие во сне, фантазии во время мастурбаций, сексуальные влечения.

Подростки, у которых в детстве наблюдалось расстройство гендерной идентичности или ощущение несоответствия своему полу (Friedman, 1988), которые испытывали очень слабое эротическое возбуждение под воздействием гетеросексуальных объектов (или вообще не испытывали гетероэротического возбуждения) и психологически при всех своих гомоэротических фантазиях или реальных опытах чувствуют себя комфортно, не представляют особой сложности для лечащего специалиста. В этих случаях психотерапия должна быть сосредоточена на развитии позитивной гомосексуальной идентичности, на поддержке стремления подростка вписаться в ЛГБТ-сообщество, а также на помощи родителям, которые могут испытывать серьезный дистресс из-за того, что им приходится прощаться с мечтами о будущем ребенка, и из-за опасений рисков, которым может подвергнуться их ребенок, если станет геем (лесбиянкой).

Подростки, которые приходят на консультацию к психотерапевту по собственной инициативе, обычно не очень ясно осознают свою сексуальную идентичность. Их отношения с родителями, скорее всего, достаточно холодны и сдержанны. В период своего позднего детства и раннего отрочества они чувствовали себя не похожими на своих сверстников. Вполне возможно, что они еще не испытывали значительного сексуального влечения ни к мужскому, ни к женскому полу. В среднем и позднем отрочестве они

начинают испытывать как гетеро-, так и гомоэротическое возбуждение, однако имеют еще очень небольшой реальный опыт сексуальных отношений. В подобных случаях главная проблема заключена в том, чтобы помочь подростку определиться с сексуальной ориентацией. В этой ситуации очень важно, чтобы врач-психотерапевт сохранял нейтральную позицию, помогая подростку выяснить, какая ориентация для него или для нее была бы психологически более комфортна. На первоначальном этапе усилия специалистов должны быть направлены на то, чтобы подросток попытался наладить гетеросоциальные и гетеросексуальные связи, чтобы выяснить, возникают ли при этом проблемы, которые можно разрешить с помощью психотерапии. Некоторых подростков при попытке начать гетеросексуальную жизнь охватывает глубокий дистресс из-за сомнений в своих «сексуальных способностях». Подобные чувства могут быть связаны с предположением молодых людей, что каждая встреча с представителем противоположного пола непременно должна вызывать у них сексуальное возбуждение и что они всегда должны быть способны на сексуальные реакции. Облегчить подросткам подобные тревожные мысли смогут психотерапевтические методы усовершенствования поведения. С помощью психотерапевта, нейтрально относящегося к любой сексуальной ориентации, а также посредством методик исследования сексуальных чувств некоторые подростки смогут спокойнее и положительнее воспринимать собственные гомосексуальные чувства; таким подросткам будет легче утвердиться в собственной гомосексуальности и дальше жить и действовать в соответствии с таким выбором. Однако при этом психотерапевт должен привлечь внимание подростка к возможной поспешности вывода об ориентации: следует учитывать свойство подростков идеализировать представителей своего пола и другие характерные черты подростковой психологии, из которых может развиваться сексуальное влечение к людям того же пола. Зачастую несмотря на ощущение психотерапевта, что подобное влечение возникло у подростка под влиянием преходящих факторов, сам подросток не способен или не желает разобратся в этих проблемах, так что через некоторое время и сам подросток, и психотерапевт приходят к выводу, что для данного пациента лучше подходит гомосексуальная ориентация.

Когда подросток испытывает гомоэротические влечения, которые считает нежелательными, и хочет развить в себе

гетеросексуальную ориентацию, психотерапевт может использовать метод, описанный в работах 1979 и 1991 годов (Masters & Johnson, 1979; Nicolosi, 1991). Хотя сегодня среди специалистов широко распространен пессимизм относительно возможности отдельного человека изменить свою ориентацию с гомосексуальной на гетеросексуальную, очевидно, что некоторые люди, которые не хотят или не могут воспринимать себя как гея или лесбиянку, способны добиться таких изменений в себе (см.: Nicolosi, 1991). Автор исследования 1981 года (Mitchell, 1981) предоставил нам подробный, ясно описанный анализ недостатков некоторых более ранних аналитических подходов к психотерапевтическому лечению подобных подростков. Однако если конкретный человек не испытывает сильного гетеросексуального возбуждения и ее (его) дискомфорт по поводу своих гомоэротических чувств связан в основном со страхом перед реакцией окружающих, то в этом случае полезнее провести психотерапевтическую и социальную работу, направленную на то, чтобы дать данному человеку более приемлемый взгляд на ЛГБТ-сообщество и его роль в современном мире. Участие в деятельности молодежных ЛГБТ-объединений может оказать особенно действенную психологическую поддержку молодым людям, которые являются, по сути, гомосексуальными, но испытывают серьезные трудности с самовосприятием.

Часто возникают вопросы о сексуальной ориентации подростков, которых уличают в сексуальной связи с мальчиком более младшего возраста. Однако в большинстве случаев подобные подростки ранее сами были жертвами сексуальных домогательств или насилия либо выросли в семьях, где существовали минимальные ограничения и запреты в области сексуального поведения. Подобные подростки очень редко сознаются в своих гомоэротических влечениях и зачастую вообще с трудом могут объяснить свое поведение. Проблема в том, чтобы выяснить, что собой представляет семья такого подростка, понять историю сексуального насилия в этой семье, выяснить, каковы представления подростка о допустимом и недопустимом поведении, каковы были последствия его недопустимого сексуального поведения в прошлом и понимает ли он, что может почувствовать мальчик, с которым у него была связь, из-за произошедшего. Обычно сексуальная ориентация подобных подростков остается под вопросом до позднеподросткового периода. Кроме того, специалисты

должны обратить внимание на отношения данного подростка со сверстниками, при этом отношения могут быть как социальными, так и сексуальными, причем вполне допустимыми.

Что касается девочек-подростков, которые обращаются к нам из-за обеспокоенности собственными гомосексуальными склонностями, то, как правило, речь идет о сильной романтической привязанности к женщине более старшего возраста, которой девочка восхищается. Это может означать гомосексуальную наклонность, а может и не означать. Подобные девочки часто ощущают себя менее способными к типично женским видам деятельности, чем их сверстницы, либо вступают в конфликт с родителями, и какой-то из этих факторов является причиной их сниженной самооценки. Поэтому девочки-подростки данного типа особенно склонны к завязыванию знакомств с женщинами более старшего возраста, которых идеализируют и, следовательно уважение и восхищение которых может поднять их самооценку. У некоторых девушек такие отношения развиваются на фоне общих спортивных, политических или культурных интересов. Определение себя как лесбиянки может развиваться у такой девушки в том случае, если у нее вообще очень слабая сексуальность, и представители мужского пола ее возбуждают слабо: лесбийская связь поднимает ее самооценку. Другие девушки, которым свойственно нормальное гетеросексуальное влечение, могут рассматривать подобную романтическую связь с женщиной как временную. Такие девушки могут определять себя как бисексуальных или преимущественно гетеросексуальных. Как и в случае с гомосексуальными мальчиками-подростками, роль психотерапевта заключается в том, чтобы развить в сознании пациентки позитивную лесбийскую идентичность, если это действительно соответствует ее интересам, однако если ориентация девочки-подростка менее ясна, специалист, опять-таки, должен придерживаться нейтральной позиции.

Родители гомосексуальных подростков часто нуждаются в социальной поддержке (Kaufman, 1991). В последнее время в крупных городах создаются родительские группы поддержки, и это очень помогает участвующим в них родителям. Родители нуждаются в достоверных сведениях о стиле жизни гомосексуалов, о СПИДе, им должны быть доступны более положительные образы гомосексуальных мужчин и женщин. Родителям нужна помощь в преодолении чувства, что они «потеряли ребенка». Если

из-за «потери» гетеросексуального сына или дочери родители впадают чуть ли не в траур, то они, вероятно, способны выстроить новые положительные отношения с гомосексуальным ребенком. Родные братья и сестры гомосексуальных подростков также могут испытывать внутренний душевный конфликт, который можно разрешить с помощью психотерапии.

Наконец, юноша-гомосексуал или девушка-лесбиянка могут впасть в депрессию, предпринять попытку суицида или иметь сходные психиатрические проблемы, на которые следует обращать столь же пристальное внимание, как и на аналогичные проблемы гетеросексуальных подростков. Однако особая чувствительность гомосексуальных подростков к проблемам, с которыми они сталкиваются при осознании своей гендерной и сексуальной идентичности, может потребовать иных психотерапевтических и психиатрических подходов (Remafedi et al., 1991).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Abelove, H. (1986). Freud, male homosexuality, and the Americans. *Dissent*, 33, 59–69.
- Abelove, H., Barale, M. A., & Halperin, D. M. (Eds.). (1993). *The lesbian and gay studies reader*. New York: Routledge.
- Abraham, F. (1931). Genitalumwandlung an zwei maenlichen Transvestiten. *Zeitschrift fur Sexualwissenschaft*, 18, 223–226.
- Abramovitch, R. (1977). Children's recognition of situational aspects of facial expression. *Child Development*, 48, 459–463.
- Abramovitch, R., Corter, C., Pepler, D. J., & Stanhope, L. (1986). Sibling and peer interaction: A final follow-up and a comparison. *Child Development*, 57, 217–229.
- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 183–189.
- Absi-Semaan, N., Crombie, G., & Freeman, C. (1993). Masculinity and femininity in middle childhood: Developmental and factor analysis. *Sex Roles*, 28, 187–206.
- Achenbach, T. M. (1978). The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478–488.
- Achenbach, T. M. (1979). The Child Behavior Profile: An empirically based system for assessing children's behavioral problems and competencies. *International Journal of Mental Health*, 7, 24–42.
- Achenbach, T. M. (1980). DSM–III in light of empirical research on the classification of child psychopathology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 395–412.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1979). The Child Behavior Profile: II. Boys aged 12–16 and girls aged 6–11 and 12–16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 223–233.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed

- children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46(1, Serial No. 188).
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Edelbrock, C., & Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 629-650.
- Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C., & Conners, C. K. (1991). National survey of problems and competencies among four- to six-teen-year-olds. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 56(3, Serial No. 225).
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Adamec, R. G., & Stark-Adamec, C. (1986). Limbic hyperfunction, limbic epilepsy, and interictal behavior. In B. K. Doane & K. E. Livingston (Eds.), *The limbic system* (pp. 129-145). New York: Raven Press.
- Adams, K. M., Klinge, V., Vaziri, H., Maczulski, B., & Pasternak, A. (1976). Studies in adolescent transvestism: Life history, psychometric and behavioral descriptors. In D. V. Siva Sankar (Ed.), *Mental health in children* (Vol. 2, pp. 89-112). Westbury, NY: PJD.
- Adkins-Regan, E. (1988). Sex hormones and sexual orientation in animals. *Psychobiology*, 16, 335-347.
- Ahuja, Y. R., & Plato, C. C. (1990). Effect of environmental pollutants on dermatoglyphic patterns. In N. M. Durham & C. C. Plato (Eds.), *Trends in dermatoglyphic research* (pp. 123-135). Boston: Kluwer Academic.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, C. (1949). *The sexual perversions and abnormalities: A study in the psychology of paraphilias* (2nd ed.). London: Oxford University Press.
- Allen, C. (1962). *A textbook of psychosexual disorders*. London: Oxford University Press.

- Allen, L. S., & Gorski, R. A. (1990). Sex difference in the bed nucleus of the stria terminalis of the human brain. *Journal of Comparative Neurology*, 302, 697–706.
- Allen, L. S., & Gorski, R. A. (1991). Sexual dimorphism of the anterior commissure and massa intermedia of the human brain. *Journal of Comparative Neurology*, 312, 97–104.
- Allen, L. S., & Gorski, R. A. (1992). Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 89, 7199–7202.
- Alien, L. S., Hines, M., Shryne, J. E., & Gorski, R. A. (1989). Two sexually dimorphic cell groups in the human brain. *Journal of Neuroscience*, 9, 497–506.
- Allen, L. S., Richey, M. E, Chai, Y. M., & Gorski, R. A. (1991). Sex differences in the corpus callosum of the living human being. *Journal of Neuroscience*, 11, 933–942.
- Alpert-Gillis, L. J., & Connell, J. P. (1989). Gender and sex-role influences on children's self-esteem. *Journal of Personality*, 57, 97–114.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, D. (1987). Family and peer relations of gay adolescents. In S.C. Feinstein (Ed.), *Adolescent psychiatry: Vol. 14. Developmental and clinical studies* (pp. 162–176). Chicago: University of Chicago Press.
- Anderson, D. (1990). Adolescent homosexuality. In M. Sugar (Ed.), *Atypical adolescence and sexuality* (pp. 181–200). New York: Norton.
- Angier, N. (1991a, August 30). Zone of brain linked to men's sexual orientation. *New York Times*, pp. A1, A18.
- Angier, N. (1991b, September 1). The biology of what it means to be gay. *New York Times*, pp. 1, 4.
- Annett, M. (1970). A classification of hand preference by association analysis. *British Journal of Psychology*, 61, 303–321.
- Antill, J. K. (1987). Parents' beliefs and values about sex roles, sex differences, and sexuality: Their sources and implications. In P. Shaver & C. Hendrick (Eds.), *Sex and gender* (pp. 294–328). Newbury Park, CA: Sage.
- Arcostanzo, G., Beglia, G., Lertora, V., & Zecca, G. (1991, June). *The assessment of personality in parents of cross-gender identified children*. Poster presented at the World Congress of Sexology, Amsterdam.

- Arnold, A. P., & Breedlove, S. M. (1985). Organizational and activation effects of sex steroids: A reanalysis. *Hormones and Behavior*, 19, 469–498.
- Baenninger, M., & Newcombe, N. (1989). The role of experience in spatial test performance: A meta-analysis. *Sex Roles*, 20, 327–344.
- Bailey, J. M. (1989). *A test of the maternal stress hypothesis for human male homosexuality*. Unpublished doctoral dissertation. University of Texas at Austin.
- Bailey, J. M. (1995, March). Sex differences in the distribution and determinants of sexual orientation. In C. J. Patterson (Chair), *Sexual orientation, children and families: Current issues in research*. Symposium presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.
- Bailey, J. M., & Bell, A. P. (1993). Familiality of female and male homosexuality. *Behavior Genetics*, 23, 313–322.
- Bailey, J. M., & Benishay, D. S. (1993). Familial aggregation of female sexual orientation. *American Journal of Psychiatry*, 150, 272–277.
- Bailey, J. M., & Pillard, R. C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1089–1096.
- Bailey, J. M., Pillard, R. C., Neale, M. C., & Agyei, Y. (1993). Heritable factors influence sexual orientation in women. *Archives of General Psychiatry*, SO, 217–223.
- Bailey, J. M., Willerman, L., & Parks, C. (1991). A test of the maternal stress theory of human male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 277–293.
- Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31, 43–55.
- Bak, R. C. (1953). *Fetishism*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 285–298.
- Bakker, A., van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J. G., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 237–238.
- Bakker, J., Brand, T., van Ophemert, J., & Slob, A. K. (1993). Hormonal regulation of adult partner preference behavior in neonatally ATD-treated male rats. *Behavioral Neuroscience*, 107, 480–487.
- Bakwin, H. (1960). Transvestism in children. *Journal of Pediatrics*, 56, 294–298.
- Bakwin, H. (1968). Deviant gender-role behavior in children: Relation to homosexuality. *Pediatrics*, 41, 620–629.

- Bakwin, H., & Bakwin, R. M. (1953). Homosexual behavior in children. *Journal of Pediatrics*, 43, 108–111.
- Balk, S. J., Dreyfus, N. G., & Harris, P. (1982). Examination of genitals in children: "The remaining taboo." *Pediatrics*, 70, 751–753.
- Ball, J. R. B. (1968). A case of hair fetishism, transvestitism, and organic cerebral disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 44, 249–254.
- Bancroft, J. (1994). Homosexual orientation: The search for a biological basis. *British Journal of Psychiatry*, 164, 437–440.
- Barahal, H. S. (1940). Testosterone in psychotic male homosexuals. *Psychiatric Quarterly*, 14, 319–330.
- Barlow, D. H., Abel, G. G., & Blanchard, E. B. (1977). Gender identity change in a transsexual: An exorcism. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 387–395.
- Barlow, D. H., Abel, G. G., & Blanchard, E. B. (1979). Gender identity change in transsexuals: Follow-up and replications. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1001–1007.
- Barlow, D. H., Reynolds, E. J., & Agras, W. S. (1973). Gender identity change in a transsexual. *Archives of General Psychiatry*, 28, 569–576.
- Baron, M. (1993). Genetic linkage and male homosexual orientation. *British Medical Journal*, 307, 337–338.
- Barr, M. L., & Hobbs, G. E. (1954). Chromosomal sex in transvestites. *Lancet*, i, 1109–1110.
- Bates, J. E. (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 299–319.
- Bates, J. E., & Bentler, P. M. (1973). Play activities of normal and effeminate boys. *Developmental Psychology*, 9, 20–27.
- Bates, J. E., Bentler, P. M., & Thompson, S. K. (1973). Measurement of deviant gender development in boys. *Child Development*, 44, 591–598.
- Bates, J. E., Bentler, P. M., & Thompson, S. K. (1979). Gender-deviant boys compared with normal and clinical control boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 243–259.
- Bates, J. E., Skilbeck, W. M., Smith, K. V. R., & Bentler, P. M. (1974). Gender role abnormalities in boys: An analysis of clinical ratings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 1–16.
- Bates, J. E., Skilbeck, W. M., Smith, K. V. R., & Bentler, P. M. (1975). Intervention with families of gender-disturbed boys. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 150–157.
- Baum, M. J. (1979). Differentiation of coital behavior in mammals: A comparative analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 3, 265–284.

- Baum, M. J., Carroll, R. S., Erskine, M. S., & Tobet, S. A. (1985). Neuroendocrine response to estrogen and sexual orientation [Letter], *Science*, 230, 961–962.
- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. New York: Basic Books.
- Bayer, R., & Spitzer, R. L. (1982). Edited correspondence on the status of homosexuality in DSM-III. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 18, 32–52.
- Beach, F. A. (1975). Hormonal modification of sexually dimorphic behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 1, 3–23.
- Beach, F. A. (1976). Cross-species comparisons and the human heritage. In F. A. Beach (Ed.), *Human sexuality in four perspectives* (pp. 296–316). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Beach, F. A. (1979a). Animal models and psychological inference. In H. A. Katchadourian (Ed.), *Human sexuality: A comparative and developmental perspective* (pp. 98–112). Berkeley: University of California Press.
- Beach, F. A. (1979b). Animal models for human sexuality. In *Sex, hormones and behaviour* (Ciba Foundation Symposium No. 62, New Series, pp. 113–143). Amsterdam: Excerpta Medica.
- Beach, F. A. (1981). Historical origins of modern research on hormones and behavior. *Hormones and Behavior*, 15, 325–376.
- Beatty, W. W. (1979). Gonadal hormones and sex differences in non-productive behaviors in rodents: Organizational and activational influences. *Hormones and Behavior*, 12, 112–163.
- Beatty, W. W. (1984). Hormonal organization of sex differences in play fighting and spatial behavior. *Progress in Brain Research*, 61, 315–330.
- Beatty, W. W. (1992). Gonadal hormones and sex differences in non-productive behaviors. In A. A. Gerall, H. Moltz, & I. L. Ward (Eds.), *Handbook of behavioral neurobiology: Vol. 11. Sexual differentiation* (pp. 85–128). New York: Plenum Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Becker, J. T., Bass, S. M., Dew, M. A., Kingsley, L., Seines, O. A., & Sheridan, K. (1992). Hand preference, immune system disorder and cognitive function among gay/bisexual men: The Multicenter AIDS Cohort Study (MACS). *Neuropsychologia*, 30, 229–235.
- Begley, S. (1991, September 9). What causes people to be homosexual? *Newsweek*, p. 52.

- Bell, A. P., Weinberg, M. S., & Hammersmith, S. K. (1981). *Sexual preference: Its development in men and women*. Bloomington: Indiana University Press.
- Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, 75, 81–95.
- Bell, R. Q., & Harper, L. V. (1977). *Child effects on adults*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bell-Dolan, D., & Brazeal, T. J. (1993). Separation anxiety disorder, overanxious disorder, and school refusal. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 563–580.
- Bem, S. L. (1983). Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schematic society. *Signs*, 8, 598–616.
- Bem, S. L. (1984). Reply to Morgan and Ayim. *Signs*, 10, 197–199.
- Bem, S. L. (1989). Genital knowledge and gender constancy in pre-school children. *Child Development*, 60, 649–662.
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bender, L., & Paster, S. (1941). Homosexual trends in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11, 730–743.
- Benjamin, H. (1954). Transsexualism and transvestism as psychosomatic somato-psychic syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 8, 219–230.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Bentler, P. M. (1976). A typology of transsexualism: Gender identity theory and data. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 567–584.
- Bentler, P. M., Rekers, G. A., & Rosen, A. C. (1979). Congruence of childhood sex-role identity and behaviour disturbances. *Child: Care, Health, and Development*, 5, 267–283.
- Berenbaum, S. A. (1990). Congenital adrenal hyperplasia: Intellectual and psychosexual functioning. In C. S. Holmes (Ed.), *Psychoneuroendocrinology: Brain, behavior, and hormonal interactions* (pp. 227–260). New York: Springer-Verlag.
- Berenbaum, S. A., & Hines, M. (1992). Early androgens are related to childhood sex-typed toy preferences. *Psychological Science*, 3, 203–206.
- Berenbaum, S. A., & Snyder, E. (1995). Early hormonal influences on childhood sex-typed activity and playmate preferences: Implications for the development of sexual orientation. *Developmental Psychology*, 31, 31–42.

- Berger, J. (1994). The psychotherapeutic treatment of male homosexuality. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 251-261.
- Berman, M. D. (1953). Perception and object relations in a patient with transvestite tendencies. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 25-39.
- Bernstein, G. A., & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Bernstein, P. (1993). Panel report: Gender identity disorder in boys. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 729-742.
- Biddle, S., & Armstrong, N. (1992). Children's physical activity: An exploratory study of psychological correlates. *Social Science and Medicine*, 34, 325-331.
- Bieber, I., & Bieber, T. B. (1979). Male homosexuality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 409-421.
- Bieber, I., Dain, H. J., Dince, P. R., Drellich, M. G., Grand, H. G., Gundlach, R. H., Kremer, M. W., Rifkin, A. H., Wilbur, C. B., & Bieber, T. B. (1962). *Homosexuality: A psychoanalytic study of male homosexuals*. New York: Basic Books.
- Biller, H. B. (1968). A multiaspect investigation of the masculine development in kindergarten age boys. *Genetic Psychology Monographs*, 78, 89-139.
- Biller, H. B. (1969). Father-absence, maternal encouragement, and sex-role development in kindergarten-age boys. *Child Development*, 40, 539-546.
- Biller, H. B. & Borstelmann, L. J. (1967). Masculine development: An integrative review. *Merrill-Palmer Quarterly*, 13, 253-294.
- Billings, D. B., & Urban, T. (1982). The socio-medical construction of transsexualism. *Social Problems*, 29, 266-282.
- Billy, J. O. G., Tanfer, K., Grady, W. R., & Klepinger, D. H. (1993). The sexual behavior of men in the United States. *Family Planning Perspectives*, 25, 52-60.
- Birke, L. I. A. (1981). Is homosexuality hormonally determined? *Journal of Homosexuality*, 6, 35-49.
- Birken, L. (1988). *Consuming desire: Sexual science and the emergence of the culture of abundance, 1871-1914*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Birkenfeld-Adams, A. (1995). *Quality of attachment in young boys with gender identity disorder*. Doctoral dissertation proposal, York University, Downsview, Ontario.

- Birrell, S., & Cole, C. L. (1990). Double fault: Renee Richards and the construction and naturalization of difference. *Sociology of Sport Journal*, 7, 1–21.
- Blackwood, E. (1984). Sexuality and gender in certain Native American tribes: The case of cross-gender females. *Signs*, 10, 27–42.
- Blakemore, J. E. O., LaRue, A. A., & Olejnik, A. B. (1979). Sex-appropriate toy preference and the ability to conceptualize toys as sex-role related. *Developmental Psychology*, 15, 339–340.
- Blanchard, R. (1985a). Typology of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 247–261.
- Blanchard, R. (1985b). Gender dysphoria and gender reorientation. In B. W. Steiner (Ed.), *Gender dysphoria: Development, research, management* (pp. 365–392). New York: Plenum Press.
- Blanchard, R. (1988). Nonhomosexual gender dysphoria. *Journal of Sex Research*, 24, 188–193.
- Blanchard, R. (1989). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 315–334.
- Blanchard, R. (1990a). Gender identity disorders in adult women. In R. Blanchard & B. W. Steiner (Eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults* (pp. 77–91). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Blanchard, R. (1990b). Gender identity disorders in adult men. In R. Blanchard & B. W. Steiner (Eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults* (pp. 47–76). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Blanchard, R. (1991). Clinical observations and systematic studies of autogynephilia. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 235–251.
- Blanchard, R. (1994). A structural equation model for age at clinical presentation in nonhomosexual male gender dysphorics. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 311–320.
- Blanchard, R., & Bogaert, A. F. (1995). *The role of older brothers in the development of male homosexuality*. Manuscript submitted for publication.
- Blanchard, R., & Bogaert, A. F. (in press). Biodemographic comparisons of homosexual and heterosexual men in the Kinsey interview data. *Archives of Sexual Behavior*.
- Blanchard, R., & Clemmensen, L. H. (1988). A test of the DSM-III-R's implicit assumption that fetishistic arousal and gender dysphoria are mutually exclusive. *Journal of Sex Research*, 25, 426–432.

- Blanchard, R., Clemmensen, L. H., & Steiner, B. W. (1987). Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 139–152.
- Blanchard, R., & Sheridan, P. M. (1990). Gender reorientation and psychosocial adjustment. In R. Blanchard & B. W. Steiner (Eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults* (pp. 159–189). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Blanchard, R., & Sheridan, P. M. (1992). Sibship size, sibling sex ratio, birth order, and parental age in homosexual and nonhomosexual gender dysphorics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 40–47.
- Blanchard, R., & Steiner, B. W. (Eds.). (1990). *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Blanchard, R., & Zucker, K. J. (1994). Reanalysis of Bell, Weinberg, and Hammersmith's data on birth order, sibling sex ratio, and parental age in homosexual men. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1375–1376.
- Blanchard, R., Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Hume, C. S. (1995). Birth order and sibling sex ratio in homosexual male adolescents and probably prehomosexual feminine boys. *Developmental Psychology*, 31, 22–30.
- Blanchard, R., Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J. G., & Bailey, J. M. (in press). Birth order and sibling sex ratio in two samples of Dutch gender-dysphoric homosexual males. *Archives of Sexual Behavior*.
- Bleiberg, E., Jackson, L., & Ross, J. L. (1986). Gender identity disorder and object loss. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 58–67.
- Bleier, R. (1984). *Science and gender: A critique of biology and its theories of women*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Bloch, D. (1976). The threat of infanticide and homosexual identity. *Psychoanalytic Review*, 62, 579–599.
- Block, J. H. (1981). *The Child-Rearing Practices Report (CRPR): A set of Q items for the description of parental socialization attitudes and values*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Blount, E. L., & Stokes, T. F. (1984). Self-reinforcement by children. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 18, pp. 195–225). New York: Academic Press.
- Blumer, D., & Walker, A. E. (1975). The neural basis of sexual behavior. In D. F. Benson & D. Blumer (Eds.), *Psychiatric aspects of neurologic disease* (pp. 199–217). New York: Grune & Stratton.

- Bogaert, A. F., & Blanchard, R. (in press). Handedness in homosexual and heterosexual men in the Kinsey Interview data. *Archives of Sexual Behavior*.
- Bolin, A. (1987). *In search of Eve: Transsexual rites of passage*. South Hadley, MA: Bergin & Garvey.
- Boswell, J. (1982–1983). Revolutions, universal and sexual categories. *Salmagundi*, 58–59, 89–113.
- Boswell, J. (1990). Sexual and ethical categories in premodern Europe. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 15–31). New York: Oxford University Press.
- Boulton, M. J. (1991). A comparison of structural and contextual features of middle school children's playful and aggressive fighting. *Ethology and Sociobiology*, 12, 119–145.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowler, C., & Collacott, R. A. (1993). Cross-dressing in men with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 162, 556–558.
- Boyar, R. M., & Aiman, J. (1982). The 24-hour secretory pattern of LH and the response to LHRH in transsexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 157–169.
- Bradley, S. J. (1980). Female transsexualism: A child and adolescent perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, 11, 12–18.
- Bradley, S. J. (1985). Gender disorders in childhood: A formulation. In B. W. Steiner (Ed.), *Gender dysphoria: Development, research, management* (pp. 175–188). New York: Plenum Press.
- Bradley, S. J. (1990). Gender dysphorias in childhood and adolescence. In B. D. Garfinkel, G. A. Carlson, & E. B. Weller (Eds.), *Psychiatric disorders in children and adolescents* (pp. 121–134). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Bradley, S. J., Blanchard, R., Coates, S., Green, R., Levine, S. B., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pauly, I. B., & Zucker, K. J. (1991). Interim report of the DSM–IV Subcommittee for Gender Identity Disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 333–343.
- Bradley, S. J., Steiner, B., Zucker, K., Doering, R. W., Sullivan, J., Finegan, J. K., & Richardson, M. (1978). Gender identity problems of children and adolescents: The establishment of a special clinic. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23, 175–183.
- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1984, October). *Gender-dysphoric adolescents: Presenting and developmental characteristics*. Paper presented

- at the joint meeting of the Canadian Academy of Child Psychiatry and the American Academy of Child Psychiatry, Toronto.
- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1990). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 477–486.
- Brand, T., Houtsmuller, E. J., & Slob, A. K. (1993). Neonatal programming of adult partner preference in male rats. In M. Haug, R. E. Whalen, C. Aron, & K. L. Olsen (Eds.), *The development of sex differences and similarities in behavior* (pp. 33–49). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.
- Breedlove, S. M. (1994). Sexual differentiation of the human nervous system. *Annual Review of Psychology*, 45, 389–418.
- Bretherton, I., & Waters, E. (Eds.). (1985). Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1–2, Serial No. 209).
- Brooks-Gunn, J. (1986). The relationship of maternal beliefs about sex typing to maternal and young children's behavior. *Sex Roles*, 14, 21–35.
- Brown, D. G. (1956). Sex-role preference in young children. *Psychological Monographs*, 70(14, Whole No. 421).
- Brown, D. G. (1957). The development of sex-role inversion and homosexuality. *Journal of Pediatrics*, 50, 613–619.
- Brown, D. G. (1958). Inversion and homosexuality. *American Journal of Orthopsychiatry*, 28, 424–429.
- Brown, E. V. (1979). Sexual self-identification as reflected in children's drawings when asked to "draw-a-person." *Perceptual and Motor Skills*, 49, 38.
- Bryden, M. P. (1979). Evidence for sex-related differences in cerebral organization. In M. A. Wittig & A. C. Petersen (Eds.), *Sex-related differences in cognitive functioning: Developmental issues* (pp. 121–143). New York: Academic Press.
- Bryden, M. P., MacRae, L., & Steenhuis, R. E. (1991). Hand preference in school children. *Developmental Neuropsychology*, 7, 477–486.
- Buhrich, N. (1977). A case of familial heterosexual transvestism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, 199–201.
- Buhrich, N. (1978). Motivation for cross-dressing in heterosexual transvestism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57, 145–152.
- Buhrich, N. (1981). Psychological adjustment in transvestism and transsexualism. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 407–411.

- Buhrich, N. J., Bailey, J. M., & Martin, N. G. (1991). Sexual orientation, sexual identity, and sex-dimorphic behaviors in male twins. *Behavior Genetics*, 21, 75–96.
- Buhrich, N. J., & McConaghy, N. (1979). Three clinically discrete categories of fetishistic transvestism. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 151–157.
- Buhrich, N. J., & Theile, H. (1979). Plasma testosterone, serum FSH, and serum LH levels in transvestism. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 49–53.
- Bullough, V. L. (1974). Transvestites in the Middle Ages. *American Journal of Sociology*, 79, 1381–1394.
- Bullough, V. L. (1975). Transsexualism in history. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 561–571.
- Bullough, V. L. (1976). *Sexual variance in society and history*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bullough, V. L. (1985). The Rockefellers and sex research. *Journal of Sex Research*, 21, 113–125.
- Bullough, V. L. (1987a). The first clinicians. In L. Diamant (Ed.), *Male and female homosexuality: Psychological approaches* (pp. 21–30). New York: Hemisphere.
- Bullough, V. L. (1987b). A nineteenth-century transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 81–84.
- Bullough, V. L. (1990). The Kinsey scale in historical perspective. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 3–14). New York: Oxford University Press.
- Bullough, V. L. (1994). *Science in the bedroom: A history of sex research*. New York: Basic Books.
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Burnham, J. C. (1972). American historians and the subject of sex. *Societas*, 2, 307–316.
- Byne, W., & Parsons, B. (1993). Human sexual orientation: The biologic theories reappraised. *Archives of General Psychiatry*, 50, 228–239.
- Caldera, Y. M., Huston, A. C., & O'Brien, M. (1989). Social interactions and play patterns of parents and toddlers with feminine, masculine, and neutral toys. *Child Development*, 60, 70–76.
- Caplan, P. J., & Hall-McCorquodale, I. (1985a). Mother-blaming in major clinical journals. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 345–353.

- Caplan, P. J., & Hall-McCorquodale, I. (1985b). The scapegoating of mothers: A call for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 610–613.
- Carmichael, C. (1977). *Non-sexist childraising*. Boston: Beacon Press.
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063–1080.
- Carter, D. B., & Levy, G. D. (1988). Cognitive aspects of early sex-role development: The influence of gender schemas on preschoolers' memories and preferences for sex-typed toys and activities. *Child Development*, 59, 782–792.
- Casey, M. B., & Brabeck, M. M. (1990). Women who excel on a spatial task: Proposed genetic and environmental factors. *Brain and Cognition*, 12, 73–84.
- Cauldwell, D. O. (1949). Psychopathia transsexualis. *Sexology*, 16, 274–280.
- Chahnazarian, A. (1988). Determinants of the sex ratio at birth: Review of recent literature. *Social Biology*, 35, 214–235.
- Charatan, F. B., & Galef, H. (1965). A case of transvestism in a six-year-old boy. *Journal of the Hillside Hospital*, 14, 160–177.
- Chauncey, G. (1982–1983). From sexual inversion to homosexuality: Medicine and the changing conceptualization of female deviance. *Salmagundi*, 58–59, 114–146.
- Chauncey, G. (1994). *Gay New York: Gender, urban culture, and the making of the gay male world, 1890–1940*. New York: Basic Books.
- Chazan, S. E. (1995). *The simultaneous treatment of parent and child*. New York: Basic Books.
- Chiland, C. (1988). Enfance et transsexualisme. *Psychiatrie de l'Enfant*, 31, 313–373.
- Chodorow, N. J. (1992). Heterosexuality as a compromise formation: Reflections on the psychoanalytic theory of sexual development. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 15, 267–304.
- Churchill, W. (1967). *Homosexual behavior among males: A cross-cultural and cross-species investigation*. New York: Hawthorn Books.
- Ciccarese, S., Massari, S., & Guanti, G. (1982). Sexual behaviour is independent of H-Y antigen constitution. *Human Genetics*, 60, 371–372.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1–7.
- Cicchetti, D. (1993). Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projections. *Developmental Review*, 13, 471–502.

- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (Eds.) (1991). *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 2. Internalizing and externalizing expressions of dysfunction*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clare, D., & Tully, B. (1989). Transhomosexuality, or the dissociation of sexual orientation and sex object choice. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 531–536.
- Clayton, A. H. (1993). Fetishism and clomiprimine [Letter to the editor]. *American Journal of Psychiatry*, 150, 673–674.
- Clemmensen, L. H. (1990). The “real-life test” for surgical candidates. In R. Blanchard & B. W. Steiner (Eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults* (pp. 119–135). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Clift, M. A. (1986). Writing about psychiatric patients: Guidelines for disguising case material. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 50, 511–524.
- Coates, S. (1985). Extreme boyhood femininity: Overview and new research findings. In Z. DeFries, R. C. Friedman, & R. Corn (Eds.), *Sexuality: New perspectives* (pp. 101–124). Westport, CT: Greenwood.
- Coates, S. (1990). Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysts*, 18, 414–438.
- Coates, S. (1992). The etiology of boyhood gender identity disorder: An integrative model. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 245–265). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coates, S., & Friedman, R. C. (1988). *Spatial ability in prepubertal boys with gender identity disorder*. Unpublished manuscript, Roosevelt Hospital, New York.
- Coates, S., Friedman, R. C., & Wolfe, S. (1991). The etiology of boyhood gender identity disorder: A model for integrating temperament, development, and psychodynamics. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 481–523.
- Coates, S., & Person, E. S. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 702–709.
- Coates, S., & Tuber, S. B. (1988). The representation of object relations in the Rorschachs of extremely feminine boys. In H. Lerner & P. Lerner (Eds.), *Primitive mental states on the Rorschach* (pp. 647–664). New York: International Universities Press.
- Coates, S., & Wolfe, S. (in press). Gender identity disorders in toddlers and preschool children. In J. D. Noshpitz, S. Greenspan,

- J. D. Osofsky, & K. D. Pruett (Eds.), *The handbook of child and adolescent psychiatry*. New York: Wiley.
- Coates, S., & Wolfe, S. M. (1995). Gender identity disorder in boys: The interface of constitution and early experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 15, 6–38.
- Coates, S., Wolfe, S., & Hahn-Burke, S. (1994, June). *Do boys with gender identity disorder have a shy, inhibited temperament?* Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Edinburgh.
- Coates, S., & Zucker, K. J. (1988). Gender identity disorders in children. In C. J. Kestenbaum & D. T. Williams (Eds.), *Handbook of clinical assessment of children and adolescents* (Vol. 2, pp. 893–914). New York: New York University Press.
- Cohen, F. W. (1976). Art psychotherapy: The treatment of choice for a six-year-old boy with a transsexual syndrome. *Arts in Psychotherapy*, 3, 55–67.
- Cohen, J. (1957). The factorial structure of the WAIS between early adulthood and old age. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 283–290.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the social sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen-Kettenis, P. T., Doom, C. D., & Gooren, L. J. G. (1992, July). *Cerebral lateralization and spatial ability in transsexuals*. Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Prague.
- Cohen-Kettenis, P., & Everaerd, W. (1986). Gender role problems in adolescence. *Advances in Adolescent Mental Health*, 1, 1–28.
- Cole, H. J., Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1982). Patterns of gender-role behaviour in children attending traditional and non-traditional day-care centres. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 410–414.
- Coleman, E. (1989). The development of male prostitution activity among gay and bisexual adolescents. In G. Herdt (Ed.), *Gay and lesbian youth* (pp. 131–149). Binghamton, NY: Harrington Park Press.
- Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 37–50.
- Coleman, M. (1986). Nontraditional boys: A minority in need of reassessment. *Child Welfare*, 65, 252–269.
- Collaer, M. L., & Hines, M. (1995). Human behavioral sex differences: A role for gonadal hormones during early development? *Psychological Bulletin*, 118, 55–107.

- Commander, M., & Dean, C. (1990). Symptomatic trans-sexualism. *British Journal of Psychiatry*, 156, 894-896.
- Connolly, F. H., & Gittleson, N. L. (1971). The relationship between delusions of sexual change and olfactory and gustatory hallucinations in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 119, 443-444.
- Connor, J. M., & Serbin, L. A. (1977). Behaviorally based masculine and feminine activity-preference scales for preschoolers: Correlates with other classroom behaviors and cognitive tests. *Child Development*, 48, 1411-1416.
- Cooper, A. M. (1991). The unconscious core of perversion. In G. I. Fogel & W. A. Myers (Eds.), *Perversions and near perversions in clinical practice: New psychoanalytic perspectives* (pp. 17-35). New Haven, CT: Yale University Press.
- Cordua, G. D., McGraw, K. O., & Drabman, R. S. (1979). Doctor or nurse: Children's perceptions of sex-typed occupations. *Child Development*, 50, 590-593.
- Coren, S. (1992). *The left-hander syndrome: The causes and consequences of left-handedness*. New York: Free Press.
- Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. L., & Gaines, R. (1993). Cross-gender behavior and gender conflict in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 940-947.
- Costabile, A., Smith, P. K., Matheson, L., Aston, J., Hunter, T., & Boulton, M. (1991). Cross-national comparison of how children distinguish serious and playful fighting. *Developmental Psychology*, 27, 881-887.
- Cramer, P., & Hogan, K. A. (1975). Sex differences in verbal and play fantasy. *Developmental Psychology*, 11, 145-154.
- Croughan, J. L., Saghir, M., Cohen, R., & Robins, E. (1981). A comparison of treated and untreated male cross-dressers. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 515-528.
- Curtis, R. (1985). Gender identity disorders of boys: A review. *Irish Journal of Psychology*, 7, 50-64.
- Dahlgren, I. L., Matuszczyk, J. V., & Hård, E. (1991). Sexual orientation in male rats prenatally exposed to ethanol. *Neurotoxicology and Teratology*, 13, 267-269.
- Daniel, W. E., & Yeo, R. A. (1993). Handedness and sexual preference, A reanalysis of data presented by Rosenstein and Bigler. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 544-546.
- Dank, B. M. (1971). Six homosexual siblings. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 193-204.

- Davenport, C. W. (1986). A follow-up study of 10 feminine boys. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 511–517.
- Davenport, C. W., & Harrison, S. I. (1977). Gender identity change in a female adolescent transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 327–341.
- Davidson, J. M. (1979). Biological determinants of sex: Their scope and limitations. In H. A. Katchadourian (Ed.), *Human sexuality: A comparative and developmental perspective* (pp. 134–149). Berkeley: University of California Press.
- Davies, B. M., & Morgenstern, E. S. (1960). A case of cysticercosis, temporal lobe epilepsy, and transvestism. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 247–249.
- Deaux, K. (1993). Sorry, wrong number — A reply to Gentile's call. *Psychological Science*, 4, 125–126.
- De Cecco, J. P. (1987). Homosexuality's brief recovery: From sickness to health and back again. *Journal of Sex Research*, 23, 106–114.
- Dekker, R. M., & van de Pol, L. C. (1989). *The tradition of female transvestism in early modern Europe*. New York: St. Martin's Press.
- DeKlyen, O. M. (1992). *Childhood psychopathology and intergenerational relations in the representation of attachment: A comparison of normal and clinic-referred disruptive preschoolers and their mothers*. Unpublished doctoral dissertation, University of Washington.
- Dellatolas, G., Tubert, P., Castresana, A., Mesbah, M., Giallonardo, T., Lazaratou, H., & Lellouch, J. (1991). Age and cohort effects in adult handedness. *Neuropsychologia*, 29, 255–261.
- D'Emilio, J. (1992, January 7). Explain and oppress [Letter to the editor]. *New York Times*, p. A14.
- Derogatis, L. (1983). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual for the revised version*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- De Savitsch, E. (1958). *Homosexuality, transvestism, and change of sex*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Devor, H. (1989). *Gender blending: Confronting the limits of duality*. Bloomington: Indiana University Press.
- Devor, H. (1993a). Sexual orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals. *Journal of Sex Research*, 30, 303–315.
- Devor, H. (1993b). Toward a taxonomy of gendered sexuality. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6(1), 23–55.
- Devor, H. (1994). Transsexualism, dissociation, and child abuse: An initial discussion based on nonclinical data. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6(3), 49–72.

- Diamond, M. (1965). A critical evaluation of the ontogeny of human sexual behavior. *Quarterly Review of Biology*, 40, 147–175.
- Diamond, M. (1968). Genetic-endocrine interactions and human psychosexuality. In M. Diamond (Ed.), *Perspectives in reproduction and sexual behavior* (pp. 417–443). Bloomington: Indiana University Press.
- Diamond, M. (1976). Human sexual development: Biological foundations for social development. In F. A. Beach (Ed.), *Human sexuality in four perspectives* (pp. 22–61). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Diamond, M. (1982). Sexual identity, monozygotic twins reared in discordant sex roles and a BBC follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 181–186.
- Diamond, M. (1993a). Homosexuality and bisexuality in different populations. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 291–310.
- Diamond, M. (1993b). Some genetic considerations in the development of sexual orientation. In M. Haug, R. E. Whalen, C. Aron, & K. L. Olsen (Eds.), *The development of sex differences and similarities in behavior* (pp. 291–309). Dordrecht, The Netherlands; Kluwer Academic.
- Diamond, M. (1994). Bisexualität aus biologischer Sicht [Bisexuality: Biological aspects]. In E. J. Haeberle & R. Gindorf (Eds.), *Bisexuälität: Ideologic und Praxis des Sexualkontaktes mit beiden Geschlechtern [Bisexualities: Ideology and practices of sexual contact with both sexes]* (pp. 41–48). Stuttgart, Germany: Gustav Fischer Verlag.
- Di Ceglie, D. (1995). Gender identity disorders in children and adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 53, 251–256.
- Dickey, R. (1990). Gender dysphoria and antisocial behavior. In R. Blanchard & B. W. Steiner (Eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults* (pp. 191–199). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Dickey, R., & Stephens, J. (1995). Female-to-male transsexualism, heterosexual type: Two cases. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 439–445.
- Dicks, G. H., & Childers, A. T. (1934). The social transformation of a boy who had lived his first fourteen years as a girl: A case history. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 508–517.
- Dicks, G. H., & Childers, A. T. (1944). The social transformation of a boy who had lived his first fourteen years as a girl: II. Fourteen years later. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, 448–452.
- DiPietro, J. A. (1981). Rough and tumble play: A function of gender. *Developmental Psychology*, 17, 50–58.

- Dittmann, R. W. (1989). *Pränatal wirksame Hormone und Verhaltensmerkmale von Patientinnen mit den beiden klassischen Varianten des 21-Hydroxylase-Defektes*. New York: Peter Lang.
- Dittmann, R. W. (1992). Body positions and movement patterns in female patients with congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behavior*, 26, 441–456.
- Dittmann, R. W., Kappes, M. E., & Kappes, M. H. (1992). Sexual behavior in adolescent and adult females with congenital adrenal hyperplasia. *Psychoneuroendocrinology*, 17, 153–170.
- Dittmann, R. W., Kappes, M. H., Kappes, M. E., Börger, D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Stegner, H., Willig, R. H., & Wallis, H. (1990). Congenital adrenal hyperplasia: II. Gender-related behavior and attitudes in female salt-wasting and simple-virilizing patients. *Psychoneuroendocrinology*, 15, 421–434.
- Dittmann, R. W., Kappes, M. H., Kappes, M. E., Börger, D., Stegner, H., Willig, R. H., & Wallis, H. (1990). Congenital adrenal hyperplasia: I. Gender-related behavior and attitudes in female patients and sisters. *Psychoneuroendocrinology*, 15, 401–420.
- Dixen, J. M., Maddever, H., Van Maasdam, J., & Edwards, P. W. (1984). Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 269–276.
- Dodge, K. A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51, 162–170.
- Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559–584.
- Doell, R. G., & Longino, H. E. (1988). Sex hormones and human behavior: A critique of the linear model, *Journal of Homosexuality*, 15, 55–78.
- Doering, R. W. (1981). *Parental reinforcement of gender-typed behaviors in boys with atypical gender identity*. Unpublished doctoral dissertation, University of Toronto.
- Doering, R. W., Zucker, K. J., Bradley, S. J., & MacIntyre, R. B. (1989). Effects of neutral toys on sex-typed play in children with gender identity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 563–574.
- Dörner, G. (1976). *Hormones and brain differentiation*. Amsterdam: Elsevier.
- Dörner, G. (1988). Neuroendocrine response to estrogen and brain differentiation in heterosexuals, homosexuals, and transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 57–75.

- Dörner, G., Geier, T., Ahrens, L., Krell, L., Miinx, G., Sieler, H., Kittner, E., & Muller, H. (1980). Prenatal stress as possible aetiological factor of homosexuality in human males. *Endokrinologie*, 75, 365–368.
- Dörner, G., Rohde, W., & Krell, L. (1972). Auslösung eines positiven Östrogenfeedback-Effekt bei homosexuellen Männern. *Endokrinologie*, 60, 297–301.
- Dörner, G., Rohde, W., & Schnorr, D. (1975). Evocability of a slight positive oestrogen feedback action on LH secretion in castrated and oestrogen-primed men. *Endokrinologie*, 66, 373–376.
- Dörner, G., Rohde, W., Schott, G., & Schnabl, C. (1983). On the LH response to oestrogen and LH-RH in transsexual men. *Experimental and Clinical Endocrinology*, 82, 257–267.
- Dörner, G., Rohde, W., Seidel, K., Haas, W., & Schott, G. (1976). On the evocability of a positive oestrogen feedback action on LH secretion in transsexual men and women. *Endokrinologie*, 67, 20–25.
- Dörner, G., Rohde, W., Stahl, F., Krell, L., & Masius, W. G. (1975). A neuroendocrine predisposition for homosexuality in men. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 1–8.
- Dörner, G., Schenk, B., Schmiedel, B., & Ahrens, L. (1983). Stressful events in prenatal life of bi- and homosexual men. *Experimental and Clinical Endocrinology*, 81, 83–87.
- Douglas, J. W. B. (1975). Early hospital admissions and later disturbances of behaviour and learning. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 17, 456–480.
- Dowrick, P. W. (1983). Video training of alternatives to cross-gender identity behaviors in a 4-year-old boy. *Child and Family Behavior Therapy*, 5, 59–65.
- Duggan, L. (1992). Making it perfectly queer. *Socialist Review*, 22, 11–31.
- Dulcan, M. K., & Lee, P. A. (1984). Transsexualism in the adolescent girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 354–361.
- Dull, C. Y., Guiora, A. Z., Paluszny, M., Beit-Hallahmi, B., Catford, J. C., & Cooley, R. E. (1975). The Michigan Gender Identity Test (MIGIT). *Comprehensive Psychiatry*, 16, 581–592.
- Dupont, H. (1968). Social learning theory and the treatment of transvestite behavior in an eight year old boy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 5, 44–45.
- Eaton, W. O. (1989). Childhood sex differences in motor performance and activity level: Findings and implications. In B. Kirkcaldy (Ed.), *Normalities and abnormalities in human movement* (pp. 58–77). Basel: Karger.

- Eaton, W. O., Chipperfield, J. G., & Singbeil, C. E. (1989). Birth order and activity level in children. *Developmental Psychology*, 25, 668–672.
- Eaton, W. O., & Enns, L. R. (1986). Sex differences in human motor activity level. *Psychological Bulletin*, 100, 19–28.
- Eaton, W. O., & Von Bargen, D. (1981). Asynchronous development of gender understanding in preschool children. *Child Development*, 52, 1020–1027.
- Eaton, W. O., & Yu, A. P. (1989). Are sex differences in child motor activity level a function of sex differences in maturational status? *Child Development*, 60, 1005–1011.
- Eberhart, J. A. (1988). Neural and hormonal correlates of primate sexual behavior. *Comparative Primate Biology: Neurosciences*, 4, 675–705.
- Ebers, G. C. (1995, March). *Sib pair studies of MS and sexual orientation*. Paper presented at the Genetics of Human Behavior Conference, Cold Spring Harbor, NY.
- Eckert, E. D., Bouchard, T. J., Bohlen, J., & Heston, L. L. (1986). Homosexuality in monozygotic twins reared apart. *British Journal of Psychiatry*, 148, 421–425.
- Edelbrock, C., & Achenbach, T. M. (1980). A typology of Child Behavior Profile patterns: Distribution and correlates in disturbed children age 6 to 16. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 441–470.
- Edelbrock, C., & Achenbach, T. M. (1984). The Teacher Version of the Child Behavior Profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 207–217.
- Edelbrock, C., & Costello, A. J. (1988). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 219–231.
- Edelman, M. S., & Omark, D. R. (1973). Dominance hierarchies in young children. *Social Science Information*, 12, 103–110.
- Ehrhardt, A. A. (1979). Psychosexual adjustment in adolescence in patients with congenital abnormalities of their sex organs. In H. L. Vallet & I. H. Porter (Eds.), *Genetic mechanisms of sexual development* (pp. 473–483). New York: Academic Press.
- Ehrhardt, A. A. (1985). The psychobiology of gender. In A. S. Rossi (Ed.), *Gender and the life course* (pp. 81–96). New York: Aldine.
- Ehrhardt, A. A., & Baker, S. W. (1974). Fetal androgens, human central nervous system differentiation, and behavior sex differences. In R. C. Friedman, R. M. Richart, & R. L. Vande Wiele (Eds.), *Sex differences in behavior* (pp. 33–51). New York: Wiley.

- Ehrhardt, A. A., Epstein, R., & Money, J. (1968). Fetal androgens and female gender identity in the early-treated adrenogenital syndrome. *Johns Hopkins Medical Journal*, 122, 160–167.
- Ehrhardt, A. A., Evers, K., & Money, J. (1968). Influence of androgen and some aspects of sexually dimorphic behavior in women with the late-treated adrenogenital syndrome. *Johns Hopkins Medical Journal*, 123, 115–122.
- Ehrhardt, A. A., & Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1981). Effects of prenatal sex hormones on gender-related behavior. *Science*, 211, 1312–1318.
- Ehrhardt, A. A., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Rosen, L. R., Feldman, J. F., Veridiano, N. P., Elkin, E. J., & McEwen, B. S. (1989). The development of gender-related behavior in females following prenatal exposure to diethylstilbestrol (DES). *Hormones and Behavior*, 23, 526–541.
- Ehrhardt, A. A., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Rosen, L. R., Feldman, J. F., Veridiano, N. P., Zimmerman, I., & McEwen, B. S. (1985). Sexual orientation after prenatal exposure to exogenous estrogen. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 57–77.
- Eicher, W., Spoljar, M., Cleve, H., Murken, J., Eiermann, W., Richter, K., & Stengei-Rutkowski, S. (1981, June). *H-Y antigen in transsexuality*. Paper presented at the meeting of the World Congress of Sexology, Jerusalem.
- Eide-Midsand, N. (1987). Struggles with the “other one”: The reconciliation of a pre-adolescent boy with his masculinity. *Journal of Analytic Psychology*, 32, 157–171.
- Eisenberg, N. (1983). Sex-typed toy choices: What do they signify? In M. B. Liss (Ed.), *Social and cognitive skills: Sex roles and children's play* (pp. 45–70). New York: Academic Press.
- Eisenberg, N., Murray, E., & Hite, T. (1982). Children's reasoning regarding sex-typed toy choices. *Child Development*, 53, 81–86.
- Eisenberg, N., Wolchik, S. A., Hernandez, R., & Pasternack, J. F. (1985). Parental socialization of young children's play: A short-term longitudinal study. *Child Development*, 56, 1506–1513.
- Elizabeth, P. H., & Green, R. (1984). Childhood sex-role behaviors: Similarities and differences in twins. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 33, 173–179.
- Ellis, A. (1945). The sexual psychology of human hermaphrodites. *Psychosomatic Medicine*, 7, 108–125.
- Ellis, A. (1963). Constitutional factors in homosexuality: A re-examination of the evidence. In H. G. Beigel (Ed.), *Advances in sex research* (pp. 161–186). New York: Harper & Row.

- Ellis, H. (1936). *Studies in the psychology of sex* (Vol. 2). New York: Random House. (Original work published 1910).
- Ellis, L. (1986). Evidence of neuroandrogenic etiology of sex roles from a combined analysis of human, nonhuman primate and non-primate mammalian studies. *Personality and Individual Differences*, 7, 519–552.
- Ellis, L., & Ames, M. A. (1987). Neurohormonal functioning and sexual orientation: A theory of homosexuality-heterosexuality. *Psychological Bulletin*, 101, 233–258.
- Ellis, L., Ames, M. A., Peckham, W., & Burke, D. (1988). Sexual orientation of human offspring may be altered by severe maternal stress during pregnancy. *Journal of Sex Research*, 25, 152–157.
- Ellis, L., & Peckham, W. (1991). Prenatal stress and handedness among offspring. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 6, 135–144.
- Emmerich, W., Goldman, K. S., Kirsh, B., & Sharabany, R. (1977). Evidence for a transitional phase in the development of gender constancy. *Child Development*, 48, 930–936.
- Engel, W., Pfäfflin, F., & Wiedeking, C. (1980). H-Y antigen in transsexuality, and how to explain testis differentiation in H-Y antigen-negative males and ovary differentiation in H-Y antigen-positive females. *Human Genetics*, 55, 313–319.
- Epstein, A. W. (1960). Fetishism: A study of its psychopathology with particular reference to a proposed disorder in brain mechanisms as an etiological factor. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 130, 107–119.
- Epstein, A. W. (1961). Relationship of fetishism and transvestism to brain and particularly to temporal lobe dysfunction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133, 247–253.
- Epstein, A. W. (1969). Fetishism: A comprehensive view. In J. H. Masserman (Ed.), *Science and psychoanalysis: Vol. 15. Dynamics of deviant sexuality* (pp. 81–87). New York: Grune & Stratton.
- Epstein, A. W. (1973). The relationship of altered brain states to sexual psychopathology. In J. Zubin & J. Money (Eds.), *Contemporary sexual behavior: Critical issues in the 1970s* (pp. 297–310). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Epstein, S. (1987). Gay politics, ethnic identity: The limits of social constructionism. *Socialist Review*, 93–94, 9–54.
- Epstein, S. (1991). Sexuality and identity: The contribution of object relations theory to a constructionist sociology. *Theory and Society*, 20, 825–873.

- Erikson, E. H. (1951). Sex differences in the play configurations of preadolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21, 667–692.
- Erwin, K. (1993). Interpreting the evidence: Competing paradigms and the emergence of lesbian and gay suicide as a “social fact.” *International Journal of Health Services*, 23, 437–453.
- Escoffier, J. (1985). Sexual revolution and the politics of gay identity. *Socialist Review*, 82–83, 119–153.
- Esman, A. H. (1970). Transsexual identification in a three-year-old twin: A brief communication. *Psychosocial Process*, 1, 77–79.
- Everitt, B. J., & Bancroft, J. (1991). Of rats and men: The comparative approach to male sexuality. *Annual Review of Sex Research*, 2, 77–117.
- Fabrega, H. (1975). The need for an ethnomedical science. *Science*, 189, 969–975.
- Fabrega, H. (1994). International systems of diagnosis in psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 256–263.
- Faderman, L. (1992). *Odd girls and twilight lovers: A history of lesbian life in twentieth-century America*. New York: Penguin Books.
- Fagan, P. J., Wise, T. N., Derogatis, L. R., & Schmidt, C. W. (1988). Distressed transvestites: Psychometric characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 626–632.
- Fagot, B. (1992). [Review of *The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality*]. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 327–332.
- Fagot, B. I. (1977). Consequences of moderate cross-gender behavior in preschool children. *Child Development*, 48, 902–907.
- Fagot, B. I. (1978). The influence of sex of child on parental reactions to toddler children. *Child Development*, 49, 459–465.
- Fagot, B. I. (1985a). Changes in thinking about early sex role development. *Developmental Review*, 5, 83–98.
- Fagot, B. I. (1985b). Beyond the reinforcement principle: Another step toward understanding sex role development. *Developmental Psychology*, 21, 1097–1104.
- Fagot, B. I., & Hagan, R. (1991). Observations of parent reactions to sex- stereotyped behaviors: Age and sex effects. *Child Development*, 62, 617–628.
- Fagot, B. I., & Leinbach, M. D. (1985). Gender identity: Some thoughts on an old concept. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 684–688.
- Fagot, B. I., & Leinbach, M. D. (1989). The young child’s gender schema: Environmental input, internal organization. *Child Development*, 60, 663–672.

- Fagot, B. I., & Leinbach, M. D. (1993). Gender-role development in young children: From discrimination to labeling. *Developmental Review, 13*, 205–224.
- Fagot, B. I., Leinbach, M. D., & Hagan, R. (1986). Gender labeling and the adoption of sex-typed behaviors. *Developmental Psychology, 22*, 440–443.
- Fagot, B. I., & O'Brien, M. (1994). Activity level in young children: Cross-age stability, situational influences, correlates with temperament, and the perception of problem behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly, 40*, 378–398.
- Fairweather, H. (1976). Sex differences in cognition. *Cognition, 4*, 231–280.
- Fast, I. (1984). *Gender identity: A differentiation model*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fausto-Sterling, A. (1985). *Myths of gender: Biological theories about women and men*. New York: Basic Books.
- Fausto-Sterling, A., & Balaban, E. (1993). Genetic and male sexual orientation [Letter]. *Science, 261*, 1257.
- Fay, R. E., Turner, C. F., Klassen, A. D., & Gagnon, J. H. (1989). Prevalence and patterns of same-gender sexual contact among men. *Science, 243*, 338–348.
- Feder, H. H. (1984). Hormones and sexual behavior. *Annual Review of Psychology, 35*, 165–200.
- Fedoroff, J. P. (1988). Buspirone hydrochloride in the treatment of transvestic fetishism. *Journal of Clinical Psychiatry, 49*, 408–409.
- Fedoroff, J. P. (1992). Buspirone hydrochloride in the treatment of an atypical paraphilia. *Archives of Sexual Behavior, 21*, 401–406.
- Feingold, A. (1988). Cognitive gender differences are disappearing. *American Psychologist, 43*, 95–103.
- Feingold, A. (1993). Cognitive gender differences: A developmental perspective. *Sex Roles, 29*, 91–112.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Ferenczi, S. (1980). The nosology of male homosexuality (homoerotism). In S. Ferenczi, *First contributions to psychoanalysis*. New York: Brunner/Mazel. (Original work published 1914)
- Finegan, J. K., Niccols, G. A., Zacher, J. E., & Hood, J. E. (1991). The Play Activity Questionnaire: A parent report measure of children's play preferences. *Archives of Sexual Behavior, 20*, 393–408.
- Finegan, J. K., Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Doering, R. W. (1982). Patterns of intellectual functioning and spatial ability in boys with

- gender identity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 135–139.
- Fischhoff, J. (1964). Preoedipal influences in a boy's determination to be "feminine" during the oedipal period. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 3, 273–286.
- Fisk, N. (1973). Gender dysphoria syndrome (the how, what, and why of a disease). In D. Laub & P. Gandy (Eds.), *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome* (pp. 7–14). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fleminger, J. J., Dalton, R., & Standage, K. F. (1977). Handedness in psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 131, 448–452.
- Flerx, V. C., Fidler, D. S., & Rogers, R. W. (1976). Sex role stereotypes: Developmental aspects and early intervention. *Child Development*, 47, 998–1007.
- Fout, J. C. (1990). A note from the editor. *Journal of the History of Sexuality*, 1, 1–2.
- Fraley, M. C., Nelson, E. C., Wolf, A. W., & Lozoff, B. (1991). Early genital naming. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12, 301–304.
- Frame, C. L., & Matson, J. L. (Eds.). (1987). *Handbook of assessment in childhood psychopathology; Applied issues in differential diagnosis and treatment evaluation*. New York: Plenum Press.
- Francis, J. J. (1965). Passivity and homosexual predisposition in latency boys. *Bulletin of the Philadelphia Association of Psychoanalysis*, 15, 160–174.
- Frankel, H. (1853). Homo mollis. *Medizinische Zeitung*, 22, 102–103.
- Frenkel, R. S. (1993). Problems in female development: Comments on the analysis of an early latency-age girl. *Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 171–192.
- Freud, S. (1953). Three essays on the theory of sexuality. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 123–243). London: Hogarth Press. (Original work published 1905)
- Freund, K. (1963). A laboratory method for diagnosing predominance of homo- or hetero-erotic interest in the male. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 85–93.
- Freund, K. (1977). Psychophysiological assessment of change in erotic preference. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 297–301.
- Freund, K., & Blanchard, R. (1983). Is the distant relationship of fathers and homosexual sons related to the sons' erotic preference

- for male partners, to the sons' atypical gender identity, or to both? *Journal of Homosexuality*, 9, 7–25.
- Freund, K., Watson, R., & Rienzo, D. (1989). Heterosexuality, homosexuality, and erotic age preference. *Journal of Sex Research*, 26, 107–117.
- Fridell, S. R., Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Maing, D. M. (in press). Physical attractiveness of girls with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*.
- Friedemann, M. (1966). Reflection on two cases of male transvestism. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 270–283.
- Friedman, R. C. (1988). *Male homosexuality: A contemporary psychoanalytic perspective*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Friedman, R. C., & Downey, J. (1993a). Neurobiology and sexual orientation: Current relationships. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5, 131–153.
- Friedman, R. C., & Downey, J. (1993b). Psychoanalysis, psychobiology, and homosexuality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 1159–1198.
- Friedman, R. C., & Downey, J. I. (1994). Homosexuality. *New England Journal of Medicine*, 331, 923–930.
- Friedman, R. C., Wollesen, F., & Tendler, R. (1976). Psychological development and blood levels of sex steroids in male identical twins of divergent sexual orientation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 282–288.
- Friend, M. R., Schiddel, L., Klein, B., & Dunaeff, D. (1954). Observations on the development of transvestitism in boys. *American Journal of Orthopsychiatry*, 24, 563–575.
- Gadpaille, W. J. (1972). Research into the physiology of maleness and femaleness: Its contribution to the etiology and psychodynamics of homosexuality. *Archives of General Psychiatry*, 26, 193–206.
- Gadpaille, W. J. (1980). Cross-species and cross-cultural contributions to understanding homosexual activity. *Archives of General Psychiatry*, 37, 349–356.
- Gagnon, J. H. (1990). The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex Research*, 1, 1–43.
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct*. Chicago: Aldine.
- Garber, J., & Hollon, S. D. (1991). What can specificity designs say about causality in psychopathology research? *Psychological Bulletin*, 110, 129–136.
- Garber, M. (1989). Spare parts: The surgical construction of gender, differences: A *Journal of Feminist Cultural Studies*, 1, 137–159.

- Garden, G. M. F., & Rothery, D. J. (1992). A female monozygotic twin pair discordant for transsexualism: Some theoretical implications. *British Journal of Psychiatry*, 161, 852–854.
- Gardner, W., & Wilcox, B. L. (1993). Political intervention in scientific peer review: Research on adolescent sexual behavior. *American Psychologist*, 48, 972–983.
- Garfinkel, B. D., Carlson, G. A., & Weller, E. B. (Eds.). (1990). *Psychiatric disorders in children and adolescents*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Gebhard, P. H. (1972). Incidence of overt homosexuality in the United States and Western Europe. In J. Livingood (Ed.), *NIMH Task Force on Homosexuality: Final report and background papers* (DHEW Publication No. HSM 72–9116, pp. 22–29). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Gebhard, P. H., & Johnson, A. B. (1979). *The Kinsey data: Marginal tabulations of the 1938–1963 interviews conducted by the Institute for Sex Research*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Gelder, M. (1979). Behaviour therapy for sexual deviations. In I. Rosen (Ed.), *Sexual deviation* (2nd ed., pp. 351–375). New York: Oxford University Press.
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gelman, D. (1992, February 24). Born or bred? *Newsweek*, pp. 46–53.
- Gelman, S. A., Collman, P., & Maccoby, E. E. (1986). Inferring properties from categories versus inferring categories from properties: The case of gender. *Child Development*, 57, 396–404.
- Gentile, D. A. (1993). Just what are sex and gender, anyway? A call for a new terminological standard. *Psychological Science*, 4, 120–122.
- Gerall, A. A., Moltz, H., & Ward, I. L. (Eds.). (1992). *Handbook of behavioral neurobiology: Vol. 11. Sexual differentiation*. New York: Plenum Press.
- Gert, B. (1992). A sex caused inconsistency in DSM–III–R: The definition of mental disorder and the definition of paraphilias. *Journal of Medicine and Philosophy*, 17, 155–171.
- Geschwind, N., & Galaburda, A. M. (1985a). Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations, and pathology: I. A hypothesis and a program for research. *Archives of Neurology*, 42, 428–459.
- Geschwind, N., & Galaburda, A. M. (1985b). Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations, and pathology: II. A hypothesis and a program for research. *Archives of Neurology*, 42, 521–552.

- Geschwind, N., & Galaburda, A. M. (1985c). Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations, and pathology: III. A hypothesis and a program for research. *Archives of Neurology*, 42, 634–654.
- Gewirtz, J. L., & Hernandez, J. P. (1984, August). *Gender can be determined from the baby's face*. Paper presented at the meetings of the American Psychological Association, Toronto.
- Gewirtz, J. L., & Hernandez, J. P. (1985, August). *Gender can be determined from the baby's live face and from slide photographs of the baby's face*. Paper presented at the meetings of the American Psychological Association, Los Angeles.
- Gewirtz, J. L., Weber, R. A., & Nogueras, M. (1990, April). *The role of facial characteristics in neonatal-gender discrimination from photographs*. Paper presented at the meeting of the International Conference on Infant Studies, Montreal.
- Gilbert, A. N., & Wysocki, C. J. (1992). Hand preference and age in the United States. *Neuropsychologia*, 30, 601–608.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilmore, K. (1995). Gender identity disorder in a girl: Insights from adoption. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 39–59.
- Gilpin, D. C., Raza, S., & Gilpin, D. (1979). Transsexual symptoms in a male child treated by a female therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 453–463.
- Gittleson, N. L., & Dawson-Butterworth, K. (1967). Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 113, 491–494.
- Gittleson, N. L., & Levine, S. (1966). Subjective ideas of sexual change in male schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 112, 779–782.
- Gladue, B. A. (1985). Neuroendocrine response to estrogen and sexual orientation [Letter]. *Science*, 230, 962.
- Gladue, B. A. (1988). Hormones in relationship to homosexual/bisexual/heterosexual gender orientation. In J. M. A. Sitsen (Ed.), *Handbook of sexology: Vol. 6. The pharmacology and endocrinology of sexual function* (pp. 388–409). Amsterdam: Elsevier.
- Gladue, B. A. (1990). Hormones and neuroendocrine factors in atypical human sexual behavior. In J. R. Feierman (Ed.), *Pedophilia: Bio-social dimensions* (pp. 274–298). New York: Springer-Verlag.
- Gladue, B. A., & Bailey, J. M. (1995). Spatial ability, handedness, and human sexual orientation. *Psychoneuroendocrinology*, 20, 487–497.

- Gladue, B. A., Beatty, W. W., Larson, J., & Staton, R. D. (1990). Sexual orientation and spatial ability in men and women. *Psychobiology*, 18, 101–108.
- Gladue, B. A., Green, R., & Heilman, R. E. (1984). Neuroendocrine response to estrogen and sexual orientation. *Science*, 225, 1496–1499.
- Glasser, M. (1979). Some aspects of the role of aggression in the perversions. In I. Rosen (Ed.), *Sexual deviation* (2nd ed., pp. 278–305). New York: Oxford University Press.
- Goddard, R. (1986). *Gender and non gender disturbed boyhood separation anxiety disorder: The role of aggression and object relations as manifested in Rorschach imagery*. Unpublished doctoral dissertation, City University of New York.
- Goddard, R., & Tuber, S. (1989). Boyhood separation anxiety disorder: Thought disorder and object relations psychopathology as manifested in Rorschach imagery. *Journal of Personality Assessment*, 53, 239–252.
- Gonsiorek, J. C. (1991). The empirical basis for the demise of the illness model of homosexuality. In J. C. Gonsiorek & J. D. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 115–136). Newbury Park, CA: Sage.
- Goodman, R. E., Anderson, D. C., Bullock, D. E., Sheffield, B., Lynch, S. S., & Butt, W. R. (1985). Study on the effect of estradiol on gonadotrophin levels in untreated male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 141–146.
- Gooren, L. (1986a). The neuroendocrine response of luteinizing hormone to estrogen administration in heterosexual, homosexual, and transsexual subjects. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 63, 583–588.
- Gooren, L. (1986b). The neuroendocrine response of luteinizing hormone to estrogen administration in the human is not sex specific but dependent on the hormonal environment. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 63, 589–593.
- Gooren, L. (1990a). Biomedical theories of sexual orientation: A critical examination. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 71–87). New York: Oxford University Press.
- Gooren, L. (1990b). The endocrinology of transsexualism: A review and commentary. *Psychoneuroendocrinology*, 15, 3–14.
- Gooren, L., Frants, R. R., Ericksson, A. W., & Rao, B. R. (1989). *Transsexualism in twins*. Paper presented at the International Conference on Twin Studies, Rome.

- Gooren, L. J. G. (1988). An appraisal of endocrine theories of homosexuality and gender dysphoria. In J. M. A. Sitsen (Ed.), *Handbook of sexology: Vol. 6. The pharmacology and endocrinology of sexual function* (pp. 410–424). Amsterdam: Elsevier.
- Gooren, L. J. G., Rao, B. R., van Kessel, H., & Harmsen-Louman, W. (1984). Estrogen positive feedback on LH secretion in transsexuality. *Psychoneuroendocrinology*, 9, 249–259.
- Gorski, R. A., Gordon, J. H., Shryne, J. E., & Southam, A. M. (1978). Evidence for a morphological sex difference within the medial preoptic area of the rat brain. *Brain Research*, 148, 333–346.
- Götestam, K. O., Coates, T. J., & Ekstrand, M. (1992). Handedness, dyslexia and twinning in homosexual men. *International Journal of Neuroscience*, 63, 179–186.
- Goy, R. W., Bercovitch, E. B., & McBair, M. C. (1988). Behavioral masculinization is independent of genital masculinization in prenatally androgenized female rhesus macaques. *Hormones and Behavior*, 22, 552–571.
- Goy, R. W., & Goldfoot, D. A. (1975). Neuroendocrinology: Animal models and problems of human sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 405–418.
- Goy, R. W., & McEwen, B. S. (1980). *Sexual differentiation of the brain*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Goy, R. W., & Wallen, K. (1979). Experiential variables influencing play, foot-clasp mounting and adult sexual competence in male rhesus monkeys. *Psychoneuroendocrinology*, 4, 1–12.
- Green, R. (1968). Childhood cross-gender identification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 147, 500–509.
- Green, R. (1969). Mythological, historical, and cross-cultural aspects of transsexualism. In R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 13–22). Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Green, R. (1970). Little boys who behave as girls. *California Medicine*, 113, 12–16.
- Green, R. (1971). Diagnosis and treatment of gender identity disorders during childhood. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 167–174.
- Green, R. (1972). Homosexuality as a mental illness. *International Journal of Psychiatry*, 10, 77–98.
- Green, R. (1974). *Sexual identity conflict in children and adults*. New York: Basic Books.
- Green, R. (1976). One-hundred ten feminine and masculine boys: Behavioral contrasts and demographic similarities. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 425–446.

- Green, R. (1980). Patterns of sexual identity development in childhood: Relationship to subsequent sexual partner preference. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior: A modern reappraisal* (pp. 255–266). New York: Basic Books.
- Green, R. (1987). *The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R. (1993). Dimensions of human sexual identity: Transsexuals, homosexuals, fetishists, cross-gendered children and animal models. In M. Haug, R. E. Whalen, C. Aron, & K. L. Olsen (Eds.), *The development of sex differences and similarities in behavior* (pp. 477–486). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.
- Green, R. (1994a). Atypical psychosexual development. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3rd ed., pp. 749–758). Oxford: Blackwell Scientific.
- Green, R. (1994b). Sexual problems and therapies: A quarter century of developments and changes. In A. S. Rossi (Ed.), *Sexuality and the life course* (pp. 341–361). Chicago: University of Chicago Press.
- Green, R., & Fuller, M. (1973a). Family doll play and female identity in preadolescent males. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43, 123–127.
- Green, R., & Fuller, M. (1973b). Group therapy with feminine boys and their parents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 23, 54–68.
- Green, R., Fuller, M., & Rutley, B. (1972). It-Scale for Children and Draw-a-Person test: 30 feminine vs. 25 masculine boys. *Journal of Personality Assessment*, 36, 349–352.
- Green, R., Fuller, M., Rutley, B., & Hendler, J. (1972). Playroom toy preferences of fifteen masculine and fifteen feminine boys. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 425–429.
- Green, R., & Money, J. (1960). Incongruous gender role: Nongenital manifestations in prepubertal boys. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 131, 160–168.
- Green, R., & Money, J. (1961a). Effeminacy in prepubertal boys: Summary of eleven cases and recommendations for case management. *Pediatrics*, 27, 286–291.
- Green, R., & Money, J. (1961b). “Tomboys” and “sissies.” *Sexology*, 28, 2–5.
- Green, R., & Money, J. (Eds.). (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Green, R., Neuberger, D. S., & Finch, S. J. (1983). Sex-typed motor behaviors of “feminine” boys, conventionally masculine boys, and conventionally feminine girls. *Sex Roles*, 9, 571–579.

- Green, R., Newman, L. E., & Stoller, R. J. (1972). Treatment of boyhood "transsexualism": An interim report of four years' experience. *Archives of General Psychiatry*, 26, 213-217.
- Green, R., Roberts, C. W., Williams, K., Goodman, M., & Mixon, A. (1987). Specific cross-gender behaviour in boyhood and later homosexual orientation. *British Journal of Psychiatry*, 151, 84-88.
- Green, R., & Stoller, R. J. (1971). Two monozygotic (identical) twin pairs discordant for gender identity. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 321-327.
- Green, R., Williams, K., & Goodman, M. (1982). Ninety-nine "tomboys" and "non-tomboys": Behavioral contrasts and demographic similarities. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 247-266.
- Green, R., Williams, K., & Goodman, M. (1985). Masculine or feminine gender identity in boys: Developmental differences between two diverse family groups. *Sex Roles*, 12, 1155-1162.
- Green, R., Williams, K., & Harper, J. (1980). Cross-sex identity: Peer group integration and the double standard of childhood sex-typing. In J. Samson (Ed.), *Childhood and sexuality* (pp. 542-548). Montreal: Editions Etudes Vivantes.
- Greenacre, P. (1955). Further considerations regarding fetishism. *Psychoanalytic Study of the Child*, 10, 187-194.
- Greenacre, P. (1968). Perversions: General considerations regarding their genetic and dynamic background. *Psychoanalytic Study of the Child*, 23, 47-62.
- Greenberg, D. F. (1989). *The construction of homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Greenberg, M. T., Cicchetti, D., & Cummings, E. M. (Eds.). (1990). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5, 191-213.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., DeKlyen, M., & Endriga, M. C. (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. *Development and Psychopathology*, 3, 413-430.
- Greenson, R. R. (1966). A transvestite boy and a hypothesis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 396-403.
- Grimshaw, G. M. (1993). *Relations between prenatal testosterone and cerebral lateralization: A test of three hypotheses*. Unpublished master's thesis, University of Waterloo, Waterloo, Ontario.

- Grimshaw, G. M., Zucker, K. J., Bradley, S. J., Lowry, C. B., & Mitchell, J. N. (1991, August). *Verbal and spatial ability in boys with gender identity disorder*. Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Barrie, Ontario.
- Gross, D. J., Landau, H., Kohn, G., Farkas, A., Elrayyes, E., El-Shawwa, R., Lasch, E. E., & Rösler, A. (1986). Male pseudohermaphroditism due to 17-beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: Gender reassignment in early infancy. *Acta Endocrinologica*, 112, 238–246.
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792–796.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896–903.
- Gutheil, E. (1930). Analysis of a case of transvestitism. In W. Stekel (Ed.), *Sexual aberrations* (pp. 281–318). New York: Liveright.
- Gutterman, E. M., O'Brien, J. D., & Young, J. G. (1987). Structured diagnostic interviews for children and adolescents: Current status and future directions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 621–630.
- Haber, C. H. (1991a). The psychoanalytic treatment of a preschool boy with a gender identity disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 107–129.
- Haber, C. H. (1991b). The reorganization of a cross-gender symptom. In A. G. Schmuckler (Ed.), *Saying goodbye: A casebook of termination in child and adolescent analysis and therapy* (pp. 29–50). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Haeberle, E. J. (1982). The Jewish contribution to the development of sexology. *Journal of Sex Research*, 18, 305–323.
- Halbreich, U., Segal, S., & Chowers, 1. (1978). Day-to-day variations in serum levels of follicle-stimulating hormone and luteinizing hormone in homosexual males. *Biological Psychiatry*, 13, 541–549.
- Hall, J. A., & Halberstadt, A. G. (1980). Masculinity and femininity in children: Development of the Children's Personal Attributes Questionnaire. *Developmental Psychology*, 16, 270–280.
- Hall, J. A. Y., & Kimura, D. (1994). Dermatoglyphic asymmetry and sexual orientation in men. *Behavioral Neuroscience*, 108, 1203–1206.
- Hall, J. A. Y., & Kimura, D. (1995). Sexual orientation and performance on sexually dimorphic motor tasks. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 395–407.
- Halperin, D. M. (1989). Is there a history of sexuality? *History and Theory*, 28, 257–274.

- Halpern, D. F. (1992). *Sex differences in cognitive abilities* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Halpern, D. F., & Cass, M. (1994). Laterality, sexual orientation, and immune system functioning: Is there a relationship? *International Journal of Neuroscience*, 77, 167–180.
- Halpern, D. F., & Coren, S. (1993). Left-handedness and life span: A reply to Harris. *Psychological Bulletin*, 114, 235–241.
- Hamburger, C. (1953). The desire for change of sex as shown by personal letters from 465 men and women. *Acta Endocrinologica*, 14, 361–375.
- Hamburger, C., Stump, G. K., & Dahl-Iverson, E. (1953). Transvestism: Hormonal, psychiatric, and surgical treatment. *Journal of the American Medical Association*, 152, 391–396.
- Hamer, D. (1995, May). *The role of genes in sexual orientation and sex-typical behavior*. Paper presented at the International Behavioral Development Symposium: Biological Basis of Sexual Orientation and Sex-Typical Behavior, Minot State University, Minot, ND.
- Hamer, D., & Copeland, P. (1994). *The science of desire: The search for the gay gene and the biology of behavior*. New York: Simon & Schuster.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N., & Pattatucci, A. M. L. (1993a). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261, 321–327.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N., & Pattatucci, A. M. L. (1993b). [Response to “Genetics and male sexual orientation”]. *Science*, 261, 1259.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N., & Pattatucci, A. M. L. (1993c). [Response to “Male sexual orientation and genetic evidence”]. *Science*, 262, 2065.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N., & Pattatucci, A. M. L. (1993d, June). *Molecular genetic studies of sexual orientation*. Paper presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Pacific Grove, CA.
- Hampson, J. G. (1955). Hermaphroditic genital appearance, rearing and eroticism in hyperadrenocorticism. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, 265–273.
- Hansen, B. (1989). American physicians’ earliest writings about homosexuals, 1880–1900. *Milbank Quarterly*, 67, 92–108.
- Hare, E. H., & Moran, P. A. P. (1979). Parent age and birth order in homosexual patients: A replication of Slater’s study. *British Journal of Psychiatry*, 134, 178–182.

- Harlow, H. F., & Harlow, M. K. (1965). The affectional systems. In A. M. Schrier, H. E. Harlow, & F. Stollnitz (Eds.), *Behavior of non-human primates: Modern research trends* (Vol. 2, pp. 287–334). New York: Academic Press.
- Harris, L. J. (1978). Sex differences in spatial ability: Possible environmental, genetic, and neurological factors. In M. Kinsbourne (Ed.), *Asymmetrical functions of the brain* (pp. 405–522). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Harrison, P. J., Everall, I. P., & Catalan, J. (1994). Is homosexual behaviour hard-wired?: Sexual orientation and brain structure. *Psychological Medicine*, 24, 811–816.
- Harry, J. (1982). *Gay children grown up: Gender culture and gender deviance*. New York: Praeger.
- Harry, J. (1983). Parasuicide, gender, and gender deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 350–361.
- Hauser, R. E. (1990). The *berdache* and the Illinois Indian tribe during the last half of the seventeenth century. *Ethnohistory*, 37, 45–65.
- Hausman, B. L. (1992). Demanding subjectivity: Transsexualism, medicine, and the technologies of gender. *Journal of the History of Sexuality*, 3, 270–302.
- Hay, D. F. (1980). Multiple functions of proximity seeking in infancy. *Child Development*, 51, 636–645.
- Hay, W. M., Barlow, D. H., & Hay, L. R. (1981). Treatment of stereotypic cross-gender motor behavior using covert modeling in a boy with gender identity confusion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 388–394.
- Hazell, P. L. (1992). Clinical continuity [Letter to the editor]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 172–173.
- Heinrich, P., & Triebe, J. K. (1972). Sex preferences in children's human figure drawings. *Journal of Personality Assessment*, 36, 263–267.
- Helleday, J., Siwers, B., Ritzen, E. M., & Hugdahl, K. (1994). Normal lateralization for handedness and ear advantage in a verbal dichotic listening task in women with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Neuropsychologia*, 32, 875–880.
- Hendricks, S. E., Graber, B., & Rodriguez-Sierra, J. F. (1989). Neuroendocrine responses to exogenous estrogen: No differences between heterosexual and homosexual men. *Psychoneuroendocrinology*, 14, 177–185.
- Herbst, A. L., Ulfelder, H., & Poskanzer, D. C. (1971). Adenocarcinoma of the vagina: Association of maternal stilbesterol therapy with

- tumor appearance in young women. *New England Journal of Medicine*, 284, 878–881.
- Herd, G. (Ed.). (1989). *Gay and lesbian youth*. Binghamton, NY: Harrington Park Press.
- Herd, G. (1990a). Developmental discontinuities and sexual orientation across cultures. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinish (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 208–236). New York: Oxford University Press.
- Herd, G. (1990b). Mistaken gender: 5-alpha reductase hermaphroditism and biological reductionism in sexual identity reconsidered. *American Anthropologist*, 92, 433–446.
- Herd, G. (Ed.). (1994). *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books.
- Herd, G., & Stoller, R. J. (1990). *Intimate communications: Erotics and the study of culture*. New York: Columbia University Press.
- Herd, G. H. (1980). Semen depletion and the sense of maleness. *Ethnopsychiatria*, 3, 79–116.
- Herd, G. H. (1981). *Guardians of the flute: Idioms of masculinity*. New York: McGraw-Hill.
- Herd, G. H. (Ed.). (1984). *Ritualized homosexuality in Melanesia*. Berkeley: University of California Press.
- Herd, G. H., & Davidson, J. (1988). The Sambia “Turnim-man”: Sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohermaphrodites with 5-alpha reductase deficiency in Papua New Guinea. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 33–56.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307–324.
- Herman, A., Grabowska, A., & Dulko, S. (1993). Transsexualism and sex-related differences in hemispheric asymmetry. *Acta Neurobiologiae Experimental*, S3, 269–274.
- Herman, S. P. (1983). Gender identity disorder in a five-year-old boy. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 56, 15–22.
- Herzer, M. (1985). Kertbeny and the nameless love. *Journal of Homosexuality*, 12, 1–26.
- Hetherington, E. M. (1966). Effects of paternal absence on sex-typed behaviors in Negro and white preadolescent males. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 87–91.
- Hier, D. B., & Crowley, W. F. (1982). Spatial ability in androgen-deficient men. *New England Journal of Medicine*, 306, 1202–1205.

- Higham, E. (1976). Case management of the gender incongruity syndrome in childhood and adolescence. *Journal of Homosexuality*, 2, 49–57.
- Hildebrandt, K. A., & Fitzgerald, H. E. (1979). Facial feature determinants of perceived infant attractiveness. *Infant Behavior and Development*, 2, 329–339.
- Hines, M. (1982). Prenatal gonadal hormones and sex differences in human behavior. *Psychological Bulletin*, 92, 56–80.
- Hines, M., & Collaer, M. L. (1993). Gonadal hormones and sexual differentiation of human behavior: Developments from research on endocrine syndromes and studies of brain structure. *Annual Review of Sex Research*, 4, 1–48.
- Hines, M., & Kaufman, F. R. (1994). Androgen and the development of human sex-typical behavior: Rough-and-tumble play and sex of preferred playmates in children with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Child Development*, 65, 1042–1053.
- Hines, M., & Shipley, C. (1984). Prenatal exposure to diethylstilbestrol (DES) and the development of sexually dimorphic cognitive abilities and cerebral lateralization. *Developmental Psychology*, 20, 81–94.
- Hirschfeld, M. (1910). *Die Transvestiten: Eine Untersuchung über den egoistischen Verkleidungstrieb*. Berlin: Pulvermacher.
- Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle konstitution. *Jahrbuch für Sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3–27.
- Hirschfeld, M. (1991). *Transvestites: The erotic drive to cross-dress* (M. A. Lombardi-Nash, Trans.). Buffalo, NY: Prometheus Books. (Original work published 1910)
- Hiscock, M., Inch, R., Jacek, C., Hiscock-Kalil, C., & Kalil, K. M. (1994). Is there a sex difference in human laterality?: I. An exhaustive survey of auditory laterality studies from six neuropsychology journals. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, 423–435.
- Hodges, J. K. (1980). Regulation of oestrogen-induced LH release in male and female marmoset monkeys (*Callithrix jacchus*). *Journal of Reproduction and Fertility*, 60, 389–398.
- Hoening, J. (1977a). The development of sexology during the second half of the 19th century. In J. Money & H. Musaph (Eds.), *Handbook of sexology* (Vol. I, pp. 5–20). Amsterdam: Elsevier.
- Hoening, J. (1977b). Dramatis personae: Selected biographical sketches of 19th century pioneers in sexology. In J. Money & H. Musaph (Eds.), *Handbook of sexology* (Vol. I, pp. 21–43). Amsterdam: Elsevier.
- Hoening, J. (1981). Etiological research in transsexualism. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 6, 184–189.

- Hoenig, J. (1982). Transsexualism. In K. L. Granville-Grossman (Ed.), *Recent advances in clinical psychiatry* (pp. 171–199). London: Churchill Livingstone.
- Hoenig, J. (1985a). Etiology of transsexualism. In B. W. Steiner (Ed.), *Gender dysphoria: Development, research, management* (pp. 33–73). New York: Plenum Press.
- Hoenig, J. (1985b). The origin of gender identity. In B. W. Steiner (Ed.), *Gender dysphoria: Development, research, management* (pp. 11–32). New York: Plenum Press.
- Hoenig, J., & Torr, J. B. D. (1964). Karyotyping of transexualists. *Journal of Psychosomatic Research*, 8, 157–159.
- Hofman, M. A., Fliers, E., Goudsmit, E., & Swaab, D. F. (1988). Morphometric analysis of the suprachiasmatic and paraventricular nuclei in the human brain. *Journal of Anatomy*, 160, 127–143.
- Hofman, M. A., & Swaab, D. F. (1989). The sexually dimorphic nucleus of the preoptic area in the human brain: A comparative morphometric study. *Journal of Anatomy*, 164, 55–72.
- Holder, E. (1982). A latency girl's struggle towards femininity. *Bulletin of the Hampstead Clinic*, 5, 55–70.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four factor index of social status*. Unpublished manuscript, Department of Sociology, Yale University, New Haven, CT.
- Holtzen, D. W. (1994). Handedness and sexual orientation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, 702–712.
- Hooper, S. R., Hynd, G. W., & Mattison, R. E. (Eds.). (1992). *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hopkins, J. (1984). The probable role of trauma in a case of foot and shoe fetishism: Aspects of the psychotherapy of a 6-year-old girl. *International Review of Psychoanalysis*, 11, 79–91.
- Hora, T. (1953). The structural analysis of transvestitism. *Psychoanalytic Review*, 40, 268–274.
- Horton, A. M. (1980). Behavioral treatment of childhood gender role confusion. *Child Behavior Therapy*, 2, 82–83.
- Housden, J. (1965). An examination of the biological etiology of transvestism. *International Journal of Social Psychiatry*, 11, 301–305.
- Hoyer, N. (1933). *Man into woman*. New York: Dutton.
- Hubert, N. C., Wachs, T. D., Peters-Martin, P., & Gandour, S. (1982). The study of early temperament: Measurement and conceptual issues. *Child Development*, 53, 571–600.

- Hunt, D. D., Carr, J. E., & Hampson, J. L. (1981). Cognitive correlates of biologic sex and gender identity in transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 65-77.
- Hunter, R., Logue, V., & McMenemy, W. H. (1963). Temporal lobe epilepsy supervening on longstanding transvestism and fetishism. *Epilepsia*, 4, 60-65.
- Hurtig, A. L. (1992). The psychosocial effects of ambiguous genitalia. *Comprehensive Therapy*, 18, 22-25.
- Hurtig, A. L., & Rosenthal, I. M. (1987). Psychological findings in early treated cases of female pseudohermaphroditism caused by virilizing congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 209-223.
- Huston, A. C. (1983). Sex-typing. In E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed.): Vol. 4. *Socialization, personality, and social development* (pp. 387-467). New York: Wiley.
- Hutter, J. (1993). The social construction of homosexuals in the nineteenth century: The shift from the sin to the influence of medicine on criminalizing sodomy in Germany. *Journal of Homosexuality*, 24, 73-93.
- Hyde, J. S. (1981). How large are cognitive gender differences? A meta-analysis using w2 and d. *American Psychologist*, 36, 892-901.
- Hyde, J. S., & Linn, M. C. (1988). Gender differences in verbal ability: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 104, 53-69.
- Ignico, A. A. (1990). The influence of gender-role perception on activity preferences of children. *Play and Culture*, 3, 302-310.
- Imperato-McGinley, J. (1983). Sexual differentiation: Normal and abnormal. In L. Martini & V. H. T. James (Eds.), *Current topics in endocrinology: Vol. 5. Fetal endocrinology and metabolism* (pp. 231-307). New York: Academic Press.
- Imperato-McGinley, J., Guerrero, L., Gautier, T., & Peterson, R. E. (1974). Steroid 5-alpha-reductase deficiency in man: An inherited form of male pseudohermaphroditism. *Science*, 186, 1213-1215.
- Imperato-McGinley, J., Peterson, R. E., & Gautier, T. (1976). Gender identity and hermaphroditism [Letter]. *Science*, 191, 872.
- Imperato-McGinley, J., Peterson, R. E., Gautier, T., & Sturla, E. (1979a). Androgens and the evolution of male-gender identity among male pseudohermaphrodites with 5-alpha-reductase deficiency. *New England Journal of Medicine*, 300, 1233-1237.
- Imperato-McGinley, J., Peterson, R. E., Gautier, T., & Sturla, E. (1979b). Androgens and the evolution of male-gender identity among male

- pseudohermaphrodites with 5-alpha-reductase deficiency. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 34, 769–770.
- Imperato-McGinley, J., Peterson, R. E., Gautier, T., & Sturla, E. (1979c). Male pseudohermaphroditism secondary to 5-alpha-reductase deficiency: A model for the role of androgens in both the development of the male phenotype and the evolution of a male gender identity. *Journal of Steroid Biochemistry*, 11, 637–645.
- Imperato-McGinley, J., Peterson, R. E., Gautier, T., & Sturla, E. (1985). The impact of androgens on the evolution of male gender identity. In Z. De-Fries, R. C. Friedman, & R. Corn (Eds.), *Sexuality: New perspectives* (pp. 125–140). Westport, CT: Greenwood.
- Imperato-McGinley, J., Peterson, R. E., Stoller, R., & Goodwin, W. E. (1979). Male pseudohermaphroditism secondary to 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: Gender role change with puberty. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 49, 391–395.
- Interdisciplinary Centre for the Study of Science, Society, and Religion, Free University of Amsterdam and the Schorer Foundation. (1989). *Homosexuality, which homosexuality? Essays from the International Scientific Conference on Lesbian and Gay Studies*. London: GMP.
- Intons-Peterson, M. J. (1988). *Children's concepts of gender*. Norwood, NJ: Ablex.
- Ipp, H. R. (1986). *Object relations of feminine boys: A Rorschach assessment*. Unpublished doctoral dissertation, York University, Downsview, Ontario.
- Irvine, J. M. (1990). *Disorders of desire: Sex and gender in modern American sexology*. Philadelphia: Temple University Press.
- Isay, R. A. (1989). *Being homosexual: Gay men and their development*. New York: Farrar Straus Giroux.
- Jacklin, C. N., DiPietro, J. A., & Maccoby, E. E. (1984). Sex-typing behavior and sex-typing pressure in child/parent interaction. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 413–425.
- James, S., Orwin, A., & Davies, D. W. (1972). Sex chromosome abnormality in a patient with transsexualism. *British Medical Journal*, iii, 29.
- James, W. H. (1987). The human sex ratio: Part I. A review of the literature. *Human Biology*, 59, 721–752.
- James, W. H. (1989). Foetal testosterone levels, homosexuality and handedness: A research proposal for jointly testing Geschwind's and Dörner's hypotheses. *Journal of Theoretical Biology*, 136, 177–180.
- Jamison, C. S., Jamison, P. L., & Meier, R. J. (1994). Effect of prenatal testosterone administration on palmar dermatoglyphic intercore

- ridge counts of rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). *American Journal of Physical Anthropology*, 94, 409–419.
- Jensch, K. (1941). Weiterer Beitrag zur Genealogie der Homosexualität. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 112, 679–696.
- Johnson, J. (1973). 'Psychopathia sexualis.' *British Journal of Psychiatry*, 122, 211–218.
- Jolles, I. (1952). A study of validity of some hypotheses for the qualitative interpretation of the H-T-P for children of elementary school age: I. Sexual identification. *Journal of Clinical Psychology*, 8, 113–118.
- Joyce, P. R., & Ding, L. (1985). Transsexual sisters. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 188–189.
- Junginger, J. (1988). Summation of arousal in partial fetishism. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 297–300.
- Kagan, J. (1958). The concept of identification. *Psychological Review*, 65, 295–305.
- Kagan, J. (1989). *Unstable ideas: Temperament, cognition and self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459–1473.
- Kallmann, F. J. (1952a). Comparative twin study on the genetic aspects of male homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 115, 283–298.
- Kallmann, F. J. (1952b). Twin and sibship study of overt male homosexuality. *American Journal of Human Genetics*, 4, 136–146.
- Kalter, N. (1977). Children of divorce in an out-patient psychiatric population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 40–51.
- Kando, T. (1973). *Sex change: The achievement of gender identity among feminized transsexuals*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Kaplan, A. G. (1980). Human sex-hormone abnormalities viewed from an androgynous perspective: A reconsideration of the work of John Money. In J. E. Parsons (Ed.), *The psychobiology of sex differences and sex roles* (pp. 81–91). Washington, DC: Hemisphere.
- Karush, R. K. (1993). Sam: A child analysis. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 2, 43–62.
- Katcher, A. (1955). The discrimination of sex differences by young children. *Journal of Genetic Psychology*, 87, 131–143.
- Katz, P. A. (1986). Modification of children's gender-stereotyped behavior: General issues and research considerations. *Sex Roles*, 14, 591–602.

- Katz, P. A. (1987). Variations in family constellation: Effects on gender schemata. In L. S. Liben & M. L. Signorella (Eds.), *Children's gender schemata* (pp. 39–56). San Francisco: Jossey-Bass.
- Katz, P. A., & Boswell, S. (1986). Flexibility and traditionality in children's gender roles. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 112, 105–147.
- Katz, P. A., & Walsh, P. V. (1991). Modification of children's gender-stereotyped behavior. *Child Development*, 62, 338–351.
- Kaufman, A. S. (1975). Factor analysis of the WISC-R at 11 age levels between 6½ and 16½ years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 135–147.
- Kaufman, M. (1991). Answering parents' questions about homosexuality. *Canadian Family Physician*, 37, 1197–1201.
- Kelley, D. B. (1988). Sexually dimorphic behaviors. *Annual Review of Neuroscience*, 11, 225–251.
- Kendler, K. S. (1993). Twin studies of psychiatric illness: Current status and future directions. *Archives of General Psychiatry*, 50, 905–915.
- Kenna, J. C., & Hoenig, J. (1978). Verbal characteristics of male and female transsexuals. *Psychiatra Clinica*, 11, 233–236.
- Kenna, J. C., & Hoenig, J. (1979). Verbal tests and transsexualism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 80–86.
- Kennedy, H. (1988). *Ulrichs: The life and work of Karl Heinrich Ulrichs, pioneer of the modern gay movement*. Boston: Alyson.
- Kenrick, D. T. (1987). Gender, genes, and the social environment: A biosocial interactionist perspective. In P. Shaver & C. Hendrick (Eds.), *Sex and gender* (pp. 14–43). Newbury Park, CA: Sage.
- Kerbeshian, J., & Burd, L. (1991). Tourette syndrome and recurrent paraphilic masturbatory fantasy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 155–157.
- Kerns, K. A., & Berenbaum, S. A. (1991). Sex differences in spatial ability in children. *Behavior Genetics*, 21, 383–396.
- Kessler, S. J. (1990). The medical construction of gender: Case management of intersexed infants. *Signs*, 16, 3–26.
- Kestenbaum, C. J., & Williams, D. T. (Eds.). (1988). *Handbook of clinical assessment of children and adolescents* (Vol. 2). New York: New York University Press.
- Kimura, D., & Carson, M. W. (1993). Cognitive pattern and finger ridge asymmetry. *Society for Neuroscience Abstracts*, 19, 560.
- Kimura, D., & Harshman, R. A. (1984). Sex differences in brain organization for verbal and nonverbal functions. *Progress in Brain Research*, 61, 423–441.

- King, C. D. (1945). The meaning of normal. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 18, 493–501.
- King, D. (1984). Condition, orientation, role or false consciousness? Models of homosexuality and transsexualism. *Sociological Review*, 32, 38–56.
- King, D. (1993). *The transvestite and the transsexual: Public categories and private identities*. Aldershot, England: Avebury.
- King, M. (1993). Sexual orientation and the X. *Nature*, 364, 288–289.
- King, M., & McDonald, E. (1992). Homosexuals who are twins: A study of 46 probands. *British Journal of Psychiatry*, 160, 407–409.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine/De Gruyter.
- Kirkpatrick, M., & Friedman, C. T. H. (1976). Treatment of requests for sex-change surgery with psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1194–1196.
- Kirsch, J. A. W., & Weinrich, J. D. (1991). Homosexuality, nature, and biology: Is homosexuality natural? Does it matter? In J. C. Gonsiorek & J. D. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 13–31). Newbury Park, CA: Sage.
- Klein, A. R., & Bates, J. E. (1980). Gender-typing of game choices and qualities of boys' play behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 201–212.
- Klein, R. G., & Last, C. G. (1989). *Anxiety disorders in children*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kockott, G., & Fahrner, E. M. (1988). Male-to-female and female-to-male transsexuals: A comparison. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 539–546.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Kohnstamm, G. A., Bates, J. E., & Rothbart, M. K. (Eds.). (1989). *Temperament in childhood*. New York: Wiley.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kolarsky, A., Freund, K., Machek, J., & Polak, O. (1967). Male sexual deviation: Association with early temporal lobe damage. *Archives of General Psychiatry*, 17, 735–743.

- Kolers, N. (1986). *Some ego functions in boys with gender identity disturbance*. Unpublished doctoral dissertation, York University, Downsview, Ontario.
- Komisaruk, B. R. (1978). The nature of the neural substrate of female sexual behaviour in mammals and its hormonal sensitivity: Review and speculations. In J. B. Hutchison (Ed.), *Biological determinants of sexual behavior* (pp. 349–393). New York: Wiley.
- Konstantareas, M. M., & Homatidis, S. (1985). Dominance hierarchies in normal and conduct-disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 259–268.
- Koranyi, E. K. (1980). *Transsexuality in the male: The spectrum of gender dysphoria*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Kosky, R. J. (1987). Gender-disordered children: Does inpatient treatment help? *Medical Journal of Australia*, 146, 565–569.
- Kotelchuck, M., Zelazo, P. R., Kagan, J., & Spelke, E. (1975). Infant reaction to parental separations when left with familiar and unfamiliar adults. *Journal of Genetic Psychology*, 126, 255–262.
- Kourany, R. F. C. (1987). Suicide among homosexual adolescents. *Journal of Homosexuality*, 13, 111–117.
- Kovacs, M. (1983). *The Interview Schedule for Children (ISC): Interrater and parent-child agreement*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh School of Medicine.
- Krafft-Ebing, R. V. (1886). *Psychopathia sexualis*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Krasnoff, A. G., Walker, J. T., & Howard, M. (1989). Early sex-linked activities and interests related to spatial abilities. *Personality and Individual Differences*, 10, 81–85.
- Krekling, S., & Nordvik, H. (1992). Observational training improves adult women's performance on Piaget's water-level task. *Scandinavian Journal of Psychology*, 33, 117–124.
- Kronberg, J., Tyano, S., Apter, A., & Wijsenbeek, H. (1981). Treatment of transsexualism in adolescence. *Journal of Adolescence*, 4, 177–185.
- Krueger, D. W. (1978). Symptom passing in a transvestite father and three sons. *American Journal of Psychiatry*, 135, 739–742.
- Kruesi, M. J. P., Fine, S., Valladares, L., Phillips, R. A., & Rapoport, J. L. (1992). Paraphilias: A double-blind crossover comparison of clomipramine versus desipramine. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 587–593.
- Kujawski, J. H., & Bower, T. G. R. (1993). Same-sex preferential looking during infancy as a function of abstract representation. *British Journal of Developmental Psychology*, 11, 201–209.

- Kula, K., Dulko, S. Pawlikowski, M., Imieliński, K., & Slowikowska, J. (1986). A nonspecific disturbance of the gonadostat in women with transsexualism and isolated hypergonadotropism in the male-to-female disturbance of gender identity. *Experimental and Clinical Endocrinology*, 87, 8–14.
- Kula, K., & Pawlikowski, M. (1986). Gonadotropins and gonadal function in transsexualism and hypospadias. *Monographs in Neural Sciences*, 12, 69–74.
- La Freniere, P., Strayer, F. F., & Gauthier, R. (1984). The emergence of same- sex affiliative preferences among preschool peers: A developmental/ethological perspective. *Child Development*, 55, 1958–1965.
- Lang, T. (1940). Studies in the genetic determination of homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 92, 55–64.
- Lang, T. (1960). Die Homosexualität als genetisches Problem. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 9, 370–381.
- Langevin, R. (1983). *Sexual strands: Understanding and treating sexual anomalies in men*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Langevin, R., & Martin, M. (1975). Can erotic responses be classically conditioned? *Behavior Therapy*, 6, 350–355.
- Langevin, R., Paitich, D., & Russon, A. E. (1985). Are rapists sexually anomalous, aggressive, or both? In R. Langevin (Ed.), *Erotic preference, gender identity and aggression in men: New research studies* (pp. 17–38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Langlois, J. H., & Downs, A. C. (1980). Mothers, fathers, and peers as socialization agents of sex-typed play behaviors in young children. *Child Development*, 51, 1237–1247.
- Langlois, J. H., & Roggman, L. A. (1990). Attractive faces are only average. *Psychological Science*, 1, 115–121.
- Lansky, L. M., Feinstein, H., & Peterson, J. (1988). Demography of handedness in two samples of randomly selected adults (N = 2083). *Neuropsychologia*, 26, 465–477.
- Last, C. G., & Hersen, M. (Eds.). (1989). *Handbook of child psychiatric diagnosis*. New York: Wiley.
- La Torre, R. A., Gossmann, I., & Piper, W. E. (1976). Cognitive style, hemispheric specialization, and tested abilities of transsexuals and nontranssexuals. *Perceptual and Motor Skills*, 43, 719–722.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

- Laws, D. R., & Marshall, W. L. (1991). Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 13–25.
- Leaper, C. (Ed.). (1994). *Childhood gender segregation: Causes and consequences*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lebovitz, P. S. (1972). Feminine behavior in boys: Aspects of its outcome. *American journal of Psychiatry*, 128, 1283–1289.
- Lee, A. C. (1985). Normal and pathological gender-role development in children. In G. Strieker & R. H. Keisner (Eds.), *From research to clinical practice: The implications of social and developmental research for psychotherapy* (pp. 287–312). New York: Plenum Press.
- Leigh, B. C., Temple, M. T., & Trocki, K. F. (1993). The sexual behavior of US adults: Results from a national survey. *American Journal of Public Health*, 83, 1400–1408.
- Leinbach, M. D., & Fagot, B. I. (1986). Acquisition of gender labels: A test for toddlers. *Sex Roles*, 15, 655–666.
- Leinbach, M. D., & Fagot, B. I. (1993). Categorical habituation to male and female faces: Gender schematic processing in infancy. *Infant Behavior and Development*, 16, 317–332.
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034–1037.
- LeVay, S. (1993). *The sexual brain*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Levin, J. S., & DeFrank, R. S. (1988). Maternal stress and pregnancy outcomes: A review of the psychosocial literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9, 3–16.
- Levin, S. M., Balistrer, J., & Schukit, M. (1972). The development of sexual discrimination in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 13, 47–53.
- Levine, S. B. (1980). Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 164–173.
- Levine, S. B. (1993). Gender-disturbed males. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 131–141.
- Levine, S. B., & Lothstein, L. M. (1981). Transsexualism or the gender dysphoria syndromes. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7, 85–113.
- Lev-Ran, A. (1974). Sexuality and educational levels of women with the late-treated adrenogenital syndrome. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 27–32.
- Levy, G. D. (1994). High and low gender schematic children's release from proactive interference. *Sex Roles*, 30, 93–108.

- Levy, G. D., & Haaf, R. A. (1994). Detection of gender-related categories by 10-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 17, 457-459.
- Levy, J., & Heller, W. (1992). Gender differences in human neuropsychological function. In A. A. Gerall, H. Moltz, & I. L. Ward (Eds.), *Handbook of behavioral neurobiology: Vol. 11. Sexual differentiation* (pp. 245-274). New York: Plenum Press.
- Lewes, K. (1988). *The psychoanalytic theory of male homosexuality*. New York: Simon & Schuster.
- Leyendecker, G., Wardlaw, S., Leffek, B., & Nocke, W. (1971). Studies on the function of the hypothalamic sexual centre in the human: Presence of a cyclic centre in a genetic male. *Acta Endocrinologica*, 155(Suppl.), 36.
- Liakos, A. (1967). Familial transvestism. *British Journal of Psychiatry*, 113, 49-51.
- Liben, L. S. (1991). The Piagetian water-level task: Looking beneath the surface. *Annals of Child Development*, 8, 81-144.
- Liben, L. S., & Bigler, R. S. (1987). Reformulating children's gender schemata. In L. S. Liben & M. L. Signorella (Eds.), *Children's gender schemata* (pp. 89-105). San Francisco: Jossey-Bass.
- Liben, L. S., & Signorella, M. L. (Eds.). (1987). *Children's gender schemata*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Liebertson, S., & Bell, E. O. (1992). Children's first names: An empirical study of social taste. *American Journal of Sociology*, 98, 511-554.
- Lihn, H. (1970). Fetishism: A case report. *International Journal of Psycho-Analysis*, 51, 351-358.
- Lim, M. H., & Bottomley, V. (1983). A combined approach to the treatment of effeminate behaviour in a boy: A case study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 469-479.
- Linday, L. A. (1994). Maternal reports of pregnancy, genital, and related fantasies in preschool and kindergarten children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 416-423.
- Lindesay, J. (1987). Laterality shift in homosexual men. *Neuropsychologia*, 25, 965-969.
- Linn, M. C., & Petersen, A. C. (1985). Emergence and characterization of sex differences in spatial ability: A meta-analysis. *Child Development*, 56, 1479-1498.
- Linn, M. C., & Petersen, A. C. (1986). A meta-analysis of gender differences in spatial ability: Implications for mathematics and science achievement. In J. S. Hyde M. C. Linn (Eds.), *The psychology*

- of gender: *Advances through meta-analysis* (pp. 67–101). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Lish, J. D., Ehrhardt, Л. А., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Rosen, L. R., Gruen, R. S., & Veridiano, N. P. (1991). Gender-related behavior development in females exposed to diethylstilbestrol (DES) in utero: An attempted replication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 29–37.
- Lish, J. D., Meyer-Bahlburg, H. E. L., Ehrhardt, A. A., Travis, B. G., & Veridiano, N. P. (1992). Prenatal exposure to diethylstilbestrol (DES): Childhood play behavior and adult gender-role behavior in women. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 423–441.
- Livingstone, I. R., Sagel, J., Distiller, L. A., Morley, J., & Katz, M. (1978). The effect of luteinizing hormone releasing hormone (LRH) on pituitary gonadotropins in male homosexuals. *Hormones and Metabolism Research*, 10, 248–249.
- Lobel, M. (1994). Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 225–272.
- Loeb, L., & Shane, M. (1982). The resolution of a transsexual wish in a five- year-old boy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 419–434.
- Loeb, L. R. (1992). Analysis of the transference neurosis in a child with transsexual symptoms. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 587–605.
- Loehlin, J. C., & Nichols, R. C. (1976). *Heredity, environment, and personality: A study of 850 sets of twins*. Austin: University of Texas Press.
- Lothstein, L. M. (1980). The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology*, 5, 93–109.
- Lothstein, L. M. (1982). Sex reassignment surgery: Historical, bioethical, and theoretical issues. *American Journal of Psychiatry*, 139, 417–426.
- Lothstein, L. M. (1983). *Female-to-male transsexualism: Historical, clinical, and theoretical issues*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Lothstein, L. M. (1988). Selfobject failure and gender identity. In A. Goldberg (Ed.), *Frontiers in self psychology* (Vol. 3, pp. 213–235). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lothstein, L. M. (1992). Clinical management of gender dysphoria in young boys: Genital mutilation and DSM IV implications. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 5, 87–106.

- Lothstein, L. M., & Levine, S. B. (1981). Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients. *Archives of General Psychiatry*, 38, 924-929.
- Lovejoy, J., & Wallen, K. (1988). Sexually dimorphic behavior in group-housed rhesus monkeys (*Macaca mulatta*) at 1 year of age. *Psychobiology*, 16, 348-356.
- Lowry, C. B., & Zucker, K. J. (1991, June). *Is there an association between separation anxiety disorder and gender identity disorder in boys?* Poster presented at the meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Zandvoort, The Netherlands.
- Lowry Sullivan, C. B., Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). [Traits of separation anxiety in boys with gender identity disorder]. Unpublished raw data.
- Lukianowicz, N. (1959). Survey of various aspects of transvestism in the light of our present knowledge. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 128, 64.
- Lukianowicz, N. (1962). A rudimentary form of transvestism. *American Journal of Psychotherapy*, 16, 665-675.
- Lykken, D. T., McGue, M., & Tellegen, A. (1987). Recruitment bias in twin research: The rule of two-thirds reconsidered. *Behavior Genetics*, 17, 343-362.
- Lynn, D. B. (1974). *The father: His role in child development*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Lytton, H., & Romney, D. M. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109, 267-296.
- Maccoby, E. E. (1988). Gender as a social category. *Developmental Psychology*, 24, 755-765.
- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1987). Gender segregation in childhood. *Advances in Child Development and Behavior*, 20, 239-287.
- MacCulloch, M. J., & Waddington, J. L. (1981). Neuroendocrine mechanisms and the aetiology of male and female homosexuality. *British Journal of Psychiatry*, 139, 341-345.
- MacDonald, M. W. (1938). Criminally aggressive behavior in passive, effeminate boys. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 70-78.

- Macke, J. P., Hu, N., Hu, S., Bailey, M., King, V. L., Brown, T., Hamer, D., & Nathans, J. (1993). Sequence variation in the androgen receptor gene is not a common determinant of male sexual orientation. *American Journal of Human Genetics*, 53, 844–852.
- MacLean, P. D. (1962). New findings relevant to the evolution of psychosexual functions of the brain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 135, 289–301.
- MacLean, P. D. (1965). New findings relevant to the evolution of psychosexual functions of the brain. In J. Money (Ed.), *Sex research: New developments* (pp. 197–218). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- MacLean, P. D., & Ploog, D. W. (1962). Cerebral representation of penile erection. *Journal of Neurophysiology*, 25, 29–55.
- Maing, D. M. (1991). *Patterns of psychopathology in sexually abused girls*. Unpublished doctoral dissertation, University of Windsor, Windsor, Ontario.
- Malitz, S. (1966). Another report on the wearing of diapers and rubber pants by an adult male. *American Journal of Psychiatry*, 122, 1435–1437.
- Malyon, A. K. (1981). The homosexual adolescent: Developmental issues and social bias. *Child Welfare*, 60, 321–330.
- Mann, V. A., Sasanuma, S., Sakuma, N., & Masaki, S. (1990). Sex differences in cognitive abilities: A cross-cultural perspective. *Neuropsychologia*, 28, 1061–1077.
- Marantz, S. A. (1984). *Mothers of extremely feminine boys: Psychopathology and childrearing patterns*. Unpublished doctoral dissertation, New York University.
- Marantz, S., & Coates, S. (1991). Mothers of boys with gender identity disorder: A comparison of matched controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 310–315.
- Marchant-Haycox, S. E., McManus, I. C., & Wilson, G. D. (1991). Left-handedness, homosexuality, HIV infection and AIDS. *Cortex*, 27, 49–56.
- Marcus, D. E., & Overton, W. F. (1978). The development of cognitive gender constancy and sex role preferences. *Child Development*, 49, 434–444.
- Marshall, E. (1995). NIH's "gay gene" study questioned. *Science*, 268, 1841.
- Martin, A. D. (1982). Learning to hide: The socialization of the gay adolescent. In S. C. Feinstein (Ed.), *Adolescent psychiatry: Vol. 9. Developmental and clinical studies* (pp. 52–65). Chicago: University of Chicago Press.

- Martin, C. L. (1990). Attitudes and expectations about children with nontraditional and traditional gender roles. *Sex Roles*, 22, 151–165.
- Martin, C. L. (1991). The role of cognition in understanding gender effects. *Advances in Child Development and Behavior*, 23, 113–149.
- Martin, C. L., & Halverson, C. F. (1981). A schematic processing model of sex typing and stereotyping in children. *Child Development*, 52, 1119–1134.
- Martin, C. L., & Halverson, C. F. (1987). The role of cognition in sex role acquisition. In D. B. Carter (Ed.), *Current conceptions of sex roles and sex typing: Theory and research* (pp. 123–137). New York: Praeger.
- Martin, K. A. (1993). Gender and sexuality: Medical opinion on homosexuality, 1900–1950. *Gender and Society*, 7, 246–260.
- Masand, P. S. (1993). Successful treatment of sexual masochism and transvestic fetishism associated with depression with fluoxetine hydrochloride. *Depression*, 1, 50–52.
- Masters, M. S., & Sanders, B. (1993). Is the gender difference in mental rotation disappearing? *Behavior Genetics*, 23, 337–341.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1979). *Homosexuality in perspective*. Boston: Little, Brown.
- Matlock, J. (1993). Masquerading women, pathologized men: Cross-dressing, fetishism, and the theory of perversion, 1882–1935. In E. Apter & W. Pietz (Eds.), *Fetishism as cultural discourse* (pp. 31–61). Ithaca, NY: Cornell University Press.
- McCauley, E., & Ehrhardt, A. A. (1984). Follow-up of females with gender identity disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 353–358.
- McConaghy, M. (1979). Gender permanence and the genital basis of gender: Stages in the development of constancy of gender identity. *Child Development*, 50, 1223–1226.
- McConaghy, N. (1967). Penile volume change to moving pictures of male and female nudes in heterosexual and homosexual males. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 43–48.
- McConaghy, N., Armstrong, M. S., Birrell, P. C., & Buhrich, N. (1979). The incidence of bisexual feelings and opposite sex behavior in medical students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 685–688.
- McConaghy, N., & Blaszczyński, A. (1980). A pair of monozygotic twins discordant for homosexuality: Sex-dimorphic behavior and penile volume responses. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 123–131.

- McConaghy, N., & Silove, D. (1991). Opposite sex behaviours correlate with degree of homosexual feelings in the predominantly heterosexual. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 77–83.
- McCord, J., McCord, W., & Thurber, E. (1962). Some effects of paternal absence on male children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 361–369.
- McCormick, C. (1990). *A neuropsychological study of sexual orientation: Neurobiological implications*. Unpublished doctoral dissertation, McMaster University, Hamilton, Ontario.
- McCormick, C. M., & Witelson, S. F. (1991). A cognitive profile of homosexual men compared to heterosexual men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 16, 459–473.
- McCormick, C. M., & Witelson, S. F. (1994). Functional cerebral asymmetry and sexual orientation in men and women. *Behavioral Neuroscience*, 108, 525–531.
- McCormick, C. M., Witelson, S. F., & Kingstone, E. (1990). Left-handedness in homosexual men and women: Neuroendocrine implications. *Psychoneuroendocrinology*, 15, 69–76.
- McDevitt, J. B. (1985, November). *Pre-oedipal determinants of an infantile gender disorder*. Paper presented at the International Symposium on Separation-Individuation and the Roots of Internalization and Identification, Paris.
- McGivern, R. E., Raum, W. J., Salido, E., & Redei, E. (1988). Lack of prenatal testosterone surge in fetal rats exposed to alcohol: Alterations in testicular morphology and physiology. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12, 243–247.
- McGlone, J. (1980). Sex differences in human brain asymmetry: A critical survey. *Behavioral and Brain Sciences*, 3, 215–263.
- McGuire, R. J., Carlisle, J. M., & Young, B. G. (1965). Sexual deviations as conditioned behaviour: A hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 185–190.
- McIntosh, M. (1968). The homosexual role. *Social Problems*, 16, 182–192.
- McManus, I. C., Naylor, J., & Booker, B. L. (1990). Left-handedness and myasthenia gravis. *Neuropsychologia*, 28, 947–955.
- McNeil, T. E., & Kaij, L. (1979). Etiological relevance of comparisons of high-risk and low-risk groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 545–560.
- Meaney, M. J., Stewart, J., & Beatty, W. W. (1985). Sex differences in social play: The socialization of sex roles. *Advances in the Study of Behavior*, 15, 1–58.

- Memorial for Harry Benjamin. (1988). *Archives of Sexual Behavior*, 17, 1–31.
- Mendonca, B. B., Bloise, W., Arnhold, I. J. P., Batista, M. C., de Almeida Toledo, S. P., Drummond, M. C. F., Nicolau W., & Mattar, E. (1987). Male pseudohermaphroditism due to nonsalt-losing 3-beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: Gender role change and absence of gynecomastia at puberty. *Journal of Steroid Biochemistry*, 28, 669–675.
- Metcalf, S., & Williams, W. (1977). A case of male childhood transsexualism and its management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 11, 53–59.
- Meulenbergh, P. M. M., & Hofman, J. A. (1991). Maternal testosterone and fetal sex. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 39, 51–54.
- Meyer, J. K. (1982). The theory of gender identity disorders. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 381–418.
- Meyer, J. K., & Dupkin, C. (1985). Gender disturbance in children: An interim clinical report. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49, 236–269.
- Meyer, J. K., & Sohmer, B. H. (1983). Gender problems in children. *Drug Therapy*, 13, 43–56.
- Meyer, L. S., & Riley, E. P. (1986). Social play in juvenile rats prenatally exposed to alcohol. *Teratology*, 34, 1–7.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1977). Sex hormones and male homosexuality in comparative perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 297–325.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1979). Sex hormones and female homosexuality: A critical examination. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 101–119.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1982). Hormones and psychosexual differentiation: Implications for the management of intersexuality, homosexuality and transsexuality. *Clinics in Endocrinology and Metabolism*, 11, 681–701.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1984). Psychoendocrine research on sexual orientation: Current status and future options. *Progress in Brain Research*, 61, 375–398.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1985). Gender identity disorder of childhood: Introduction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 681–683.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1990–1991). Can homosexuality in adolescents be “treated” by sex hormones? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, 231–235.

- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1993a). Gender identity development in intersex patients. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 501–512.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1993b). Psychobiologic research on homosexuality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 489–500.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1993c, November). *Gender identity disorder in young boys: A treatment protocol*. Paper presented at the XIII International Symposium on Gender Dysphoria, New York.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1994). Intersexuality and the diagnosis of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 21–40.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1995). Psychoneuroendocrinology and sexual pleasure: The aspect of sexual orientation. In P. R. Abramson & S. D. Pinkerton (Eds.), *Sexual nature, sexual culture* (pp. 135–153). Chicago: University of Chicago Press.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Ehrhardt, A. A. (1986). Prenatal diethylstilbestrol exposure: Behavioral consequences in humans. *Monographs in Neural Sciences*, 12, 90–95.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Ehrhardt, A. A., Feldman, J. F., Rosen, L. R., Veridiano, N. R., & Zimmerman, I. (1985). Sexual activity level and sexual functioning in women prenatally exposed to diethylstilbestrol. *Psychosomatic Medicine*, 47, 497–511.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Ehrhardt, A. A., Rosen, L. R., Gruen, R. S., Veridiano, N. P., Vann, F. H., & Neuwalder, H. F. (1995). Prenatal estrogens and the development of homosexual orientation. *Developmental Psychology*, 31, 12–21.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Feldman, J. F., & Ehrhardt, A. A. (1985). Questionnaires for the assessment of atypical gender role behavior: A methodological study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 695–701.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Rotheram-Borus, M. J., Dolezal, C., Rosario, M., Exner, T. M., Gruen, R. S., & Ehrhardt, A. A. (1992, July). *Sexual identity vs. sexual orientation vs. gender of partner among New York City adolescent males*. Paper presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Prague.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Sandberg, D. E., Dolezal, C. L., & Yager, T. J. (1994). Gender-related assessment of childhood play. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 643–660.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Sandberg, D. E., Yager, T. J., Dolezal, C. L., & Ehrhardt, A. A. (1994). Questionnaire scales for the assessment

- of atypical gender development in girls and boys. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6(4), 19–39.
- Miller, B. L., Cummings, J. L., McIntyre, H., Ebers, G., & Grode, M. (1986). Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 49, 867–873.
- Minton, H. L. (1986). Femininity in men and masculinity in women: American psychiatry and psychology portray homosexuality in the 1930's. *Journal of Homosexuality*, 13, 1–21.
- Minton, H. L. (1988). American psychology and the study of human sexuality. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 1, 17–34.
- Mischel, W. (1966). A social-learning view of sex differences in behavior. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 56–81). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Mitchell, J. N. (1991). *Maternal influences on gender identity disorder in boys: Searching for specificity*. Unpublished doctoral dissertation, York University, Downsview, Ontario.
- Mitchell, J. N., & Zucker, K. J. (1991, August). *The Recalled Childhood Gender Identity Scale: Psychometric properties*. Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Barrie, Ontario.
- Mitchell, J. N., Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Lowry Sullivan, C. B. (1995). [Maternal influences on boys with gender identity disorder]. Unpublished raw data.
- Mitchell, S. A. (1981). The psychoanalytic treatment of homosexuality: Some *technical considerations*. *International Review of Psychoanalysis*, 8, 63–80.
- Mitchell, W., Falconer, M. A., & Hill, D. (1954). Epilepsy with fetishism relieved by temporal lobectomy. *Lancet*, ii, 626–630.
- Moll, A. (1891). *Die konträre sexuellempfindung*. Berlin: Fischers Medicinische Buchhandlung.
- Moll, A. (1919). *The sexual life of the child* (E. Paul, Trans.). New York: Macmillan. (Original work published 1907)
- Moller, L. C., Hymel, S., & Rubin, K. H. (1992). Sex typing in play and popularity in middle childhood. *Sex Roles*, 26, 331–353.
- Money, J. (1952). *Hermaphroditism: An inquiry into the nature of a human paradox*. Unpublished doctoral dissertation, Harvard University.
- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, 253–264.
- Money, J. (1965). Psychologic evaluation of the child with intersex problems. *Pediatrics*, 36, 51–55.

- Money, J. (1968). Psychologic approach to psychosexual misidentity with elective mutism: Sex reassignment in two cases of hyperadrenocortical hermaphroditism. *Clinical Pediatrics*, 7, 331–339.
- Money, J. (1969). Sex assignment as related to hermaphroditism and transsexualism. In R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 91–113). Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Money, J. (1970a). Sexual dimorphism and homosexual gender identity. *Psychological Bulletin*, 74, 425–440.
- Money, J. (1970b). Matched pairs of hermaphrodites: Behavioral biology of sexual differentiation from chromosomes to gender identity. *Engineering and Science*, 33, 34–39.
- Money, J. (1973). Gender role, gender identity, core gender identity: Usage and definition of terms. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1, 397–403.
- Money, J. (1975). Ablatio penis: Normal male infant sex-reassigned as a girl. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 65–71.
- Money, J. (1976a). The development of sexology as a discipline. *Journal of Sex Research*, 12, 83–87.
- Money, J. (1976b). Gender identity and hermaphroditism [Letter]. *Science*, 191, 872.
- Money, J. (1979). [Letter to the editor]. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 34, 770–771.
- Money, J. (1981). The development of sexuality and eroticism in humankind. *Quarterly Review of Biology*, 56, 379–404.
- Money, J. (1984). Paraphilias: Phenomenology and classification. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 164–179.
- Money, J. (1985). The conceptual neutering of gender and the criminalization of sex. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 279–290.
- Money, J. (1987a). Sin, sickness, or status? Homosexual gender identity and psychoneuroendocrinology. *American Psychologist*, 42, 384–399.
- Money, J. (1987b). Psychologic considerations in patients with ambisexual development. *Seminars in Reproductive Endocrinology*, 5, 307–313.
- Money, J. (1988). *Gay, straight, and in-between: The sexology of erotic orientation*. New York: Oxford University Press.
- Money, J. (1991). *Biographies of gender and hermaphroditism in paired comparisons*. Amsterdam: Elsevier.
- Money, J. (1993). *The Adam principle. Genes, genitals, hormones, & gender: Selected readings in sexology*. Buffalo, NY: Prometheus Books.

- Money, J. (1994a). *Sex errors of the body and related syndromes: A guide to counseling children, adolescents, and their families* (2nd ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Money, J. (1994b). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 163–177.
- Money, J., & Dalery, J. (1976). Iatrogenic homosexuality: Gender identity in seven 46, XX chromosomal females with hyperadrenocortical hermaphroditism born with a penis, three reared as boys, four reared as girls. *Journal of Homosexuality*, 1, 357–371.
- Money, J., Devore, H., & Norman, B. F. (1986). Gender identity and gender transposition: Longitudinal outcome study of 32 male hermaphrodites assigned as girls. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, 165–181.
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Money, J., & Epstein, R. (1967). Verbal aptitude in eonism and prepubertal effeminacy: A feminine trait. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 29, 448–454.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955a). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97, 284–300.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955b). An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97, 301–319.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1956). Sexual incongruities and psychopathology: The evidence of human hermaphroditism. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 98, 43–57.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, 333–336.
- Money, J., & Lehne, G. K. (1993). Gender-identity disorders. In R. T. Ammerman, C. G. Last, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents* (pp. 240–253). Boston: Allyn & Bacon.
- Money, J., & Lewis, V. G. (1987). Bisexually concordant, heterosexually and homosexually discordant: A matched pair comparison of male and female adrenogenital syndrome. *Psychiatry*, 50, 97–111.

- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4, 29–41.
- Money, J., Schwartz, M., & Lewis, V. G. (1984). Adult erotosexual status and fetal hormonal masculinization and demasculinization: 46, XX congenital virilizing adrenal hyperplasia and 46, XY androgen-insensitivity syndrome compared. *Psychoneuroendocrinology*, 9, 405–414.
- Moore, K. L., & Barr, M. L. (1955). Smears from the oral mucosa in the detection of chromosomal sex. *Lancet*, ii, 57–58.
- Moose, B. J. (1993). *Spatial ability, sexual orientation, self-esteem and sexual satisfaction measures in bisexuals, heterosexuals and homosexuals*. Unpublished master's thesis, California State University, Stanislaus, Turlock, CA.
- Morgan, K. P., & Ayim, M. (1984). Comment on Bern's "Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schematic society." *Signs*, 10, 188–196.
- Morin, S., & Schultz, P. (1978). The gay movement and the rights of children. *Journal of Social Issues*, 34, 137–148.
- Mowry, B. J., & Levinson, D. F. (1993). Genetic linkage and schizophrenia: Methods, recent findings and future directions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 200–218.
- Mühsam, E. (1921). Der einfluss der kastration der sexualneurotiker. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 6, 155–156.
- Mulaikal, R. M., Migeon, C. J., & Rock, J. A. (1987). Fertility rates in female patients with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *New England Journal of Medicine*, 316, 178–182.
- Müller, M., Kraus-Orlitta, U., Dirlich-Wilhelm, H., & Förster, C. (1983). Motorisches Geschlechtsrollenverhalten bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom: Eine Beobachtungsstudie zur geschlechtstypischen Körperhaltung [Sex role motor behavior in girls with the adrenogenital syndrome: An observational study on sex-typed posture]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 11, 100–115.
- Myers, M. F. (1982). Counseling the parents of young homosexual male patients. *Journal of Homosexuality*, 8, 131–143.
- Myrick, R. D. (1970). The counsellor-consultant and the effeminate boy. *Personnel and Guidance Journal*, 48, 355–361.
- Nadler, R. D. (1990). Homosexual behavior in nonhuman primates. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.),

- Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 138–170). New York: Oxford University Press.
- Nanda, S. (1990). *Neither man nor woman: The Hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nash, J. (1965). The father in contemporary culture and current psychological literature. *Child Development*, 36, 261–297.
- Nass, R., Baker, S., Speiser, P., Virdis, R., Balsamo, A., Cacciari, E., Loche, A., Dumic, M., & New, M. (1987). Hormones and handedness: Left-hand bias in female congenital adrenal hyperplasia patients. *Neurology*, 37, 711–715.
- Neisen, J. (1992). Gender identity disorder of childhood: By whose standard and for what purpose? A response to Rekers and Morey. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 5, 65–67.
- Newell-Morris, L. L., Fahrenbruch, C. E., & Sackett, G. P. (1989). Prenatal psychological stress, dermatoglyphic asymmetry and pregnancy outcome in the pigtailed macaque (*Macaca nemestrina*). *Biology of the Neonate*, 56, 61–75.
- Newman, B. S., & Muzzonigro, P. G. (1993). The effects of traditional family values on the coming out process of gay male adolescents. *Adolescence*, 28, 213–226.
- Newman, L. E. (1970). Transsexualism in adolescence: Problems in evaluation and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 23, 112–121.
- Newman, L. E. (1976). Treatment for the parents of feminine boys. *American Journal of Psychiatry*, 133, 683–687.
- Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality: A new clinical approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Nieuwenhuijsen, K., Slob, A. K., & van der Werff ten Bosch, J. J. (1988). Gender-related behaviors in group-living stump-tail macaques. *Psychobiology*, 16, 357–371.
- Nordyke, N. S., Baer, D. M., Etzel, B. C., & LeBlanc, J. M. (1977). Implications of the stereotyping and modification of sex role. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 553–557.
- Nyborg, H. (1983). Spatial ability in men and women: Review and new theory. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 89–140.
- Nyborg, H. (1984). Performance and intelligence in hormonally-different groups. *Progress in Brain Research*, 61, 491–508.
- Nye, R. A. (1989a). Sex difference and male homosexuality in French medical discourse, 1830–1930. *Bulletin of the History of Medicine*, 63, 32–51.

- Nye, R. A. (1989b). Honor, impotence, and male sexuality in nineteenth-century French medicine. *French Historical Studies*, 16, 48–71.
- Nye, R. A. (1991). The history of sexuality in context: National sexual traditions. *Science in Context*, 4, 387–406.
- Nye, R. A. (1993). The medical origins of sexual fetishism. In E. Apter & W. Pietz (Eds.), *Fetishism as cultural discourse* (pp. 13–30). Ithaca, NY: Cornell University Press.
- O'Brien, M., & Huston, A. C. (1985). Activity level and sex-stereotyped toy choice in toddler boys and girls. *Journal of Genetic Psychology*, 146, 527–533.
- O'Donohue, W., & Paud, J. J. (1994). The conditioning of human sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 321–344.
- Oldfield, R. C. (1971). The assessment and analysis of handedness: The Edinburgh Inventory. *Neuropsychologia*, 9, 97–113.
- Ollendick, T. H., & Hersen, M. (Eds.). (1983). *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Olsen, K. L. (1992). Genetic influences on sexual behavior differentiation. In A. A. Gerall, H. Moltz, & I. L. Ward (Eds.), *Handbook of behavioral neurobiology: Vol. 11. Sexual differentiation* (pp. 1–40). New York: Plenum Press.
- Oomura, Y., Yoshimatsu, H., & Aou, S. (1983). Medial preoptic and hypothalamic neuronal activity during sexual behavior of the male monkey. *Brain Research*, 266, 340–343.
- Oppenheimer, A. (1991). The wish for a sex change: A challenge to psychoanalysis? *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, 221–231.
- Orlebeke, J. E., Boomsma, D. I., Gooren, L. J. G., Verschoor, A. M., & van den Bree, M. J. M. (1992). Elevated sinistrality in transsexuals. *Neuropsychology*, 6, 351–355.
- Orvaschel, H. (1989). Diagnostic interviews for children and adolescents. In C. G. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychiatric diagnosis* (pp. 483–495). New York: Wiley.
- Ovesey, L., & Person, E. (1976). Transvestism: A disorder of the sense of self. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 5, 219–235.
- Owen, W. F. (1985). Medical problems of the homosexual adolescent. *Journal of Adolescent Health Care*, 6, 178–185.
- Padgug, R. A. (1979). Sexual matters: On conceptualizing sexuality in history. *Radical History Review*, 20, 3–23.
- Pagon, R. A. (1987). Diagnostic approach to the newborn with ambiguous genitalia. *Pediatric Clinics of North America*, 34, 1019–1031.

- Paluszny, M., Beit-Hallahmi, B., Catford, J. C., Cooley, R. E., Dull, C. Y., & Guiora, A. Z. (1973). Gender identity and its measurement in children. *Comprehensive Psychiatry*, 14, 281–290.
- Pandita-Gunawardena, R. (1990). Paraphilic infantilism: A rare case of fetishistic behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 157, 767–770.
- Paoletti, J. B. (1983). Clothes make the boy, 1860–1910. *Dress*, 9, 16–20.
- Paoletti, J. B. (1987). Clothing and gender in America: Children's fashions, 1890–1920. *Signs*, 13, 136–143.
- Paoletti, J. B., & Thompson, S. (1987, May). *Gender differences in infants' rompers, 1910–1930*. Paper presented at the meeting of the Costume Society of America, Richmond, VA.
- Pare, C. M. B. (1956). Homosexuality and chromosomal sex. *Journal of Psychosomatic Research*, 1, 247–251.
- Pare, C. M. B. (1965). Etiology of homosexuality: Genetic and chromosomal aspects. In J. Marmor (Ed.), *Sexual inversion: The multiple roots of homosexuality* (pp. 70–80). New York: Basic Books.
- Parkes, C. M. (1975). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Pascual-Leone, J., & Morra, S. (1991). Horizontality of water level: A neo-Piagetian developmental review. *Advances in Child Development and Behavior*, 23, 231–276.
- Pattatucci, A. M. L., & Hamer, D. H. (in press). Development and familiarity of sexual orientation in females. *Behavior Genetics*,
- Pattatucci, A. M. L., Patterson, C., Benjamin, J., & Hamer, D. H. (1995). *A reciprocal interaction between sex, sexual orientation and handedness*. Manuscript submitted for publication.
- Patterson, C. J. (1992). Children of lesbian and gay parents. *Child Development*, 63, 1025–1042.
- Paul, J. P. (1993). Childhood cross-gender behavior and adult homosexuality: The resurgence of biological models of sexuality. *Journal of Homosexuality*, 24, 41–54.
- Pauly, I. B. (1974). Female transsexualism: Part I. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 487–507.
- Pauly, I. B. (1992). Terminology and classification of gender identity disorders. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 5, 1–14.
- Pauly, I. B., & Edgerton, M. T. (1986). The gender identity movement: A growing surgical-psychiatric liaison. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 315–329.
- Pellegrini, A. D. (1989). What is a category? The case of rough-and-tumble play. *Ethology and Sociobiology*, 10, 331–341.

- Pellett, T. L., & Harrison, J. M. (1992). Children's perceptions of the gender appropriateness of physical activities: A further analysis. *Play and Culture*, 5, 305–313.
- Perachio, A. A., Marr, L. D., & Alexander, M. (1979). Sexual behavior in male rhesus monkeys elicited by electrical stimulation of pre-optic and hypothalamic areas. *Brain Research*, 177, 127–144.
- Perelle, I. B., & Ehrman, L. (1994). An international study of human handedness: The data. *Behavior Genetics*, 24, 217–227.
- Pérez-Palacios, G., Chávez, B., Méndez, J. P., Imperato-McGinley, J., & Ulloa-Aguirre, A. (1987). The syndromes of androgen resistance revisited. *Journal of Steroid Biochemistry*, 27, 1101–1108.
- Perilstein, R. D., Lipper, S., & Friedman, L. J. (1991). Three cases of paraphilias responsive to fluoxetine treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 169–170.
- Perry, M. E. (1987). The manly woman: A historical case study. *American Behavioral Scientist*, 31, 86–100.
- Person, E., & Ovesey, L. (1974a). The transsexual syndrome in males: I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 4–20.
- Person, E., & Ovesey, L. (1974b). The transsexual syndrome in males: II. Secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 174–193.
- Person, E., & Ovesey, L. (1978). Transvestism: New perspectives. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6, 301–323.
- Person, E. S., & Ovesey, L. (1983). Psychoanalytic theories of gender identity. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 11, 203–226.
- Person, E. S., & Ovesey, L. (1984). Homosexual cross-dressers. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 12, 167–186.
- Peterson, M. E., & Dickey, R. (1995). Surgical sex reassignment: A comparative survey of international centers. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 135–156.
- Pfäfflin, E., & Junge, A. (1992). *Geschlechts-umwandlung: Abhandlungen zur transsexualität*. New York: Schattauer.
- Philippopoulos, G. S. (1964). A case of transvestism in a 17-year-old girl: Psychopathology-psychodynamics. *Acta Psychotherapeutica*, 12, 29–37.
- Phoenix, C. H., Goy, R. W., Gerall, A. A., & Young, W. C. (1959). Organizing action of prenatally administered testosterone propionate on the tissues mediating mating behavior in the female guinea pig. *Endocrinology*, 65, 369–382.

- Picariello, M. L., Greenberg, D. N., & Pillemer, D. B. (1990). Children's sex-related stereotyping of colors. *Child Development*, 61, 1453-1460.
- Pillard, R. C. (1990). The Kinsey scale: Is it familial? In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 88-100). New York: Oxford University Press.
- Pillard, R. C., Poumadere, J., & Carretta, R. A. (1982). A family study of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 511-520.
- Pillard, R. C., & Weinrich, J. D. (1986). Evidence of familial nature of male homosexuality. *Archives of General Psychiatry*, 43, 808-812.
- Pleak, R. R. (1991, October). *Treating gender-disturbed children; Ethical issues*. Paper presented at the meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Francisco.
- Pleak, R. R., & Anderson, D. A. (1993, June). *Group psychotherapy for parents of boys with gender identity disorder of childhood*. Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Pacific Grove, CA.
- Pleak, R. R., Meyer-Bahlburg, H. F. L., O'Brien, J. D., Bowen, H. A., & Morganstein, A. (1989). Cross-gender behavior and psychopathology in boy psychiatric outpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 385-393.
- Pleak, R. R., Sandberg, D. E., Hirsch, G. S., & Anderson, D. A. (1991, October). *Cross-gender behavior in boy psychiatric patients: Replication and reinterpretation*. Paper presented at the meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Francisco.
- Plomin, R. (1983). Childhood temperament. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 6, pp. 45-92). New York: Plenum Press.
- Plomin, R. (1994). *Genetics and experience: The interplay between nature and nurture*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Plomin, R., & Daniels, D. (1987). Why are children in the same family so different from one another? *Behavioral and Brain Sciences*, 10, 1-60.
- Plomin, R., & Rende, R. (1991). Human behavioral genetics. *Annual Review of Psychology*, 42, 161-190.
- Polani, P. E., & Adinolfi, M. (1983). The H-Y antigen and its functions: A review and a hypothesis. *Journal of Immunogenetics*, 10, 85-102.
- Pomerantz, S. M., Roy, M. M., & Goy, R. W. (1988). Social and hormonal influences on behavior of adult male, female, and

- pseudohermaphroditic rhesus monkeys. *Hormones and Behavior*, 22, 219–230.
- Post, R. M., Weiss, S. R. B., Uhde, T. W., Clark, M., & Rosen, J. B. (1993). Implications of cocaine kindling, induction of the proto-oncogene c-fos, and contingent tolerance. In H. Hoehn-Saric & D. R. McLeod (Eds.), *Progress in psychiatry: Biology of anxiety disorders* (pp. 121–175). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Poulin-Dubois, D., Serbin, L. A., Kenyon, B., & Derbyshire, A. (1994). Infants' intermodal knowledge about gender. *Developmental Psychology*, 30, 436–442.
- Power, T. G. (1981). Sex-typing in infancy: The role of the father. *Infant Mental Health Journal*, 2, 226–240.
- Prenzlaue, S., Drescher, J., & Winchel, R. (1992). Suicide among homosexual youth [Letter to the editor]. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1416.
- Prior, M. (1992). Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 249–279.
- Prince, V., & Bentler, P. M. (1972). Survey of 504 cases of transvestism. *Psychological Reports*, 31, 903–917.
- Pritchard, M. (1962). Homosexuality and genetic sex. *Journal of Mental Science*, 108, 616–623.
- Pruett, K. D., & Dahl, E. K. (1982). Psychotherapy of gender identity conflict in young boys. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 65–70.
- Quadagno, D. M., Briscoe, R., & Quadagno, J. S. (1977). Effects of perinatal gonadal hormones on selected nonsexual behavior patterns: A critical assessment of the nonhuman and human literature. *Psychological Bulletin*, 84, 62–80.
- Quinton, D., & Rutter, M. (1975). Early hospital admissions and later disturbances of behaviour: An attempted replication of Douglas' findings. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 18, 447–459.
- Rachman, S. (1966). Sexual fetishism: An experimental analog. *Psychological Record*, 16, 293–296.
- Rainbow, S. (1986). *Male childhood gender identity disorder and separation anxiety disorder: An initial comparison*. Unpublished doctoral dissertation, Yeshiva University.
- Randell, J. B. (1959). Transvestitism and trans-sexualism: A study of 50 cases. *British Medical Journal*, ii, 1448–1452.
- Raymond, J. G. (1979). *The transsexual empire: The making of the she-male*. Boston: Beacon Press.

- Reinisch, J. M., Rosenblum, L. A., & Sanders, S. A. (Eds.). (1987). *Masculinity/femininity: Basic perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Reinisch, J. M., & Sanders, S. A. (1992). Prenatal hormonal contributions to sex differences in human cognitive and personality development. In A. A. Gerall, H. Moltz, & I. L. Ward (Eds.), *Handbook of behavioral neurobiology: Vol. 11. Sexual differentiation* (pp. 221–243). New York: Plenum Press.
- Reinisch, J. M., Ziemba-Davis, M., & Sanders, S. A. (1991). Hormonal contributions to sexually dimorphic behavioral development in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 16, 213–278.
- Reiss, D., Plomin, R., & Hetherington, E. M. (1991). Genetics and psychiatry: An unheralded window on the environment. *American Journal of Psychiatry*, 148, 283–291.
- Rekers, G. A. (1972). *Pathological sex-role development in boys: Behavioral treatment and assessment* Unpublished doctoral dissertation, University of California at Los Angeles.
- Rekers, G. A. (1975). Stimulus control over sex-typed play in cross-gender identified boys. *Journal of Experimental Child Psychology*, 20, 136–148.
- Rekers, G. A. (1977a). Assessment and treatment of childhood gender problems. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 1, pp. 267–306). New York: Plenum Press.
- Rekers, G. A. (1977b). Atypical gender development and psychosocial adjustment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 559–571.
- Rekers, G. A. (1979). Sex-role behavior change: Intrasubject studies of boyhood gender disturbance. *Journal of Psychology*, 103, 255–269.
- Rekers, G. A. (1982a). *Growing up straight: What every family should know about homosexuality*. Chicago: Moody Press.
- Rekers, G. A. (1982b). *Shaping your child's sexual identity*. Grand Rapids, MI: Baker Book House.
- Rekers, G. A. (1985). Gender identity problems. In P. A. Bornstein & A. E. Kazdin (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with children* (pp. 658–699). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Rekers, G. A. (1986). Inadequate sex role differentiation in childhood: The family and gender identity disorders. *Journal of Family and Culture*, 2, 8–37.
- Rekers, G. A., Amaro-Plotkin, H. D., & Low, B. P. (1977). Sex-typed mannerisms in normal boys and girls as a function of sex and age. *Child Development*, 48, 275–278.

- Rekers, G. A., Bentler, P. M., Rosen, A. C., & Lovaas, O. I. (1977). Child gender disturbances: A clinical rationale for intervention. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 14, 2–11.
- Rekers, G. A., Crandall, B. F., Rosen, A. C., & Bentler, P. M. (1979). Genetic and physical studies of male children with psychological gender disturbances. *Psychological Medicine*, 9, 373–375.
- Rekers, G. A., & Kilgus, M. D. (1995). Differential diagnosis and rationale for treatment of gender identity disorders and transvestism. In G. A. Rekers (Ed.), *Handbook of child and adolescent sexual problems* (pp. 255–271). New York: Lexington Books.
- Rekers, G. A., Kilgus, M., & Rosen, A. C. (1990). Long-term effects of treatment for gender identity disorder of childhood. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 3, 121–153.
- Rekers, G. A., & Lovaas, O. I. (1974). Behavioral treatment of deviant sex role behaviors in a male child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 173–190.
- Rekers, G. A., Lovaas, O. I., & Low, B. (1974). The behavioral treatment of a “transsexual” preadolescent boy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 99–116.
- Rekers, G. A., & Mead, S. (1979). Early intervention for female sexual identity disturbance: Self-monitoring of play behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 405–423.
- Rekers, G. A., Mead, S. L., Rosen, A. C., & Brigham, S. L. (1983). Family correlates of male childhood gender disturbance. *Journal of Genetic Psychology*, 142, 31–42.
- Rekers, G. A., & Morey, S. M. (1989a). Sex-typed body movements as a function of severity of gender disturbance in boys. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2, 183–196.
- Rekers, G. A., & Morey, S. M. (1989b). Relationship of maternal report of feminine behaviors and extraversion to clinician’s rating of gender disturbance. *Perceptual and Motor Skills*, 69, 387–394.
- Rekers, G. A., & Morey, S. M. (1989c). Personality problems associated with childhood gender disturbance. *Italian Journal of Clinical and Cultural Psychology*, 1, 85–90.
- Rekers, G. A., & Morey, S. M. (1990). The relationship of measures of sex-typed play with clinician ratings of degree of gender disturbance. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 28–34.
- Rekers, G. A., Rosen, A. C., & Morey, S. M. (1990). Projective test findings for boys with gender disturbance: Draw-a-Person test, IT scale, and Make-a-Picture Story test. *Perceptual and Motor Skills*, 71, 771–779.

- Rekers, G. A., & Swihart, J. J. (1989). The association of gender identity disorder with parental separation. *Psychological Reports*, 65, 1272–1274.
- Rekers, G. A., & Varni, J. W. (1977a). Self-monitoring and self-reinforcement processes in a pre-transsexual boy. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 177–180.
- Rekers, G. A., & Varni, J. W. (1977b). Self-regulation of gender-role behaviors: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 427–432.
- Rekers, G. A., Willis, T. J., Yates, C. E., Rosen, A. C., & Low, B. P. (1977). Assessment of childhood gender behavior change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 53–65.
- Rekers, G. A., & Yates, C. E. (1976). Sex-typed play in feminoid boys vs. normal boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 1–8.
- Rekers, G. A., Yates, C. E., Willis, T. J., Rosen, A. C., & Taubman, M. (1976). Childhood gender identity change: Operant control over sex-typed play and mannerisms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 51–57.
- Remafedi, G. (1987a). Adolescent homosexuality: Psychosocial and medical implications. *Pediatrics*, 79, 331–337.
- Remafedi, G. (1987b). Male homosexuality: The adolescent's perspective. *Pediatrics*, 79, 326–330.
- Remafedi, G., Farrow, J. A., & Deisher, R. W. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*, 87, 869–875.
- Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R., & Harris, I (1992). Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics*. 89, 714–721.
- Rembar, J., Novick, J., & Kalter, N. (1982). Attrition among families of divorce: Patterns in an outpatient psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 409–413.
- Renik, O., Spielman, P., & Afterman, J. (1978). Bamboo phobia in an eighteen-month-old boy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 26, 255–282.
- Resnick, S. M., Berenbaum, S. A., Gottesman, I. I., & Bouchard, T. J. (1986). Early hormonal influences on cognitive functioning in congenital adrenal hyperplasia. *Developmental Psychology*, 22, 191–198.
- Rich, C. L., Fowler, R. C., Young, D., & Blankush, M. (1986). San Diego Suicide Study: Comparison of gay to straight males. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 448–457.
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485–499.

- Rigg, C. A. (1982). Homosexuality in adolescence. *Pediatric Annals*, 11, 826–829.
- Risch, N., Squires-Wheeler, E., & Keats, B. J. B. (1993). Male sexual orientation and genetic evidence. *Science*, 262, 2063–2065.
- Risman, B. J. (1982). The (mis)acquisition of gender identity among transsexuals. *Qualitative Sociology*, 5, 312–325.
- Roberts, C. W., Green, R., Williams, K., & Goodman, M. (1987). Boyhood gender identity development: A statistical contrast of two family groups. *Developmental Psychology*, 23, 544–557.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381–389.
- Robinson, B. E., Walters, L. H., & Skeen, P. (1989). Response of parents to learning that their child is homosexual and concern over AIDS: A national study. In F. W. Bozett (Ed.), *Homosexuality and the family* (pp. 59–80). New York: Haworth Press.
- Roesler, T., & Deisher, R. W. (1972). Youthful male homosexuality. *Journal of the American Medical Association*, 219, 1018–1023.
- Rogers, L., & Walsh, J. (1982). Shortcomings of the psychomedical research of John Money and co-workers into sex differences in behavior: Social and political implications. *Sex Roles*, 8, 269–281.
- Rogers, S. M., & Turner, C. F. (1991). Male-male sexual contact in the U.S.A.: Findings from five sample surveys, 1970–1990. *Journal of Sex Research*, 28, 491–519.
- Rohde, W., Uebelhack, R., & Dörner, G. (1986). Neuroendocrine response to oestrogen in transsexual men. *Monographs in Neural Sciences*, 12, 75–78.
- Roiphe, H., & Galenson, E. (1981). *Infantile origins of sexual identity*. New York: International Universities Press.
- Roiphe, H., & Spira, N. (1991). Object loss, aggression, and gender identity. *Psychoanalytic Study of the Child*, 46, 37–50.
- Roscoe, W. (1991). *The Zuni man-woman*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Rosen, A. C., & Rekers, G. A. (1980). Toward a taxonomic framework for variables of sex and gender. *Genetic Psychology Monographs*, 102, 191–218.
- Rosen, A. C., Rekers, G. A., & Brigham, S. L. (1982). Gender stereotyping in gender-dysphoric young boys. *Psychological Reports*, 51, 371–374.
- Rosen, A. C., Rekers, G. A., & Friar, L. R. (1977). Theoretical and diagnostic issues in child gender disturbances. *Journal of Sex Research*, 13, 89–103.

- Rosen, A. C., & Teague, J. (1974). Case studies in the development of masculinity and femininity in male children. *Psychological Reports*, 34, 971–983.
- Rosen, R. C., & Beck, J. G. (1988). *Patterns of sexual arousal: Psychophysiological processes and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Rosenblum, L. A. (1990). Primates, homo sapiens, and homosexuality. In D.P. McWhirter, S.A. Sanders, & J.M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 171–174). New York: Oxford University Press.
- Rosenstein, L. D., & Bigler, E. D. (1987). No relationship between handedness and sexual preference. *Psychological Reports*, 60, 704–706.
- Rosenthal, D. (1970). *Genetic theory and abnormal behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Rösler, A., & Kohn, G. (1983). Male pseudohermaphroditism due to 17-beta- hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: Studies on the natural history of the defect and effect of androgens on gender role. *Journal of Steroid Biochemistry*, 19, 663–674.
- Ross, M. W. (1983). *The married homosexual man: A psychological study*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Rotheram-Borus, M. J., Rosario, M., & Hunter, J. (in press). Suicidal behavior and gay-related stress among gay and bisexual male adolescents in New York City. *Journal of Adolescent Research*.
- Routh, D. K., Walton, M. D., & Padan-Belkin, E. (1978). Development of activity level in children revisited: Effects of mother presence. *Developmental Psychology*, 14, 571–581.
- Rowe, D. C., & Plomin, R. (1977). Temperament in early childhood. *Journal of Personality Assessment*, 41, 150–156.
- Ruan, F., & Bullough, V. L. (1988). The first case of transsexual surgery in mainland China. *Journal of Sex Research*, 25, 546–547.
- Ruan, F., Bullough, V. L., & Tsai, Y. (1989). Male transsexualism in mainland China. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 517–522.
- Rubin, R. T., Reinisch, J. M., & Haskett, R. F. (1981). Postnatal gonadal steroid effects on human behavior. *Science*, 211, 1318–1324.
- Ruse, M. (1981). Are there gay genes?: Sociobiology and homosexuality. *Journal of Homosexuality*, 6, 5–34.
- Rutter, M. (1978). Diagnostic validity in child psychiatry. *Advances in Biological Psychiatry*, 2, 2–22.
- Sack, W. H. (1985). Gender identity conflict in young boys following divorce. *Journal of Divorce*, 9, 47–59.

- Sackin, H. D. (1985). *Cross-dressing and fetishism in childhood: The analysis of a five-year-old magician*. Unpublished manuscript, Hospital for Sick Children, Toronto.
- Sagarin, E. (1975). Sex rearing and sexual orientation: The reconciliation of apparently contradictory data. *Journal of Sex Research*, 11, 329–334.
- Saghir, M. T., & Robins, E. (1973). *Male and female homosexuality: A comprehensive investigation*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Salessi, J. (1994). The Argentine dissemination of homosexuality, 1890–1914. *Journal of the History of Sexuality*, 4, 337–368.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development*, 18, 65–79.
- Sandberg, D. E., & Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1994). Variability in middle childhood play behavior: Effects of gender, age, and family background. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 645–663.
- Sandberg, D. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Ehrhardt, A. A., & Yager, T. J. (1993). The prevalence of gender-atypical behavior in elementary school children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 306–314.
- Sanders, G., & Ross-Field, L. (1986a). Sexual orientation and visuo-spatial ability. *Brain and Cognition*, 5, 280–290.
- Sanders, G., & Ross-Field, L. (1986b). Sexual orientation, cognitive abilities and cerebral asymmetry: A review and a hypothesis tested. *Italian Journal of Zoology*, 20, 459–470.
- Sanders, G., & Wright, M. (1993, June). *Sexual orientation differences in targeted throwing and manual dexterity tasks*. Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Pacific Grove, CA.
- Satz, P., Miller, E. N., Selnes, O., Van Gorp, W., D'Elia, L. F., & Visscher, B. (1991). Hand preference in homosexual men. *Cortex*, 27, 295–306.
- Saudino, K. J., & Eaton, W. O. (1991). Infant temperament and genetics: An objective twin study of motor activity level. *Child Development*, 62, 1167–1174.
- Saudino, K. J., & Eaton, W. O. (1995). Continuity and change in objectively assessed temperament: A longitudinal twin study of activity level. *British Journal of Developmental Psychology*, 13, 81–85.
- Saunders, J. M., & Valente, S. M. (1987). Suicide risk among gay men and lesbians: A review. *Death Studies*, 11, 1–23.
- Savin-Williams, R. C. (1989). Coming out to parents and self-esteem among gay and lesbian youth. In F. W. Bozett (Ed.), *Homosexuality and the family* (pp. 1–35). New York: Haworth Press.

- Savin-Williams, R. C. (1990). *Gay and lesbian youth: Expressions of identity*. New York: Hemisphere.
- Schachter, S. C. (1994). Handedness in women with intrauterine exposure to diethylstilbestrol. *Neuropsychologia*, 32, 619–623.
- Scharfman, M. A. (1976). Perverse development in a young boy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 499–524.
- Schlegel, W. S. (1962). Die konstitutionsbiologischen Grundlagen der Homosexualität. *Zeitschrift für Menschlich Vererbungsforchung und Konstitutionslebre*, 36, 341–364.
- Schmidt, G., & Clement, U. (1990). Does peace prevent homosexuality? [Letter to the editor]. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 183–187.
- Schneider, M. L. (1992). The effect of mild stress during pregnancy on birth- weight and neuromotor maturation in rhesus monkey infants (*Macaca mulatta*). *Infant Behavior and Development*, 15, 389–403.
- Schneider, M. S. (1988). *Often invisible: Counselling gay and lesbian youth*. Toronto: Central Toronto Youth Services.
- Schneider, S. G., Farberow, N. L., & Kruks, G. (1989). Suicidal behavior in adolescent and adult gay men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 381–394.
- Schoettle, U. C., & Cantwell, D. P. (1980). Children of divorce: Demographic variables, symptoms, and diagnoses. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 453–475.
- Schrut, A. (1987, December). *Parent-child interaction and the development of gender identity and sexual partner choice*. Paper presented at the meeting of the American Academy of Psychoanalysis, Phoenix, AZ.
- Schultz, N. M. (1979). *Severe gender identity confusion in an eight-year-old boy*. Unpublished doctoral dissertation, Yeshiva University.
- Scott, W. A. (1958). Research definitions of mental health and mental illness. *Psychological Bulletin*, 55, 29–45.
- Sears, R. R., Maccoby, E. E., & Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Sears, R. R., Rau, L., & Alpert, R. (1965). *Identification and child rearing*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Sedgwick, E. K. (1991). How to bring your kids up gay. *Social Text*, 9, 18–27.
- Serbin, L. A. (1980). Sex-role socialization: A field in transition. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 3, pp. 41–96). New York: Plenum Press.
- Serbin, L. A., & Connor, J. M. (1979). Sex-typing of children's play preferences and patterns of cognitive performance. *Journal of Genetic Psychology*, 134, 315–316.

- Serbin, L. A., Powlishta, K. K., Gulko, J. (1993). The development of sex typing in middle childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 58(2, Serial No. 232).
- Serbin, L. A., Zerkowicz, P., Doyle, A., Gold, D., & Wheaton, B. (1990). The socialization of sex-differentiated skills and academic performance: A mediational model. *Sex Roles*, 23, 613–628.
- Seyler, L. E., Canalis E., Spare, S., & Reichlin, S. (1978). Abnormal gonadotropin secretory responses to LRH in transsexual women after diethylstilbestrol priming. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 47, 176–183.
- Shaffer, D., Schwab Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Connors, C. K., & Regier, D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 643–650.
- Shakin, M., Shakin, D., & Sternglanz, S. H. (1985). Infant clothing: Sex labeling for strangers. *Sex Roles*, 12, 955–964.
- Shane, M., & Shane, E. (1995). Clinical perspectives on gender role/identity disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 15, 39–59.
- Shankel, L. W., & Carr, A. C. (1956). Transvestism and hanging episodes in a male adolescent. *Psychiatric Quarterly*, 30, 478–493.
- Shearman, R. P. (1982). Intersexuality. In P. J. V. Beumont & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of psychiatry and endocrinology* (pp. 325–354). Amsterdam: Elsevier.
- Sherman, J. A. (1978). *Sex-related cognitive differences*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Sherman, R. F. (1985). *Separation conflict as a component of severe gender identity confusion in schoolage boys*. Unpublished doctoral dissertation, Adelphi University.
- Siegel, E. V. (1988). *Female homosexuality: Choice without volition*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Siegel, E. V. (1991). *Middle-class waifs: The psychodynamic treatment of affectively disturbed children*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Siegelman, M. (1974). Parental backgrounds of male homosexuals and heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 3–19.
- Siegelman, M. (1981). Parental backgrounds of homosexual and heterosexual men: A cross national replication. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 506–512.
- Signorella, M., & Jamison, W. (1986). Masculinity, femininity, androgyny, and cognitive performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 100, 207–228.

- Signorella, M. L. (1987). Gender schemata: Individual differences and contextual effects. In L. S. Liben & M. L. Signorella (Eds.), *Children's gender schemata* (pp. 23–27). San Francisco: Jossey-Bass.
- Signorella, M. L., Bigler, R. S., & Liben, L. S. (1993). Developmental differences in children's gender schemata about others: A meta-analytic review. *Developmental Review*, 13, 147–183.
- Silverman, M. A. (1990). The prehomosexual boy in treatment. In C. W. Socarides & V. D. Volkan (Eds.), *The homosexualities: Reality, fantasy, and the arts* (pp. 177–197). Madison, CT: International Universities Press.
- Silverman, W. K. (1991). Diagnostic reliability of anxiety disorders in children using structured interviews. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 105–124.
- Skilbeck, W. M., Bates, J. E., & Bentler, P. M. (1975). Human figure drawings of gender-problem and school-problem boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 191–199.
- Slaby, R. G., & Frey, K. S. (1975). Development of gender constancy and selective attention to same-sex models. *Child Development*, 46, 849–856.
- Slater, E. (1958). The sibs and children of homosexuals. In D. R. Smith & W. M. Davidson (Eds.), *Symposium on nuclear sex* (pp. 79–83). London: Heinemann Medical Books.
- Slater, E. (1962). Birth order and maternal age of homosexuals. *Lancet*, i, 69–71.
- Slijper, F. M. E. (1984). Androgens and gender role behaviour in girls with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Progress in Brain Research*, 61, 417–422.
- Slijper, F. M. E., van der Kamp, H. J., Brandenburg, H., de Muinck Keizer-Schrama, S. M. P. F., Drop, S. L. S., & Molenaar, J. C. (1992). Evaluation of psychosexual development of young women with CAH: A pilot study. In W. Bezemer, P. Cohen-Kettenis, K. Slob, & N. van Son-Schoones (Eds.), *Sex matters* (pp. 47–50). Amsterdam: Elsevier.
- Slimp, J. C., Hart, B. L., & Goy, R. W. (1978). Heterosexual, autosexual and social behavior of adult male rhesus monkeys with medial preoptic-anterior hypothalamic lesions. *Brain Research*, 142, 105–122.
- Slob, A. K., & Schenck, P. E. (1986). Heterosexual experiences and iso-sexual behavior in laboratory-housed male stump-tailed macaques (*M. arctoides*). *Archives of Sexual Behavior*, 15, 261–268.

- Sloman, S. S. (1948). Emotional problems in "planned for" children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18, 523–528.
- Smith, P. K., & Boulton, M. (1990). Rough-and-tumble play, aggression and dominance: Perception and behaviour in children's encounters. *Human Development*, 33, 271–282.
- Smith, P. K., & Daglish, L. (1977). Sex differences in parent and infant behavior in the home. *Child Development*, 48, 1250–1254.
- Smith, P. K., & Lewis, K. (1985). Rough-and-tumble play, fighting, and chasing in nursery school children. *Ethology and Sociobiology*, 6, 175–181.
- Snow, E., & Bluestone, H. (1969). Fetishism and murder. In J. H. Masserman (Ed.), *Science and psychoanalysis: Vol. IS. Dynamics of deviant sexuality* (pp. 88–97). New York: Grune & Stratton.
- Snow, M. E., Jacklin, C. N., & Maccoby, E. E. (1983). Sex-of-child differences in father-child interaction at one year of age. *Child Development*, 54, 227–232.
- Snow, W. G., & Weinstock, J. (1990). Sex differences among non-brain-damaged adults on the Wechsler Adult Intelligence Scales: A review of the literature. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 873–886.
- Socarides, C. W. (1978). *Homosexuality*. New York: Jason Aronson.
- Socarides, C. W. (1982). Abdicating fathers, homosexual sons: Psychoanalytic observations on the contribution of the father to the development of male homosexuality. In S. H. Cath (Ed.), *Father and child: Developmental and clinical perspectives* (pp. 509–521). Boston: Little, Brown.
- Socarides, C. W. (1988). *The preoedipal origin and psychoanalytic therapy of sexual perversions*. Madison, CT: International Universities Press.
- Socarides, C. W. (1990). The homosexualities: A psychoanalytic classification. In C. W. Socarides & V. D. Volkan (Eds.), *The homosexualities: Reality, fantasy, and the arts* (pp. 9–46). Madison, (ГГ: International Universities Press.
- Socarides, C. W., & Volkan, V. D. (Eds.). (1991). *The homosexualities and the therapeutic process*. Madison, CT: International Universities Press.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- Speltz, M. L., Greenberg, M. T., & DeKlyen, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of

- clinic-referred and nonproblem children. *Development and Psychopathology*, 2, 31–46.
- Spensley, J., & Barter, J. T. (1971). The adolescent transvestite on a psychiatric service: Family patterns. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 347–356.
- Sperling, M. (1964). The analysis of a boy with transvestite tendencies: A contribution to the genesis and dynamics of transvestism. *Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 470–493.
- Spijkstra, J. J., Spinder, T., & Gooren, L. J. G. (1988). Short-term patterns of pulsatile LH secretion do not differ between male-to-female transsexuals and heterosexual men. *Psychoneuroendocrinology*, 13, 279–283.
- Spinder, T., Spijkstra, J. J., Gooren, L. J. G., & Burger, C. W. (1989). Pulsatile luteinizing hormone release and ovarian steroid levels in female-to-male transsexuals compared to heterosexual women. *Psychoneuroendocrinology*, 14, 97–102.
- Spira, A., Bajos, N., and the ACSF Group. (1994). *Sexual behaviour and AIDS*. Ashgate, England: Avebury.
- Spitzer, R. L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry*, 138, 210–215.
- Spitzer, R. L., & Endicott, J. (1978). Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. In R. L. Spitzer & D. F. Klein (Eds.), *Critical issues in psychiatric diagnosis* (pp. 15–39). New York: Raven Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624–629.
- Sreenivasan, U. (1985). Effeminate boys in a child psychiatric clinic: Prevalence and associated factors. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 689–694.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17–29.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184–1199.
- Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. (1985). *Archives of Sexual Behavior*, 14, 79–90.
- Stattin, H., & Klackenberg-Larsson, I. (1991). The short- and long-term implications for parent-child relations of parents' prenatal preferences for their child's gender. *Developmental Psychology*, 27, 141–147.

- Steenhuis, R. E., Bryden, M. P., Schwartz, M., & Lawson, S. (1990). Reliability of hand preference items and factors. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 921–930.
- Stein, D. J. (1993). Cross-cultural psychiatry and the DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 322–329.
- Steiner, B. W. (1985a). A personal perspective. In B. W. Steiner (Ed.), *Gender dysphoria: Development, research, management* (pp. 417–421). New York: Plenum Press.
- Steiner, B. W. (Ed.). (1985b). *Gender dysphoria: Development, research, management* New York: Plenum Press.
- Steiner, B. W., Sanders, R. M., & Langevin, R. (1985). Crossdressing, erotic preference, and aggression: A comparison of male transvestites and transsexuals. In R. Langevin (Ed.), *Erotic preference, gender identity and aggression in men: New research studies* (pp. 261–275). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Steiner, B. W., Zajac, A. S., & Mohr, J. W. (1974). A gender identity project: The organization of a multidisciplinary study. *Canadian Psychiatric Association journal*, 19, 7–12.
- Stevenson, I. (1977). The Southeast Asian interpretation of gender dysphoria: An illustrative case report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 201–208.
- Stevenson, J. (1992). Evidence for a genetic etiology in hyperactivity in children. *Behavior Genetics*, 22, 337–344.
- Stevenson, M. R., & Black, K. N. (1988). Paternal absence and sex-role development: A meta-analysis. *Child Development*, 59, 793–814.
- Stirtzinger, R., & Mishna, F. (1994). The borderline family in the borderline child: Understanding and managing the noise. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 333–340.
- Stoller, R. J. (1964a). The hermaphroditic identity of hermaphrodites. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139, 453–457.
- Stoller, R. J. (1964b). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 220–226.
- Stoller, R. J. (1965). The sense of maleness. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 207–218.
- Stoller, R. J. (1966). The mother's contribution to infantile transvestic behavior. *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 384–395.
- Stoller, R. J. (1967). "It's only a phase": Femininity in boys. *Journal of the American Medical Association*, 201, 314–315.
- Stoller, R. J. (1968a). The sense of femaleness. *Psychoanalytic Quarterly*, 37, 42–55.

- Stoller, R. J. (1968b). Male childhood transsexualism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, 193–209.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: Vol. 1. The development of masculinity and femininity*. New York: Jason Aronson.
- Stoller, R. J. (1970). Psychotherapy of extremely feminine boys. *International Journal of Psychiatry*, 9, 278–281.
- Stoller, R. J. (1971). The term “transvestism.” *Archives of General Psychiatry*, 24, 230–237.
- Stoller, R. J. (1972). The “bedrock” of masculinity and femininity: Bisexuality. *Archives of General Psychiatry*, 26, 207–212.
- Stoller, R. J. (1975). *Sex and gender: Vol. 2. The transsexual experiment*. London: Hogarth Press.
- Stoller, R. J. (1978). Boyhood gender aberrations: Treatment issues. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 26, 541–558.
- Stoller, R. J. (1979). Fathers of transsexual children. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 837–866.
- Stoller, R. J. (1980). Problems with the term “homosexuality.” *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 2, 3–25.
- Stoller, R. J. (1982). Transvestism in women. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 99–115.
- Stoller, R. J. (1985a). Maternal influences in the precocious emergence of fetishism in a two-year-old boy. In E. J. Anthony & G. H. Pollock (Eds.), *Parental influences in health and disease* (pp. 427–475). Boston: Little, Brown.
- Stoller, R. J. (1985b). *Presentations of gender*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Stoller, R. J., & Newman, L. E. (1971). The bisexual identity of transsexuals: Two case reports. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 17–28.
- Stone, C., & Bernstein, L. (1980). Case management with borderline children: Theory and practice. *Clinical Social Work Journal*, 8, 147–160.
- Sulcov, M. B. (1973). *Transsexualism: Its social reality*. Unpublished doctoral dissertation, Indiana University.
- Sullivan, C. B. L., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1995). Gender identity disorder (transsexualism) and transvestic fetishism. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of adolescent psychopathology: A guide to diagnosis and treatment* (pp. 525–558). New York: Lexington Books.
- Sullivan, L. (1990). *From female to male: The life of Jack Bee Garland*. Boston: Alyson.

- Suomi, S. J. (1991). Early stress and adult emotional reactivity in rhesus monkeys. In *The childhood environment and adult disease* (Ciba Foundation Symposium No. 156, New Series, pp. 171–188). New York: Wiley.
- Swaab, D. F., & Fliers, E. (1985). A sexually dimorphic nucleus in the human brain. *Science*, 228, 1112–1115.
- Swaab, D. F., Fliers, E., & Partiman, T. S. (1985). The suprachiasmatic nucleus of the human brain in relation to sex, age and senile dementia. *Brain Research*, 342, 37–44.
- Swaab, D. F., Gooren, L. J. G., & Hofman, M. A. (1992a). The human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. *Progress in Brain Research*, 93, 205–217.
- Swaab, D. F., Gooren, L. J. G., & Hofman, M. A. (1992b). Gender and sexual orientation in relation to hypothalamic structures. *Hormone Research*, 38(Suppl. 2), 51–61.
- Swaab, D. F., & Hofman, M. A. (1984). Sexual differentiation of the human brain: A historical perspective. *Progress in Brain Research*, 61, 361–373.
- Swaab, D. F., & Hofman, M. A. (1990). An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men. *Brain Research*, 537, 141–148.
- Swaab, D. F., & Hofman, M. A. (1995). Sexual differentiation of the human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. *Trends in Neurosciences*, 18, 264–270.
- Swan, S. (1993). *The wives of Bath*. Toronto: Alfred A. Knopf.
- Sweet, M. J., & Zwilling, L. (1993). The first medicalization: The taxonomy and etiology of queerness in classical Indian medicine. *Journal of the History of Sexuality*, 3, 590–607.
- Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Taneja, N., Ammini, A. C., Mohapatra, I., Saxena, S., & Kucheria, K. (1992). A transsexual male with 47, XYY karyotype. *British Journal of Psychiatry*, 161, 698–699.
- Taylor, P. J., Dalton, R., Fleminger, J. J., & Lishman, W. A. (1982). Differences between two studies of hand preference in psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 140, 166–173.
- Thacher, B. (1985, April). A mother's role in the evolution of gender dysphoria: The initial phase of joint treatment in the psychotherapy of a 4-year-old boy who wanted to be a girl. Paper presented at the meeting of the Division of Psychoanalysis, American Psychological Association, New York.
- Thomas, H., & Turner, G. F. W. (1991). Individual differences and development in water-level task performance. *Journal of Experimental Child Psychology*, 51, 171–194.

- Thomas, J. R., & French, K. E. (1985). Gender differences across age in motor performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 98, 260-282.
- Thompson, S. K. (1975). Gender labels and early sex role development. *Child Development*, 46, 339-347.
- Thompson, S. K., Bates, J. E., & Bentler, P. M. (1977, March). *Testing assumptions of gender identification by comparing gender problem and normal groups of boys and their parents*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans.
- Thorne, B. (1986). *Crossing the gender divide: What "tomboys" can teach us about processes of gender separation among children*. Unpublished manuscript, Michigan State University.
- Thorne, B. (1993). *Gender play: Girls and boys in school*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Tkachuk, J., & Zucker, K. J. (1991, August). *The relation among sexual orientation, spatial ability, handedness, and recalled childhood gender identity in women and men*. Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Barrie, Ontario.
- Tolor, A., & Tolor, B. (1974). Children's figure drawings and changing attitudes toward sex roles. *Psychological Reports*, 34, 343-349.
- Torgersen, S. (1987). Sampling problems in twin research. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 385-390.
- Tremble, B., Schneider, M., & Appathurai, C. (1989). Growing up gay or lesbian in a multicultural context. In G. Herdt (Ed.), *Gay and lesbian youth* (pp. 253-267). Binghamton, NY: Harrington Park Press.
- Trickett, P. K., & Susman, E. J. (1988). Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology*, 14, 270-276.
- Troiden, R. R. (1979). Becoming homosexual: A model of gay identity acquisition. *Psychiatry*, 42, 362-373.
- Troiden, R. R. (1988). Homosexual identity development. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 105-113.
- Troiden, R. R. (1989). The formation of homosexual identities. In G. Herdt (Ed.), *Gay and lesbian youth* (pp. 43-73). Binghamton, NY: Harrington Park Press.
- Tuber, S., & Coates, S. (1985). Interpersonal phenomena in the Rorschachs of extremely feminine boys. *Psychoanalytic Psychology*, 2, 251-265.
- Tuber, S., & Coates, S. (1989). Indices of psychopathology in the Rorschachs of boys with severe gender identity disorder: A comparison

- with normal control subjects. *Journal of Personality Assessment*, 53, 100–112.
- Tuchman, W. W., & Lachman, J. H. (1964). An unusual perversion: The wearing of diapers and rubber pants in a 29-year-old male. *American Journal of Psychiatry*, 120, 1198–1199.
- Tuckman, J., & Regan, R. A. (1966). Intactness of the home and behavioral problems in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 225–233.
- Tully, B. (1992). *Accounting for transsexualism and transhomosexuality: The gender identity careers of over 200 men and women who have petitioned for surgical reassignment of their sexual identity*. London: Whiting & Birch.
- Tuttle, G. E., & Pillard, R. C. (1991). Sexual orientation and cognitive abilities. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 307–318.
- Ulrichs, K. H. (1994). *The riddle of "man-manly" love: The pioneering work on male homosexuality* (2 vols, M. A. Lombardi-Nash, Trans.). Buffalo, NY: Prometheus Books. (Original work published 1864–1879)
- Unger, R., & Crawford, M. (1992). *Women and gender: A feminist psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Unger, R. K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 34, 1085–1094.
- Unger, R. K., & Crawford, M. (1993). The troubled relationship between terms and concepts. *Psychological Science*, 4, 122–124.
- Van de Wiele, R. L., Bogumil, E., Dryenfurth, I., Ferin, M., Jewelewica, R., Warren, M., Rizkallah, J., & Mikhail, G. (1970). Mechanisms regulating the menstrual cycle in women. *Recent Progress in Hormone Research*, 26, 63–95.
- Van den Aardweg, G. J. M. (1986). *On the origins and treatment of homosexuality: A psychoanalytic reinterpretation*. New York: Praeger.
- Van den Brekel, E. J. G. (1986). Linkshandigheid [Left-handedness]. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek*, 5, 5–9.
- van den Wijngaard, M. (1991a). The acceptance of scientific theories and images of masculinity and femininity-1959±1985. *Journal of the History of Biology*, 24, 19–49.
- van den Wijngaard, M. (1991b). *Reinventing the sexes: Feminism and biomedical construction of femininity and masculinity, 1959–1985*. Unpublished doctoral dissertation, University of Amsterdam.
- Vasta, R., Lightfoot, C., & Cox, B. D. (1993). Understanding gender differences on the water-level problem: The role of spatial perception. *Merrill-Palmer Quarterly*, 39, 391–414.

- Vecchio, T. J. (1966). Predictive value of a single diagnostic test in unselected populations. *New England Journal of Medicine*, 274, 1171–1173.
- Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (1992). *Child psychiatric epidemiology: Concepts, methods, findings*. Newbury Park, CA: Sage.
- Verkauf, B. S., & Jones, H. W. (1970). Masculinization of the female genitalia in congenital adrenal hyperplasia: Relationship to the salt losing variety of the disease. *Southern Medical Journal*, 63, 634–638.
- Voeller, B. (1990). Some uses and abuses of the Kinsey scale. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 32–38). New York: Oxford University Press.
- Volkan, V. D. (1979). Transsexualism: As examined from the viewpoint of internalized object relations. In T. B. Karasu & C. W. Socarides (Eds.), *On sexuality: Psychoanalytic observations* (pp. 189–221). New York: International Universities Press.
- Wachtel, S., Green, R., Simon, N. G., Reichart, A., Cahill, L., Hall, J., Nakamura, D., Wachtel, G., Futterweit, W., Biber, S. H., & Ihlenfeld, C. (1986). On the expression of H-Y antigen in transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 51–68.
- Wakefield, J. C. (1992a). Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of *DSM-III-R*'s definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232–247.
- Wakefield, J. C. (1992b). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373–388.
- Walinder, J. (1965). Transvestism: Definition and evidence in favor of occasional derivation from cerebral dysfunction. *International Journal of Neuropsychiatry*, 1, 567–573.
- Walinder, J. (1967). *Transsexualism: A study of forty-three cases*. Göteborg, Sweden: Scandinavian University Books.
- Wallach, H. D. (1961). Termination of treatment as a loss. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 538–548.
- Walters, W. A. W., & Ross, M. W. (Eds.). (1986). *Transsexualism and sex reassignment*. Oxford: Oxford University Press.
- Ward, A. J. (1991). Prenatal stress and childhood psychopathology. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 97–110.
- Ward, I. L. (1972). Prenatal stress feminizes and demasculinizes the behavior of males. *Science*, 175, 82–84.
- Ward, I. L. (1984). The prenatal stress syndrome: Current status. *Psychoneuroendocrinology*, 9, 3–11.

- Ward, I. L. (1992). Sexual behavior: The product of perinatal hormonal and prepubertal social factors. In A. A. Gerall, H. Moltz, & I. L. Ward (Eds.), *Handbook of behavioral neurobiology: Vol. 11. Sexual differentiation* (pp. 157–180). New York: Plenum Press.
- Ward, I. L., Ward, O. B., Winn, R. J., & Bielawski, D. (1994). Male and female sexual behavior potential of male rats prenatally exposed to the influence of alcohol, stress, or both factors. *Behavioral Neuroscience*, 108, 1188–1195.
- Ward, I. L., & Weisz, J. (1980). Maternal stress alters plasma testosterone in fetal males. *Science*, 207, 328–329.
- Ward, I. L., & Weisz, J. (1984). Differential effects of maternal stress on circulating levels of corticosterone, progesterone, and testosterone in male and female rat fetuses and their mothers. *Endocrinology*, 114, 1635–1644.
- Watabe, T., & Endo, A. (1994). Sexual orientation of male mouse offspring prenatally exposed to ethanol. *Neurotoxicology and Teratology*, 16, 25–29.
- Watson, D. B. (1991). Laterality and handedness in adult transsexuals. *SIEC-CAN Journal*, 6(1), 22–26.
- Watson, D. B., & Coren, S. (1992). Left-handedness in male-to-female transsexualism [Letter to the editor]. *Journal of the American Medical Association*, 267, 1342.
- Weeks, J. (1985). *Sexuality and its discontents: Meanings, myths and modern sexualities*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Weeks, J. (1991). *Against nature: Essays on history, sexuality, and identity*. London: Rivers Oram Press.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48, 957–965.
- Weinrich, J. D. (1976). *Human reproductive strategy. I. Environmental predictability and reproductive strategy: Effects of social class and race. 11. Homosexuality and nonreproduction: Some evolutionary models*. Unpublished doctoral dissertation, Harvard University.
- Weinrich, J. D. (1980). Homosexual behavior in animals: A new review of observations from the wild, and their relationship to human homosexuality. In R. Forleo & W. Pasini (Eds.), *Medical sexology: The Third International Congress* (pp. 288–295). Littleton, MA: PSG.
- Weinrich, J. D. (1985). Transsexuals, homosexuals, and sissy boys: On the mathematics of follow-up studies. *Journal of Sex Research*, 21, 322–328.

- Weinrich, J. D. (1987). A new sociobiological theory of homosexuality applicable to societies with universal marriages. *Ethology and Sociobiology*, 8, 47.
- Weisz, J. R., & Weiss, B. (1991). Studying the “referability” of child clinical problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 266–273.
- Wellings, K., Field, J., Johnson, A. M., & Wadsworth, J. (1994). *Sexual behaviour in Britain: The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*. London: Penguin Books.
- West, D. J. (1967). *Homosexuality*. Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Westhead, V. A., Olson, S. J., & Meyer, J. K. (1990). Gender identity disorders in adolescence. In M. Sugar (Ed.), *Adolescent sexuality* (pp. 87–107). New York: Norton.
- Westney, L., Bruney, R., Ross, B., Clark, J. F. J., Rajguru, S., & Ahluwalia, B. (1991). Evidence that gonadal hormone levels in amniotic fluid are decreased in males born to alcohol users in humans. *Alcohol and Alcoholism*, 26, 403–407.
- Westphal, C. (1869). Die Konträre Sexualempfindung [The inverted sexual instinct]. *Archiven fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 2, 73–108.
- Weyl, N. (1987). Hormonal influences on sexual inversion: A dual inheritance model of Proust’s homosexuality. *Journal of Social and Biological Structures*, 10, 385–390.
- Whalen, R. E. (1993). Animal sexual differentiation: The early days and current questions. In M. Haug, R. E. Whalen, C. Aron, & K. L. Olsen (Eds.), *The development of sex differences and similarities in behavior* (pp. 77–86). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.
- Whalen, R. E., & Edwards, D. A. (1967). Hormonal determinants of the development of masculine and feminine behavior in male and female rats. *Anatomic Record*, 157, 173–180.
- Whitam, F. L., Diamond, M., & Martin, J. (1993). Homosexual orientation in twins: A report on 61 pairs and three triplet sets. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 187–206.
- Whitam, F. L., & Mathy, R. M. (1986). *Male homosexuality in four societies: Brazil, Guatemala, the Philippines, and the United States*. New York: Praeger.
- White, P. C., New, M. I., & Dupont, B. (1987). Congenital adrenal hyperplasia. *New England Journal of Medicine*, 316, 1519–1524, 1580–1586.

- Whitehead, H. (1981). The bow and the burden strap: A new look at institutionalized homosexuality in native North America. In S. B. Ortner & H. Whitehead (Eds.), *Sexual meanings: The cultural construction of gender and sexuality* (pp. 80–115). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Whiting, B. B., & Edwards, C. P. (1973). A cross-cultural analysis of sex differences in the behavior of children aged three through eleven. *Journal of Social Psychology, 91*, 171–188.
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., & Davis, W. W. (1990). DSM-IV literature reviews: Rationale, process, and limitations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 12*, 189–202.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 42*, 1015–1021.
- Wiederman, M. W. (1993). Demographic and sexual characteristics of nonresponders to sexual experience items in a national survey. *Journal of Sex Research, 30*, 27–35.
- Wiesen, M., & Futterweit, W. (1983). Normal plasma gonadotropin response to gonadotropin-releasing hormone after diethylstilbestrol priming in transsexual women. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 57*, 197–199.
- Wikan, U. (1977). Man becomes woman: Transsexualism in Oman as a key to gender roles. *Man, 12*, 304–319.
- Wille, R., Borchers, D., & Schultz, W. (1987, June). *Prenatal distress: A disposition for homosexuality?* Paper presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Tutzing, Germany.
- Willerman, L. (1973). Activity level and hyperactivity in twins. *Child Development, 44*, 288–293.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B., & Wittchen, H. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry, 49*, 630–636.
- Williams, K., Goodman, M., & Green, R. (1985). Parent-child factors in gender role socialization in girls. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 26*, 720–731.
- Williams, K., Green, R., & Goodman, M. (1979). Patterns of sexual identity development: A preliminary report on the “tomboy.” *Research in Community and Mental Health, 1*, 103–123.
- Williams, W. L. (1986). *The spirit and the flesh: Sexual diversity in American Indian culture*. Boston: Beacon Press.

- Williamson, N. E. (1976). *Sons or daughters: A cross-cultural survey of parental preferences*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Williamson, N. E. (1983). Parental sex preferences and sex selection. In N. G. Bennett (Ed.), *Sex selection of children* (pp. 129–145). Orlando, FL: Academic Press.
- Willmott, M. (1975). *Cognitive characteristics and sexual orientation: Observations based on three highly selected groups*. Unpublished master's thesis, University of Newcastle-upon-Tyne.
- Willmott, M., & Brierley, H. (1984). Cognitive characteristics and homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 311–319.
- Winkler, R. C. (1977). What types of sex-role behavior should behavior modifiers promote? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 549–552.
- Wittig, M. A., & Petersen, A. C. (Eds.). (1979). *Sex-related differences in cognitive functioning*. New York: Academic Press.
- Wolfe, B. E. (1979). Behavioral treatment of childhood gender disorders: A conceptual and empirical critique. *Behavior Modification*, 3, 550–575.
- Wolfe, S. M. (1990). *Psychopathology and psychodynamics of parents of boys with a gender identity disorder of childhood*. Unpublished doctoral dissertation, City University of New York.
- Wolfe, S. M. (1994, October). Case illustration of intervention strategies for boys with gender identity disorder and their families. In S. J. Bradley (Chair), *Gender identity disorder: Recent research and approaches to treatment*. Institute presented at the meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York.
- Woodhouse, A. (1989). *Fantastic women: Sex, gender and transvestism*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Woollett, A., White, D., & Lyon, L. (1982). Observations of fathers at birth. In N. Beail & J. McGuire (Eds.), *Fathers: Psychological perspectives* (pp. 71–91). London: Junction Books.
- Wrate, R. M., & Gulens, V. (1986). A systems approach to child effeminacy and the prevention of adolescent transsexualism. *Journal of Adolescence*, 9, 215–229.
- Young, W. C., Goy, R. W., & Phoenix, C. H. (1964). Hormones and sexual behavior. *Science*, 143, 212–218.
- Yudkin, M. (1978). Transsexualism and women: A critical perspective. *Feminist Studies*, 4, 97–106.
- Zaphiriou, M. (1978). David: The analysis of a latency boy with poor physical endowment. *Bulletin of the Hampstead Clinic*, 1, 17–30.
- Zecca, G. M., Lertora, V., & Macchi, M. (1990). Trattamento dei disturbi dell'identità di genere nell'età evolutiva: Primi risultati [Disorder

- of identification of the sex during the growing ages: First results]. *Archivio Italiano di Urologia*, 62, 89–92.
- Zera, D. (1992). Coming of age in a heterosexist world: The development of gay and lesbian adolescents. *Adolescence*, 27, 849–854.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1987). The Inventory to Diagnose Depression (IDD): A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 55–59.
- Zucker, K. J. (1982). Childhood gender disturbance: Diagnostic issues. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 274–280.
- Zucker, K. J. (1984). [Review of *Growing up straight; What every family should know about homosexuality and Shaping your child's sexual identity*]. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 387–390.
- Zucker, K. J. (1985). Cross-gender-identified children. In B.W. Steiner (Ed.), *Gender dysphoria: Development, research, management* (pp. 75–174). New York: Plenum Press.
- Zucker, K. J. (1988). Toward a developmental sexology [Review of *The "sis-sy boy syndrome" and the development of homosexuality*]. *Contemporary Psychology*, 33, 197–199.
- Zucker, K. J. (1990a). Gender identity disorders in children: Clinical descriptions and natural history. In R. Blanchard & B.W. Steiner (Eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults* (pp. 1–23). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zucker, K. J. (1990b). Psychosocial and erotic development in cross-gender identified children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 487–495.
- Zucker, K. J. (1990c). Treatment of gender identity disorders in children. In R. Blanchard & B.W. Steiner (Eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults* (pp. 25–47). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zucker, K. J. (1992a). "It ain't the meat, it's the motion": Commentary on Rekers and Morey's (1989) "Sex-typed body movements as a function of severity of gender disturbance in boys." *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 5, 69–73.
- Zucker, K. J. (1992b). Gender identity disorder. In S.R. Hooper, G.W. Hynd, & R.E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment* (pp. 305–342). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zucker, K. J. (1993, November). Towards DSM-IV. Paper presented at the XIII International Symposium on Gender Dysphoria, New York.
- Zucker, K. J. (1994, July). Gender identity, sexual orientation, and sexual behavior in women with congenital adrenal hyperplasia.

- In K. J. Zucker (Chair), *Congenital adrenal hyperplasia: The nature and nurture of psychosexual differentiation*. Symposium presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Edinburgh.
- Zucker, K. J., & Blanchard, R. (1994). Re-analysis of Bieber et al.'s 1962 data on sibling sex ratio and birth order in male homosexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 528–530.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Corter, C. M., Doering, R. W., & Finegan, J. K. (1980). Cross-gender behaviour in very young boys: A normative study. In J. Sampson (Ed.), *Childhood and sexuality* (pp. 599–622). Montreal: Editions Etudes Vivantes.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Doering, R. W., & Lozinski, J. A. (1985). Sex-typed behavior in cross-gender-identified children: Stability and change at a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 710–719.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Hughes, H. E. (1987). Gender dysphoria in a child with true hermaphroditism. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 602–609.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Ipp, M. (1993). Delayed naming of a newborn boy: Relationship to the mother's wish for a girl and subsequent crossgender identity in the child by the age of two. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6, 57–68.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Lowry Sullivan, C. B. (1992). Gender identity disorder in children. *Annual Review of Sex Research*, 3, 73–120.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Lowry Sullivan, C. B., Kuksis, M., Birkenfeld-Adams, A., & Mitchell, J. N. (1993). A gender identity interview for children. *Journal of Personality Assessment*, 61, 443–456.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Oliver, G., Hood, J. E., Blake, J., & Fleming, S. (1992, July). *Psychosexual assessment of women with congenital adrenal hyperplasia: Preliminary analyses*. Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Prague.
- Zucker, K. J., Doering, R. W., Bradley, S. J., Alon, N., & Lozinski, J. A. (1984, September). *Sex-typed fantasy play in cross-gender-identified children*. Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Cambridge, England.
- Zucker, K. J., Doering, R. W., Bradley, S. J., & Finegan, J. K. (1982). Sex-typed play in gender-disturbed children: A comparison to sibling and psychiatric controls. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 309–321.
- Zucker, K. J., Finegan, J. K., Doering, R. W., & Bradley, S. J. (1983). Human figure drawings of gender-problem children: A comparison

- to sibling, psychiatric, and normal controls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 287–298.
- Zucker, K. J., Finegan, J. K., Doering, R. W., & Bradley, S. J. (1984). Two subgroups of gender-problem children. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 27–39.
- Zucker, K. J., & Green, R. (1989). Gender identity disorder of childhood. In T. B. Karasu (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 1, pp. 661–670). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Zucker, K. J., & Green, R. (1991). Gender identity disorders. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 604–613). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Zucker, K. J., & Green, R. (1992). Psychosexual disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 107–151.
- Zucker, K. J., & Green, R. (1993). Psychological and familial aspects of gender identity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 513–542.
- Zucker, K. J., Green, R., Bradley, S. J., Williams, K., Rebach, H. M., & Hood, J. E. (in press). Gender identity disorder of childhood: Diagnostic issues. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, M. B. First, & W. W. Davis (Eds.), *DSM-IV sourcebook*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Zucker, K. J., Green, R., Garofano, C., Bradley, S. J., Williams, K., Rebach, H. M., & Lowry Sullivan, C. B. (1994). Prenatal gender preference of mothers of feminine and masculine boys: Relation to sibling sex composition and birth order. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 1–13.
- Zucker, K. J., Kuksis, M., & Bradley, S. J. (1988, August). *Gender constancy judgments in cross-gender-identified children*. Poster presented at the meeting of the International Academy of Sex Research, Minneapolis.
- Zucker, K. J., Lozinski, J. A., Bradley, S. J., & Doering, R. W. (1992). Sex-typed responses in the Rorschach protocols of children with gender identity disorder. *Journal of Personality Assessment*, 58, 295–310.
- Zucker, K. J., Wild, J., Bradley, S. J., & Lowry, C. B. (1993). Physical attractiveness of boys with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 23–34.
- Zucker, K. J., Wilson, D. N., Kurita, J. A., & Stern, A. (1995). *Children's appraisals of sex-typed behavior in their peers*. Manuscript submitted for publication.

- Zucker, K. J., & Yoannidis, T. (1983, April). *The relation between gender labeling and gender constancy in preschool children*. Poster presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Detroit.
- Zuger, B. (1966). Effeminate behavior present in boys from early childhood: I. The clinical syndrome and follow-up studies. *Journal of Pediatrics*, 69, 1098–1107.
- Zuger, B. (1970a). Gender role determination: A critical review of the evidence from hermaphroditism. *Psychosomatic Medicine*, 32, 449–463.
- Zuger, B. (1970b). The role of familial factors in persistent effeminate behaviors in boys. *American Journal of Psychiatry*, 126, 1167–1170.
- Zuger, B. (1974). Effeminate behavior in boys: Parental age and other factors. *Archives of General Psychiatry*, 30, 173–177.
- Zuger, B. (1976). Monozygotic twins discordant for homosexuality: Report of a pair and significance of the phenomenon. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 661–669.
- Zuger, B. (1978). Effeminate behavior present in boys from childhood: Ten additional years of follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 19, 363–369.
- Zuger, B. (1980). Homosexuality and parental guilt. *British Journal of Psychiatry*, 137, 55–57.
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 90–97.
- Zuger, B. (1988). Is early effeminate behavior in boys early homosexuality? *Comprehensive Psychiatry*, 29, 509–519.
- Zuger, B. (1989). Homosexuality in families of boys with early effeminate behavior: An epidemiological study. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 155–166.
- Zuger, B., & Taylor, P. (1969). Effeminate behavior present in boys from early childhood: II. Comparison with similar symptoms in non-effeminate boys. *Pediatrics*, 44, 375–380.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
ГЛАВА 1. Общие положения	8
Терминология	9
Немного об истории вопроса.....	15
Цели книги	19
ГЛАВА 2. Феноменология	22
Заявления о половой принадлежности	26
Переодевание	27
Выбор игрушек и ролевые игры.....	29
Выбор товарищей по играм	30
Манера поведения и голос	34
Патологическое недовольство своей анатомией	35
Участие в играх, похожих на драку	37
ГЛАВА 3. Эпидемиология	39
Распространенность.....	39
Частота	48
Половые различия в количестве направлений на обследование	50
ГЛАВА 4. Диагноз и оценка состояния пациентов	59
Вопросы диагностики	60
Клиническая оценка.....	93

ГЛАВА 5. Сопутствующая психопатология.....	124
Данные опросника CBCL, касающиеся мальчиков с расстройством гендерной идентичности.....	125
Данные CBCL, касающиеся девочек с расстройством гендерной идентичности.....	152
Другие способы оценки сопутствующей психопатологии.....	167
О взаимосвязи сопутствующей психопатологии с расстройством гендерной идентичности.....	172
Выводы	200
 ГЛАВА 6. Этиология: биологическое исследование расстройства гендерной идентичности и связанных с ним психосексуальных состояний	203
Ранние биологические исследования.....	204
Генетика поведения.....	205
Молекулярная генетика.....	215
Пренатальные половые гормоны	217
Предродовой материнский стресс.....	249
Когнитивные способности, нейропсихологическая функция и нейроанатомические структуры	258
Признаки, характеризующие темперамент: уровень активности; игры, похожие на драку	305
Внешняя привлекательность	310
Выводы главы о биологических исследованиях	315
 ГЛАВА 7. Этиология. Психологические исследования	322
Определение пола ребенка.....	324
Предродовое предпочтение пола ребенка	339
Социальное поощрение.....	343
Отношения матерей с сыновьями: количественные аспекты.....	360
Психосексуальное развитие матери	365
Материнское эмоциональное функционирование	370
Отношения отцов с сыновьями: количественные аспекты.....	379

Отцовское эмоциональное функционирование.....	391
Самосоциализация	393
Социально-психологические влияния, испытываемые девочками с расстройством гендерной идентичности	398
Выводы главы о психологических исследованиях.....	403
ГЛАВА 8. Формулировка клинического диагноза.....	405
Общие факторы	409
Специфические факторы.....	411
Выводы о модели клинической формулировки, касающейся мальчиков.....	413
Выводы о модели клинической формулировки, касающейся девочек.....	415
ГЛАВА 9. Лечение.....	417
Терапевтическое вмешательство: его логическое обоснование и этические проблемы	417
Психиатрическое лечение ребенка.....	424
Лечение родителей.....	438
Что лучше для ребенка: терапевтический оптимизм или нигилизм?	439
ГЛАВА 10. Дальнейшее наблюдение за пациентом.....	443
Работа Ричарда Грина 1987 года и публикации других исследователей.....	443
Доказательства долговременного воздействия психотерапии	448
Связь сексуальной ориентации и транссексуальности.....	451
Предварительные результаты анализа дальнейшего наблюдения за пациентами в клинике Торонто	453
ГЛАВА 11. Расстройство гендерной идентичности в подростковом возрасте	470
Клиническая картина.....	475
Сопутствующие состояния.....	479

Течение болезни	482
Лечение	487
Последующее наблюдение.....	490
Дифференциальная диагностика	491
 ГЛАВА 12. Трансвестистский фетишизм	
в подростковом возрасте	493
Феноменология трансвестистского фетишизма у взрослых.....	495
Обзор литературы о трансвестистском фетишизме у подростков	497
Клинические признаки.....	498
Этиология.....	511
Лечение	518
 ГЛАВА 13. Подростковая гомосексуальность.....	521
Клиническая картина.....	522
Публичное раскрытие своей ориентации (камингаут).....	529
Некоторые теоретические подходы к пониманию развития гомосексуальности	531
Клиническое ведение пациентов	538
 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	544

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ГОРОДЕЦ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ

Серия книг для практикующих психологов и широкого круга читателей, интересующихся возможностями практического применения психологической науки, а также популярной и просветительской литературой по психологии.

Р.А. Беккер, Ю.В. Быков, П.В. Морозов

«ВЫДАЮЩИЕСЯ ПСИХИАТРЫ XX ВЕКА»

В данном издании представлены те исследователи, чьи биографии менее знакомы отечественным психиатрам, хотя их фамилии всегда были на слуху. Книга адресована в первую очередь молодым врачам-психиатрам: они, безусловно, должны знать жизнеописания ученых из разных стран, которых объединяли два важнейших качества — любовь к профессии и преданность науке. Для удобства читателей биографии расположены в алфавитном порядке.



Серия: Библиотека
«Союза охраны
психического здоровья»

Переплет: **твердый**
Количество страниц: **256**
Издательство: **ИД «Городец»**

Год издания: **2018**
EAN: **9785907085077**
ISBN: **978-5-907085-07-7**

Кеннет Дж. Цукер, Сьюзен Дж. Брэдли

**Расстройства гендерной идентичности
и психосексуальные проблемы
у детей и подростков**

Выпускающий редактор *Е. Пучкова*

Редактор *В. Ахметьева*

Корректоры *В. Ахметьева, О. Шепитько*

Дизайн обложки *И. Викторов*

Компьютерная верстка *С. Новиков*

На обложке использована иллюстрация:

OliaGraphics / shutterstock.com,

Line Face Art Pattern / shutterstock.com

Используется по лицензии от shutterstock.com

Подписано в печать 30.05.2020. Формат 60×90/16

Печ. л. 40. Тираж 1000 экз. Заказ

«Издательский дом “Городец”»

105082, г. Москва, Переведеновский пер., д. 17, к. 1

www.gorodets.ru, e-mail: info@gorodets.ru

тел.: +7 (985) 8000 366

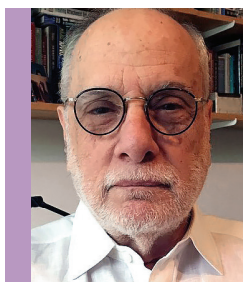
Отпечатано в АО

«Первая Образцовая типография».

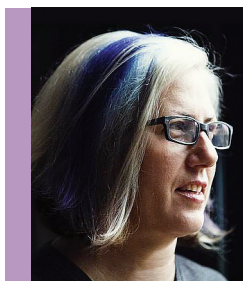
Филиал «Чеховский Печатный Двор».

142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

www.chpd.ru, тел. +7 (499) 270-73-59



Кеннет Дж. Цукер — доктор философии, руководитель Клиники гендерной идентичности детей и подростков, ответственный психолог в Центре изучения детей и семьи Института психиатрии им. Кларка, доцент кафедр психиатрии и психологии в Университете Торонто.



Сьюзен Дж. Брэдли — доктор медицины, главный психиатр в клинике для больных детей и руководитель отдела детской психиатрии в Университете Торонто, психиатр-консультант в Клинике гендерной идентичности детей и подростков Центра изучения детей и семьи Института психиатрии им. Кларка.

Данная монография знакомит читателя с всесторонним анализом клинической и исследовательской литературы, посвященной детям и подросткам с расстройствами гендерной идентичности и другими психосексуальными проблемами. Раздел, посвященный детям (главы 2–10) предлагает подробный анализ расстройств гендерной идентичности как у девочек, так и у мальчиков, что включает в себя важнейшую феноменологию, медицинскую, биологическую, психосоциальную этиологию, клиническую формулировку, лечение, долгосрочное наблюдение. Раздел, посвященный подросткам (главы 11–13), предлагает сведения о расстройствах гендерной идентичности, трансвестистском фетишизме и гомосексуальности. Оба раздела включают множество материалов из собственной врачебной практики авторов и содержат попытку объединить все эти случаи с теоретическими разработками, известными из обширной литературы на данную тему, которая стала особенно богата за последние три десятилетия.

Эта монография неопределима для детских психиатров и психологов, сексологов, педиатров, социальных работников, ученых и студентов.

www.gorodets.ru

ISBN: 978-5-907085-72-5



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ