

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.64+618.1]-007.1-036.868

Я. В. Кононова, Ю. В. Лозовая, Э. П. Касаткина**ПСИХОСЕКСУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЛОЖНЫМ МУЖСКИМ ГЕРМАФРОДИТИЗМОМ**

Кафедра эндокринологии детского и подросткового возраста (зав. — проф. Э. П. Касаткина) РМАПО, Москва

С целью оценки психосексуальной адаптации больных гермафродитизмом в избранном поле исследованы основные психосексологические параметры: половое самосознание, половая роль и половые ориентации. Обследовано 36 пациентов от 11 до 43 лет с наиболее часто встречающимися вариантами ложного мужского гермафродитизма, из них 15 человек с дефицитом 5 α -редуктазы были зарегистрированы и воспитывались в мужском паспортном поле и 21 пациент со смешанной дисгенезией гонад (13 были зарегистрированы в мужском и 8 — в женском паспортном поле). У пациентов с дефицитом 5 α -редуктазы и смешанной дисгенезией яичек не обнаружено нарушений полового самосознания, половины роли и половых ориентаций, в то время как у пациентов со смешанной дисгенезией гонад, зарегистрированных в женском паспортном поле, выявлена маскулинная половина роль, не соответствующая избранному полу.

Psychosexual adaptation of hermaphrodites in selected field was evaluated by the following parameters: sexual self consciousness, sexual role, and sexual orientations. Thirty-six patients aged 11–43 years with the most incident variants of false male hermaphroditism (FMH) were examined; 15 of these with 5 α -reductase deficiency were registered and brought up as men, and 21 were patients with mixed gonadal dysgenesis, 13 of whom were registered as men and 8 as women. No disorders in sexual self consciousness, sexual role, and sexual orientation were detected in the patients with 5 α -reductase deficiency and mixed testicular dysgenesis. Masculine sexual role not corresponding to selected sex was detected in the patients with mixed gonadal dysgenesis registered as women.

Реабилитация больных с интерсексуальным строением гениталий с целью адаптации их в обществе является наиболее важной и в то же время наиболее сложной задачей в проблеме гермафродитизма. Основная задача реабилитации сводится к выбору паспортного пола, формированию фенотипа и психосексуального статуса, соответствующего избранному полу [1, 3, 10, 11]. Основными составляющими психосексуального статуса являются половое самосознание, половая роль и психосексуальная ориентация. Половое самосознание (половая идентичность, половая атоидентификация) — это осознанная принадлежность индивида к определенному полу. Половая роль (полоролевое поведение) — это публичное выражение половой идентичности, соответствующее принятым в обществе нормативам и обеспечивающее индивиду принадлежность к определенному полу в глазах окружающих. Психосексуальная ориентация подразумевает выбор объекта полового влечения [2, 4, 12].

В физиологических условиях формирование психосексуального статуса происходит под действием как биологических, так и социально-психологических факторов, которые с разной интенсивностью влияют на разных этапах психосексуального развития [2–4, 10, 12]. Важнейшим биологическим фактором, закладывающим основу формирования полового самосознания и полоролевого поведения человека, является половая дифференцировка мозга [3–5, 12–14]. Решающую роль в процессе дифференцировки мозга, как и в формировании наружных гениталий будущего мальчика, играют половые гормоны фетальных яичек. Так, достаточный уровень андрогенов во внутриутробном периоде определяет формирование мужского фенотипа и мужского характера дифференцировки мозга, а их отсутствие — женского фенотипа и женского типа дифференцировки мозга [3, 4, 10, 14, 16]. Однако у человека существенная роль в фор-

мировании психосексуального статуса отводится социально-психологическим факторам [1–4, 8, 12]. Наиболее важными социально-психологическими факторами являются половое воспитание ребенка и самовоспитание [2, 3, 9, 10, 12]. Существенное значение для формирования характера полового воспитания имеет оценка пациентом своего внешнего вида в плане соответствия его определенному полу [1, 3, 9–12].

У пациентов с ложным мужским гермафродитизмом (ЛМГ) в силу нарушенной продукции андрогенов или чувствительности к ним и, следовательно, дефицита действия андрогенов в период внутриутробной жизни происходит неполная маскулинизация гениталий и структур мозга, ответственных за формирование полового самосознания и полоролевого поведения человека. Из этого можно сделать очень важный в практическом плане вывод: о степени маскулинизации половой дифференцировки мозга можно косвенно судить по степени андрогенизации наружных половых органов ребенка [12, 14].

В постнатальном периоде формирование основных психосексологических параметров у больных гермафродитизмом, как и у здоровых лиц, происходит под влиянием социально-психологических факторов. Следует отметить, что у детей с дефектами половой дифференцировки мозга социально-психологические факторы играют особо важную роль в плане окончательного формирования психосексуального статуса. Можно надеяться, что хорошо продуманная система организации социально-психологической помощи, включающая в себя пожизненное диспансерное наблюдение эндокринологом, психологом и хирургом, у подобных больных может нивелировать дефекты половой дифференцировки мозга. С этой целью при определении характера реабилитационных мероприятий необходимо решить следующие вопросы: выбор пас-

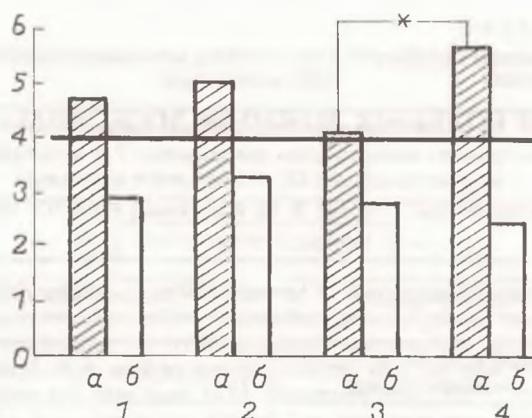


Рис. 1 Половое самосознание пациентов, зарегистрированных в мужском поле.

Здесь и на рис. 2, 3: по оси ординат — баллы; по оси абсцисс: здесь и на рис. 2: 1 — 1-я группа; 2 — контроль; 3 — 2-я группа; 4 — контроль; здесь и на рис. 2, 3: а — маскулинность; б — фемининность. Звездочка — достоверность различий при $p < 0,05$.

портного пола, характер и сроки проведения хирургической реконструкции половых органов, характер и сроки проведения, если в этом есть необходимость, заместительной гормональной терапии.

Своевременное решение этих задач поможет сформировать у близких родственников, информированных о наличии врожденной патологии у ребенка, веру в правильность избранного пола, а самому больному позволит не сомневаться в принадлежности к определенному полу. Только при соблюдении этих условий психосексуальное воспитание ребенка будет правильным и, следовательно, у него сформируется стойкое половое самосознание, соответствующее избранному полу, и в соответствии с этим — характер полового поведения пациента и его психосексуальная ориентация. Данные литературы по психосексуальной адаптации больных ЛМГ скучны и весьма разноречивы [1, 9, 10, 15, 16].

Материалы и методы

С целью оценки психосексуальной адаптации было обследовано 36 пациентов с наиболее часто встречающимися формами ЛМГ от 11 до 43 лет. Все больные с дефицитом 5α -редуктазы (15 человек) были зарегистрированы в мужском социальном поле. Из 21 обследованного со смешанной дисгенезией яичек 13 зарегистрированы в мужском поле, 8 — в женском.

Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я — 17 подростков от 11 до 17 лет, зарегистрированных в мужском поле (средний возраст $13,4 \pm 0,06$ года); 2-я — 11 взрослых от 18 до 43 лет, зарегистрированных в мужском поле (средний возраст $25,7 \pm 0,2$ года); 3-я — 8 пациентов от 10 до 18 лет со смешанной дисгенезией яичек, зарегистрированных в женском паспортном поле (средний возраст $14,6 \pm 0,2$ года).

В контрольную группу вошло 10 практически здоровых мальчиков в возрасте от 13 до 15 лет (средний возраст $14 \pm 0,9$ года), 40 мужчин (сред-

ний возраст $25 \pm 0,02$ года) и 10 девочек в возрасте от 11 до 15 лет (средний возраст $14,5 \pm 0,9$ года).

С целью исследования психосексуального статуса были использованы следующие психологические методики: 1) "Фигура, поза, одежда" — модифицированная методика, предложенная Д. К. Саламовой (1998 г.), которая позволяет исследовать отношение пациента к собственной внешности и ее соответствие мужскому или женскому образу, а также особенности внешности идеального сексуального партнера [6]; 2) "Маскулинность и фемининность" — модифицированная методика, предложенная Н. В. Дворянчиковым (1997 г.), которая позволяет оценить степень выраженности маскулинных и фемининных черт самого пациента, а также особенности характера идеального сексуального партнера [7].

Оценку статистической значимости различий между группами проводили с использованием t -теста Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Исследование полового самосознания проводили путем клинического интервью и подтверждали данными психологического теста "Фигура, поза, одежда", позволяющего выявить, с каким полом идентифицирует себя пациент по внешнему виду. Результаты данного теста у пациентов, зарегистрированных в мужском паспортном поле, выявили преобладание маскулинных характеристик над фемининными. Следовательно, обследуемые мужчины идентифицируют себя по внешним признакам с мужскими персонажами. Таким образом, половое самосознание всех наблюдавших нами пациентов, зарегистрированных в мужском паспортном поле, соответствовало избранному полу. Степень маскулинности полового самосознания пациентов 1-й группы (подростки) не отличалась от таковой в группе контроля. В то же время пациенты 2-й группы (взрослые) в меньшей степени идентифицировали себя с мужчинами, чем пациенты контрольной группы ($p < 0,05$) (рис. 1).

Исследование полоролевого поведения по особенностям внешности путем проведения теста "Фигура, поза, одежда" у пациентов с ЛМГ, зарегистрированных в мужском поле, выявило, что пациенты 1-й группы (подростки), воспитанные в мужском поле, по фигуре, позе и одежде соотносят себя с образом мужчины, что полностью соответствует данным, полученным в контрольной группе. Степень выраженности маскулинных и фемининных признаков при оценке собственной внешности пациентов 2-й группы (взрослые), воспитанных в мужском поле, не достигает уровня контрольной группы.

Исследование полоролевого поведения по особенностям характера у пациентов, воспитанных в мужском паспортном поле, путем проведения теста "Маскулинность и фемининность", выявило преобладание маскулинных черт характера над фемининными как у подростков, так и у взрослых. Таким образом, половую роль пациентов, воспитанных в мужском поле, в целом соответствовала избранному полу. В 1-й группе (подростки) степень

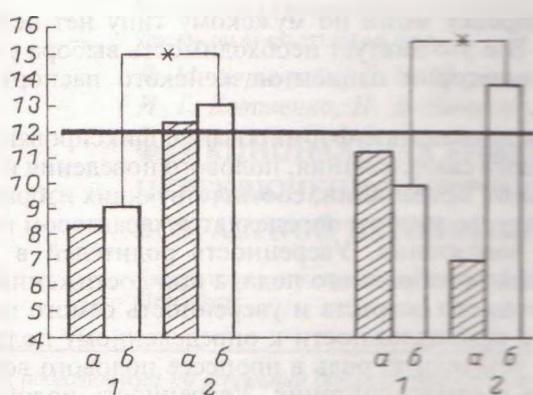


Рис. 2. Особенности внешности идеального сексуального партнера для пациентов, зарегистрированных в мужском поле.

маскулинистичности не отличалась от таковой в группе контроля, в то время как у пациентов 2-й группы (взрослые) отмечалась большая выраженность маскулинистичных черт характера, в том числе агрессивных, по сравнению с группой контроля ($p < 0,01$).

Исследование психосексуальной ориентации включало в себя оценку сексуальной привлекательности партнера по особенностям характера и внешности. При исследовании особенностей характера идеального сексуального партнера у всех пациентов, воспитанных в мужском поле, выявлена правильная, гетеросексуальная половая ориентация. Это подтверждается выраженностью феминистичных черт характера у идеального сексуального партнера как в 1-й, так и во 2-й группе, что соотносится с данными исследования половой ориентации в контрольных группах.

Оценка половой ориентации по особенностям внешности идеального сексуального партнера выявила, что для всех обследуемых пациентов, воспитанных в мужском паспортном поле (1-я и 2-я группы), внешние признаки не являются решающими при выборе идеального сексуального партнера. Степень выраженности маскулинистичных и феминистичных особенностей внешности привлекательного сексуального партнера не достигает значимого уровня. В то же время для пациентов контрольных групп феминистичность внешности партнера является значимой при выборе объекта сексуального влечения (рис. 2).

Итак, половое самосознание, полоролевое поведение и психосексуальная ориентация у всех наблюдавшихся нами пациентов с ЛМГ, воспитанных в мужском паспортном поле, имели маскулинистичный характер. В группе подростков уровень маскулинизации психосексуального статуса был идентичен контролю. Группа взрослых пациентов отличалась от контроля несколько менее выраженной степенью маскулинистичности полового самосознания и в то же время гипермаскулинистичными (агрессивными) чертами характера. Причина подобных отклонений, возможно, обусловлена дефектами терапии. Так, у большинства пациентов хирургическая и гормональная коррекция проводилась с опозданием и(или) была неадекватной. Данное обстоятельство не позволило сформировать у этих пациентов в нужные сроки фенотип наружных гениталий и

функциональный уровень развития вторичных половых признаков, полностью соответствующих нашему представлению о мужском поле. Вполне вероятно, что это и явилось причиной некоторых особенностей психосексуальной адаптации у наблюдавшихся нами мужчин.

Исследование полового самосознания пациентов со смешанной дисгенезией яичек (3-я группа), зарегистрированных в женском поле, выявило, что оно соответствовало избранному полу. Пациенты данной группы по внешним характеристикам идентифицируют себя с женщиной, так же как женщины из группы контроля, что подтверждается преобладанием феминистичных характеристик над маскулинистичными. Вместе с тем выраженность феминистичных признаков при оценке собственной внешности по фигуре у пациентов данной группы меньше, чем в группе контроля ($p < 0,01$).

Исследование половой роли по особенностям характера выявило, что пациенты 3-й группы, зарегистрированные в женском поле, обладают большей выраженностью маскулинистичных черт характера по сравнению с феминистичными. Таким образом, полоролевое поведение пациентов, воспитанных в женском поле, носит маскулинистичный характер и, следовательно, не соответствует избранному женскому полу, в то время как в контрольной группе половую роль фемининна, что отражено в преобладании феминистичных черт характера над маскулинистичными ($p < 0,05$) (рис. 3). Маскулинистичная половая роль обследуемых пациентов проявлялась в таких особенностях характера, как самостоятельность, склонность к лидерству, предпочтение мужской одежды.

При исследовании половых ориентаций пациентов 3-й группы выявлено следующее: в качестве идеального сексуального партнера они предпочитают мужчин, что демонстрирует выраженность маскулинистичных черт характера у идеального сексуального партнера. Оценка сексуальной привлекательности идеального сексуального партнера по внешним признакам показала, что для пациентов 3-й группы, зарегистрированных в женском поле, как и в контрольной группе, сексуально привлекательным является образ, обладающий маскулинистичной внешностью.

Итак, у пациентов со смешанной дисгенезией яичек, воспитанных в женском паспортном поле,

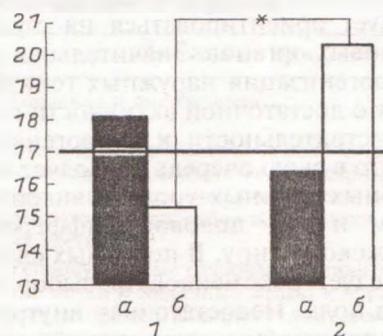


Рис. 3. Половая роль пациентов, зарегистрированных в женском поле: особенности характера.

1 – 3-я группа; 2 – контроль.

половое самосознание и психосексуальная ориентация были женского типа, однако полоролевое поведение (половая роль) этих "женщин" характеризовалось как маскулинное. Вероятно, у данной категории больных это можно объяснить более высоким уровнем андрогенов, чем тот, который обычно имеет место у здорового плода женского пола в период половой дифференцировки мозга. И все же уровень андрогенов был не настолько высок, чтобы помешать формированию женского типа полового самосознания и половой ориентации. Относительно невысокий уровень андрогенов у этих больных подтверждается выбором у них женского паспортного пола в соответствии с более фемининным типом строения наружных гениталий, чем у пациентов с тем же диагнозом, зарегистрированных в мужском поле. Однако и этого уровня андрогенов оказалось достаточно, чтобы помешать формированию женского типа полоролевого поведения. В то же время нельзя полностью исключить у данной категории лиц влияния на характер полового поведения и особенностей социально-психологических факторов (полового воспитания и самовоспитания). Характер этих факторов, как известно, во многом зависит от качества проводимой терапии и возможности достижения определенного уровня соответствия внешних признаков избранному полу. Допущенные в процессе реабилитации этих больных ошибки вполне могли быть причиной неправильного формирования социально-психологических факторов: полового воспитания и самовоспитания. Следовательно, маскулинные черты поведения в данном случае можно объяснить, с одной стороны, более высоким уровнем андрогенов в период внутриутробной жизни, чем это необходимо для дифференцировки мозга по женскому типу, с другой — дефектами терапии, приведшими к нарушению формирования полового воспитания и самовоспитания.

Заключение

Представленные данные подтверждают возможность психосексуальной адаптации больных гермафренизмом в обществе при соблюдении двух основных условий: выбора паспортного пола в раннем возрасте и четкого полового воспитания (самовоспитания) в избранном поле.

У больных ЛМГ при выборе паспортного пола, после определения нозологической формы заболевания, следует ориентироваться на строение наружных половых органов. Значительная внутриутробная андрогенизация наружных гениталий свидетельствует о достаточной активности гонад и сохранной чувствительности к андрогенам тканей-мишеней. Это в свою очередь позволяет надеяться, что у подобных больных уровень андрогенов был достаточным и для половой дифференцировки мозга по мужскому типу. В подобных случаях, безусловно, следует рекомендовать выбор мужского паспортного пола. Недостаточная внутриутробная андрогенизация наружных гениталий свидетельствует либо о значительном повреждении гонад, либо о нарушении чувствительности к андрогенам. В подобных случаях надеяться на полноценную диффе-

ренцировку мозга по мужскому типу нет оснований. Все это диктует необходимость выбора у данной категории пациентов женского паспортного пола.

Окончательное формирование фиксированного полового самосознания, полового поведения и секулярной ориентации, соответствующих избранному полу, во многом определяется характером полового воспитания. Уверенность родителей в правильности избранного пола, а при достижении определенного возраста и уверенность самого пациента в принадлежности к определенному полу играют решающую роль в процессе полового воспитания и самовоспитания. Уверенность подобного плана может сформироваться лишь в том случае, если фенотип ребенка в процессе реабилитационных мероприятий на любом этапе жизни будет соответствовать избранному полу. Все это диктует необходимость для каждого больного с интерсексуальными гениталиями после определения паспортного пола определить характер и сроки реабилитационных мероприятий (хирургической и гормональной коррекции пола) и четко соблюдать намеченный план. Только при соблюдении этих условий, учитывающих влияние как биологических, так и социально-психологических факторов на психосексуальное поведение, можно быть уверенным в том, что каждый больной с нарушением половой дифференцировки может адаптироваться в психосексуальном плане.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко Л. И. Принципы реабилитации больных с интерсексуализмом в гражданском поле: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1990.
2. Васильченко Г. С. Частная сексопатология. — М., 1983. — Т. 2.
3. Касаткина Э. П. // Материалы республиканского совещания главных детских эндокринологов. — Смоленск, 1999. — С. 132.
4. Masters У., Колодни Р. Основы сексологии: Пер. с англ. — М., 1999.
5. Резников А. Г. // Гормоны и половая дифференцировка мозга. — М., 1988. — С. 124—146.
6. Саламова Д. К., Ениколов В. П., Дворянчиков Н. В. // Журн. практ. психол. — 2000. — № 10—11. — С. 87—103.
7. Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., Дворянчиков Н. В. // Судебно-сексологическая экспертиза. — М., 1998. — Т. 1. — Гл. 4.
8. Bandura A. // Handbook of socialization Theory and Research. — Chicago, 1969. — P. 213—262.
9. Berienice B. M., Marlen I., Eline M. F. et al. // Medicine. — 1996. — Vol. 75, N 2. — P. 64—76.
10. Chanika Phomphutkul, Anne Fausto-Sterling, PhD Philip A. Gruppuso M. // Pediatrics. — 2000. — Vol. 106, N 1. — P. 1—5.
11. Dimond M., Sigmundson H. K. // Arh. Pediatr. Adolesc. Med. — 1997. — Vol. 151. — P. 298—304.
12. Grumbach M. M., Conte F. // Williams Textbook of Endocrinology / Eds J. W. Wilson, D. W. Foster. — 9-th Ed. — Philadelphia, 1998. — P. 1329—1401.
13. Hines M. // Abnormal sexual development and psychosexual issues. Baillieres Clin. Endocrinol Metab. — 1998. — Vol. 12, N 1. — P. 173—189.
14. Slipper F. M., SL. Drop J. S. et al. // Arh. Sex. Behav. — 1998. — Vol. 27. — P. 125—144.
15. Wilson J. D. // Endocr. Rev. — 1999. — Vol. 20, N 5. — P. 726—737.

Поступила 22.01.02