

Zaburzenia identyfikacji płciowej czy zachowania andromimetyczne u ofiary kazirodztwa – studium przypadku

Gender identity disorders or andromimetic behaviour in a victim of incest – a case study

Magdalena Piegza, Aleksandra Leksowska, Robert Pudło,
Karina Badura-Brzoza, Jerzy Matysiakiewicz, Zbigniew Gierlotka,
Piotr W. Gorczyca

Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. med. R.T. Hese

Summary

Nowadays, it is becoming increasingly difficult to clearly classify the issues associated with the phenomenon of gender dysphoria due to the fact that one identifies oneself in the context of increasingly fluid categories of gender identity - an intrinsic sense of being a woman or a man. The authors present a woman whose internal problems connected with her sexuality and incomplete identification with the role attributed to her gender originate from her family history. Long-lasting, traumatic experiences of incestuous abuse and violence on the part of close relatives disturbed her development in many areas of personality and functioning. The aim of the study was to verify the hypothesis of the existence of gender identity disorder accompanied by depressive disorders. In addition to the medical history, the study of patient's problems included the following diagnostic tools: the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and the Rorschach Inkblot Test in a CSR Exner system (TPA). The study revealed that as for sexual identification, the patient unambiguously identifies herself as a woman. Her behaviour to become like a man does not deny her sex, or even involve a temporary need of belonging to the opposite sex. It should be interpreted in the broader context of her traumatic experiences, not just sexual, but also concerning different aspects of a female gender role.

Słowa kluczowe: zaburzenia identyfikacji płciowej, zespół dezaprobaty płci, kazirodztwo

Key words: gender identity disorders, gender dysphoria syndrome, incest

Wstęp

Obecnie uważa się, że zespół dezaprobaty płci stanowi wielopłaszczyznowy konstrukt, na który składają się co najmniej takie wymiary jak: cielesność, rola społeczna,

Badanie nie było sponsorowane.

Rzeczywiste dane autobiograficzne zostały zmienione i uproszczone w celu niemożności identyfikacji opisywanej pacjentki.

seksualność, tożsamość płciowa [1]. Identyfikację z płcią determinują przede wszystkim myśli i emocje związane z wykonywaniem określonej roli płciowej [2, 3]. Główną cechą zaburzeń tożsamości płciowej jest niezgodność płci biologicznej z psychiczną identyfikacją płciową. Szczególne znaczenie wśród tych zaburzeń ma transseksualizm, a mniejsze – transwestytyzm z zachowaniem podwójnej roli płciowej [4]. Ten ostatni dotyczy zaburzeń identyfikacji płciowej w wieku młodzieńczym lub dorosłym bez potrzeby zmiany płci. Noszenie ubrań odmiennej płci nie występuje stale i z reguły nie współwystępuje z podnieceniem seksualnym. Przemijające zaburzenia identyfikacji z płcią mogą być wynikiem nerwicowego przetworzenia kryzysów rozwojowych, radzenia sobie z traumą lub wyrazem zaburzeń osobowości i choćby z tego powodu wydają się poddawać wpływowi psychoterapeutycznym, mogą także występować w różnych okresach życia [5– 7]. Okresowe przyjmowanie ról płci przeciwnej może się wiązać z przejmowaniem na stałe jedynie wybranych aspektów przynależnych płci przeciwnej, np. tak zwane zmaskulinizowane kobiety. Niektórzy badacze postulują używanie określenia „przenikanie płci” (gender blending) w celu opisanie sposobu, w jaki kobiety łączą rozmaite męskie i kobiece aspekty osobowości na różnych płaszczyznach [8].

Historia leczenia

Prezentowane studium przypadku wykorzystuje materiał diagnostyczny zgromadzony podczas licznych hospitalizacji pacjentki na Oddziale Klinicznym Psychiatrii w Tarnowskich Górach w ciągu pięciu lat.

Badana ma około 50 lat, od kilkunastu lat jest rozwiedziona, ma dorosłą, zamężną córkę. Mieszka sama, od 15 lat otrzymuje nieprzerwanie świadczenia rentowe.

Z dokumentacji lekarskiej (historia choroby prowadzona w klinice, wypisy z innych ośrodków) wynika, że leczy się psychiatrycznie od 26 roku życia z powodu zaburzeń afektywnych. Pierwszy raz była hospitalizowana po porodzie córki. Podczas pobytów szpitalnych stwierdzano zaburzenia z kręgu zaburzeń afektywnych (reakcja depresyjna, zaburzenia depresyjne nawracające) oraz okresowo zaburzenia identyfikacji płciowej. W przeszłości trzykrotnie podejmowała próby samobójcze. Ponadto badana choruje na astmę oskrzelową i cukrzycę insulinozależną, okresowo nadużywa alkoholu.

Hospitalizacje pacjentki wiązały się z nasileniem objawów zwykle o podobnym obrazie klinicznym: przygnębieniem ze zwiewnymi myślami samobójczymi, spadkiem aktywności celowej, zaburzeniami snu, brakiem apetytu i zaburzeniami mowy – jękaniem się oraz licznymi objawami wegetatywnymi.

Dane życiorysowe zgromadzone w wywiadach lekarskich wskazały na liczne urazowe doświadczenia pacjentki. W dzieciństwie wiązały się one z patologią rodzinną: molestowaniem seksualnym, przemocą fizyczną, alkoholizmem ojca, trudnymi warunkami bytowymi z chronicznym niedożywieniem itp. W dorosłym okresie życia badana przeżyła śmierć kilkumiesięcznego dziecka i dwukrotne poronienie, separację i rozwód.

Wstępne hipotezy diagnostyczne

Podczas licznych hospitalizacji pacjentka prezentowała zachowania nasuwające podejrzenie zaburzeń identyfikacji z płcią, co znalazło wyraz w początkowych roz-

poznaniach (zaburzenia identyfikacji płciowej, nie określone F64.9 według ICD-10). Wypowiadała się w formie męskiej, chodziła wyłącznie w spodniach, miała zamaszysty chód i bardzo krótko ostrzyżone włosy. Równocześnie jednak nosiła kobiece ozdoby, jak korale, dyskretny makijaż, lakier na paznokciach. Obserwacja ta stała się podstawą hipotezy, że badana prezentuje zachowania andromimetyczne bez rzeczywistego negowania swojej płci, prawdopodobnie związane z traumatycznym doświadczeniem molestowania seksualnego. Pojawiły się wątpliwości odnośnie trafności wcześniejszej diagnozy i pytanie: czy mamy do czynienia z zaburzeniem tożsamości płciowej czy tylko z zakłóceniem w pełnieniu oczekiwanej żeńskiej roli płciowej? Diagnostykę różnicową dodatkowo komplikował fakt występowania u badanej objawów depresyjnych, które sklasyfikowano jako zaburzenia depresyjne nawracające.

Zastosowane metody badania psychologicznego

Prezentowany materiał diagnostyczny został zebrany podczas kilku ostatnich pobytów pacjentki w szpitalu. Podstawą weryfikacji hipotezy były: wywiad z badaną oraz metody testowe obejmujące świadome i nieświadome treści doświadczenia badanej, szczególnie zorientowane na samoocenę i akceptację swojej kobiecości, stosunek do roli kobiety – MMPI, TPA Rorschacha w systemie CSR Exnera [9–12].

Istotne dane z wywiadu klinicznego w kontekście problemu badawczego

Badana pochodzi z ubogiego środowiska wiejskiego, z rodziny wielodzietnej. Jest najstarszą z córek. Z dzieciństwa pamięta ogólne wrażenie głodu i strachu oraz pojedyncze zdarzenia związane z agresywnym i wulgarnym zachowaniem ojca alkoholika. Często chorująca matka nie była w stanie opiekować się dziećmi i pacjentka wcześniej musiała przejąć wiele zajęć w gospodarstwie. Badana nigdy nie odczuwała więzi z rodzeństwem, w szkole izolowała się od dzieci. Kiedy miała około siedmiu lat, została przez ojca zgwałcona, a później jeszcze kilkakrotnie napastowana. Matka była stale napięta, przygnębiona, łatwo się złościła na dzieci. Badana starała się unikać przebywania sam na sam z ojcem, uciekała z domu i tym też tłumaczy swoje wczesne zamążpójście. Już w okresie dzieciństwa unikała noszenia sukienek. Jak twierdzi, nie miała wątpliwości, że jest dziewczynką, ale ubierała spodnie i obcinała bardzo krótko włosy. Była drobna, późno zaczęła dojrzewać, pierwszą miesiączkę miała w wieku 16 lat. Dorastając, utrzymywała ten styl, ale równocześnie podkreślała swoją kobiecość klipsami, malowaniem paznokci itp. Mąż był jej pierwszym partnerem seksualnym i po pierwszym zbliżeniu zaszła w ciążę. Dziecka oczekiwała z przeświadczeniem, że urodzi syna. Na urodzenie córki zareagowała odrzuceniem, nie chciała jej karmić piersią. Później opiekę nad nią ograniczyła do pielęgnacji, nigdy jej nie przytulała, nie chwaliła. Ubierała ją jak chłopca i nakazywała zwracać się do siebie po imieniu – nie chciała być traktowana jak matka. Podobna sytuacja powtórzyła się po urodzeniu drugiej córki, która po roku zmarła z powodu wrodzonej wady serca. Później dwukrotnie nie donosiła ciąży. Pożycie małżeńskie początkowo układało się zgodnie. Mąż nigdy nie krytykował jej sposobu bycia, poza tym miał niewielkie potrzeby seksualne.

Wkrótce po ślubie zaczął pić i awanturować się. Z tego powodu po nieudanych próbach separacji zdecydowała się na rozwód. Jeszcze w okresie wspólnego mieszkania z mężem podjęła leczenie psychiatryczne z powodu stanów lękowych i depresji. Po drugim poronieniu była hospitalizowana. W jakiś czas po wyjściu ze szpitala zaczęła używać męskiej formy gramatycznej w określaniu siebie. Jak twierdzi, odczuwa to jako silny przymus, którego nie rozumie, choć początkowo próbowała nad tym zapamiętać. Twierdzi, że przyzwyczała się już do tego. Zdaje sobie sprawę z tego, że jej zamaszty chód, ubiór, niski głos i używane formy gramatyczne skłaniają otoczenie do traktowania jej jak mężczyzny, ale obraża się, kiedy ktoś zwraca się do niej w ten sposób. Z tego powodu zmieniła lekarza w przychodni rejonowej, przestała chodzić na zakupy i rzadko wychodzi z domu. Zrezygnowała całkowicie z towarzystwa mężczyzn. Po rozwodzie przez krótki okres czasu spotykała się z mężczyzną, współżycie z nim sprawiało jej przyjemność. Rozstała się z nim, ponieważ zaczął nadużywać alkoholu. Po rozwodzie mieszkała z córką do momentu jej zamążpójścia. Przeżywała wobec niej ambiwalentne uczucia, które tłumaczyła trudnościami wychowawczymi, jakie córka sprawiała jej w okresie dojrzewania. Nie akceptowała jej „seksualnego wizerunku”. Ich obecne relacje ocenia jako dobre, kontakty mają charakter partnerski.

Interpretacja testów psychologicznych – podsumowanie zbiorcze w odniesieniu do hipotezy badawczej

Test Plam Atramentowych H. Rorschacha według systemu Exnera

Badana prezentuje uproszczony, choć w zasadzie adekwatny sposób ujmowania rzeczywistości. Wydaje się on mieć obronny charakter wynikający z chronicznego przeżywania napięć i stanów depresyjnych, służy ukrywaniu bardziej osobistych spostrzeżeń. Ich źródło tkwi w bolesnych doświadczeniach życiowych badanej, stąd ma ona problemy związane głównie z wewnętrznymi przeżyciami. Broni się przed doświadczaniem negatywnych emocji, unika bodźców przykrych emocjonalnie i nie potrafi ujawniać swoich głębszych przeżyć bez lęku i represji. Nadmiernie kontroluje się, stosując mechanizmy obronne – głównie mechanizmy zaprzeczania, projekcji, racjonalizacji i fantazjowania. Lękowe zawężenie funkcjonowania uwidacznia się również w relacjach społecznych i osobistych. Badaną cechuje nadmierna ostrożność i dystans wobec ludzi zabarwiony niechęcią, ale nie izoluje się całkowicie. Zachowanie jej jest pasywne, ukierunkowane na spełnianie wymagań otoczenia. Aktywność w niewielkim stopniu stymulowana jest przez własne dążenia. Badana ma niesprecyzowane cele i aspiracje życiowe, a jej potrzeby mają bardziej elementarny i ograniczony charakter. Problemy wewnętrzne badanej mają też wyraźny związek ze sferą doznań seksualnych, które zostały stłumione przez silny lęk, choć sygnatury wskazują też na konfliktowe z tym pragnienie większej aktywności i otwartości w kontaktach seksualnych. Pewne światło na charakter przeżyć rzuca analiza werbalizacji o powtarzającym się wspólnym wątku: szczeliny w skale, wejścia w przestrzeń utworzoną przez skały, wejścia w głąb jaskini, spuszczenia się w dół wąwozu. Treści te wyraźnie sugerują przenikanie, wkraczanie do wnętrza danego obiektu bądź zwracają uwagę na naturalne

otwory uformowane w naturze. Wskazują one na penetrację i charakterystyczne są dla osób o niestabilnych granicach ze światem zewnętrznym i mało zintegrowanym obrazie siebie. Sygnalizują potrzebę obrony przed wtargnięciem innych. Wypowiedzi te zyskują dodatkowe znaczenie, jeśli odniesiemy je wprost do traumatycznych doświadczeń badanej związanych z wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie. Dodatkowym potwierdzeniem urazowego charakteru przeżyć seksualnych jest wybitnie wydłużony czas reakcji na tablice generujące opisane skojarzenia.

Badanie MMPI

Mimo słabości mechanizmów radzenia sobie, obronny potencjał przystosowawczy badanej jest wystarczający, by mogła ona poprawnie funkcjonować w życiu codziennym, choć jej aktywność jest dość uboga i słabo zróżnicowana. Badana ma małą odporność na stres, więc w sytuacjach stwarzających znaczne obciążenie łatwo dekompensuje się, co toruje drogę do depresji. Z różnych ujęć protokołu wyłania się obraz osoby nisko oceniającej swoje możliwości, która nastawia się raczej na otrzymywanie pomocy niż samodzielne rozwiązywanie problemów. Jest zależna od otoczenia, a równocześnie utrzymuje zabarwiony nieufnością obronny dystans. Towarzyszy temu obawa utraty kontroli nad sobą, co sprawia, że nie wyraża ona swoich uczuć wprost i zaprzecza niepożądanym impulsom. Ma problemy wewnętrzne związane z własną seksualnością, które mają źródło w jej przeszłości rodzinnej. Podwyższony wynik skali Mf (męskość/kobiecość) świadczy o braku akceptacji lub niepełnej identyfikacji z rolą kobiety. Zdaje się to jednak dotyczyć raczej sposobu pełnienia tej roli niż samej płci. W tzw. pozycjach krytycznych Lachara-Wrobela badana neguje jakiegokolwiek problemy seksualne – jej odpowiedzi wskazują na zdolność do osiągania satysfakcji w związku heteroseksualnym. Nie jest to jednak kwestia jednoznacznie rozstrzygnięta. Podwyższenie podskali Mf4 Harrisa można interpretować, iż badana wykazuje także zainteresowanie przedstawicielkami tej samej płci. Podskala ta nie określa jednak charakteru tego zainteresowania, raczej pozwala wnioskować o większej swobodzie emocjonalnej w obcowaniu z kobietami i świadczy o dyskomforcie przeżywanym w obecności osób płci przeciwnej. Na tej podstawie można przypuszczać, że badana nie jest zdolna do dojrzałych związków heteroseksualnych, w których współzycie seksualne jest tylko jednym z elementów. Wynik ten należałoby rozpatrywać w szerszym kontekście jej zaburzonych relacji społecznych. Warto zwrócić uwagę na relacje z ojcem modelujące stosunek kobiety do partnerów seksualnych. Niski wynik w skali „feministycznej” FEM sugeruje, że badana nie tyle opowiada się przeciwko swojej płci, co odrzuca przede wszystkim tradycyjną obyczajową oprawę roli kobiecej i chętniej angażuje się w typowo męskie formy aktywności. Przedstawione wyniki wskazują na prawdopodobny konflikt zarysowujący się między preferowanym przez badaną „męskim” stylem bycia a sprzecznymi z tym właściwościami jej osobowości – jak np. pasywność czy zależność od ludzi.

Koncepcja psychodynamicznych mechanizmów zaburzeń

Organizacja i mechanizmy osobowości badanej sprawiają, że jej funkcjonowanie psychologiczne wykazuje cechy obronnego zubożenia we wszystkich obszarach aktywności życiowej, w tym również w sferze rozwoju seksualnego.

Jak wykazało badanie kliniczne, ten obronny sposób funkcjonowania ma źródło w urazowych doświadczeniach badanej z okresu dzieciństwa. Badana była wykorzystywana seksualnie i bita przez ojca alkoholika, była również świadkiem maltretowania fizycznego rodzeństwa i matki. Wzrastała w atmosferze stałego zagrożenia wywołującego nie tylko strach przed przemocą w różnych formach, ale także poczucie bezsilności i braku realnego wpływu na sytuację. Jej sprawcami byli właściwie oboje rodzice, każde na swój sposób dysfunkcyjne – ojciec jako krzywdziciel, matka zaś jako osoba niezdolna do zadziałania jako psychologiczny bufor z powodu nerwowości, przygnębienia i bierności. W tych warunkach badana nie mogła rozwinąć w sobie podstawowego zaufania do rodziców kształtującego poczucie bezpieczeństwa. Przystosowanie się do takiej sytuacji wymagało nieprzerwanej czujności i gotowości do ucieczki. Schorowana i „zajęta” kolejnymi ciążami, rodzeniem i opieką nad małymi dziećmi matka nie tylko nie umiała dać jej oparcia, ale też sama przerzucała na jej barki – jako najstarszej córki – obowiązki związane z prowadzeniem domu. W ten sposób przypisano jej rolę dorosłej kobiety w wieku zaledwie siedmiu lat, co oderwało jej dalszy rozwój od środowiska rówieśniczego i pozbawiło możliwości nawiązywania satysfakcjonujących kontaktów pozarodzinnych. Tak duże natężenie czynników urazowych, niemożliwych do opanowania przez badaną w jej wieku, musiało ukierunkować ją przede wszystkim na radzenie sobie z powstającymi emocjami. Zbudowała taki system obrony psychicznej, który nie chronił jej wprawdzie przed samą sytuacją, ale pozwalał na jej przetrwanie – nauczyła się nie odczuwać, zmniejszać swoje potrzeby, podporządkowywać się wymaganiom, unikać ludzi itp. Koszty psychologiczne tych przeżyć uwidoczniły się szczególnie wyraźnie u badanej w obrazie samej siebie. Przedmiotowe traktowanie przez ojca jej osoby jako obiektu rozładowywania napięcia seksualnego i odreagowywania agresji, a także niedostateczna opieka matki, nauczyły ją myśleć o sobie jako o kimsz niezasługującym na lepsze traktowanie, być może też przyczyniającym się do powstania tej sytuacji. Prawdliwością rozwojową w tym wieku jest odnoszenie wszystkiego do siebie, stąd też można domyślać się przypisywania sobie bezwiednie współwiny za molestowanie. Prawdopodobną reakcją wobec traumy mogła być w początkowych etapach dysocjacja, a w późniejszym okresie obawy depresyjne, którymi pacjentka zapłaciła za uświadomienie sobie kontekstu swojej problematyki.

Istotne dla funkcjonowania badanej wydaje się również to, czego nie zdołała w sobie w związku z tymi doświadczeniami urazowymi wykształcić. Przede wszystkim nie zdobyła umiejętności ważnych dla dorosłego życia związanych z tworzeniem stabilnych związków. Można się spodziewać, że osoba wykorzystywana w dzieciństwie ma trudności z właściwym rozumieniem bliskości i miłości [13]. Badana jest osobą rozwiedzioną, jej kolejny, poważny związek był powierzchowny, oparty na seksie, który nie przynosił zadowolenia. Partner, podobnie jak ojciec i mąż, nadużywał alkoholu, co może oznaczać, że już sam wybór mężczyzn opierał się na niedojrzałej motywacji. Trudny do zaakceptowania był również wzorzec kobiecości i relacji kobieco-męskich przekazywany przez rodziców. Matka modelowała zachowanie kobiety posłusznej mężczyźnie, zaprzeczającej swoim potrzebom dla dobra rodziny. Ojciec nauczył ją, że kontakt z mężczyznami jest bolesny, pozbawiony troski i opieki, polega na żądaniu i wymuszaniu. Badana odrzuciła

te wzorce, odchodząc od partnerów w momencie, gdy powielali zachowania ojca lub stwarzali swoim nadmiernym piciem takie zagrożenie.

Inny istotny deficyt emocjonalny wywodzący się z dzieciństwa dotyczy trudności w pełnieniu roli matki. Matka była osobą pozornie obecną w jej rozwoju, ale była to raczej relacja zadaniowa poprzez wspólne obowiązki domowe, wzmacniana pochwałami podkreślającymi „przydatność” córki. Można powiedzieć, że badana nie była dzieckiem w rodzinie, razem z matką tworzyła raczej podsystem kobiet. Ta relacja została skopiowana w związku badanej z jej córką – od początku nakazała córce mówić sobie po imieniu, nie okazywała zainteresowania jej sprawami dziecięcymi. Bardzo sumiennie natomiast dbała o jej potrzeby bytowe, wykształcenie. Córka odbierała to jako brak uczucia, wymuszała je poprzez zaburzenia zachowania. Badana reagowała okazaniem troski, co podtrzymywało kontakt i pozwoliło na jego naturalną ewolucję. Momentem najtrudniejszym w ich relacjach było dorastanie córki konfrontujące matkę z problemem jej kobiecej seksualności. Bardzo gwałtownie i nieadekwatnie negocjowała wtedy wszelkie przejawy płci córki, wywołując tym jej bunt. Naturalna ambiwalencja i rywalizacja pokoleniowa odrodziła doświadczenia urazowe badanej. Identyfikując się z córką, usiłowała je stłumić poprzez narzucanie jej aseksualnego stylu. Można domyślać się też lęku przed powtórzeniem przez córkę jej losu i dostrzec w tym próbę ochrony jej przed tym. Przenosiła na nią swoje cierpienie, niezadowolenie z kobiecej roli oraz problemy, jakie miała z własną matką. Klóćąc się ze swoją matką, która krytykowała jej metody wychowawcze, tak naprawdę nie robiła tego tylko „w sprawie córki”, ale odreagowywała również nie wprost przeżycia z własnej relacji z przeszłości. Ich obecne stosunki są spokojne i wzajemnie wspierające.

Wnioski dotyczące tożsamości płciowej pacjentki

Istnieje sprzeczność w zakresie identyfikacji płciowej przejawiającej się w tym, co badana myśli, czuje i przeżywa, a prezentowanymi przez nią zachowaniami przynależnymi roli płciowej męskiej. Zatem w aspekcie płciowości można osobowość badanej określić jako dysharmonijną [2]. Identyfikacja płciowa i rola płciowa pozostają w konflikcie ze sobą, szczególnie w okresach występowania objawów depresyjnych, kiedy pacjentka używa męskiej formy gramatycznej w odniesieniu do swojej osoby. Ten aspekt przeżywania siebie można określić jako egodystoniczny. Badanie weryfikujące hipotezę kwestionującą rzeczywiste zaburzenia tożsamości płciowej opisywanej pacjentki wykazało, że seksualnie określa się ona jednoznacznie jako kobieta. Prezentowane przez nią zachowania upodabniające ją do mężczyzn nie negują jej płci ani też nie wiążą się nawet z chwilową potrzebą przynależności do płci przeciwnej (wykluczono transwestytyzm o typie podwójnej roli). Należy je interpretować w szerszym kontekście jej doświadczeń urazowych, nie tylko seksualnych, ale także związanych z różnymi aspektami roli kobiety. Badana zetknęła się z instrumentalnym i fizjologicznym traktowaniem seksu, brutalną ojcowską przemocą i zachowaniem matczynym biernie przyzwalającym na przymus, cierpieniem wywołanym przez poronienia i utratę dziecka. Nieatrakcyjny był także model obowiązków domowych przypisywanych jej płci, tym bardziej że odbierał jej dzieciństwo. Te wszystkie doświadczenia utrudniły jej

akceptację nie tyle samej płci, ile roli z nią związanej. Podobnie nie do przyjęcia jest dla niej znany jej wzorzec roli męskiej, stąd zachowaniom andromimetycznym badanej towarzyszą zwykle atrybuty damskiego ubioru. W upodabnianiu się do mężczyzny można domyślać się mechanizmu obronnego polegającego na identyfikacji z agresorem, co być może zmniejsza jej lęk przed mężczyznami i pozwala dowartościować się poprzez symboliczne przejęcie jego siły. Nieświadome treści przeżyć badanej ujawnione w teście projekcyjnym wskazują też na konflikt między silnym lękiem a pragnieniem większej aktywności i otwartości w kontaktach seksualnych. Być może zachowania andromimetyczne są ukrytą formą zaspokojenia tych pragnień.

Podsumowanie

W procesie diagnostycznym chorego prezentującego zachowania niezgodne z oczekiwaniami dla danej płci bądź opisującego problemy z własną płciowością należy zwracać uwagę na rozróżnienie między tożsamością, rolą i orientacją płciową oraz na możliwość istnienia niezgodności między tymi aspektami. Rzetelna i trafna diagnoza zaburzenia i analiza problemu pozwala na zaplanowanie adekwatnej i najbardziej skutecznej formy terapii często z udziałem psychiatry, psychologa oraz seksuologa.

Нарушения половой идентификации или андромиметрические поведения у жертвы кровосмешения – представление наблюдения

Содержание

В настоящее время все более трудным становится однозначное определение проблемы связанной с явлением дезапробаты пола ввиду собственного определения. Все более неопределенным становится категория половой принадлежности – внутреннего чувства быть женщиной или мужчиной. Авторы представляют наблюдение женщины, у которой внутренние проблемы, связанные с собственной сексуальностью и неполной идентификацией с ролью, приписанной полу связаны с источником семейного прошлого. Длительные, травматические переживания кровосмесительного насилия и жестокость со стороны близких людей нарушили развитие исследованной во многих сферах личности и функционирования.

Задачей работы было описание наблюдения и верификация гипотезы о появлении у женщины нарушения идентификации пола, которое идет в паре с депрессивными нарушениями. В работе над проблемами пациентки, кроме клинического анамнеза, использованы диагностические пособия: Минесотский полимерный глоссарий личности и Тест чернильных пятен Х. Роршаха в системе ЦСР Экснера (ТПА). Исследование показало, что пациентка сексуально определяется как женщина. Показываемые ей поведения, сходные с мужским поведением не отрицают ее пола, а также не связываются с краткой потребностью к противоположному полу. Это явление нужно интерпретировать в широком контексте травматических переживаний, не только сексуальных, а также связанных с различными аспектами роли женщины.

Ключевые слова: нарушения половой идентификации, синдром дезапробаты пола, кровосмешение

Geschlechtsidentitätsstörung oder andromimetisches Verhalten bei Inzest – Opfern – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Zur Zeit ist es immer schwerer eindeutig die Problematik zu klassifizieren, die mit der Ablehnung des eigenen Geschlechts im Bezug auf die Selbstbestimmung in einem gewissen Kontext und mit der

immer verschwommenen Kategorie der Geschlechtsidentität verbunden sind - inneres Gefühl, Frau oder Mann zu sein. Die Autoren beschreiben den Fall einer Frau, bei der die inneren Probleme mit eigener Sexualität und nicht voller Identifikation mit der ihr durch das Geschlecht zugeschriebenen Rolle, eine Quelle in der Vergangenheit der Familie haben. Langjährige, traumatische Erlebnisse des sexuellen Missbrauchs – Inzest – und der Gewalt seitens der Nächsten störten die Entwicklung der Untersuchten auf vielen Gebieten der Persönlichkeit und der Funktionsweise. Das Ziel der Arbeit war Fallbeschreibung und Verifikation der Hypothese zur Geschlechtsidentitätsstörung, die bei der untersuchten Frau mit der depressiven Störung komorbid ist. Bei der Studie an der Problematik der Patientin wurden auch, außer der Anamnese, folgende Werkzeuge eingesetzt: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) und Tintenkleckstest von H. Rorschach im CSR Exner – System (TPA). Die Untersuchung erwies, dass die Patientin sich selbst sexuell eindeutig als Frau bestimmt. Ihre Verhaltensweise ähnelt einem Mann, sie verneint ihr Geschlecht nicht und fühlt sich auch nicht momentan einem anderen Geschlecht zugehörig. Ihr Fall soll in einem breiteren Spektrum ihrer traumatischen Erfahrungen interpretiert werden, nicht nur der sexuellen, sondern auch solchen, die mit unterschiedlichen Aspekten der Rolle einer Frau verbunden sind.

Schlüsselwörter: Geschlechtsidentitätsstörung, Syndrom der Geschlechtsablehnung, Inzest

Les troubles de l'identité sexuelle ou les comportements andromimétiques chez une victime de l'inceste – étude d'un cas

Résumé

Aujourd'hui il est de plus en plus difficile de qualifier les problèmes liés avec le phénomène de la dysphorie de genre dans le contexte des catégories de l'identité sexuelles devenant plus fluides – dans le sens interne d'être femme ou homme. Les auteurs décrivent le cas d'une femme dont les problèmes, liés avec sa sexualité et l'identité incomplète avec son rôle lié avec le genre, ont leur origine dans le passé de famille. L'expérience traumatique et durable de l'inceste et de violence en famille trouble son développement dans plusieurs champs de sa personnalité et de son fonctionnement. Ce travail vise à décrire son cas et à vérifier l'hypothèse du trouble de l'identité sexuelle accompagnée des troubles dépressifs chez cette patiente. Les auteurs usent les suivants outils diagnostiques : the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), the Rorschach Inkblot Test dans le système CSR Exner (TPA) et l'anamnèse (dossier médical de la patiente). L'examen démontre d'une manière indubitable que la patiente s'identifie comme femme. Ses comportements masculins ne contestent pas son genre féminin et ils ne se lient pas avec son besoin, même temporaire, d'être homme. Il faut interpréter ces comportements dans le large contexte de ses expériences traumatiques, non seulement sexuelles, mais liées avec les divers aspects du rôle de femme.

Mots clés : troubles de l'identité sexuelle, dysphorie de genre, inceste

Piśmiennictwo

1. Carroll RA. *Rozpoznanie i leczenie zespołu dezaprobaty płci*. W: Leiblum SR, Rosen RC. red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. s. 424–457.
2. Dulko S. *ABC... płci*. Kosmos 2003; 1(258): 5–10.
3. Nowosielski K. *Identyfikacja i rola płciowa*. W: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. red. *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 91–100.
4. Fajkowska-Stanik M. *Transseksualizm. Definicje, klasyfikacja i symptomatologia zjawiska*. *Psychiatr. Pol.* 1999; 33(5): 769–781.
5. Lothstein LM, Levine SB. *Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1981; 38: 924–929.
6. Money JM. *The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years*. *J. Sex Marital Ther.* 1994; 20: 163–177.

7. Lehavot K, Molina Y, Simoni JM. *Childhood trauma, adult sexual assault and adult gender expression among lesbian and bisexual women*. *Sex Roles* 2012; 67(5–6): 272–284.
8. Devor H. *Gender blending*. Bloomington: University of Indiana Press; 1989.
9. Matkowski M. *MMPI. Badanie – opracowanie – interpretacja*. Poznań: Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości; 1992.
10. Paluchowski WJ. *Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI. Część I, II, III*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP i Wydziału Psychologii UW; 1985.
11. Exner JE. *Test Rorschacha. System Całościowy*. 1986. Do wyłącznego użytku uczestników zajęć organizowanych przez Laboratorium Technik.
12. Stasiakiewicz M. *Test Rorschacha*. Wydawnictwo Naukowe Scholar; Warszawa 2004.
13. Salter AC. *Pokonywanie traumy. Jak zrozumieć i leczyć dorosłe ofiary wykorzystania seksualnego w rodzinie*. Poznań: Media Rodzina; 2003.

Adres: Magdalena Piegza
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
42-600 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowicka 49

Otrzymano: 3.09.2010
Zrecenzowano: 18.06.2013
Otrzymano po poprawie: 19.11.2013
Przyjęto do druku: 4.12.2013