

Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М. А.

РЕФЕРАТ

На тему: «Расстройства половой идентификации»

Выполнила: Ординатор второго года обучения
специальности «Психиатрия»

Казьмина Н.В.

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2020.

Содержание:

I. Введение.....	3
II. Клиника.....	5
1. Транссексуализм.....	5
2. Трансвестизм двойной роли.....	9
3. Расстройства половой идентификации у детей	10
4. Другие расстройства половой идентификации	11
5. Расстройство половой идентификации неуточненное	11
III. Психогенез транссексуальной установки на изменение пола.....	12
IV. Организация медицинской помощи.....	14
V. Вывод.....	17
IV. Список литературы.....	18

I. Введение

В последнее время широко обсуждается, в особенности в странах Европы и США, так называемая гендерная идеология, в соответствии с которой каждый человек обладает свободой выбора собственного пола. И по мере того как распространяется информация о возможности смены пола, увеличивается число лиц, желающих изменить пол, что свидетельствует не о росте частоты транссексуализма, а о разнообразии состояний, в рамках которых могут возникать такого рода идеи.

Расстройства половой идентификации (РПИ) - нарушения единства поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определенному полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли. Перевод термина "identity" (идентификация) не вполне оправдан, поскольку понятия "идентичность" и "идентификация" с клинической точки зрения не тождественны. Английское слово "gender" означает не пол в сексуальном или даже анатомическом смысле, а мужской и женский род как таковой, т.е. речь идет об отклонениях не только сексуальности, но и структуры полоролевых стереотипов.

Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) входят

- транссексуализм (F64.0),
- транссвестизм двойной роли (F64.1),
- расстройство половой идентификации у детей (F64.2),
- расстройство половой идентификации в детском возрасте транссексуального типа (F64.21),
- расстройство половой идентификации в детском возрасте трансролевого типа (F64.22),
- расстройство половой идентификации в детском возрасте неуточненное (F64.29),
- другие расстройства половой идентификации (F64.8),
- расстройство половой идентификации неуточненное (F64.9).

Расстройство половой идентификации является довольно редким, его распространенность оценивается в один случай на 30 000 населения у мужчин и на 100 000 — у женщин. Эти данные могут не соответствовать истинному положению дел, поскольку основаны на сведениях об обращаемости к врачам с целью изменения пола. Неясно также, действительно ли среди пациентов преобладают мужчины, т.к. разница по полу может на самом деле отражать социокультурные тенденции и более выраженную ранимость мужчин к расстройствам половой идентификации. Это расстройство встречается во всех странах, у представителей всех национальностей и народностей.

Разграничение указанных состояний в конкретных случаях может представлять значительные трудности. Особенно остро этот вопрос стоит перед детскими психиатрами. Крайне важно знать, могут ли симптомы гендерной дисфории у детей и подростков прогрессировать и принимать клинические формы. Нужно понимать, как выявить этих детей и подростков и предотвратить развитие расстройств, связанных с психосоциальной и психосексуальной дезадаптацией. Такая дифференциация определенно необходима, так как смена пола может быть показана в одних случаях и не показана и даже вредна и опасна в других.

У пациентов с транссексуализмом возникает внутренний конфликт из-за несоответствия между желаемым и реальным полом, что обычно приводит к ощущению постоянного внутреннего напряжения, подавленности, дисфории, а если проблема долго не решается, то и

к аффективным нарушениям, вплоть до суицидального поведения. В связи с невозможностью переориентации таких пациентов смена пола может стать для некоторых из них основным вариантом помощи. Однако принятие такого решения требует серьезного обследования и тщательного анализа всех показаний и противопоказаний сначала к смене паспортного пола, а затем и к хирургической коррекции. Недостаточно квалифицированные действия в этом направлении могут привести к врачебным ошибкам и причинить непоправимый вред здоровью пациента.

По современным представлениям смена пола может положительно влиять на возможности социально-психологической и сексуальной адаптации именно у лиц с транссексуализмом. Последний определяется как желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, обычно сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному им полу

В настоящее время вопросы, касающиеся половой идентификации, рассматриваются не только в медицинском и социальном аспектах – их обсуждение перешло и в политическую плоскость. Возможность максимального упрощения процедуры смены пола уже давно стала предметом дискуссий в ряде западных стран, в том числе в рамках программы борьбы за права трансгендеров. Предлагается заменить термин «транссексуализм» термином «гендерное несоответствие», квалифицировать это состояние не как психическое расстройство, а как некую особенность развития (вариант нормы) и в связи с этим исключить данную рубрику из следующего издания МКБ с целью уменьшения стигматизации пациентов. Однако такая депатологизация лиц, желающих сменить пол, может повлечь серьезные последствия, так как не принимается в расчет то, что это состояние нередко может сочетаться с психическими заболеваниями или быть их проявлением, а также заключать в себе явную или скрытую опасность суицида. Поэтому ясное описание клинических особенностей различных расстройств половой идентификации, принципов и тактики лечебно-реабилитационных мероприятий весьма актуально и своевременно.

II. Клиника

1. Транссексуализм (ТС) – стойкое осознание собственной принадлежности к противоположному полу, желание существовать и быть принятым в качестве лица противоположного пола, сочетающееся с чувством дискомфорта от своего анатомического пола и стремлением пройти гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу. Для постановки диагноза транссексуализма необходимо констатировать существование стойкой транссексуальной идентичности в течение не менее 2 лет. При этом указанное состояние не должно быть симптомом другого психического заболевания, например, шизофрении, или вторичным признаком каких-либо межполовых, генетических или хромосомных аномалий.

А.О. Бухановский выделяет такие основные симптомы транссексуализма, как:

1) инверсия половой идентичности - осознание себя лицом противоположного пола, ощущение внутренней раздвоенности своего полового состояния. При этом аномальное психическое "Я" оказывается наиболее консолидированным и во внутренней картине болезни предстает естественным, тогда как практически здоровые и нормальные телесные признаки пола становятся чуждыми и несовместимыми с собственным половым статусом. При этом рациональная оценка и понимание как биологического, так и гражданского пола адекватны.

2) инверсия половой социализации личности - усвоение, нередко утрированное, пациентом личностно-психологических качеств (свойств характера и направленности личности, ценностных ориентации, мировоззрения, морально-этических нормативов, семейных и профессиональных устремлений, привычек, особенностей поведения), считающихся в социокультуральном окружении больных характерными для лиц противоположного пола.;

3) инверсия психосексуальной ориентации - характеризуется несколькими признаками:

1) контакты с партнёрами противоположного биологического, но совпадающего психического пола, выглядящие в глазах общества естественными, гетеросексуальными, внутренне ощущаются и переживаются как аморальные, противоестественные, гомосексуальные.

2) половое партнёрство базируется, в основном, на положительных психоэмоциональных переживаниях (чувства симпатии, влечения, любви, страсти) к исключительно гетеросексуальным лицам.

К производным симптомам транссексуализма он относит:

– симптом отвергания пола - чувство недовольства, доходящее до ненависти, к половым признакам своего тела и к проявлениям их функционирования. Проявлением его становится симптом половой мимикрии, отмеченный у всех больных. Он заключается в стремлении замаскировать свои реальные половые органы и вторичные половые признаки (реакция маскировки) и одновременно муляжировать желаемые, но отсутствующие (реакция имитации).

– многообразные проявления психосоциальной дезадаптации;

– аутодеструктивное поведение, включающее в себя самоповреждения, суицидальное поведение, опасные хобби и профессии, добровольный уход на войну, намеренные рабочие перегрузки, злоупотребление спиртным и наркотиками, изнурительные сексуальные контакты, принимающие характер промискуитета.

Для истинных транссексуалов типичным является утверждение о том, что они изначально чувствуют себя человеком другого пола и им надо только привести свое тело и свой социальный статус (паспорт) в соответствие с этим ощущением. Типичен настрой на полную хирургическую коррекцию, включая пластику груди и вагинопластику.

Различают женский и мужской транссексуализм. При женском типе биологические женщины (генетические) ощущают себя в мужском поле; нередко при описании данной формы используют термин «Ж/М-трансформация», или «транссексуализм типа женщина-мужчина». При мужском транссексуализме биологические (генетические) мужчины ощущают себя в женском поле; при этой форме также используют термин «М/Ж-трансформация», или «транссексуализм типа мужчина-женщина». Диагноз транссексуализм ставится взрослым и подросткам, достигшим полового созревания, которые желают изменить свои половые органы и жить как представители другого пола, после исключения психических отклонений.

В отечественной литературе выделяют «ядерную» (яркую) и «краевую» (стертую) форму транссексуализма. Последняя отличается мягкостью течения и возможностью сексуальной и социальной адаптации без хирургической смены пола.

Транссексуализм имеет закономерную динамику, синхронную периодам формирования личности.

Первый этап – претранссексуальный, начинается в раннем детстве и продолжается до начала пубертатного периода. При истинном транссексуализме ощущение себя человеком противоположного пола возникает в возрасте формирования полового самосознания, то есть в диапазоне от 2 до 6 лет. Дети под влиянием воспитания, сравнения со сверстниками по одежде, облику, половым органам оценивают себя в соответствии с биологическим, гражданским полом и полом воспитания. В то же время они неосознанно ведут себя как противоположный пол, это выражается в инверсии предпочтений игр, игрушек, выбора товарищей по общению. У девочек отмечаются проявления мальчишеского поведения (томбоизм), у мальчиков наоборот. Происходит дебют переодевания в одежду противоположного пола, вначале это недостаточно осознается самими пациентами, проявляется эпизодически во время игр или выполнения домашних обязанностей.

Второй этап - этап формирования полоролевого переодевания, совпадает с началом пубертатного периода (10-12-13 лет). Основные его проявления связаны с продолжающейся инверсной половой идентификацией, социализацией и возникновением признаков инверсной психосексуальной ориентации. Они включают:

- 1) инверсную реакцию группирования со сверстниками,
- 2) инверсные формы хобби и избирательность отношения к тем школьным предметам, которые в наибольшей степени связаны с полоролевым поведением (уроки труда, физкультуры, начальной военной подготовки и др.),
- 3) завершение формирования полоролевого переодевания, принимающего характер клинического симптома. Он постепенно расширяется и усложняется, превращаясь в сознательное стремление принять отдельные черты облика противоположного пола, в большей степени по типу присвоения внешних его черт (одежды, прически, походки, жестикуляции и пр.) Эпизоды переодевания со временем учащаются и удлиняются, становятся необходимой для внутреннего комфорта формой существования,
- 4) появление признаков инверсной психосексуальной ориентации, имеющих на этом этапе романтически-платонический характер и проявляющихся в большей степени "внутренними" формами, как правило, скрывааемыми симпатиями, романтической влюбленностью, мечтами, фантазиями, сновидениями.

Начало **третьего этапа**, этапа кристаллизации ТС конфликтов, совпадает с поздним пубертатным периодом (14— 17 лет).

Этот этап характеризуется:

- 1)завершением инверсной половой идентичности,
- 2)завершением инверсной психосексуальной ориентации,
- 3)выраженным симптомом отвергания пола, включая симптом мимикрии, реакции имитации и маскировки,
- 4)постоянным и развернутым переодеванием,
- 5)множественными специфическими ТС конфликтами.

Наряду с интенсивно продолжающимся инверсным развитием полового диморфизма личности всё более активно заявляет о себе сексуальность. На этом этапе она приобретает "внешнюю" форму – флирт, танцы, ухаживания, негенитальные и генитальные половые контакты. Влюбленность достаточно быстро приобретает эротически-сексуальный оттенок, особенно при женском ТС.

На этом этапе практически у всех пациентов отмечается повышенное внимание к собственной внешности, что связано с неудовольствием собственными половыми признаками: юноши – увеличением и оформлением полового члена, появлением оволосения, огрубением голоса, девочки огорчены появлением менструаций, увеличением грудных желез. Постыдно-неприятными становятся традиционные формы полового поведения. Мальчики никак не могут свыкнуться с необходимостью бриться, эта процедура рано или поздно заменяется иным видом эпиляции волос, чаще их выщипыванием. Девушки стыдятся менструаций, презируют себя за необходимость выполнения в этот период гигиенических мероприятий. Возникает реакция мимикрии: девушки маскируют грудные железы, юноши пытаются, скрыть половой член и яички, прибегая к единому приёму маскировки – половой член максимально загибается назад и закладывается в область промежности, где удерживается сомкнутыми бедрами, что придаст походке специфический вид, а яички, загоняются в паховые каналы. Этими феноменами заявляет о себе завершающий формирование клинически очерченный симптом отвергания пола. Все это напоминает дисморфоманические расстройства. Однако ни у одного пациента с ТС не возникает патологической убежденности в дефектности или аномальности своего морфологического строения или внешности, не отмечено идей отношения и толкования, что характерно для дисморфоманической триады. Пациенты с ТС адекватно понимают и оценивают свой физический статус. Они лишь не могут с ним смириться и эмоционально отрицательно реагируют на свою половую телесную атрибутику, считая себя ошибкой природы.

Своеобразной маскулинизации/феминизации подвергается и общий стиль поведения. У юношей заметнее становятся плавность движений, кокетливость, они начинают по-женски покачивать бёдрами при ходьбе. Движения девушек остаются резкими, угловатыми, лишенными пластичности.

Возникающие профессиональные склонности также отражают инверсную по полу направленность личности: юноши избирают специальности повара, медбрата, работника косметического кабинета, проводника пассажирских поездов, девушки—токаря, водителя авто-или электротранспорта, тракториста, морехода и пр.

Переодевание на этом этапе столь полное, что незнакомые люди начинают принимать больных не за тех, кем они являются, а за тех, кем хотят быть.

В этом периоде у большинства пациентов начинает разрабатываться и совершенствоваться легенда. Её задача разумно, по-бытовому объяснить несоответствие полоролевого и сексуального поведения официальному половому статусу и ожиданиям общества, "узаконивание" своего необычного поведения, защита от окружения, упреждение неприятных вопросов и недоумения, избегание общественных санкций, безболезненное

неформальное общение и функционирование в избранной половой роли, хотя бы в части социальных ситуаций. Легенда возникает эмпирически, в ситуациях, в которых пациент вынужден скрывать свой истинный пол. Её содержанием являются придуманные больным имя, некоторые биографические факты, объясняющие необычность внешнего вида, поведения. При сексуальных контактах легенда включает не только вербальное объяснение необычных поз, способов, ситуаций, причин прерывания полового акта, но и приемы, призванные привести пациента в максимальное соответствие с легендой.

Клинически психогенные состояния при ТС на этом этапе проявляются реактивными субдепрессиями, сензитивными астеническими состояниями, реакциями психалгии.

Завершающий, **четвертый этап** – этап развернутой клинической картины ТС включает все основные и производные симптомы. Затягивается он на годы, становление ТС завершается, как правило, к 20—30 годам.

Сходство с желаемым полом достигается не только измененной внешностью, одеждой, причёской и т.д., но и выработанными и ставшими автоматизированными стилем поведения, походкой, жестикуляцией, интонациями голоса, кокетством, образом мышления и речи, профессиональными интересами и хобби. Многие в такой степени вживаются в инверсную половую роль, что воспринимаются окружающими в соответствии уже не с паспортным, а с присвоенным ими полом, что создает "психологическую нишу", уменьшает степень страданий, повышает адаптивность. Причем восприятие их в искомом поле столь велико, что, работая в мужских рабочих коллективах, подобные биологические женщины свободно передеваются в мужских раздевалках и моются вместе с мужчинами в общем душе, не вызывая никакого эротического интереса или протеста.

В отношении сексуальной и семейной жизни транссексуалов следует отметить преобладание установки на семейные отношения, основанные на психологическом единении, взаимодополнении и чувственности. Здесь часто проявляется утрированность усвоенной половой роли – она несколько сдвинута в прошлое, идеализирована, отдает романтизмом. Фактически при мужском ТС пациенты мечтают выйти по любви замуж, "жить за мужем как за каменной стеной", создать ему дома уют, вкусно и сытно кормить, воспитывать детей. При женском ТС свой семейный долг пациентки видят в материальном обеспечении семьи, исполнении всех тяжелых работ, защите семьи от жизненных невзгод.

В процессе **дифференциальной диагностики** необходимо исключить эндогенные психические заболевания, в клинической картине которых на первое место выходят бредовые идеи сексуального метаморфоза или при которых нарушение полового самосознания выступает как одно из проявлений преморбиды или самого заболевания в детском (патогенетический фактор), пубертатном, постпубертатном и более позднем возрасте (патопластический фактор). Помимо этого, необходимо дифференцировать транссексуализм и другие варианты расстройств половой идентификации, так как смена пола рекомендована лишь пациентам с транссексуализмом. Дифференциальная диагностика дополнительно затруднена тем, что расстройства половой идентификации возможны также при шизофрении, т. е. одно не исключает другого, однако тщательный анализ динамики психопатологических феноменов обычно позволяет распознать эндогенный процесс. В целом сексуальное содержание бредовых и галлюцинаторных расстройств должно насторожить врача и заставить заподозрить наличие тех расстройств половой идентификации, которые требуют иной врачебной тактики, отличающейся от таковой при транссексуализме. Необходимо различать редкие случаи истинной коморбидности шизофрении и транссексуализма и половую дисфорию как симптом

психоза. Описан вторичный транссексуализм при шизофрении, однако существует и точка зрения, что истинный транссексуализм не связан с психопатологическими нарушениями типа «больших психозов». Маниакальные или депрессивные состояния также могут сопровождаться высказываниями больных о том, что их психические процессы, ощущения и переживания приобрели особенности, характерные для противоположного пола, появляется и соответствующее поведение (эффеминация). В ремиссии или в состоянии с аффектом другого полюса больной критичен к предыдущим переживаниям и поведению. Описаны случаи, когда синдром половой дисфории протекал по типу обсессивно-компульсивного расстройства в сочетании со стертыми депрессиями. Необходимо также исключить группу интерсексуальных расстройств – синдром Тернера, синдром Клайнфельтера, врожденную вирилизацию, псевдогермафродитизм, синдром андрогенной нечувствительности.

2. При трансвестизме двойной роли периодическое ношение одежды, характерной для противоположного пола, является частью образа жизни пациента и имеет своей целью получение удовольствия от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, однако без малейшего желания сменить пол, в том числе хирургическим путем. Переодевание не сопровождается возбуждением, что отличает данное расстройство от фетишистского трансвестизма. Эта категория включает нарушения половой идентификации в подростковом и зрелом возрасте.

Определение трансвестизма двойной роли даётся отчасти не по психологической составляющей, как у других трансгендеров, а по особенности поведения. Трансвеститы двойной роли нередко психологически близки к крайним транссексуалам.

Как правило, склонность к переодеваниям формируется в детском и подростковом возрасте. Сексолог Г. Б. Дерягин указывает, что на её становление могут влиять действия родителей, которые побуждают ребёнка носить одежду другого пола под влиянием желания иметь детей этого пола или ради развлечения. Он также утверждает, что, если у самих родителей имеются трансвеститские наклонности, ребёнок может копировать их поведение. Склонность к трансвестизму, заложенная в детском возрасте, обычно имеет характер стойкой привычки.

В социальном плане трансвеститы характеризуются довольно благополучно. Очень многие из них имеют семью, при этом члены семьи могут быть в курсе этих наклонностей. Среди трансвеститов намного меньше алкоголиков, чем среди лиц, имеющих другие сексуальные отклонения, а проблемы в межличностных отношениях возникают лишь в случаях, когда трансвестит негативно относится к своим потребностям или при конфликтах на сексистской почве с агрессивно настроенными индивидами.

Дифференциальная диагностика предполагает исключение эндогенных и экзогенных психических расстройств, в рамках которых наблюдаются явления трансвестизма, и феминизирующего варианта гомосексуализма.

Трансвестизм двойной роли был рекомендован для удаления из Международной классификации болезней ВОЗ в связи с отсутствием клинической значимости данной диагностической единицы. В версии МКБ-11 2019 года трансвестизм депатологизирован и исключён из классификации психических расстройств. Обновлённая версия медицинского классификатора вступит в силу 1 января 2022 года.

3. Расстройства половой идентификации у детей

Различают **расстройство половой идентификации в детском возрасте транссексуального типа**. Включает круг расстройств, впервые появляющихся в детстве задолго до пубертатного периода, которые характеризуются превратным ощущением своего пола и настойчивым желанием принадлежать (или убежденностью в принадлежности) к противоположному полу или требованием признать его таковым. Наблюдаются стойкая озабоченность одеждой и/или занятиями, свойственными противоположному полу, и/или отвергание собственного пола. Данное расстройство не должно смешиваться с гораздо чаще встречающейся гендерной неконформностью (нежеланием соответствовать общепринятым моделям полоролевого поведения), поэтому для его диагностики недостаточно констатировать мальчишеское поведение у девочек или девичье – у мальчиков, необходимо выявить глубокое нарушение чувства принадлежности к мужскому или женскому полу. Данный диагноз нельзя устанавливать, если индивидуум достиг пубертатного возраста. В редких случаях отмечается отвергание анатомических структур, присущих собственному полу. Дети с расстройством половой идентификации отрицают переживания по этому поводу, хотя и могут испытывать отрицательные эмоции, возникающие вследствие иных ожиданий и надежд родителей или сверстников, а также насмешек и/или отвергания.

У девочек заболевание характеризуется следующими признаками:

- постоянная и мучительная неудовлетворенность собственным полом;
- твердое желание быть мальчиком (определяется не только предполагаемыми социальными преимуществами принадлежности к мужскому полу) либо убежденность в своей принадлежности к противоположному полу;
- постоянное отчетливое отвращение к обычной женской одежде, попытки ношения общепринятой мужской одежды (например, нижнего белья для мальчиков);
- отречение от женских анатомических структур (редко), о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:
 - убеждение в наличии или скором появлении полового члена;
 - отказ от мочеиспускания в сидячем положении;
 - неприятие менструаций и роста молочных желез;
- длительность расстройства не менее 6 мес.

У девочек предпочтение поведения, традиционно ассоциирующегося с противоположным полом, проявляется в выборе друзей среди мальчиков, в жадном интересе к спорту, дракам; они не интересуются куклами и женскими ролями в построенных на воображении играх. Девочки подвергаются остракизму в меньшей степени, чем мальчики, хотя тоже могут страдать от насмешек в позднем детстве или в юности. По достижении юношеского возраста большинство из них перестают преувеличенно настойчиво заниматься мужскими видами деятельности и носить мужскую одежду, однако у некоторых сохраняется мужская идентификация, а может проявиться и гомосексуальная ориентация.

У мальчиков заболевание характеризуется следующими признаками:

- постоянная и тяжелая неудовлетворенность собственным полом, реже убежденность в принадлежности к женскому полу;
- занятия обычной для женщин деятельностью, о чем свидетельствует предпочтение женской одежды или придание своей одежде вида женского наряда, подобное переодевание не вызывает полового возбуждения, в отличие от фетишистского трансвестизма у взрослых.;
- сильное желание участвовать в играх для девочек или других формах досуга и отказ от мальчишеских игрушек, игр и деятельности;

- отречение от мужских анатомических структур, на что указывает как минимум один из следующих признаков:
 - желание стать женщиной (исполнения роли женщины недостаточно);
 - неприятие полового члена и яичек;
 - отсутствие желания иметь половой член или яички;
- длительность расстройства не менее 6 мес.

Откровенно женское поведение может быть менее выраженным в период ранней юности, хотя имеются данные о том, что в юношеском возрасте и позже у мальчиков с данным расстройством в 30–60 % случаев проявляется гомосексуальная ориентация. В то же время транссексуализм во взрослой жизни обнаруживают немногие из них, хотя большинство взрослых транссексуалов сообщают о нарушении половой идентификации в детстве.

Расстройство половой идентификации в детском возрасте трансролевого типа. Чаше наблюдается у мальчиков. К типичным проявлениям относят:

- увлеченность мальчиков играми и другими формами деятельности, традиционно считающимися девичьими;
- предпочтение девичьей или женской одежды.

В отличие от фетишистского трансвестизма у взрослых подобное переодевание не вызывает полового возбуждения. Мальчики могут испытывать сильное желание участвовать в играх и развлечениях девочек, их любимыми игрушками становятся куклы женского пола, а в качестве партнеров своих игр они постоянно выбирают девочек.

4. Другие расстройства половой идентификации диагностируются:

- у детей с устойчивым желанием переодеваться в одежду, предназначенную для противоположного пола, если нет других признаков детских расстройств половой идентификации, перечисленных в рубрике;
- у взрослых, если переодевание в одежду противоположного пола кратковременно и связано со стрессом;
- у взрослых с клиническими признаками транссексуализма, наблюдающимися менее 2 лет;
- у пациентов, которые постоянно одержимы идеей кастрации или ампутации полового члена без желания приобрести сексуальные характеристики другого пола.

Выраженность и стойкость расстройств идентификации при указанных состояниях может быть разной. В наиболее легких случаях субъекты осознают свою принадлежность к истинному полу, но это вызывает у них дискомфорт, не приводящий, однако, к заметной дезадаптации в жизни в целом. В тяжелых случаях дискомфорт по поводу собственного пола столь велик, что вызывает стойкую, тотальную дезадаптацию во всех сферах жизни.

5. Расстройство половой идентификации неуточненное. В эту рубрику следует относить различные нарушения половой идентификации нетранссексуального типа у взрослых, если постоянный дискомфорт из-за принадлежности к определенному полу отсутствует, однако практически на всех этапах психосексуального развития диагностируются определенные нарушения.

III. Психогенез транссексуальной установки на изменение пола

Одним из наиболее важных в проблеме ТС остаётся вопрос о происхождении и обоснованности требования об изменении пола.

Дисгармония личности при транссексуализме закономерно порождает многочисленные специфические транссексуальные конфликты. Они всегда комплексны и проявляются своеобразным индивидуальным сочетанием внутренних и внешних конфликтов. Особенностью транссексуализма является высокая отягощённость суицидальным поведением. Различные его проявления отмечены у больных. В определенной мере это связано с репрессивной половой моралью и общественной агрессией в отношении лиц с сексуальными отклонениями.

Внутренние (интраперсональные) конфликты порождены противоборством актуальных для человека потребностей и находящихся внутри него же препятствий к их осуществлению. Главный из них – грубое нарушение и нестабильность половой идентичности. Это конфликт самосознания, когнитивной и аффективной частей, когда знание противостоит чувству, когнитивный компонент – половой идентичности. Постоянно осознаваемое и внутренне ощущаемое и переживаемое противостояние физического "Я" психическому – мощный источник непрерывных, тягостных душевных мук. Механизмом этого конфликта являются альтернативные аффективно-когнитивные взаимодействия самосознания ТС.

Другой конфликт заключается в негативно-ценностных оценке и отношении к своей телесной половой атрибутике, которая приобретает характер преграды по отношению к индивидуально значимым мотивам и целям). Этот конфликт является вторичным и объясняется фрустрацией.

Следующий интраперсональный конфликт – конфликт половой роли и половой маски. Боязнь стать посмешищем, объектом сплетен понуждает больных приспособляться к требованиям общества и исполнять масочное, а не ролевое поведение, что становится очередным источником негативных переживаний.

К внутренним конфликтам относится желание создать семью и иметь детей в соответствии с психическим, а не биологическим и/или гражданским полом и понимание невозможности осуществления этого стремления в реальных условиях.

Внешние конфликты создаются противоречивостью значимой для пациентов гаммы потребностей, желаний, профессиональных и семейно-бытовых устремлений, привычек, увлечений, особенностей поведения, внешности требованиям и запретам общества. Основной из них – конфликт индивидуальной идентичности и общественных экспектаций. При ТС он вынуждает каждого пациента становиться актером на сцене жизни и вместо исполнения половой роли надевать половую маску, что психологически крайне болезненно – стремление к естественности наталкивается на неприятие и требование лицемерия.

Напряженным становится конфликт, когда закономерные знаки гетеросексуального внимания со стороны ничего не подозревающих сверстников направлены на пациентов, что чаще случается при женском ТС.

Фактически с самого детства пациенты, страдающие ТС, находятся в постоянной психотравмирующей ситуации, выраженность которой со временем лишь нарастает, генерализуется. Для полноты характеристики этих конфликтов следует добавить, что охватывают они большинство сфер жизнедеятельности человека: витальную, лично-интимную, семейную, профессиональную, коммуникативную и пр. Встречаясь с неизвестным и непонятым феноменом ТС, общество ведет себя недостаточно цивилизованно, что

проявляется тем набором общественных санкций, с которыми пришлось столкнуться большинству пациентов: непонимание вплоть до отрицания этого феномена; осуждение вплоть до презрения; удивление вплоть до любопытства; директивное принуждение и пресечение, вплоть до административного и физического воздействия и побоев; табуирование вплоть до запретов и изгнания (из трудового или учебного коллектива, неформальной группы, гостиниц, самолетов и пр). Фактически можно говорить о социальной дискриминации лиц, страдающих ТС.

Истоки транссексуальных конфликтов относятся к преддошкольному и/или младшему школьному возрасту. Более четкое оформление, осознанность, распространенность и постоянство они приобретают и заостряются в пубертатном периоде, на втором-третьем этапах развития транссексуализма.

Соотношение конфликтов неоднозначно, лишено стабильности, а их развитие затягивается на годы. Большинство из конфликтов приобретает неразрешимый характер, сопровождаясь крайне тягостными переживаниями, блокированием социального функционирования, приводя пациентов к нарастающей психосоциальной дезадаптации, социальному обособлению, одиночеству, что порождает феномены принудительного общения и безликой коммуникации.

У всех больных специфические ТС конфликты и связанная с ними психосоциальная дезадаптация и личностная переработка ситуации создают суицидальную готовность и выступают фоном и ведущим условием, а часто и причиной возникновения суицидального поведения. Суицидальная готовность в виде антивитаальных переживаний и пассивных суицидальных мыслей держится почти постоянно. Суицидальное поведение при ТС отражает неразрешимый характер возникших в связи с дисгармонией личности противоречий. Подсказываемые окружающими способы разрешения ситуации пациентами не приземляются, а способы, которые бы были им известны, сведены к нулю. В связи с этим суицидальное поведение становится формой разрешения конфликтов путём самоустранения, самоуничтожения что еще раз подчёркивает экстремальный характер ТС.

Единственно приемлемой для пациентов формой разрешения ТС конфликтов, прекращения мучительных страданий и способом обретения внутренней гармонии может стать приведение биологического и паспортного пола в соответствие с полом психическим. Преломляясь индивидуально в сознании всех больных, эта возможность реализуется в постепенно консолидирующееся убеждение о необходимости изменения не аномального психического, а, наоборот, гражданского и телесного пола. Именно появление данного убеждения знаменует собой апогей формирования ТС и максимальную степень выраженности симптома отвергания пола – возникновение транссексуальной установки на его изменение. Больные изъявляют готовность на любые жертвы, операции и физические мучения, лишь бы обрести искомое внутреннее единство. Их не страшат ни возможные увечья, ни даже смерть, ибо единственной конкурирующей формой разрешения этих конфликтов смерть (самоуничтожение) им как раз и видится. Возникает ТС установка, как правило, на втором-третьем этапах развития ТС, а максимальной степени выраженности достигает на четвёртом.

IV. Организация медицинской помощи

В настоящее время в России существует стандарт первичной медико-санитарной помощи при расстройствах половой идентификации в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета), утвержденный приказом Минздрава России № 1221н от 20.12.2012. В нем указано, что первичное обследование пациентов должно проводиться с участием ряда специалистов: психиатра, сексолога, психотерапевта, эндокринолога и медицинского психолога, а также приведен список препаратов для гормональной терапии при транссексуализме. Однако в этом документе не описаны критерии диагностики, методы обследования и тактика ведения пациентов с нарушениями половой идентификации, а также не регламентировано, какой из перечисленных специалистов должен взять на себя функцию координатора диагностических и терапевтических действий остальных врачей. Этот пробел в значительной степени восполнен изданием «Транссексуализм (методические рекомендации по смене пола)» Минздрава СССР от 26.09.1991 и приказом Минздрава России № 850н от 23.10.2017, в котором регламентирована работа комиссии по лечебно-реабилитационным мероприятиям и описан порядок выдачи медицинской организацией документа об изменении пола при расстройствах половой идентификации.

Показания к смене паспортного пола

1. Стойкая полная транссексуальная идентичность, существующая не менее 2 лет: при психологическом исследовании на всех уровнях, выявляется преобладание тенденций, свойственных противоположному биологическому полу, психосексуальное развитие завершено, т.е. сформированы объект сексуального влечения и формы активности.
2. Доказанная связь личностной, социальной и сексуальной дезадаптации с полоролевым конфликтом.
3. Установка на смену паспортного пола.
4. Совершеннолетие пациента (достижение 20-летнего возраста).

Противопоказания к смене паспортного пола

1. Наличие наряду с расстройством половой идентификации другого, коморбидного психического расстройства в стадии декомпенсации или обострения, что приводит к личностной, социальной и сексуальной дезадаптации.
2. Отсутствие доказательства связи личностной, социальной и сексуальной дезадаптации с полоролевым конфликтом.

Диагностика

Главным специалистом и координатором других специалистов в процессе диагностики и лечения расстройств половой идентификации должен стать врач-сексолог, который обеспечивает полноту и качество обследования пациента. Обследование должно быть комплексным междисциплинарным. В него входят **сексологическое, психиатрическое, психологическое обследование с привлечением других специалистов – гинеколога, эндокринолога, уролога и генетика**. Обследование в психиатрическом стационаре проводится для исключения у пациента психического заболевания, в рамках которого у него может возникать стремление к смене пола. Следует отметить, что именно в стационаре возможно наиболее полное наблюдение за особенностями поведения пациента, его манерами, общением, колебаниями настроения, отношением к своей внешности и т.п.

Медико-социальные мероприятия

Комплекс медико-социальных мероприятий при транссексуализме состоит из 3 основных этапов.

1. Подготовительный этап включает динамическое наблюдение у сексолога или психиатра в течение 2 и более лет, всестороннее психиатрическое, сексологическое, психологическое, соматическое, инструментальное обследование, дифференциальную диагностику, установление и подтверждение диагноза транссексуализма, необходимые психокоррекционные мероприятия.

2. Этап половой переориентации включает смену гражданского пола (медико-юридический акт, позволяющий лицу исполнять в обществе желаемую половую роль), заместительную терапию половыми гормонами, хирургические вмешательства.

3. Восстановительно-реабилитационный этап включает послеоперационное диспансерное наблюдение, соматическое обследование, поддерживающую психотерапию и социально-психологическую помощь при трудностях адаптации.

Психотерапия может стать необходимой поддержкой для пациента на всех этапах медицинской помощи. Возможно сочетание психотерапии и психофармакотерапии.

Направление на установление половой переориентации выдается врачом-психиатром в случае установления диагноза «транссексуализм» и заверяется личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя (или его уполномоченного заместителя) медицинской организации, печатью организации.

Опыт жизни в предпочитаемой половой роли SOC-7 предусматривают такой этап реабилитации транссексуалов, как период жизни в избранной половой роли до принятия решения о гормональной и хирургической коррекции. Пациент должен не только знать о последствиях смены роли в семейной, профессиональной, межличностной, образовательной, экономической и юридической сферах жизни, но и сделать попытку приложить эти знания к реальной жизни. При принятии решения о начале этого этапа реабилитации врач должен оценить способности пациента: 1) вести полную или частичную трудовую занятость; 2) обучаться; 3) участвовать в общественно полезной деятельности; 4) комбинировать все вышеперечисленное; 5) юридически оформить приобретение нового имени; 6) собрать документацию о данном положении пациента. Рекомендуемая длительность этого периода – не менее 2 лет. Хотя рекомендации по проведению данного этапа дает психиатр-сексолог, только сам пациент может решить, когда и как его начинать. Известны случаи, когда в процессе прохождения этого этапа больные отказывались от следующих этапов коррекции.

Основная цель гормональной терапии пациентов с транссексуализмом – биологическая и социальная адаптация организма к тому полу, к которому пациенты сами себя относят, т. е. противоположному. Считается, что гормональная терапия улучшает качество жизни и снижает риск возникновения психических нарушений, прежде всего психогенных, а изменение внешнего облика может улучшить отношение окружающих. Однако следует учитывать, что отношения с близкими людьми или коллегами могут измениться и в худшую сторону, может уменьшиться возможность сексуальных контактов и т.п. Гормональная терапия не является обязательным этапом лечебно-реабилитационной помощи при расстройствах половой идентификации. Вопрос о ее назначении тем пациентам, кто не желает получать опыт реальной жизни в другой половой роли или хирургическую коррекцию, может быть решен только после верификации диагноза.

Хирургическое вмешательство тоже не считается обязательным этапом лечебно-реабилитационной помощи при расстройствах половой идентификации. Показания к хирургической коррекции пола являются чисто медицинской проблемой и должны

определяться только после смены паспортного пола. Хирургическую коррекцию не назначают пациентам, не желающим получать опыт реальной жизни в другой половой роли или гормональную коррекцию.

Прогноз

Многие пациенты, хорошо адаптировавшиеся к новой половой роли после смены паспортного пола и проходившие гормональную терапию, и психотерапию, ограничивались частичной хирургической коррекцией либо отказывались от ее проведения, при этом у них не развивалось тяжелых форм психогенных расстройств. Сообщения прооперированных транссексуалов об успешной сексуальной жизни, особенно об оргазме, очень редки. Большинство авторов отмечают, что степень личностной и социальной адаптации заметно не меняется после операции и во многом зависит от качества медицинской помощи, оказанной с момента постановки диагноза транссексуализма. Около 20 % пациентов не получают большой пользы от смены пола, и даже после хирургической коррекции у пациентов в течение 10 лет и дольше гораздо чаще выявляются психопатологии и суицидальное поведение, чем у лиц контрольных групп, соотносимых по половозрастным параметрам.

V. Вывод

Изучение клинических проявлений непсихотических психических расстройств, которые представлены расстройствами половой идентификации и проявляющиеся транссексуализмом и транссвестизмом, обнаружило их клиническую неоднородность. Как транссвестизм, так и транссексуализм, при определенной внешней схожести, имеют различные проявления и влияние на психологическое здоровье человека. Например, при транссвестизме периодическое ношение одежды, характерной для противоположного пола, является частью образа жизни пациента и имеет своей целью получение удовольствия от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, однако без малейшего желания сменить пол, в том числе хирургическим путем. При этом данная «поведенческая особенность» не оказывает негативного влияния на психологическое состояние индивида, а также на социальную, профессиональную, семейную сферы человеческой жизни. Таким образом, в связи с отсутствием клинической значимости данной диагностической единицы в версии МКБ-11 2019 года транссвестизм депатологизирован и исключён из классификации психических расстройств. Тогда как транссексуализм приводит к глубоким внутриличностным и внешним конфликтам, неразрешенность которых приводит к аутодеструктивному поведению, вплоть до суицида.

Знание клинических данных необходимо для дифференцировки истинного транссексуализма, от различных эндогенных психических заболеваний, в клинической картине которых на первое место выходят бредовые идеи сексуального метаморфоза или при которых нарушение полового самосознания выступает как одно из проявлений преморбида или самого заболевания. Помимо этого, необходимо дифференцировать транссексуализм и другие варианты расстройств половой идентификации, так как смена пола рекомендована лишь пациентам с транссексуализмом.

Корригирующие пол мероприятия у больных с патологией полового развития расцениваются как вмешательства по витальным показаниям, так как они нередко предупреждают суицидальные попытки. После операции моральная сторона, составляющая качества жизни пациента заметно улучшается. К сожалению, смена пола не решает полностью всех проблем, поскольку возникают новые трудности, связанные с потерей прежних социальных связей и адаптации к жизни в новой среде.

VI. Список литературы:

1. А.О.Бухановский «Транссексуализм и сходные состояния», 2016 год.
2. Психиатрия. Национальное руководство под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова, 2020 год.
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: учебник для ВУЗов, -2-е издание, 2009 год.
4. Классификатор МКБ-10
5. Диссертация А.О. Бухановский на тему «Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадaptация и реабилитация». 1994 год.
6. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Методологические проблемы стандартов оказания медицинской помощи лицам с расстройствами половой идентификации. Социальная и клиническая психиатрия, 2016 год.
7. Приказ Минздрава России от 23.10.2017 № 850н «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола» (Зарегистрирован 19.01.2018 № 49695).
8. Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов, Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов, Андрология и генитальная хирургия, 2018 год.
9. Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов, А.П. Журавель, РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ: ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ 2017 год.