

# Транссексуальность: диагностические подходы и клиническое наблюдение

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приводится критический анализ складывающихся современных подходов к диагностике расстройств половой идентификации. Обосновывается семантическая неправомерность использования термина «гендерная дисфория», вместо которого, по мнению автора, следует применять термин «половая дисфория». Обсуждается научная необоснованность существующей тенденции, направленной на исключение транссексуализма из списка психических расстройств. Рассматривается широкое неоправданное использование в научной литературе термина «гендер» и словосочетания «гендерные различия» при сравнении обследуемых с различным биологическим полом. Представлена история болезни пациента с транссексуальностью.

**Ключевые слова:** расстройства половой идентификации, транссексуализм, половая дисфория, клиническое наблюдение.

## Термины и диагностические подходы

Транссексуальность – термин, обозначающий состояние рассогласования между биологическим полом и гендерной идентичностью индивида. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) эта патология соответствует шифру F64.0 («транссексуализм»). Согласно данной классификации, выделяют следующие диагностические критерии названного расстройства [6]:

А. Желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, обычно сочетающееся:

1. С чувством дискомфорта от своего анатомического пола.
2. С желанием получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу.

В. Для диагностики данного расстройства необходимо существование стойкой транссексуальной идентификации, по крайней мере в течение двух лет, что не должно быть симптомом другого психического, генетического или хромосомного заболевания.

К. Имелинский [1] отмечает: «Транссексуализм заключается в несоответствии психического чувства собственного пола и морфобиологической структуры тела, а также метрического пола, которые воспринимаются как нечто «чуждое», принадлежащее противоположному полу». Транссексуал чувствует себя мужчиной, заключенным в тело женщины, или наоборот.

Для лучшего понимания нижеприведенного материала, следует отметить, что в настоящее время существуют два понятия – «пол» и «гендер». Если пол (мужской или женский) связан с биологическими детерминантами, то гендер, как считается, представляет собой социально-психологический конструкт, формирование которого обусловлено влиянием различных психологических и социальных средовых факторов. По мнению сторонников гендерной теории, гендер, обозначающий социально и культурно обусловленные выученные половые роли женщин и мужчин, в отличие от биологического пола, можно изменить. Следует отметить, что пол и гендер могут не совпадать, что, в частности, наиболее наглядно проявляется при транссексуальности, когда биологический мужчина или биологическая женщина отвергают

свой пол, желают избавиться от его признаков и ощущают себя представителями противоположного пола. По нашему мнению, однако, можно утверждать, что в формировании гендера принимают участие и связанные с полом факторы биологической модальности (!) [2].

Транссексуализм – весьма редкая патология. Данные о ее частоте значительно отличаются. Одни авторы придерживаются биологических концепций (генетической и др.), другие придают решающее значение в формировании транссексуализма психосоциальным факторам [3].

В настоящее время происходят процессы, направленные на изменение отношений к транссексуальности, проявляющиеся в конкретных действиях, направленных на ее нормализацию. Однако в их основе находится не научный подход к проблеме, а эксплуатация идеи прав человека, доведенная до логического абсурда. Об этом свидетельствует тот факт, что ЛГБТ-активисты и организации обратились в проект Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) с требованием исключить эту патологию из списка психических расстройств, так как ее наличие в этом списке якобы нарушает права человека. Это обращение не осталось без внимания. В проекте МКБ-11 весь блок F64 «Расстройства половой идентификации» («gender identity disorders») (трансгендерность) заменен на «Gender incongruence» (гендерное несоответствие). Также в проекте МКБ-11 гендерное несоответствие (трансгендерность) перенесено из «Психических расстройств и расстройств поведения» в «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» («Conditions related to sexual health»). Когда у меня спрашивают, является ли транссексуальность нормой или патологией, я отвечаю на это риторическим вопросом: «Можно ли назвать здоровым мужчину, который чувствует себя женщиной, крайне негативно относиться к своему телу и настоятельно требует удалить ему член и яички, нарастить грудь, сделать голос высоким, избавиться от кадыка, сформировать ему влагалище?» Ответ на этот вопрос совершенно очевиден.

В последнем американском национальном Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-V) [7] вместо термина «gender identity disorder» («расстройство гендерной идентичности»), существовавшего в американском Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 4-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; DSM-IV) [8], используется термин «gender dysphoria» («гендерная дисфория»). Данный термин нашел отражение и в Унифицированном клиническом протоколе «Гендерная дисфория», утвержденном Министерством здравоохранения Украины в 2016 г. Однако в действующей в настоящее время МКБ-10 применяется термин «расстройства половой идентификации» («gender identity disorder») [F64], который предусматривает отнесение этих состояний к психической патологии.

Слово «gender» в переводе с английского языка обозначает «пол», однако в связи со значением, которое в настоящее время вкладывается в понятие «гендер», словосочетание

«гендерная дисфория» семантически не соответствует обозначаемому им явлению. Пациенты, о которых идет речь, не воспринимают свой биологический пол и испытывают дисфорию именно в связи с этим, к своему же гендеру (кем себя ощущает индивид, например мужчина – женщиной), отклоняющемуся от нормальной корреляции с биологическим полом, они относятся положительно. Эти люди хотят изменить пол, а не гендер, поэтому на самом деле речь идет о половой дисфории. Монография С.Н. Матевосяна и Г.Е. Введенского, которая вышла в 2012 г. и специально посвящена этой проблеме, так и называется «Половая дисфория ...» [5]. Половая дисфория представляет собой устойчивое состояние острой неудовлетворенности своей половой принадлежностью, сочетающейся с настойчивым стремлением сменить свой пол. Кстати, как отмечалось нами выше, в проекте МКБ-11 применяется термин «гендерное несоответствие», а не «гендерная дисфория». Первый из указанных терминов, который будет использоваться в новой классификации, семантически выдержан, так как гендер людей с рассматриваемой патологией не соответствует их биологическому полу.

Следует отметить, что этот термин является проявлением гуманизации диагноза, так как вместо слова «расстройство» используется более мягкое слово «несоответствие». Кстати, трансформации такого рода ранее произошли с различными другими диагнозами. Так, истерический невроз сейчас называют диссоциативным или конверсионным расстройством, психопатии – расстройствами личности [6]. Из сексологических разделов современных психиатрических классификаций изъяты такие рубрики, как «импотенция» и «фригидность», которые относят к группе «сексуальные дисфункции» [6, 7].

В приведенных случаях такие терминологические изменения являются вполне оправданными, но иногда степень гуманизации диагноза превышает порог допустимого. Несколько анекдотично, например, выглядит, когда диагноз, который ставит человеку, который совершает половые акты с трупами (некрофилия) (F65.8), в МКБ-10 относят к общей рубрике «расстройства сексуального предпочтения» (F65) [6]. В последней американской классификации психических расстройств DSM-5 2013 г. [7] парафилии (в том числе и педофилию) уже делят на две категории: парафильные расстройства, которые относят к психической патологии, и парафилии, которые к ней не причисляют. Не причисляют в основном по той причине, что в этих случаях сами люди не считают себя больными и не испытывают в связи с этим дистресс. То есть больной, который считает себя таковым, объявляется больным, а тот больной, который считает себя здоровым, – здоровым. Таким образом, речь идет об когнитивных искажениях, когда все оказывается перевернутым с ног на голову.

В основе подмены термина «половая дисфория» на термин «гендерная дисфория», по всей видимости, может находиться следующее обстоятельство. Речь идет о так называемом гендерном мейнстриминге. В 1995 г. в Пекине на Всемирной конференции ООН по положению женщин, организованной феминистскими и лесбийскими неправительственными организациями, в ее итоговом документе под названием «Пекинская платформа действий» понятие «пол» было заменено на понятие «гендер» (решение принято путем голосования). Защитники гендерной программы утверждают, что нет природных отличий между мужчиной и женщиной, следовательно все, что связано с различием полов, должно быть стерто [4]. Таким образом, влияние биологических факторов, связанных с полом индивида, практически игнорируется, что не выдерживает научной критики.

Замену термина «расстройства половой идентификации» («gender identity disorder») на термин «гендерная дисфория» можно объяснить также и тем, что это может быть весьма

удачный ход для исключения транссексуальности из списка психических расстройств. Так, в упомянутом выше отечественном клиническом протоколе по данной проблеме можно встретиться с мнением о том, что транссексуалы являются психически здоровыми людьми, а «гендерная дисфория», которая имеет у них место, связана с неприятием их другими людьми при полном игнорировании того факта, что она в первую очередь связана с неприятием своего биологического пола самими транссексуалами.

Таким образом, расстройства половой идентификации выносятся за рамки психопатологии и акцент делается на страданиях этих лиц (дистрессе), ответственность за которые переносится на общество. Отсюда следует, что если окружающие люди будут воспринимать транссексуальность как норму, то те, у которых она имеет место, будут чувствовать себя хорошо и не испытывать никакого дистресса. Но если бы это было так, то транссексуалы не стремились бы к операциям по коррекции пола, и вовсе не из-за того, что общество не относится к ним как к нездоровым людям. В стремлении нормализовать транссексуальность акцент делается на том, что население (в целом) и человек с нарушением гендерной идентичности (в частности) должны считать трансгендерность полностью нормальным явлением, и это может уменьшить выраженность страданий. Притивие такой установки, по сути, является формированием социальной и индивидуальной анозогнозии (отрицания самого факта существования данной патологии), что искажает реальное положение вещей.

Схема депатологизации транссексуализма в вышепредставленной его подаче выглядит следующим образом: транссексуал – здоровый человек, у которого есть определенные особенности и вытекающие из них потребности, а также поведенческие характеристики, негативно воспринимаемые обществом и людьми, с которыми он контактирует. Такое восприятие приводит к формированию половой дисфории, что требует проведения терапевтических мероприятий. Таким образом, за рамки психической патологии выводится ее основа (выраженное расстройство половой идентификации), которая приводит к возникновению половой дисфории, исключительным виновником возникновения которой объявляется социальная среда.

Все же необходимо подчеркнуть, что отношение к больным с характеризуемыми нарушениями должно быть гуманным, таким же, как и к людям с любой другой патологией. Во всех подобных случаях пациентам и лицам из их ближайшего окружения необходимо оказывать помощь в осмыслении существующего расстройства.

Следует отметить, что в настоящее время размах использования термина «гендер» вместо термина «пол» весьма велик. Так, в научной литературе часто можно встретиться с тем, что при изучении чего-то анализируются «гендерные» различия. На самом деле «гендер» обследуемых лиц никто не определял, и ориентировались на различия, связанные с их полом (мужским или женским). Однако современные классификации гендера, помимо цисгендеров (гетеросексуалов, гендер которых соответствуют их биологическому полу), выделяют много других гендеров: лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров, интерсексов (гермафродитов), асексуалов, пансексуалов, агендеров, бигендеров, пангендеров. Также существует собирательный термин «квир», используемый для обозначения сексуальных и гендерных меньшинств, не соответствующих гетеросексуальной или цисгендерной идентичности. Есть классификации, выделяющие 54, 56, 58 и большее число гендеров (вплоть до 300). Таким образом, использование терминов «гендер» и словосочетания «гендерные различия» при сравнении лиц с разным биологическим полом не оправдано.

Приведем историю болезни, где речь идет о транссексуальности.

**Клиническое наблюдение**

Пациент Г., 44 года, обратился за медицинской помощью 14.01.2009 г. «Замужем» (состоит в «гражданском» браке). Живет с женщиной. В настоящее время не работает. «Муж» работает парикмахером. Его заработка им «вполне хватает на жизнь» (на питание, оплату жилья, еще на что-то), но не так, чтобы жить шикарно.

**Жалобы и анамнез:**

**КГС. (Кочарян Гарник Суренович)** Что Вас беспокоит?

**П. (пациент)** Ничего не беспокоит. Видимо пришло время операцию уже сделать. Ждать уже больше сил нет. В социальной жизни просто это нонсенс.

**КГС.** Зачем Вам операцию делать? Какие у вас мотивы к этому?

**П.** Внутренние. Мне нужна операция, чтобы жить полноценной жизнью, нормальной жизнью жить, то есть не украдкой, не скрываясь. Просто полноценной жизнью. Потому что то, что сейчас имеет место, полулегальщина... Есть лишние детали в теле. Они меня смущают.

**КГС.** Какие детали?

**П.** Пенис.

**КГС.** А чем он Вас смущает?

**П.** Он мешает. Он занимает место там, где я могу получать удовольствие в сексуальном плане.

**КГС.** Что это значит? Это природа так распорядилась.

**П.** Он занимает место другого органа.

**КГС.** Что вас еще не устраивает?

**П.** Наверно только это. В принципе и предстательная железа меня не воодушевляет. Она мне нужна, как собаке пятая нога.

**КГС.** А она видна?

**П.** Она не видна, но при соитии она в какой-то мере мне мешает. В нее упирается член мужа.

**КГС.** Вы живете через задний проход?

**П.** Не только. По-разному: орально, анально.

**КГС.** А что больше доставляет удовольствие?

**П.** Зависит от ситуации, от временных возможностей, от настроения мужа, от его желания.

**КГС.** У вас оргазм наступает?

**П.** Да, конечно. Больше через задний проход, иногда и орально.

**КГС.** А что ваш член при этом делает? Он вовлекается в процесс?

**П.** Нет. При этом нет семяизвержения. Во время оргазма есть «поллюции». «Сопля» какая-то тянется (то есть имеет в виду, что очень небольшое количество слизистой жидкости выделяется, а не столько, как при семяизвержении). Семяизвержений сейчас не бывает, то есть того, что раньше было в моей практике. У меня оргазм именно внутренний.

**КГС.** Что значит внутренний оргазм?

**П.** Я описать его просто затрудняюсь. Ну, это приблизительно то же самое, как во время полноценного мужского оргазма, когда есть семяизвержение. Только у меня при этом совсем другие движения тела, в принципе даже не зависящие от меня, которые направлены на проникновение члена мужа.

**КГС.** А что вы испытываете во время оргазма? Вы говорите судороги?

**П.** В принципе судороги и в руках, и в ногах, как судороги во время плавания или переохлаждения. Но не так сводит. Начиная с плечей и кончая пятками, ощущаю вибрацию и сокращения мышц. (Так как в это время находится в процессе, то не может сказать, есть ли внешние проявления этих сокращений.) Член при этом не задействован. Он нам мешает. (Мешает при половом акте больше ему, чем партнеру. Партнер испытывает зрительное неудобство, его член в рот не берет.)

Рассказал, что раньше с мужчинами, когда они хотели задействовать его половой член (взять его в рот), он сразу рас-

ставался. А с этим партнером у него была предварительная беседа. Тот сказал, что это ему не нравится, а нравится самому кого-то ..., так что при коитусе половой член нашего пациента никак не задействован. Так как у них полное согласие по этому вопросу, то они живут относительно долго (с 2005 г., то есть около 4 лет).

**КГС.** Если бы все вокруг относились нормально к вашему образу жизни, то вы все равно бы хотели сделать операцию?

**П.** Да.

**КГС.** А зачем она была бы Вам нужна?

**П.** А зачем женщине нужна женская внешность? Я считаю и уверена полностью, что да (имеет в виду необходимость проведения операции).

**КГС.** А с какого времени Вы так считаете?

**П.** Лет с 17–18. Партнер подметил мое поведение, характерные черты, может быть направленность, в том числе сексуальную, мой менталитет. Это для меня было подтверждением, что я себе ничего не придумала.

Также отмечает, что когда «ходила» в садик, в 5 лет уши себе «проколола». Все были в шоке. После того, как наступило заживление ран в местах этих проколов, «я опять прокалывала себе уши, чтобы не заживало. Под одеялом, чтобы мама не заметила, одевала себе скрепки в качестве сережек». Уши прокалывала иголкой.

**КГС.** А как вы себя называете?

**П.** Жанной. Мой партнер с самого начала называл меня Жанной. Я живу у него дома. Я у него одна женщина. Он говорит, что ему больше никто не нужен, потому что я его с головой устраиваю. Функции распределяются следующим образом. Я готовлю, очень люблю шить, стирать, вязать, убирать. Спустя 3 месяца после того, как сошлась с этим мужчиной, «перестала» работать. Партнеры решили, что если пациент будет работать водителем или, например, продавцом, то обнаружит себя своим поведением, даже если будет пытаться замаскировать его. Пациент приводит пример, что когда «работала» продавцом, то мужчины замучили: «приставали, щипали».

Отмечает, что для того чтобы сделать операцию, может нужно пойти на панель. Раньше этим «занималась» (в 1987–1988 гг.). «Полгода занималась этим постоянно, но мне это не нравилось, потому что нет чувства. Контингент был своеобразный. Были мужчины, желающие иметь дело с женщинами, которые переодеваются в женскую одежду. Тогда одевала все женское (трусики и др.), и у меня был еще парик».

Мама рассказывала, что ей было без разницы, кто родится, мальчик или девочка, но после рождения воспитывала его как сына и всячески старалась подчеркивать, что у нее сын – ее гордость, и т. д.

С детства всегда играл с девочками. Играл с ними в куклы (одевал и раздевал кукол, укладывал их спать). Это доставляло удовольствие. Также играл в приготовление пищи. С самого раннего детства «любила» играть с машинками. В войну не играл, так как ему это не нравилось. В футбол играл, но это ему не очень нравилось. При необходимости давал мальчикам отпор, но вообще драк избегал.

«Когда я ходила в садик и училась в школе, то постоянно дома красила губы и глаза, накладывала тени, румяна. Надевала бусы, серьги, одежду матери. Перед ее приходом все это смывала и переодевалась, так как мать к этому относилась очень плохо». Один раз она даже сильно его била. Это случилось в 5,5 или в 6 лет. Переодевалась в женскую одежду не каждый день, а периодически: как только была такая возможность. В школе из предметов нравилась физкультура (нравилось бегать). Однако не нравилось подтягиваться, отжиматься, считал, что это ненормально для него, старался от этого увиливать, хотя это ему хорошо удавалось. Был физически хорошо развит. Нравилось играть в волейбол. Положительно-

но относился к баскетболу: думал «пусть они считают, что я мальчик в мужской команде, а я буду представлять себя девочкой в этой команде».

В школе очень не нравились математика, русский язык, химия, но нравилось рисование. Не нравился предмет «труд», так как хотел быть в девчачьей группе. Нравилось шитье, которому мама научила, а на станках токарных работать, как мальчики, не хотел. «Однако, чтобы доказать себе что я могу, делала это, и у меня неплохо получалось». Школу закончил на 3 и 4 балла. По труду, физкультуре и по вышиванию было 5 баллов.

«Я всегда восхищалась мальчиками, потому, что они боевые. Девочки были предметом для подражания. Хотелось быть на их месте и встречаться с мальчиками. С 4–5 класса хотелось пойти в кино с мальчиками в качестве девочки. С 6 лет было желание, чтобы у меня был принц из сказки и сопровождал меня на коне». Желание обниматься и целоваться с мальчиками возникло в 13–14 лет. Когда они рассматривали с парнями порнографические журналы, он пытался тереться об мальчиков, и они ему говорили об этом, а он настораживался. Его друг начал подозревать, что у него гомосексуальное влечение. Желание совершить половой акт с представителями своего пола возникло уже в 8 классе (в 15 лет).

Мастурбировал, начиная с 3-го класса, со своим «клитором». Оргазма сначала не было, но было очень приятно. С «членом мастурбировала» всего несколько раз в 7–8 классах школы. В то время также «засовывала» себе в задний проход тубы и какие-то предметы: ручки, карандаши, толстую эбонитовую ручку. Семя не сходило при мастурбации члена, и он не напрягался в достаточной степени. Оргазм возник перед армией, когда были половые контакты с мужчинами.

Более подробно остановимся на мастурбации пациента с вовлечением «клитора». Понятно, что в мужском теле его нет, но представим описание пациента: «Есть отросток в анусе, который играет роль клитора. Сначала считали, что это гемморой. Потом пошла к проктологу. Но тот сказал, что это не гемморой. Тканевый состав совсем другой. Когда воздействуешь на него, то он возбуждается, увеличивается, краснеет, и если действовать дальше, то даже кончаю». До полового акта его партнер воздействует на это образование пальцем, и тогда «смачивается прямая кишка (анус)».

Высказывает несколько противоречивые данные. Так, сообщает, что в садике и в школе не задумывался о своем теле, но также заявляет, что зависть к женским половым органам и желание их иметь возникли в 8–10 лет. Не нравилось, что у него «телепается» член, но негативного отношения к нему не было до 6-го класса (до 13 лет), до того времени, как «захотела» начать встречаться с мальчиками, и чтобы они «ее» ласкали («очень чувствительная у меня была грудь»), и чтобы «ее» могли «взять» не как мужчину, а как девушку. Тогда (с 7–8 класса) возникло выраженное желание, чтобы у «нее» было влагалище. Сообщает, что «стала ощущать себя женщиной с 20 лет, а неосознанно – раньше». В другой раз сообщает, что в 17–18 лет «решила», что не будет ни мальчиком, ни женщиной, то есть произошло осознание. Возникла «убежденность и неприятие того, что я имею в физическом плане. Это уже осознанно, а до этого было подсознательно: я не отдавала себе отчет, почему я хочу выглядеть как девочка, почему я это делала (красилась, переодевалась)». В женском роде о себе «начала» говорить после 20 лет. Был ряд попыток избавиться от женского гардероба, даже украшения из серебра раздавала знакомым. «Знакомые девушки были в шоке: откуда они у тебя?» Через месяц опять начинала покупать женские вещи.

После окончания 8 класса учился на сварщика в профессионально-техническом училище. По окончании учебы в училище 3 месяца проработал по направлению на теплоэлектротранс, а потом пошел служить в армию, так как работа не

была интересна, несмотря на то что имел бронь на 1 год в связи с необходимостью отработки после училища. В армии были сексуальные подначки со стороны сослуживцев: «Без девушек тяжело, может среди нас...», и смотрят на меня».

Незадолго до службы в армии были сексуальные отношения с мужчинами. Тогда ходил на борьбу, чтобы быть способным дать отпор, в связи с тем, что в 16 лет его хотел изнасиловать парень. Однако пациенту удалось прервать эту попытку, испугав насильника информацией, что в тюрьме его сделают «петухом». В этот период познакомился с одним мужчиной, который, по-видимому, почувствовал его сексуальную ориентацию. Этот мужчина пригласил его «посмотреть видик», но на самом деле у него его не было. Имел с ним и анальные, и оральные контакты, каждый раз переодевался в женскую одежду, и партнер хорошо это воспринимал. Потом был другой мужчина, но когда пациент переоделся в женскую одежду, у этого мужчины исчезло напряжение полового члена. Тогда «я извинилась. Сказала, что не знала», что партнеру это не понравится. Потом уже не переодевалась в женскую одежду, возбуждала член партнера руками и ртом. Тогда все получилось. С этим мужчиной было всего несколько встреч, а с предыдущим – много.

После окончания службы в армии работал на разных работах (шофер, токарь, сварщик, сварщик-рихтовщик на станциях технического обслуживания, менеджер). Возобновились сексуальные контакты с мужчинами. Однажды мать застала его накрашенным и стала настаивать на том, чтобы он начал встречаться с женщинами. Поставила условие, что в противном случае выгонит его из дому.

Случилось так, что в это период времени он оказался в роли свидетеля на свадьбе. Там познакомился со свидетельницей невесты. Не может ответить на вопрос, нравилась ли ему эта девушка или нет. Сказал, что это сложный вопрос (речь не идет конкретно об этой девушке, а о ней как о представительнице женского пола). Начал с ней встречаться по настоянию матери, а потом они поженились. Тогда ему было 21,5 года. Переехал жить к жене в районный центр. Она работала на руководящей работе, а он шофером. При половых актах с ней были проблемы с эрекцией, которая возникала лишь за счет гомосексуальных представлений. Ласки носили формальный характер. Делал то, что надо. Знал, как мужчины возбуждают женщин, и «применяла по отношению к ней те же приемы». Названные представления приводили к тому, что член «вынужденно» поднимался, но все же был вялым. Затем просил жену принять такое положение, которое усиливало трение (стимуляцию) члена и способствовало дальнейшему увеличению выраженности эрекции. Характеризуя ощущения, которые возникали на завершающем этапе полового акта, отмечает, что они могли быть приятными в предоргазменный период в течение очень короткого периода времени, когда воображал, что он кончает, будучи женщиной. Семязвержение, которое воспринимал как мужскую разрядку (был в роли Саши), приятными ощущениями не сопровождалось.

Половые акты с женой были 1 раз в 2 недели. Она «была холодная и почти никогда не заканчивала». Продолжительность коитуса составляла 10 минут. Случалось, что когда супруги ссорились, то в течение 1–2 месяцев сношений не было. Жена его несколько раз заставляла переодеваться в женскую одежду. В связи с этим были «жуткие» скандалы. Называла его извращенцем, грозила, что обо всем расскажет родственникам. Она была инициатором развода. «Вообще она была скандальная», а себя характеризует как спокойного человека. В браке состоял 4,5 года.

Семязвержение с «мужем» не наступает, так как член пациента при половом акте не вовлекается. Отмечает, что переодевание в женскую одежду всегда сопровождалось сексуальным возбуждением, которое возникало и в предвку-

шении переодевания. Без такого переодевания и окрашивания чувствовал себя угнетенно. Переодевался не только для того, чтобы сексуально возбудиться, но и потому, что в женской одежде ощущает себя комфортно. Живя с «мужем», постоянно носит такую одежду. В течение жизни сексуальные отношения были с 30–40 мужчинами.

Родился в срок здоровым ребенком. Масса тела при рождении – 3,5 кг, рост – 50 см. Роды протекали тяжело, у матери были разрывы промежности. Матери при его рождении было 34 года, отцу – 28 лет.

Отец женился на матери, так как у нее был вердикт врачей, что она больше не сможет рожать. Это был второй муж. От первого мужа, который трагически погиб, она была приблизительно на третьем месяце беременности, но после его гибели испугалась воспитывать и растить ребенка и сделала аборт. Врачи сказали, что она больше не будет иметь детей («то ли почистили плохо, то ли осложнения были»). Когда его родители познакомились, то отец навел справки и женился на матери только после того, как узнал, что она не может рожать. У отца это был третий брак. В одном из них от него родился ребенок, и он сразу же ушел от той жены. Он сказал матери пациента, что если она забеременеет, то они сразу же расстанутся: «Не думай, что меня как-то свяжешь». Когда мать забеременела, он обвинил ее во лжи: «Ты меня захомутать хотела». Сразу же ее бросил, так что она рожала уже без него.

У отца пациента было тяжелое детство. Его отец (дедушка пациента) оставил семью. После этого его мать (бабушка пациента) хотела сойтись с другим мужчиной, а тот мужчина не хотел, чтобы в семье были дети. Он поставил ей условие, чтобы ее сын не жил с ними. Она так и поступила, отдав его (отца пациента) своей маме. В связи с этим у него сформировался какой-то комплекс. Мать лишь однажды показала отца пациенту.

Родители были трезвенниками, соматически и психически здоровыми людьми. Не было у них и психических расстройств. Отец был сексуально очень активным, изменял матери.

Курит с 19 лет, в настоящее время в среднем выкуривает 8–10 сигарет в день, алкогольными напитками не злоупотребляет. Из перенесенных заболеваний называет болезнь Боткина в 6 или 7 классе, одностороннее воспаление легких в 1991 и 1996 гг., а также двустороннее в 1972 г. Из перенесенных операций называет аппендэктомию в 3 классе и операцию на слюнной железе в 1997 г. С целью феминизации по собственной инициативе лет 10 нерегулярно принимал эстрогены (эстрон, микрофоллин), а также прогестерон. Прием гормонов привел к увеличению грудных желез и их сосков.

### Объективные данные

При осмотре: в ушах дырочки для сережек, одет в женскую одежду, в которой ходит по городу. На нем футболка с блестками, на которой также есть бабочка. Волосы крашенные (колорирование и др.). Груды увеличены в размерах (геникомастия). Носит бюстгальтер 2-го размера. Соски грудных желез увеличены, темного цвета. Бреет лицо 1 раз в 2 дня. Носит колготки и женские трусики. Телосложение мужское. Нормостеник. Рост – 174 см, масса тела – 75 кг (измерение проводилось раньше). Есть татуировки на теле, которые указывают, что он нравится мужчинам в половом отношении. Имеются татуировки на члене, свидетельствующие, что он был 3 раза замужем. Лобок выбрит. Член нормальной величины. Волосы на ногах плохо растут. На груди и спине волосяного покрова нет.

### Диагноз (по МКБ-10): транссексуализм (F64.0).

Согласно действовавшей инструкции, пациент был направлен на обследование в психиатрический стационар, где должен был находиться в течение одного месяца.

### Эпикриз из психиатрического учреждения

Отмечается (психический статус), что пациент достаточно продуктивно доступен речевому контакту, ориентирован все-сторонне верно. Сознание не нарушено. Внешний вид пациента отражает его сексуальные предпочтения: волосы на голове средней длины, окрашены. На веки нанесен легкий макияж. Уши проколоты, без серег. На голених отсутствует волосяной покров. Голос старается изменить таким образом, чтобы он подходил на женский. Мимика выразительна. Фон настроения достаточно ровный, стабильный, держится уверенно, внутренне напряжен. Поведение упорядоченное. В то же время жеманничает, выразительно жестикулирует, желает продемонстрировать себя как женщину. Обычная сдержанность изменяет больному, когда лечащий врач уточняет некоторые моменты жизни пациента – отмечается эмоциональный подъем. В сфере восприятия нарушений психопатологического уровня не обнаруживает. Мышление обычное по темпу, достаточно последовательное, целенаправленное, характеризуется склонностью к излишней детализации, обстоятельности, ригидности. Выраженные структурно-логические нарушения не обнаруживаются! Вместе с тем есть склонность к резонерству и рационализации. Идея смены пола носит сверхценный характер, обсуждение данной темы аффективно окрашено, пациент эмоционально и детально раскрывает свои переживания. Личность больного характеризуется сензитивностью, пассивностью позиции. Интеллектуальный уровень соответствует полученному образованию, память, внимание без особенностей. Запас слов достаточный.

К своему состоянию относится с достаточной критичностью, подтверждает желание сменить пол. Утверждает, что «решение принято давно, непоколебимо, осмысленно... мне же не 15 лет».

За время пребывания в отделении пациент держался обособленно, ни с кем из больных не общался, старался не обращать на себя внимание. Женскую одежду не надевал; при себе из предметов женского туалета имел косметичку (с косметикой, серьгами, средствами интимной гигиены). Поведение упорядоченное, сдержанное. Несколько жеманен. Критичен к своему состоянию.

Проведенное психодиагностическое обследование выявило ригидность мышления, склонность к повышенной обстоятельности, но недостаточности каких-либо познавательных функций и недостаточности общей интеллектуальной продуктивности отмечено не было. Структурно-логических нарушений выявить не удалось. Ассоциативные связи адекватны. Личностный профиль (Миннесотский многоаспектный личностный опросник) характеризуется повышением по шкале «маскулинность – фемининность», свидетельствующем о выраженности у пациента фемининных черт (пассивность, мягкость позиции, сентиментальность, утонченность вкусов, чувствительность, ранимость, художественно-эстетическая ориентация, потребность в гармоничных, дружелюбных отношениях). За время пребывания в психиатрическом отделении был обследован терапевтом (соматически практически здоров), неврологом (вегето-сосудистая дистония по смешанному типу), хирургом (без патологии). На электроэнцефалограмме выявлена стертая стволовая симптоматика, а при эхоэнцефалографии – ликворная гипертензия. Выписан из психиатрического стационара с комиссионно (в состав комиссии входил и автор данной статьи) установленным диагнозом «транссексуализм (F64.0)».

Когда речь пошла о необходимости направления пациента на комиссию для получения разрешения на коррекцию пола, то перспектива необходимых материальных расходов при отсутствии соответствующих денежных средств затормозила его движение к поставленной цели.

**Транссексуальність: діагностичні підходи і клінічне спостереження**  
**Г.С. Кочарян**

Наведено критичний аналіз сучасних підходів до діагностики розладів статевої ідентифікації. Обґрунтовується семантична неправомотність використання терміну «гендерна дисфорія», замість якої, за думкою автора, слід застосовувати термін «статева дисфорія». Обговорюється наукова необґрунтованість існуючої тенденції, що спрямована на вилучення транссексуалізму із списку психічних розладів. Розглядається широке невиправдане використання в науковій літературі терміну «гендер» і словосполучення «гендерні відмінності» при порівнянні обстежуваних з різною біологічною статтю. Наведено історію хвороби пацієнта з транссексуальністю.

**Ключові слова:** розлади статевої ідентифікації, транссексуалізм, статева дисфорія, клінічне спостереження.

**Transsexuality: diagnostic approaches and clinical observation**  
**G.S. Kocharyan**

A critical analysis of modern approaches to the diagnostics of the sexual identification disorders is given. The semantic aneligibility of using the term «gender dysphoria» is substantiated, instead of which, in the author's opinion, the term «sexual dysphoria» should be used. The scientific groundlessness of the current trend aimed at excluding transsexualism from the list of mental disorders is discussed. The wide unjustified use of the term «gender» and phrase «gender differences» when comparing examined persons with different biological sex is considered. The case history of a patient with transsexualism is presented.

**Key words:** gender identity disorders, transsexualism, sexual dysphoria, clinical observation.

**Сведения об авторе**

**Кочарян Гарник Суменович** – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail:* kochargs@rambler.ru

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Имелинский К. Сексология и сексопатология / Пер. с польск. – М.: Медицина, 1986. – 424 с.
2. Кочарян Г.С. Половое воспитание: современные деструктивные модели // Здоровье мужчины. – 2014. – № 3 (50). – С. 41–46.
3. Кочарян Г.С. Транссексуальность: модели формирования // Здоровье мужчины. – 2009. – № 3 (30). – С. 169–174.
4. Кубі Габрієла. Глобальна сексуальна революція: руйнування свободи в ім'я свободи. – Тернопіль: Мандрівець, 2018. – 328 с.
5. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория. Клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 400 с.
6. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Триада-Х, 2000. – 232 с.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
8. Diagnostic Criteria from DSM-IVTM. Fifth printing. – Washington: American Psychiatric Association, 1996. – xi + 358 p.

*Статья поступила в редакцию 26.02.2019*