

# ТС, ТВ, КД клиника, систематика, диагностика, реадоптация и реабилитация

[http://trans-tema.com/transseksualizm\\_dissertaciya.htm](http://trans-tema.com/transseksualizm_dissertaciya.htm)

Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадаптация и реабилитация

А. О. Бухановский | Авторефераты

{Фрагмент}

[Скачать целиком \(.doc, 440Кб\)](#)

---

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОСТОВСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР «ФЕНИКС»

**Психиатрия – 14.00.18**

Диссертация в форме научного доклада на соискание ученой степени доктора медицинских наук

**Ростов-на-Дону  
1994**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор Б.В. Шостакович;

доктор медицинских наук, профессор Р.Г. Голодец;

заслуженный деятель науки Российской Федерации,

доктор юридических наук, профессор Ю.М. Антонян.

**Ведущее учреждение—**

Научный центр психического здоровья Российской Академии Медицинских наук

Защита состоится 24 мая 1994 года в часов на заседании совета Д 074.36.01 по защите диссертаций в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского. Адрес: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., дом 23.

С диссертацией в форме научного доклада и основными научными работами диссертанта можно ознакомиться в библиотеке Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Доклад разослан « » 1994 года.

Ученый секретарь

совета по защите диссертаций

кандидат медицинских наук

**Н.Б. Морозова.**

**ВВЕДЕНИЕ**

---

**Актуальность проблемы**

Проблема транссексуализма и сходных с ним состояний в последнее время привлекает большое внимание общественности и специалистов. Это объясняется тем, что транссексуализм (\* В диссертации используются следующие сокращения: ТС— транссексуализм, ТВ—фетишный вариант трансвестизма, КД—кроссдрессинг (переодевание) — полоролевой при ТС или обсессивно-компульсивный при ТВ.), официально включенный в три последние международные классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-8, 9, 10), в СССР практически не изучался. Помощь больным, по существу, не оказывалась, чем нарушалось их право на медицинскую помощь. В профессиональной литературе это заболевание не представлено, ввиду чего осталось неизвестным для подавляющего числа современных практикующих врачей. Между тем история его изучения насчитывает около 150 лет, а новейшая ведет свой отсчет с 1953 года (Bengamin H.). Распространенность ТС достигает 1:54000 (шведская популяция) —1:66000 (популяция Англии и Уэльса) (Walinder J.; 1968; Hoenig J. e.a., 1973; Sorensen T., 1980), 35,2 на 100000 (популяция жителей Сингапура старше 15 лет— Tsoi W.F.. 1988) при соотношении мужского и женского ТС 2:1 —8:1 (Green R. e.a., 1969). Отечественная статистика этого расстройтва отсутствует.

В современной литературе термин "транссексуализм", введенный Н. Bengamin (1953), перекрывается обозначением Gender Dysphoria Syndrome (Fisk N.M., 1974; P.A. Walker, 1976). Появление последнего связано со сложностью и противоречивостью как диагностики состояний, при которых пациенты обращаются к врачам с требованием об изменении пола (Белкин А.И., 1991; Ботнева И.Л. с соавт., 1983; Walinder J., 1967; Bourgeois M. e.a., 1981; Hore B.D. e.a., 19975; Godlewski J. e.a., 1983), так и с выбором тактики их лечения (Block N.L. e. a., 1971; Rakic Z. e.a., 1991; Godano A., 1990; Tsur H. e.a., 1989). Бум "переделки" пола, пришедший на 60—80-е годы, сопровождался некоторой эйфорией в отношении результатов (Money J., 1969; Markland C., 1975; Knorr N.J., 1968; Hoenig J. e.a., 1971; Edgerton M.T., 1974). Затем он сменился сдержанной (Sorensen T., 1980; Kaczynski A. e.a., 1989; Godano A. e.a., 1990), а порой отрицательной их оценкой (Kuiper V. e.a., 1988; Meerloo J. A., 1967; Ross M. W. e.a., 1989; Stein M., 1990). В немалой степени этому способствовала легкость, с которой решалась судьба больных, взятых на поток хирургами специализированных центров. Так, в США число операций по изменению пола достигало 6000 в год (Taitz J., 1987), а в Великобритании—2000 (Brown. J. K., 1988). Появились сообщения о проституции лиц, перенесших секстрансформацию (Galli M.e.a., 1991; Tirelli U.e.a., 1991; Modan V. e.a., 1992), об их ответственности за распространение СПИДа и венерических заболеваний (Godano A. e.a., 1990; Ratnam K.V., 1990; M. Modan V. e.a., 1992). Современная диагностика и лечение ТС и сходных состояний, как указывал R. Blanchard (1989), сопряжены с рядом трудностей клинического, методического, правового и организационного характера. По данным литературы (Cjhen-Kettenis P.T. e.a., 1992; Bradley S.J. e.a., 1991; Kuiper A.J. e.a., 1992) видно, что клиника, динамика и подходы к лечению синдрома половой дисфории остаются недостаточно изученными. Нет четких данных об их синдромальной структуре, кинезе и генезе, что, в свою очередь, затрудняет выработку лечебной тактики. Как бы парадоксально это ни звучало, но фактически отсутствует семиотический аппарат описания этих расстройств, что резко затрудняет сопоставление результатов, полученных разными исследователями, нет их структурно-динамической модели, не показана природа возникновения убежденности в необходимости изменения пола (Peterson C.A., 1992; письмо Австралийского комитета по ТС, 1979; Brown G.R., 1990). В немалой степени это объяснялось тем, что за рубежом центральной фигурой в работе с ТС, общепризнанным психическим расстройством, стал хирург (Silveira Nunes J.J., 1990; Bourgeois M., 1990). В последние 2—3 года подобная тенденция начала наблюдаться и в России, что вызывает немалую настороженность.

В связи с этим значимыми стали психиатрические исследования клиники, лечения, подходов к реадaptации и реабилитации ТС. Показано, что пациенты, настаивающие на изменении им пола, неоднородны (Docter R.F., 1988; Springer A., 1981; Canepa G. e.a., 1990; Tsoi W.F., 1990). Среди них помимо ТС описаны фетишный трансвестизм (ТВ) (Pleak R.R. e.a., 1989; Wise T.N., 1990; Ploeger A. e.a., 1976; Newman L.E. e.a., 1974; Money., 1967), феминный вариант мужского и макулинный женского гомосексуализма (Benjamin H., 1966; Marmor J., 1968; Kockott G. e.a., 1988), скоптофилия (Coleman E. e.a., 1990) и содомия (Mengay D.H., 1992), пикацизм (собственное наблюдение), вторичный ТС при шизофрении (Caldwell C. e.a., 1991; Apter A. e.a., 1990), но изучения происхождения установки на изменение пола так и не проведено.

Именно поэтому, а также в связи с большим числом неудачных результатов изменения пола, описываемых в зарубежных центрах (Koranyi E., 1980; Chong J.M., 1990; Vincenti G.P., 1990), необходимы собственные разработки, анализ отечественного опыта решения проблемы синдрома половой дисфории.

В настоящее время идет формирование отечественной тактики в отношении этой клинической группы, хотя даже в официальных кругах её по-прежнему именуют ТС. В поиске способов и методов помощи немалому числу больных одно из центральных мест приобретает этико-деонтологический и организационно-правовой аспекты (Бухановский А.О. с соавт., 1989; Abraham G. e.a., 1990; Taitz J., 1989; Elchadus J.M. e.a., 1986), легитимизация помощи пациентам.

Все сказанное подчеркивает актуальность и целесообразность исследования, которое ориентировано на изучение структурно-динамических особенностей клиники и решение этических, правовых и организационных проблем двух основных представителей синдрома половой дисфории—ТС и ТВ (гомосексуализм с клиникой половой дисфории освещен в диссертации А.С. Андреева, выполнившего свою работу в центре "Феникс", в связи с чем этот раздел проблемы в настоящем докладе не анализируется).

### **Цель и задачи исследования**

Основной целью исследования является совершенствование диагностики расстройств, протекающих с клинической картиной ТС (В ICD-10 под шифром F64, 0 заявлен ТС—центральный клинический феномен группы, обозначенной как "расстройства половой идентификации". Феноменология этой группы фактически совпадает с клиническим содержанием синдрома половой дисфории—Gender Dysphoria Syndrom.), оптимизация их лечения, разработка и обоснование форм и методов психосоциальной реадaptации и реабилитации, исследование этических и правовых аспектов, а также создание организационной модели специализированной медико-социальной помощи.

Исследование было поэтапным. В его процессе ставились и изучались конкретные задачи, решение которых нашло отражение в прилагаемых к настоящей диссертации работах автора. Этими задачами были:

1. Создание фактически отсутствующего семиотического аппарата ТС и ТВ.
2. Структурно-динамический клинический анализ ТС и ТВ, протекающего с клинической картиной синдрома половой дисфории.
3. Изучение психогенеза развития ТС установки на изменение пола.
4. Выявление дифференциально-диагностических критериев для различения ТС и ТВ.

5. Разработка тактики дифференцированной терапии, реадaptации и реабилитации больных с ТС и ТВ, а также медицинских критериев (показаний и противопоказаний) для изменения пола.
6. Обоснование деонтологической, этической и правовой правомерности изменения пола при ТС.
7. Создание организационной модели специализированной медико-социальной помощи больным с синдромом половой дисфории.

### **Научная новизна и теоретическая значимость исследования**

Используя сравнительный структурно-динамический, катамнестический, клинический и математико-статистический анализ, изучена типология и клиническая структура транссексуализма и трансвестизма, протекающих с клинической картиной синдрома половой дисфории, описана их динамика и особенности проявлений. Впервые выделены и описаны основные и производные симптомы транссексуализма и трансвестизма. Создан и предложен семиотический аппарат их клинического описания и анализа. Исследован психогенез развития ТС установки на изменение пола и конкурирующих с ней феноменов аутодеструктивного поведения. Впервые описаны, проанализированы и систематизированы специфические ТС и ТВ конфликты, показана их связь с возникновением психосоциальной дезадаптации. Разработаны и описаны дифференциально-диагностические критерии, позволяющие различать сходные расстройства, объединяемые понятием "синдром половой дисфории".

Показано, что развитие транссексуализма определяется инверсно формирующимися самосознанием и идентичностью, порождающими многочисленные транссексуальные конфликты и обеспечивающими возникновение и развитие ТС установки на изменение пола. Выявлено, что развитие компульсивного варианта ТВ, протекающего с синдромом половой дисфории, во многом определяется церебрально-органической патологией.

Разработана тактика дифференцированного лечения и психосоциальной реадaptации и реабилитации пациентов в зависимости от нозологической принадлежности формы синдрома половой дисфории. Эти методы апробированы в ряде лечебных учреждений России и ближнего зарубежья, а также использованы при подготовке законодательных и подзаконных актов. Лично автором разработан и внедрен метод комплексного лечения компульсивного ТВ, обоснованы врачебная тактика и объем хирургической коррекции пола при ТС. Лично автором разработаны деонтологические, этические и правовые положения, регулирующие такую форму реадaptации и реабилитации больных ТС, как изменение им гражданского и гормонального и хирургическая коррекция телесного пола, описаны медицинские критерии (показания и противопоказания) выбора такой тактики. Автором доказано, что решение вопроса об изменении пола при синдроме половой дисфории является новым видом медицинской экспертизы, разработана диспозиция соответствующей статьи, которой предложено дополнить Основы законодательства РФ "Об охране здоровья граждан".

Автором создана первая в России и бывших республиках СССР организационная форма комплексной медико-социальной помощи больным с синдромом половой дисфории. Её адекватность и целесообразность подтверждены длительным катамнезом больных, использованных и наблюдающихся автором.

### **Практическая значимость**

Проведенные исследования позволили:

- создать терминологический психопатологический аппарат для описания и анализа ТС и ТВ;
- описать клинико-динамическую модель ТС и ТВ;
- описать психогенез ТС установки на изменение пола и конкурирующих с ней феноменов аутодеструктивного поведения при ТС и ТВ, показать, что ТС установка на изменение пола является одним из крайних проявлений аутодеструкции;
- ввести в практику клиническую систематику группы психических расстройств с ТС установкой на изменение пола;
- разработать основные критерии дифференциальной диагностики ТС и сходных состояний;
- разработать клинические показания и противопоказания для изменения пола при ТС;
- разработать, обосновать медицински, деонтологически и юридически и внедрить в практику тактику психосоциальной реадaptации и реабилитации больных ТС, связанную с изменением гражданского, гормонального и хирургической коррекцией телесного пола;
- разработать и создать модель организации комплексной специализированной помощи больным с синдромом половой дисфории.

### **Апробация работы**

Основные положения и результаты работы доложены и обсуждены на 17 заседаниях Ростовского областного научного общества невропатологов, психиатров и нейрохирургов и на областных конференциях психиатров (1976-1992 гг.), Первом Всесоюзном съезде медицинских генетиков (Киев, 1984), Республиканской конференции "Семья и общество" (Ростов-на-Дону, 1984), Первой Всесоюзной конференции "Охрана здоровья леворуких детей" (Ворошиловград, 1985), Пятом Всероссийском съезде невропатологов и психиатров (Уфа, 1985), Всесоюзной конференции по вопросам суицидологии (Клязьма, 1990), Шестом Всероссийском съезде психиатров (Томск, 1990), XIV International Congress of International Association of Suicidal Prevention (Hamburg, 1991), Constituent Congress International Society for Pathophysiology (Moscow, 1991), 4th European Symposium on Suicidal Behavior, Intervention and Prevention (Denmark, Odense, 1992), Республиканской конференции по вопросам сексопатологии и (Нижний Новгород, 1993), 9th World Congress of Psychiatry (Rio de Janeiro, 1993), 13th Meeting International Association of Forensic Sciences (Dusseldorf, 1993), International Conference Woman and Freedom: Making Choice in the World of Traditions and

Change (Moscow, 1993), Международной конференции "Современные методы биологической терапии психических заболеваний" (Москва, 1994), Всероссийской конференции "Психическое здоровье населения России" (Ижевск, 1994).

## Публикации

По теме диссертации опубликовано 43 печатных научных работы, в том числе две монографии и одно монографическое учебное пособие для студентов, интернов и врачей. Все они приведены в конце диссертации.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

В диссертации приведены результаты 17-летнего изучения ТС и сходных состояний. В соответствии с задачами исследования основная группа включает 296 больных из 527 обследованных. Из них биологических мужчин 115 (38,8%), женщин—181 (61,2%). Отбор пациентов проводился по следующим критериям: желание (на момент обращения за помощью) изменить свой пол с помощью хирургического вмешательства и соответствующего изменения документов; отсутствие признаков эндогенного, экзогенного или органического психического заболевания или эпилепсии; отсутствие аномалий мочеполовой системы.

Применение клинического метода позволило оценить структуру и динамику психопатологической симптоматики каждого наблюдения и отнести его к тому или иному варианту синдрома половой дисфории. Систематизация по формам производилась с учетом существующей классификации (DSM-III-R; ICD-10; Bradley S.J. e.a., 1991; Blanchard R., 1989; Silveira Nunes J.J., 1990).

Для изучения и сравнения клинических проявлений ТС и ТВ был разработан и применен семиотический аппарат, с помощью которого все проявления изучаемых расстройств сведены в две группы проявлений – основные и производные симптомы. Изучены их феноменологическое содержание и динамика, для чего использованы шкалы гомофилия/гетерофилия, гомоэротизм/гетероэротизм (Кон И. С., 1988), гетеросексуальность/бисексуальность/гомосексуальность (Kinsey A. S. e. a., 1948), навязчивость/компульсивность/импульсивность (Шостакович Б. В. с соавт., 1992; Ткаченко А. А. с соавт., 1992). Был составлен оригинальный опросник-интервью, который включал признаки синдрома отвергания пола с учетом феноменологических диагностических критериев DSM-III-R, а также сведения о наследственности, беременности и родах, структуре семьи, системе воспитания, о развитии пациентов, их преморбидных особенностях, социальном статусе, динамике каждого основного и производного симптома. Помимо того по каждому пациенту были получены объективные сведения от родителей и близких, из последнего производственного или учебного коллектива, меддокументация из территориального учреждения здравоохранения, а также их фотографии, переписка и образцы творчества. Все пациенты были подвергнуты непосредственному клинико-психопатологическому обследованию. Часть из них (159) обследована в клинике психиатрии Ростовского мединститута и в городском психоневрологическом диспансере, часть (137)—в лечебно-реабилитационном научном центре "Феникс".

Исследование соматического и неврологического статусов осуществлялось общепринятыми клиническими методами.

Основная группа распределилась следующим образом: больные, страдающие ТС,—223 человека. Из них 42 биологических мужчины (мужской ТС) и 181 женщина (женский ТС); пациенты с фетишным ТВ—73 человека (все мужчины). Соотношение случаев мужского и женского ТС на нашем материале составило 1:4,3, что существенно отличается от данных, пришедших из капиталистических стран—2:1—8:1 (Green R. e. a., 1969), 3:1 в Сингапуре (Tsoi W.F., 1988) и Нидерландах (Eklund P. L. e. a., 1988), но весьма близко к единственному подобному сообщению из бывшей социалистической страны Польши: 1:5,5 (Godlewski J., 1988).

На момент первичного обследования возраст больных с ТС в среднем составил 23,4+/-1,9 лет: при мужском ТС он был равен 24,9+/-2,6 года, при женском—21,8+/-1,2 года. При ТВ этот показатель составил 28,3+/-1,7 года, при мужском ТС—25,1+/-1,4 года, при женском—23,8+/-2,1.

Изменение пола произведено в 128 случаях. Во всех наблюдениях оно включало изменение паспортного пола и кроссдресинговую гормональную коррекцию телесного (Белкин А.И. с соавт., 1991; Козлов Г. И. с соавт., 1985; Бухановский с соавт., 1990; Spinder T. e. a., 1989; Pache T. D. e. a., 1991; Goh H. H. e. a., 1992). Маскулинизирующие секстрасформирующие операции были выполнены 112 больным с женским ТС, феминизирующие—16 больным с мужским. Эти операции осуществлялись в клинике хирургии №4 Ростовского мединститута заслуженным деятелем науки РФ профессором В. И. Русаковым, в клинике гинекологии того же института профессором Н. В. Рымашевским, в отделении хирургической урологии МСЧ ПО Ростсельмаш Л. Г. Мкртычевым, а также в ряде клиник г. Москвы старшим научным сотрудником Института экспериментальной эндокринологии и химии гормонов АМН СССР кандидатом медицинских наук И.В. Голубевой и профессором А.Б. Окуловым (Российская медицинская академия последипломного образования).

Катамнестический метод позволил проследить результаты выбранной тактики ведения больных с синдромом отвергания пола. Проведено катамнестическое исследование большинства пациентов (174). Длительность катамнеза от 16 лет до 1 года (средняя продолжительность—5,1+/-2,8лет). При катамнестическом наблюдении изучалась динамика показателей психосоциальной адаптированности больных в новом поле: самооценка, психоэмоциональное состояние, социальный статус (семейное положение, стабильность и основательность быта, динамика профессионального статуса и карьеры, наличие и осуществление творческих замыслов, умение строить отношения с окружающими). Полученные результаты подвергнуты

статистической обработке по программам вариационной статистики ("Статграф" и "Стюдент") на IBM PC AT "Unicom", а также применены корреляционный анализ (Сепетлиев Д., 1968) и метод сравнения относительных величин (Каминский Л.С., 1964).

## **КЛИНИКА И ДИНАМИКА ТРАНССЕКСУАЛИЗМА**

---

Учение о внутренней убежденности пациентов в принадлежности к иному полу при отсутствии психотической симптоматики, ненависть и отвращение к собственным природным половым признакам, стремление ассимилироваться в обществе среди лиц противоположного пола, а также настоятельное требование трансформации телесного пола как основе ТС получило развитие в работах Benjamin H., 1966; Hoenig J. e.a., 1974; Kokott G. e.a., 1988; Money J., 1982.; Jonson S.L. e.a., 1990 (США); Koranyi E.K., 1980; Blanchard R., 1989 (Канада); Wolf E., 1984; Dorner G. e.a., 1991; Kuchenhoff B., 1988; von Sigush, 1980 (Германия); Белкина А.И., 1975, 1991; Ботневой И.Л. с соавт., 1983; Маслова В.М. с соавт., 1983 (Россия); Булаховой Л.А., 1975 (Украина); Eklund P.L. e.a., 1988; Kuiper A.J. e.a., 1992 (Нидерланды); Sorensen T. e.a., 1980 (Дания); Canepa G. e.a., 1990; Godano A. e.a., 1990 (Италия); Burns A. e.a., 1990; Mallett P. e.a., 1989 (Великобритания); Chiland C., 1988; Soubieux M.J. e.a., 1991 (Франция); Apter A. e.a., 1990, Modan B. e.a., 1992 (Израиль); Dulco S., 1984, 1990; Godlewski J., 1988 (Польша); Vesely J. e.a., 1992 (Чехословакия); Rakic Z. e.a., 1991 (Сербия); Kucheria A. e.a., 1992; Taneja N., 1992 (Индия); Ruan F.F. e.a., 1989 (Китай); Fang R.H. e.a., 1992 (Тайвань); Ratnam K.V., 1990 (Сингапур); Chong J.M. (Гонконг).

В качестве диагностических критериев ТС постулируются три признака: упорный дискомфорт и чувство несоответствия в предназначенном поле, постоянная озабоченность на протяжении последних двух лет проблемой освобождения от своих первичных и вторичных половых признаков и приобретения половых признаков противоположного пола, завершенность полового созревания (DSM-III-R).

Неопределенность содержания этих критериев связана с их описательно-феноменологической, а не семиотической формой, что характерно для проблемы ТС вообще. Отсутствие патогномичных признаков, терминологического аппарата, несовершенство содержательной стороны феноменов ТС размывает его границы, значительно затрудняет диагностику, разработку индивидуальной адекватной тактики ведения пациентов, способствует необоснованно широкому применению полотрансформирующих операций.

Проведенное исследование позволило обнаружить, проанализировать и семиотически описать развернутую клиническую картину ТС. Все многообразие его проявлений удалось свести в две группы симптомов, находящихся в динамическом иерархическом соподчинении—основные (главные) и производные. Первые имеют глубинное происхождение и являют собой психопатологическое выражение базисной природы ТС. Вторые возникают в процессе психогенеза этого расстройства и отражают те механизмы его развития, в которых ведущую роль играют интра- и интерперсональные конфликты.

### **ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ТС** включают:

инверсию половой идентичности; инверсию половой социализации личности; инверсию психосексуальной ориентации.

### **К ПРОИЗВОДНЫМ СИМПТОМАМ ТС** относятся:

симптом отвергания пола; многообразные проявления психосоциальной дезадаптации; аутодеструктивное поведение, включая суицидальное, и конкурирующую с ним транссексуальную установку на изменение пола.

**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. Фактически по двум каналам – иррациональному и когнитивному одновременно и постоянно в сознание поступает взаимоисключающая витально значимая информация о самом себе. Информация, относящаяся к ядерным характеристикам самосознания (Соколова Е.Т., 1989; Golosow N. e.a., 1969).

**ИНВЕРСИЯ ПОЛОВОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ** — усвоение, нередко утривованное, 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. Инверсные идентичность и социализация личности проецируются вовне столь же инверсной половой ролью. Причем степень её усвоения и исполнения такова, что делает пациентов в обществе почти или неотличимыми от лиц искомого пола. Одним из её основных проявлений становится полоролевой кроссдрессинг (КД), характеризующий внешний вид и стиль поведения пациентов.

### **ИНВЕРСИЯ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ** характеризуется тремя 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. Даже одна лишь мысль об их возможности вызывает крайне отрицательную эмоциональную реакцию с оттенком гадливости и брезгливости, что делает несостоятельными редкие попытки

рационально-компенсаторного создания внешне гетеросексуальных семей. Отношение к гомосексуализму у большинства ТС обоего пола весьма терпимое. Однако, во внутренней картине болезни себя из этой группы категорически исключают, а на подобные предположения реагируют как на оскорбление. Максимально, на что они внутренне согласны, так это на отнесение себя к гермафродитам.

2. половое партнёрство базируется, в основном, на положительных психоэмоциональных переживаниях (чувства симпатии, влечения, любви, страсти) к исключительно гетеросексуальным лицам.
3. в интимных отношениях пациентами избирается сексуальная роль диаметрально противоположная их биологическому полу, но совпадающая с полом психическим—пассивный (рецептивный, кинэдэ, патикус) тип партнерства в сексуальной паре при мужском ТС и активный при женском.

#### **К ПРОИЗВОДНЫМ СИМПТОМАМ ТС отнесены:**

**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).

Вариантами симптома отвергания пола являются выделенные и описанные автором симптомы "отвергания фотографий" и "отрицания зеркала".

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ** при ТС имеет многообразные проявления – внутренние или субъективные (эмоционально-интеллектуальные) и внешние или объективные (поведенческие) (Тихоненко В.А., 1978; Амбрумова А.Г. с соавт. 1989; Бухановский А.О., 1985).

**АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ.** Его диапазон весьма широк и неоднозначен (А. О. Бухановский, 1989): опасные хобби и профессии, добровольный уход на афганскую войну, намеренные рабочие перегрузки, злоупотребление спиртным и наркотиками, изнурительные сексуальные контакты, принимающие характер промискуитета, самоповреждения, суицидальное поведение.

**ТРАНССЕКСУАЛЬНАЯ УСТАНОВКА НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛА** имеет различную степень выраженности – от грёзоподобных фантазий и воображения до однозначно выраженного решения о необходимости изменить пол:

1. переживания, обесценивающие половые органы, феноменологически близки к симптому отвергания пола. Это мысли и рассуждения, обесценивающие собственные половые признаки и идеаторно низводящие и приравнивающие их к уродству;
2. пассивные мысли о собственной половой трансформации— представления и фантазии на тему случайного отторжения или замены своих половых органов. Характерно отсутствие целеполагающего намерения добиваться реальной секстрасформации;
3. ТС замыслы – постепенное формулирование и обоснование мысли о желательности, а затем и необходимости половой метаморфозы. Это принципиально важная ступень развития ТС установки на изменение пола, т. к. появляется осознанность цели и разрабатывается система доказательств. ТС замыслы – первая активная форма ТС установки на изменение пола;
4. ТС решение – присоединение к идеаторному компоненту волевого, побудительного. С этого момента поведение начинает напоминать сверхценное. Больные стремятся добиться и домогаются искомой для них "операции".

#### **РАЗВИТИЕ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА**

---

ТС имеет закономерную динамику, синхронную периодам формирования личности. Проведенное исследование позволяет выделить четыре этапа этого развития:

Первый этап – претранссексуальный, начинается в раннем детстве и продолжается до начала пубертатного периода. Он характеризуется стихийно-неосознанным формированием девиантного полоролевого поведения, которое в наибольшей степени соответствует диагностическим критериям *gender identity disorder of childhood* (DSM-III-R, шифр 302.60) (Ericson E., 1951; Green R., 1974; Bradley S.J. e.a., 1979). Он разворачивается на сексуально-эротически нейтральном фоне, в отсутствие специфической чувственности. Понятийная стадия развития полового сознания (Г.С. Васильченко, 1977) у претранссексуалов на познавательном уровне протекает обычно. Дети оценивают себя в соответствии с биологическим, гражданским полом и полом воспитания. Но логика рационального самоотражения сочетается с внешней алогичностью и необычностью стихийного поведения, которое выражается в стихийной инверсии предпочтений игр, игрушек (гетеросоциальность), выбора товарищей по общению (гетерофилия). Дополнением этих основных проявлений первого этапа ТС становятся томбоизм (при женском ТС) и дебютирующий полоролевой КД, однако на этом этапе еще не достигающий степени завершеного психопатологического симптома. Последний вначале недостаточно осознается самими пациентами, проявляется эпизодически во время игр или выполнения домашних обязанностей.

Степень выраженности, время появления и особенности проявления КД могут служить прогностическим и дифференциально-диагностическим критерием: чем раньше он возникнет и чем более выражен, тем аномалия будет ближе к

ядерному варианту ( $P > 0.001$ ). Он возникает на индифферентном эмоциональном фоне и в восприятии и переживаниях ребенка сразу же приобретает характер обыденности.

Второй этап, этап формирования полоролевого КД, 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 (Личко А. Е., 1983), как бы развивающую гетерофилию предыдущего этапа,
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 пр. ), в чем находит дальнейшее развитие гетеросоциальность (Goodenough, 1983),
3. завершение формирования КД, 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 КД 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, скрываемыми симпатиями, романтической влюбленностью, мечтами, фантазиями, сновидениями.

Начало третьего этапа, этапа кристаллизации ТС конфликтов, совпадает с поздним пубертатным периодом (14— 17 лет). Признаки пубертата у 63,4% мальчиков отставлены.

#### **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 КД,
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.

Высокая сексуальная активность, обнаруживаемая во многих случаях женского ТС (47,8% ), по своим проявлениям и последствиям более всего напоминает обычную юношескую гиперсексуальность. Однако имеет социокультуральное происхождение и возникает за счёт своеобразной социализации. Сами больные отмечали, что причиной частой смены партнерш была не неутоленная страсть, а желание походить на сверстников. Этот стиль диктуется референтной группой подростков ближайшего окружения – стремление утвердиться в мужской роли толкает пациенток на утрированное маскулинное (гипермаскулинное) поведение — реакция гиперкомпенсации.

Характерно, что в выборе последующего полоролевого поведения все пациенты пренебрегают биологическим и паспортным полом, что свидетельствует о вступлении процесса инверсной психосексуальной идентификации в завершающую стадию.

На этом этапе практически у всех больных отмечается повышенное внимание к собственной внешности, что связано в двумя обстоятельствами:

1. неудовольствие 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, презирают себя за необходимость выполнения в этот период гигиенических мероприятий. Возникает реакция мимикрии: девушки маскируют грудные железы, юноши пытаются скрыть половой член и яички, прибегая в 84,8% случаев к единому приёму маскировки – половой член максимально загибается назад и закладывается в область промежности, где удерживается сомкнутыми бедрами, что придает походке специфический вид, а яички, загоняются в паховые каналы, наружные отверстия которых для этого специально расширяются, и где они подвергаются атрофии. Этими феноменами заявляет о себе завершающий формирование клинически очерченный симптом отвергания пола;
2. появление грезоподобной амбивалентной ТС надежды, одновременно осознаваемой как несостоятельная, на появление вторичных половых признаков желаемого пола. Порой предпринимаются попытки их стимулировать, например, 39,7% девушек начали бриться.

Все это напоминает дисморфоманические расстройства. Однако ни у одного пациента с ТС не возникло патологической убежденности в дефектности или аномальности своего морфологического строения или внешности, не отмечено идей

отношения и толкования, что характерно для дисморфоманической триады (Коркина М.В., 1984). Все адекватно понимали и оценивали свой физический статус. Они лишь не могли с ним смириться и эмоционально отрицательно реагировали на свою половую телесную атрибутику, считая себя ошибкой природы, уродом (в переносном смысле этого слова).

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, лишёнными 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.

Стремление к продолжению образования чаще встречается при женском ТС ( $P > 0.001$ ): высшее образование получили 24,2% обследованных пациенток, 7,3% — с мужским ТС, среднее – 37,4% и 12,8% соответственно, незаконченная средняя школа соответственно у 14,3% и 43,6%.

КД на этом этапе столь полный, 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, бытовому объяснить несоответствие полоролевого и сексуального поведения официальному половому статусу и экспектациям 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.

У большей части (73,5% ) именно в этом периоде чётко клинически оформляются многочисленные проявления психогенно обусловленной психосоциальной дезадаптации. Клинически психогенные состояния при ТС на этом этапе проявляются реактивными субдепрессиями, сензитивными астеническими состояниями, реакциями психалгии (Амбрумова А.Г. с соавт., 1989; Тихоненко В.А., 1980).

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, жестикულიацией, 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 (11 случаев) свободно переодеваются в мужских раздевалках и моются вместе с мужчинами в общем душе, не вызывая никакого эротического интереса или протеста (шесть наблюдений объективно подтверждены). В трех случаях подобная ситуация отмечена у страдающих ТС мужчин.

В отношении сексуальной и семейной жизни транссексуалов следует отметить преобладание установки на семейные отношения, основанные на психологическом единении, взаимодополнении и чувстве. Здесь часто проявляется утрированность усвоенной половой роли – она несколько сдвинута в прошлое, идеализирована, отдает романтизмом. Фактически при мужском ТС больные 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.

Ни в одном случае мужского ТС гетеросексуальных контактов не было. При женском 19,8% имели опыт половых контактов с мужчинами. В подавляющем большинстве они имели характер реакций гиперкомпенсации и были единичными. Пациентки шли на них сознательно, часто "для решительности" перед этим употребляя спиртное. В 11 случаях страдавшие ТС женщины стали жертвами изнасилований, что связано с их повышенной виктимностью. В двух наблюдениях изнасилование было осуществлено по инициативе родителей, стремившихся таким способом "излечить" своих дочерей.

В 13 случаях зафиксированы браки с мужчинами. Фактически все они осуществлены по механизмам гиперкомпенсации. Во всех случаях семьи оказались неустойчивыми и распались в срок от нескольких дней до 4 лет. Гетеросексуальные половые отношения у всех до одной оставили "гадкое чувство" и неприязнь к партнеру с переносом её на всех мужчин вообще в качестве возможных половых партнеров, хотя в качестве товарищей и партнеров по неформальному, деловому или бытовому общению



женщина-ТС их предпочитает.

Часть женщин-ТС (15 человек), имевших гетеросексуальные половые контакты, забеременела (23 беременности), что повергло всех в состояние паники и ужаса. 11 беременностей завершились абортами, в том числе 6 криминальными, на поздних сроках. Судьба рожденных 12 детей сложилась неудачно: 4 оставлены в роддоме. Остальные взяты матерями. И хотя большинство из них говорит, что любят рожденных ими детей, объективно во всех случаях выявляется ситуация эмоционального отвержения собственных детей. Зато к детям своих партнерш относятся исключительно хорошо, с удивительной теплотой и заботой исполняя роль "отца" и/или "дедушки".

Женщины-ТС способны к созданию устойчивых отношений с женщинами типа гражданского брака (98 наблюдений). Лишь небольшая часть из них при этом прибегает к помощи легенды, скрывая от своей супруги истину, причем также весьма искусно (19 случаев). Большинство (54) правды не скрывает, сообщая о себе достаточный, хотя и не исчерпывающий объем информации. Продолжительность существования таких семей при женском ТС от нескольких месяцев до 22 лет. Роль мужа безоговорочно принадлежит женщине-ТС, а жены – её партнерше. Из тех пациенток, которые создали семью, 28 проделывали это не один раз. Число последовательно создававшихся семей доходило до 5. В это число не вошли случаи случайных половых связей, а также основанные на статусе любовников.

Женщины, создавшие семью с ТС, зная, что живут с биологической женщиной, психологически воспринимали их как мужчин. Это проявилось в отношении к ним, обращении по имени, использовании существительных, местоимений и глаголов мужского рода. Интенсивность сексуальной жизни транссексуалок значительно разнится, чем они существенно не отличаются от популяции.

Распалось 46 таких семей. Причинами разрывов стали:

1. альтруистические мотивы – ответственность за судьбу избранницы (18 случаев);
2. помехи извне – вмешательство родителей и иных близких родственников (12 наблюдений);
3. уход "супруги" (5 наблюдений) в трех случаях к другой транс-сексуалке;
4. создание брака с другой женщиной (7 случаев).

## **ПСИХОГЕНЕЗ ТРАНССЕКСУАЛЬНОЙ УСТАНОВКИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛА**

---

Одним из наиболее важных и до сих пор нерешенных 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 отечественного ТС является высокая отягощенность суицидальным поведением. Различные его проявления отмечены у 86,4% 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 аттитюда, 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 (Соколова Е. Т., 1989). Этот конфликт является вторичным и объясняется фрустрацией.

Начиная с пубертатного периода одним из наиболее постоянных и наиболее мучительных внутренних конфликтов становится противостояние психосексуальной ориентации и интериоризированной морали.

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 ожиданий. 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, отечественное общество ведет себя недостаточно цивилизованно, что проявляется тем набором общественных санкций, с которыми пришлось столкнуться всем обследованным нами больным: непонимание вплоть до отрицания этого феномена (87,6%); осуждение вплоть до презрения (78,1%); удивление вплоть до любопытства (75,1%); директивное принуждение и пресечение, вплоть до административного и физического воздействия и побоев (27,9%); табуирование вплоть до запретов и изгнания (из трудового или учебного коллектива, неформальной группы, гостиниц, самолетов и пр.— 37,2%). 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 безликостной коммуникации.

#### **Выделяется три типа реакций на эту ситуацию:**

1. Описанные выше симптом мимикрии и реакции имитации и маскировки.
2. Реакции гиперкомпенсации – поиск выхода в сексуальной активности, которая соответствует то ли половой роли, то ли половой маске.
3. Реакции компенсации, которые можно разделить на две группы:
  1. сублимационные переключения на профессиональную, творческую деятельность или хобби, что на какое-то время смягчает признаки дезадаптации. Фактически это реакция ухода от действительности. Со временем защитный эффект слабеет, конфликты приобретают изначальную остроту;
  2. реакции иллюзорной компенсации, которые по сути своей являются формой антисоциального аутодеструктивного поведения: злоупотребление спиртным (34 наблюдения) и наркотиками (9) с использованием их седативного и релаксирующего эффектов, а также оглушающего действия выраженной степени (эскапистского) опьянения (Бехтель Э.К., 1986). В 12-ти случаях оно привело к алкоголизму, в 4-х – к наркомании. Во всех наблюдениях это были случаи женского ТС.

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. Последнее отмечено почти во всех наблюдениях (86,4%). Суицидальная готовность в виде антивитальных 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 принимаются, а способы, которые бы были им известны, сведены к нулю. В связи с этим суицидальное поведение становится формой разрешения конфликтов путём самоустранения, самоуничтожения (Тихоненко В.А., 1978; А.Г. Амбрумовассовт., 1980), что еще раз подчеркивает 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. Ни объяснения врачей о калечащей сути требуемых операций, ни осознание невозможности сущностного изменения биологического пола с созданием полноценного организма не меняют установки больного. Именно появление данного убеждения знаменует собой апогей формирования ТС и максимальную степень выраженности симптома отвергания пола (D.R. Laub e.a., 1974) – возникновение транссексуальной установки на его изменение.

Будучи прочно спаянной с личностью, жизненные проблемы которой она, во внутренней картине болезни, решает, являясь фактически некурабельной, ибо являет собой не феномен психопатологии, а результат умозаключений, мыслительного процесса, своеобразного развития личности, эта установка становится мотивом, определяющим всю последующую жизнь пациента. 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. Подобные результаты обнаружены и в зарубежных исследованиях (W. Eicher, 1984; Stein M. e.a., 1990).

Возникает ТС установка, как правило, на втором-третьем этапах развития ТС, а максимальной степени выраженности достигает на четвёртом.

## **КЛИНИКА И ДИНАМИКА ТРАНСВЕСТИЗМА**

---

Проведенный нами структурно-динамический клинический анализ 73 случаев ТВ позволил свести всю его симптоматику в две группы: основной синдром и производные психопатологические расстройства.

**ОСНОВНЫМ СИНДРОМОМ ТВ** является обсессивно-компульсивный КД. Концепция обсессивно-компульсивных расстройств влечений не нова (Шостакович Б.В. с соавт., 1992; Salzman L., 1969; Goldstein W.N., 1985; Khana S. e.a., 1987), но она позволяет описать клинические закономерности развития расстройств влечений и создать терминологический аппарат.

Структура и динамические особенности КД дают возможность трактовать его именно как синдромальное образование. Развитие КД весьма похоже на синдромы зависимости и измененной реактивности при алкоголизме или наркомании, что позволило, в порядке аналогии, использовать терминологический аппарат алкогольного наркоманического синдрома (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1971), или, если быть точнее, симптомокомплекса (Бухановский А.О. с соавт., 1992).

Кроссдрессинг несводим к ТВ, так как может встречаться и при иных психических расстройствах. Дифференциально-диагностические критерии его при ТС и ТВ приведены в приложении 1.

Структурно-динамический психопатологический анализ позволяет отделить обсессивно-компульсивный КД от сходных патологических состояний и непатологических форм переодевания, позволяет обнаружить его психопатологические динамические признаки, которые и имеют диагностическое значение. Это синдромы психической и физической зависимости, синдром измененной реактивности, психопатизация личности и её снижение.

Под признаками зависимости при КД подразумевается трудно- или неудержимое влечение к КД – потребность больного в изменении своего психического, а затем и физического состояния с помощью патосексуальной ситуации.

**СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ** от КД включает следующие симптомы: обсессивное влечение к КД, состояние психического комфорта в патосексуальной ситуации, состояние психического дискомфорта вне патосексуальной ситуации.

**ОБСЕССИВНОЕ** влечение возникает в периоде отлучения от КД и выражается в навязчивом характере мыслей о желательности его повторения, повышении настроения в ожидании предстоящего КД, постоянной борьбой мотивов – борьбой со своим собственным влечением, нелепость и экзотичность которого больным осознается. **СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ДИСКОМФОРТА ВНЕ ПАТОСЕКСУАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ** проявляется несобранностью, мрачностью, раздражительностью, общей возбужденностью, чувством утомленности, падением работоспособности и продуктивности в ситуации невозможности осуществления КД. **СИМПТОМ ПСИХИЧЕСКОГО КОМФОРТА В ПАТОСЕКСУАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ** проявляется тем, что наилучшее психическое функционирование пациента имеет место только во время КД.

**СИНДРОМ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ** от КД включает: компульсивное влечение к КД, состояние психофизического комфорта в патосексуальной ситуации, состояние психофизического дискомфорта вне патосексуальной ситуации, патосексуальную абстиненцию. **КОМПУЛЬСИВНОЕ** влечение – стремление к КД, имеющее неодолимый характер и соизмеримое с переживанием актуального состояния таких инстинктивных потребностей, как голод и жажда. Как правило, борьба с ним невозможна, в силу чего патосексуальное поведение становится вынужденным. Характерными для него являются: доминирование в сознании патосексуальных устремлений с вытеснением полноценного восприятия и оценки ситуации, способности к прогнозированию её развития, осторожности, порой с конкурентным блокированием таких витальных потребностей, как голод, жажда; аффективное сужение сознания, что проявляется в концентрировании внимания на операционной деятельности патосексуального эксцесса, за счет чего многие малозначимые для КД события, лица, явления просто не замечаются, создавая внешнее сходство с палимпсестами. В период компульсии исключается нормативное сексуальное поведение, даже у семейных блокируется гетеросексуальная активность. **СОСТОЯНИЕ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО ДИСКОМФОРТА ВНЕ ПАТОСЕКСУАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ** проявляется более тяжелым, чем описанное выше, психическим состоянием, близким к дисфории: преобладает мрачная напряженная раздражительность с оттенком гневливости, от раза к разу усиливаются сердцебиение, тупые головные боли, чувство тяжести в голове и общее недомогание, нарушается сон, состояние разбитости и вялости после пробуждения, анорексия, падает физическая и психическая трудоспособность. **СОСТОЯНИЕ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО КОМФОРТА В ПАТОСЕКСУАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ**

заключается в нормализации состояния при совершении КД. **ПАТОСЕКСУАЛЬНАЯ АБСТИНЕНЦИЯ** возникает через 1-2 до 7-10 часов после вынужденного прекращения КД. На первый план выступают психические сè компоненты: депрессия, чувство стыда и неловкости, идеи неполноценности, самообвинения, эмоционально-гиперестетические расстройства, тревога, а также соматовегетативные нарушения – физическая слабость, чувство соматического недомогания, тахикардия, колебания и неустойчивость кровяного давления, анорексия, диспептические симптомы, запоры.

**СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ** при КД включает: усиление патосексуальной толерантности (потребности), измененные формы исполнения КД, измененные формы проявления КД. **УСИЛЕНИЕ ПАТОСЕКСУАЛЬНОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ (ПОТРЕБНОСТИ)** при ТВ встречается в двух формах – усиление интенсивности и усиление экстенсивности КД. Первая проявляется использованием индивидуально значимой эротизирующей символики в степени все более отклоняющейся, или даже шокирующей окружающих, от принятых, ожидаемых и/или разрешенных форм. Сюда же относится и дополнительная девиантная сексуальная стимуляция, например, визионизм, что сходно с применением препаратов "вдогонку" при наркомании, резко усиливающих эйфоризирующий эффект основного наркотика. Изменение толерантности по экстенсивности проявляется увеличением продолжительности каждого последующего эксцесса. Причиной роста толерантности становится относительно быстрое угасание первичного психотропного эффекта фетиша. **ИЗМЕНЕННЫЕ ФОРМЫ ИСПОЛНЕНИЯ** КД при ТВ проходят путь от эпизодического нерегулярного до учащающегося эпизодического и далее к систематическому, периодическому, постоянному и смешанному КД. **ИЗМЕНЕННЫЕ ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ** КД проявляются тем, что по мере развития ТВ меняется и клиническая картина психотропного эффекта КД. Первоначально экзальтированно-восторженный, он теряет этот эмоциональный заряд как по интенсивности, так и по продолжительности. КД вместо стимулирующего интенсивные гедонические переживания и эротизирующего эффекта начинает оказывать нормализующий, релаксирующий и/или нормализующий эффекты.

**ПСИХОПАТИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ** при фетишном ТВ проявляется появлением и нарастанием или заострением двух личностных радикалов – истерического и эпилептоидного. Истерический радикал привносит и/или заостряет такие черты, как эгоцентризм, аффективно непоследовательное кататимно насыщенное мышление, лабильность эмоций, эксцентризм поведения, высокую сензитивность. Нередко возникает симптом "фотомодели" — стремление демонстрировать себя и свой облик в состоянии КД окружающим, прорываться на телеэкраны, страницы газет, журналов, книг, оголенно описывать себя и свои переживания в письмах, что совершенно нехарактерно для ТС. От эпилептоидного радикала добавляется общая торпидность психических процессов, застревание на отрицательных эмоциях, детализация, близкая к обстоятельности, умеренно выраженная общая брадифрения и угловатость моторики, что сочетается с насыщенностью инстинктивной жизни, взрывчатостью, склонностью к эксплозивным реакциям. В одних случаях (57,5% ) отмечено явное преобладание истерических черт (истеро-эпилептоидный вариант). В других наблюдениях (42,5% ) больший удельный вес принадлежит эпилептоидному радикалу (эпилепто-идноистерический вариант) психопатизации. Для обоих вариантов характерными оказались рентные установки.

**СНИЖЕНИЕ ЛИЧНОСТИ** имеет следующие проявления: **ОСКУДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ** проявляется возникновением и/или нарастанием эгоцентризма и сужением круга интересов. Падает жизненная активность, останавливается рост и развитие личности. Постепенно теряется интерес ко всему и всем, в том числе к семье. У многих отмечается плаксивость, близкая к слабодушию. Прежние занятия, работа теряют смысл, приобретают характер формальной необходимой деятельности. Утрачивается потребность в полноценном общении со здоровыми друзьями и знакомыми. Появляется небрежность, неопрятность, запущенность. Появляется озлобленность, зависть к здоровым. Преморбидная широта гаммы дифференцированных отношений исчезает и замещается альтернативным двухцветным подходом к окружающим. Несколько ухудшается интеллектуально-мнестическая сфера: падает способность сосредоточения, длительного удержания внимания, волевого напряжения и мысли, ведущими становятся поверхностные ассоциации, с трудом даются абстракции, начинает преобладать конкретное осмысление. **ОСКУДЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОСТИ** проявляется сужением круга гетеросексуальных эротических реакций вплоть до их полного исчезновения, с замещением реакциями аутоэротической ориентации. Со временем обедняется сексуальная техника, замещающаяся ригидно-фиксированной стереотипной перверзной активностью. Оскудение сексуальности следует усматривать в невозможности достичь сексуальное возбуждение и оргазм никаким иным способом, кроме как КД, мастурбацией и трансвеститным нарциссизмом, или соответствующими подкрепляющими фантазиями (Giese H., 1962; Dietz K. e. a., 1964; Obuchowski K., 1977; Imielinski K., 1982). Утрачивается способность поддерживать функциональное единение со своим сексуальным постоянным партнером, в связи с чем теряется заинтересованность в сохранении семьи (67,8% ). Оставшиеся семьей назвать трудно – это или формально-привычное проживание под одной крышей, или симбиотические отношения, в которых пациент становится еще одним "ребенком" на руках жены. Больные становятся безразличными к интимным контактам жен на стороне (12 случаев), а порой и прямо в них заинтересованы и понуждают к этому своих жен. Производные симптомы ТВ возникают в процессе его психогенеза и, как и при ТС, являются производными интра- и интерперсональных конфликтов.

**К ПРОИЗВОДНЫМ СИМПТОМАМ ТС** отнесены: психосоциальная дезадаптация, аутодеструктивное поведение и транссексуальная установка на изменение пола. Последняя, в отличие от таковой при ТС, развивающейся постепенно, как правило, возникает внезапно, по типу информационного озарения.

{\*\*\*}

[Скачать целиком \(.doc, 440Кб\)](#)