

**А.В. Дьяченко¹, О.А. Бухановская^{1, 2}, А.С. Лоскутова¹, А.Я. Перехов², О.В. Збарская¹, А.В. Лебедев³,
Н.Н. Спадерова³, Д.И. Лебедева^{4, 5}, М.Л. Хицкая³, А.Н. Волчкова³**

О «ВОССТАНОВЛЕНИИ» РАНЕЕ ИЗМЕНЕННОГО ПОЛА: МОТИВЫ ПАЦИЕНТОВ И ПРАВОВАЯ ПРОЦЕДУРА

Описание клинического случая

¹ ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», Ростов-на-Дону, Россия

² ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

³ ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», Тюмень, Россия

⁴ ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

⁵ ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр», Тюмень, Россия

Феномен «обратной» смены пола или добровольное возвращения пациентов, прибегших в прошлом к половой трансформации, к натальному полу в последние годы стал часто упоминаться как в научной литературе, так и в СМИ. Значительное увеличение таких случаев по сравнению с предшествующими периодами наблюдения ставит вопросы об адекватности подходов к диагностике и терапии расстройств половой идентичности. В статье представлено первое после вступления в силу Федерального закона № 386-ФЗ от 24.07.2023 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» случая «обратной» перемены пола.

Ключевые слова: транссексуализм; трансгендерность; изменение пола; детранзишн; восстановление пола

Для цитирования: Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Лоскутова А.С. и др. О «восстановлении» ранее измененного пола: мотивы пациентов и правовая процедура. Описание клинического случая // Российский психиатрический журнал. 2025. № 5. С. 38–55. EDN: STQVFJ

**AV Dyachenko¹, OA Bukhanovskaya^{1, 2}, AS Loskutova¹, AYa Perekhov², OV Zbarskaya¹, AV Lebedev³,
NN Spaderova³, DI Lebedeva^{4, 5}, ML Khitskaya³, AN Volchkova³**

On the detransition: the motives of patients and the legal procedure Clinical case

¹ Phoenix Medical and Rehabilitation Research Center, Rostov-on-Don, Russia

² Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

³ Regional Clinical Psychiatric Hospital, Tyumen, Russia

⁴ Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

⁵ The Regional Medical and Rehabilitation Center, Tyumen, Russia

The phenomenon of «reverse» gender reassignment – that is, the voluntary return of patients who have resorted to gender transformation in the past to their natal gender – has been frequently mentioned in recent years both in the scientific literature and in the media. A significant increase in such cases compared to previous follow-up periods raises questions about the adequacy of approaches to the diagnosis and treatment of gender identity disorders. The article presents the first case of detransition after the entry into force of Federal Law № 386-FL dated 07.24.2023 «On Amendments to Certain Legislative Acts of the Russian Federation».

Key words: transsexualism; transgenderism; gender change; detransition

For citation: Dyachenko AV, Bukhanovskaya OA, Loskutova AS, et al. [On the detransition: the motives of patients and the legal procedure]. Rossiiskii psichiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2025;(5):38–55. (In Russ.) EDN: STQVFJ

В **условиях** беспрецедентного повышения обращаемости в медицинские учреждения пациентов, выражают недовольство своим полом [1–5], коммерциализации и политизации медицинской деятельности, обеспечивающей половую трансформацию, и существенного расширения показаний к этим процедурам в течение последнего десятилетия значительно увеличилось и количество задокументированных случаев отказа от мероприятий по изменению пола, а также примеров «восстановления» ранее изменённого пола (detransition) [5–20].

Сведения о распространённости этого явления противоречивы: одни авторы заявляют о низком количестве отказывающихся от «трансгендерного» позиционирования и сожалеющих об осуществлённых социальных и медицинских вмешательствах [15, 16, 19], другие приводят достаточно высокие показатели – до 30%, фиксируют их значительное увеличение с годами и предполагают большое число скрытых, не регистрируемых органами здравоохранения случаев [20–24]. Основываясь на результатах собственных исследований и данных литературного обзора, L.Littman L. (2021) объясняет наблюдаемое ею увеличение в США количества лиц, желающих вернуться к натальному полу, изменением клинического подхода – от базирующегося на тщательной оценке рисков, показаний и противопоказаний и предусматривающего осторожное (в т.ч. отсроченное) использование медицинских вмешательств, к утвердительному, сопряжённому с поверхностной объективной оценкой природы недовольства полом и или отсутствием подобной оценки как таковой с ростом вероятности совершения диагностических ошибок [7].

Также в научной литературе представлены примеры неоднократной перемены пола, когда после восстановления натального пола следовало повторное обращение к «трансгендерной идентификации» (retransition) [16, 25]. В некоторых случаях, отказываясь идентифицировать себя с противоположным полом, пациенты продолжали позиционировать себя в качестве «небинарных личностей» [25].

Согласно имеющимся описаниям, наиболее часто наблюдаемыми в практике мотивами прекращения половой трансформации являются: изменение личного восприятия мужественности и женственности с восстановлением чувства комфорта при идентификации себя со своим натальным полом [7]; осознание того факта, что недовольство полом было обусловлено другими проблемами – психическими расстройствами и трудностями принятия гомосексуальной ориентации [7, 10, 12, 13, 18, 26]; изменение политических взглядов [18]; «проблемы со здоровьем» [18]; давление со стороны окружающих, проблемы с трудоустройством, потеря медицинской страховки [6, 16, 27]. Именно **вынуждённым** прекращением половой трансформации некоторые авторы объясняют случаи неоднократной перемены пола [16].

Примечательно, что опыт изменения пола воспринимается неодинаково лицами, добровольно прервавшими соответствующие процедуры. Многие из них высказывают точку зрения, что и «переход», и «обратная» и «повторная» перемена пола были для них полезны, так как позволили «изучить и уточнить свою гендерную идентичность» [16, 27]. Пациенты, заявившие о сожалении по поводу изменения пола, приводят следующие причины, толкнувшие их на социальную и телесную трансформацию: психологические травмы (включая сексуальные) и психические расстройства [7, 9, 28], гомофобия и трудности принятия собственной гомосексуальности [9, 29], влияние социальных сетей, онлайн-сообществ, сверстников и врачей [7, 18].

Наиболее часто решение о восстановлении пола принимают те пациенты, у которых эта идея возникла в подростковом возрасте на фоне «быстро возникающей гендерной дисфории» [7]. Период, в течение которого наступает отказ от идеи изменить свой пол, составляет от 16 месяцев до 10 лет, после осуществления соответствующих мероприятий [2–3] – в возрасте 20–30 лет. [7, 18].

Единственный представленный в отечественной научной литературе случай «обратного» изменения пола был описан Н.Д. Кибриком и соавт. в 2017 г. [30]. «Пациент Р.», 43 лет, которому в 2009 г. был установлен диагноз «Транссексуализм», в 2011 г. проведена двусторонняя орхэктомия, а в 2012 г. изменены документы на женское имя, обратился в отделение сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии с просьбой о содействии в изменении паспортного пола обратно, с женского на мужской. При этом предшествовавшую смену пола в документах пациент расценивал как «трагическую ошибку». Для решения вопроса о возможности смены паспорта с женского на мужской пациенту было проведено обследование в условиях психиатрического стационара. В ходе обследования находился в мужском отделении. Обследование включало: клинико-психопатологическое (описание анамнеза, психического статуса, наблюдение) и экспериментально-психологическое исследования, ЭЭГ, исследование уровня половых гормонов, консультации невролога и психоэндокринолога. По результатам обследования было запланировано проведение специализированной медицинской комиссии для окончательного решения вопроса о целесообразности изменения паспортного пола с женского на мужской. Комиссионным решением установленный ранее пациенту диагноз «Транссексуализм» был признан ошибочным и изменен на «Шизотипическое расстройство, психопатоподобный вариант».

До июля 2023 г. осуществление процедуры восстановления пола могло быть возможным в результате тех же мероприятий, которые обеспечили первичную трансформацию, т.е. психолого-сексуального-психиатрического обследования с выдачей

комиссионным решением справки об изменении пола №087-у и предоставления этой справки в отделение ЗАГС для коррекции записи о поле в основных документах. Однако после вступления в силу Федерального Закона № 386-ФЗ от 24.07.2023 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», предусматривающего запрет на осуществление мероприятий по изменению пола, возвращение к первоначальному статусу таким образом стало неосуществимым. Весьма показательной в этой ситуации является позиция либеральных правозащитных организаций, в том числе – так называемых «транс-сообществ», число которых резко возросло в нашей стране в период с 2014 г. по 2023 г. Активисты, как правило, не рассматривают возникновение у пациентов стремления к восстановлению пола как результат врачебной ошибки или заблуждения, и, тем более – как аргумент в пользу утверждения о гипердиагностике показаний к изменению пола. Общепринятым в этой среде является мнение, согласно которому detransition реализует право человека на «гендерное самоопределение» так же, как и «переход». Эту точку зрения поддержали и некоторые отечественные психиатры. Так, В.Д. Менделевич (2020) о феномене «неоднократного гендерного перехода» пишет следующее: «Нередко специалисты выступают против разрешения совершать гендерный переход, поскольку им кажется, что «человек после операции или гормональной терапии может передумать..., но будет уже поздно». Вопрос о том, что «феномен передумать» и обратиться за повторными операциями или терапией можно расценивать как адекватный, такие профессионалы не рассматривают, поскольку они существуют в жёсткой бинарной парадигме – либо он (мужчина), либо она (женщина), третьего не дано. <...> Для части психиатров «феномен сомнений» при выборе гендера укладывается в понятие шизофренической амбивалентности, то есть двойственности, патологической нерешительности и болезненной невозможности выбрать между двумя равноценными альтернативами. Описанный подход игнорирует изменчивость и потенциальную противоречивость позиции «нормального психически здорового человека», поскольку сомневаться в чём-либо при принятии решения или даже после того, как уже всё решено, считается обычным поведением и не может быть признано психопатологическим» [31]. Ю.П. Сиволап в докладе «Гендерная дисфория в ICD-11: неужели гибель психиатрии?» (2022) высказал точку зрения о том, что «ни быстро наступающая (rapid-onset) гендерная дисфория, ни стремление к переходу в ту или иную сторону не относится к категории психических расстройств» [32]. При этом, несмотря на заявления о равной поддержке как «переход», так и detransition, активисты обычно акцентировали свои усилия на повышении доступа именно к «первичному» изменению пола. Действовавшие до 2023 г. на территории нашей стра-

ны многочисленные фонды помощи «трансгендерным людям» обеспечивали не имеющим собственного дохода лицам консультации психиатров, психологов, эндокринологов, хирургов и юристов и получение в рекомендуемых «транс-сообществами» частных медицинских центрах справки №087-у. Однако подобное содействие лицам, выразившим отказ от реализации мероприятий по изменению пола и желание восстановить прежний гражданский статус («паспортный пол»), не осуществлялось ни тогда, ни сейчас, когда впервые за более чем 30 лет возникли реальные основания для правозащитной деятельности в этой области. Самоустраниние «транс-сообществ», вместе с солидарными с ними врачами, психологами и деятелями науки в сложившихся обстоятельствах вызывает серьёзные сомнения в искренности их прежних намерений. Это наблюдение согласуется результатами некоторых зарубежных исследований, участники которых заявляли об утрате поддержки со стороны «гендерных терапевтов» и членов «транс-сообществ» после принятия ими решения об обратном изменении пола [7, 18, 26].

Цель – исследовать на примере клинического случая мотивы «обратного» изменения пола и описать процедуру восстановления записи о поле в основных документах в условиях действия Федерального Закона № 386-ФЗ от 24.07.2023 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Клинический случай

В данной статье представлен случай урождённой женщины, которой в 2014 г. был установлен диагноз «Транссексуализм» и произведено изменение записи о поле в основных документах с женского на мужской, обратившейся с запросом на восстановление изначального полового статуса. Пациентка¹ дала письменное согласие на публикацию ее случая в медицинском журнале при условии сохранения анонимности.

Представленный анамнез был собран как со слов самой пациентки, так и со слов её матери на основании информированного согласия обратившейся.

Анамнез

Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от благоприятно протекавшей беременности. Роды естественные, в срок. Раннее психофизическое развитие соответствовало возрасту. Пациентка описывает себя в дошкольном периоде как в меру общительного, спокойного ребёнка. Была ранима, впечатлительна, эмоционально лабильна. Болезненно переносила несправедливую критику и насмешки (со слов матери: «Её ругать в принципе нельзя было, для неё было чувствительно, когда на неё просто голос повысят»). Любила

¹ Несмотря на то что пациентка на момент обращения имела документы на мужское имя, с целью удобства изложения анамнестические сведения описаны в женском роде.

животных. Была ласковой, жалостливой. Отличалась хорошей памятью, но была отвлекаемой. Трудности концентрации внимания отрицает. Любила как спокойные игры, так и активные. Из игрушек предпочитала конструкторы («Были и куклы, и машинки, но больше всего нравились конструкторы»). Увлекалась рисованием, чтением, занималась музыкой. Интереса к куклам не выражала. Не любила носить платья, что объясняла их неудобством («Мне нравилась двигательная активность – делать колесо, бегать, а надевать платье означало, что нужно сидеть спокойно и играть какую-то роль»). При этом в праздничные дни носила платья без возражений. Посещала занятия по хоровому пению, где также носила сарафан. Мать отрицает отказы пациентки от ношения платьев. В детском возрасте испытывала страх темноты и высоты. Также по причине впечатлительности боялась страшных историй.

В детском возрасте пациентка имела одну подругу, также много времени проводила со старшей единогородской сестрой, разница в возрасте с которой составляла 5 лет. Отношения в семье характеризует как хорошие. С удовольствием проводила время вместе с родителями.

ДДУ посещала с 1 года 10 месяцев. Участвовала в детских утренниках. Без возражений носила платья на праздниках. Общалась преимущественно с девочками. С 5 до 12 лет занималась в музыкальной школе по классу фортепиано.

В школу пошла в возрасте 7 лет. Адаптировалась успешно. Имела двух подруг. С другими одноклассниками поддерживала ровные отношения. Посещала Дни рождения приятелей, приглашала на праздники детей к себе. Училась хорошо. Отмечала незначительную неусидчивость. Легко усваивала материал, но отличалась некоторой небрежностью в учёбе. Домашние задания выполняла неохотно. Успешно сочетала учёбу в общеобразовательной школе с музыкальной школой. Имела близкую подругу среди соучеников в музыкальной школе. Свободное время проводила, гуляя с подругами, за чтением или рисованием. В течение описанного периода сомнений в своей половой принадлежности не испытывала.

С 11–12 лет начала носить брекеты и очки. Была влюблённой. Свои чувства проявляла в записках, адресованных одноклассникам. В связи с этим начала подвергаться насмешкам в классе, на что реагировала болезненно.

Менструации с 13–14 лет. Цикл установился сразу, был регулярным. В тот же период аутохтонно снизились настроение и активность. Стала тяготиться посещением музыкальной школы. Возникло недовольство укладом школы («Была как в засаде»). Испытывала чувство одиночества, изолированности, ощущала бессилене справиться с трудностями. Стала рисовать более мрачные рисунки, слушала мрачную музыку. Признает частое возникновение в тот период чувства *deja vu*. Описывает появление кошмарных

сновидения со сценами войны («Будто происходит какое-то большое неконтролируемое насилие и мне с этим нужно что-то делать... Кровавые сцены»). С 14 лет испытывала ощущение, что находится «в каком-то фильме», что окружающая обстановка на короткое время становится «искусственной» («Будто я выхожу из этой картинки и смотрю на события со стороны»). Сообщает, что это ощущение возникало чаще в дневное время, сопровождалось лёгким снижением настроения. Стала негативно относиться к облегающей одежде, в том числе, к колготкам. Усилился нонконформизм. Возникло желание «выглядеть по-другому и изменять внешность». Появилось недовольство внешностью: «Не нравилось моё лицо, как уши торчат... Еще у меня были очки и брекеты». Также была недовольна увеличением молочных желез по причине возникающих болезненных ощущений («Возможно и потому мне это не нравилось, что не хотела потерять свою детскость»). Тяготило отсутствие внимания со стороны мальчиков («Это подкрепляло чувство одиночества и мысли о том, что я какая-то не такая»).

Регулярная мастурбация с 13 лет («Каждый раз, когда ходила в душ»). Содержание эротических фантазий не помнит. Допускает, что основным мотивом мастурбации было стремление к релаксации.

В 14 лет дважды гуляла с мальчиками. Испытывала при этом выраженное смущение, дискомфорт («Просто хотелось свалить... Может, это были не те мальчики, которые нравились, а те, что были»). В тот же период стала увлекаться рок-музыкой: слушала музыку на уроках, стала носить значки на сумке, галстук («Было удобно прятать плейер – будто поправляешь галстук, а на самом деле треки переключаешь»). В возрасте 15 лет покрасила волосы в фиолетовый цвет. В период обучения в 9-м классе несколько снизилась успеваемость, но оставалась высокой. Возникла склонность к рефлексии: помимо воли обдумывала происходящие вокруг нее события в негативном ключе («Какой-то поток самообвинений, который не могла остановить»). Тяжело переносила конфликты с сестрой. Стремилась больше времени проводить на улице, чтобы избегать ссор.

С 15 лет возник интерес к порнографии. Со слов, до 18 лет не испытывала фиксированного предпочтения при просмотре порнографии («Смотрела почти все подряд – в основном, гетеросексуальное или групповое, позже – гомосексуальное»).

С 15–16 лет при закрытых глазах перед засыпанием отмечала непроизвольное возникновение абстрактных образов. Эпизодически испытывала ощущение «присутствия» кого-то в комнате. В возрасте 15 лет наносила поверхностные царапины на скрытые под одеждой участки тела («Чуть-чуть, чтобы только краснота появилась... Как-то сердечко вырезала»). Затрудняется описать мотивы этого поведения.

В 15 лет начала общаться с девушкой – первоначально онлайн, позже – в реальной жизни.

Сообщает, что инициатором отношений стала она: «Я инициировала прогулки совместные, предложила стать моей девушкой». Объясняет свое поведение следующим образом: «Сначала нравились мальчики, потом девочки. С мальчиками у меня не складывалось, а с девочками складывалось». Испытывала теплые чувства к ней. Сообщает, что они с девушкой позиционировали себя парой. Отношения носили романтический характер: «Обнимались, целовались». Вскоре об их отношения узнали родители. Сообщила им о том, что ей нравятся девушки.

После окончания девятого класса сменила школу. В новом коллективе адаптировалась более успешно. Появились подруги. Была удовлетворена отсутствием необходимости носить форму. На этом фоне эмоционально чувствовала себя лучше. Академическая успеваемость в новой школе снизилась: «Почувствовала себя посвободнее, могла позволить себе не пойти на урок».

В возрасте 16–17 лет изменился внешний облик: укоротила волосы, перестала пользоваться косметикой. Пациентка объяснила это следующим образом: «Я так себя чувствовала более расслабленной, более спокойной, уверенной – могла шутить, разговаривать с людьми о чем-либо... Некоторые элементы женского облика будто обязывают к какому-то определённому поведению – ты должна быть какой-то красивой, грациозной. Нужно держать себя определенным образом». Поясняет, что женский облик и женская половая роль, как ей казалось, предъявляли к ней требования, которым она не соответствовала, из-за чего она ощущала тревогу, «чувство своей неуместности». В подростковом возрасте стала больше зависеть от мнения окружающих, от внешней оценки, чем и объясняет изменение внешности: «Мои попытки нанести макияж сталкивались с каким-то неприятием и негативной оценкой окружающих...». Сообщает, что пытается дистанцироваться от женской половой роли, стремясь избежать неудач при ее соблюдении. При этом, укоротив волосы, приятно удивилась своему виду, отметив большую женственность и красоту. Лаком для ногтей не пользовалась («Были эпизоды в раннем подростковом возрасте, мне не очень нравилось»).

В тот же период изменился круг общения. Стала общаться в кругу лиц, интересующихся экологией, вегетарианством, творчеством и т.п. В этой среде общалась с девушками, которые говорили о себе в мужском роде и позиционировали себя вне пола. Члены компании обращались друг к другу по прозвищам. Пациентка называла себя «Сашей» (имя пациентки изменено – прим. авт.). На манер новых знакомых стала говорить о себе в мужском роде. Со слов, чувствовала себя при этом «комфортнее» («У меня были знакомые, которые так говорили, я это примерила на себя и ощутила, что чувствую себя хорошо»). Затрудняется описать механизм возникновения этого «комфорта». Сообщает, что первоначально

начала использовать инверсные окончания в письменной речи – при общении в мессенджерах или социальных сетях, позже – вербально в кругу близких. В присутствии членов семьи говорила о себе обезличено. Сообщает, что переход на мужские окончания требовал «умственных усилий». При использовании женских окончаний испытывала «досаду» («Будто возвращалась в то состояние, где я испытывала неуверенность и подавленность, которые пропадали, когда я играла роль, создавала некий новый образ себя»).

В период обучения в 11-м классе обратилась к школьному психологу. Общалась с ней на предмет конфликтов с родителями, кошмарных сновидений и недовольства полом («Не сильно углублялись в эту тему»). Со слов, психолог оказывала «поддержку», обращалась к ней в мужском роде («Это был первый опыт поддержки взрослым»). По словам пациентки: «Меня принимают в том виде, в котором я есть – это рождало ощущение безопасности...». Под ощущением безопасности подразумевает отсутствие со стороны собеседника противоречий и контраргументов её поведению.

В 16–17 лет стала поддерживать сексуальные отношения с девушкой посредством обоюдного петтинга. При этом испытывала сексуальное удовольствие. В процессе полового акта без стеснения обнажалась. Вскоре после этого рассталась с девушкой. Деталей не помнит.

В период обучения в 11 классе начала утягивать молочные железы. Сообщает о постепенном усилении недовольства телом («С тех пор, как начала говорить о себе в мужском роде, через несколько месяцев начала утягивать грудь... Будто оно все же усиливалось»). Затрудняется объяснить возникновение и усиление недовольства телом.

В 2011 г. окончила школу со средними отметками. В том же году поступила в вуз на факультет психологии. Адаптировалась успешно. Академическая успеваемость была хорошей. Участвовала в общественной жизни вуза. В течение первых 1,5 лет обучения проживала с родителями. В период обучения на начальных курсах познакомилась с девушкой. Встречались около года. Отношения были конфликтными. В общении с однокурсниками позиционировала себя как «парень», просила обращаться к ней в мужском роде, говорила о себе как о мужчине. Отношения в коллективе были хорошие. Общалась преимущественно в компании девушек.

В возрасте 18 лет усилилось недовольство внешностью: «При взгляде на себя без одежды или при созерцании женских черт – грудь, талия, гениталии и прочее, некоторые черты лица, которые добавляют женственности, какая-то сама его форма, хотелось больше чёткости... В целом, не нравилось, что я не очень большого роста, хрупкой комплекции... Не знаю, меня просто злило, что я не мальчик». При этом сохранялась мастурбация, но при парных

сексуальных отношениях испытывала недовольство отсутствием полового члена.

Настроение было нестабильным: «С одной стороны нравился новый круг общения, новые предметы, но вне универа испытывала тоску, печаль, постепенно нарастало чувство злости на мир и на судьбу за то, что родилась не в том теле». В тот период распался прежний круг общения, в котором девочки также позиционировали себя юношами: «Они снова начали называть себя своими именами, а у меня это не проходило и от этого я чувствовала себя ещё более изолированной, и неприязнь к себе, которая была и до этого, усилилась, но в другом виде... Поэтому я решила, что у меня все более серьёзно».

Признает, что с 18 лет стала активно интересоваться расстройствами половой идентичности.

В период обучения на втором курсе вуза (19 лет) отметила ухудшение настроения и усиление рефлексии. Стали возникать антивитальные и суицидальные идеи. Участились кошмарные сновидения. Заявляла о желании бросить учёбу, начать жить отдельно («Дома обстановка казалась невыносимой»). Тяготилась минимальными ограничениями её поведения («Не разрешали какие-то плакаты вешать... Мне хотелось сепарироваться»).

Обратилась к психологу («Я пришла с тем, что я биомусор и таких людей, как я не должно рождаться... Очень сложная судьба получается – пока все радуются жизни, я никуда не могу из этого вырваться из-за того, что не принимаю моё тело. У меня не было ощущения, что я смогу пойти на все эти мероприятия по изменению пола»). По итогу работы с психологом пришла к следующим выводам: «Такие люди, как я есть... Она задавала какие-то вопросы, которые меня стимулировали к тому, чтобы я какую-то информацию находила. Она меня не подталкивала. Но у меня был тогда выбор: либо переход, либо суицид – логично было выбрать переход... Не знаю, почему я так решила – мне очень хотелось поменять своё тело. Сейчас я смотрю на это как на гиперфиксацию на этой идее. Но тогда эта идея казалась жизнеобразующей. Я не могла тогда представить, что я смогу жить в женской роли. Сейчас я понимаю, что женщины могут быть разными. Но тогда мне это было недоступно».

С 19 до 21 года стала проживать отдельно, в квартире подруги. Отметила эмоциональное облегчение на фоне переезда («Когда не было ощущения гнетущего молчания... Подруга обращалась в мужском роде... Родители являются носителями ожиданий, которые я не оправдываю»). В тот период познакомилась с девушкой, с которой стала проживать совместно. Тогда же начала искать возможности прохождения «комиссии по изменению пола». Выбирала учреждения по критерию стоимости, территориальной близости, длительности проведения и по отзывам. Остановилась на клинике неврозов «Сосновый бор», отделении ОПД в г. Екатеринбурге. Сообщает,

что не знала о возможности обратиться по этому вопросу в ПНД по месту жительства. Средства на проведение «комиссии» накопила из карманных денег. Сообщает, что не испытывала сомнений в своём решении. С этого же времени самостоятельно начала прием половых гормонов (амногдрен). Схему приёма препарата узнала из форумов в интернете («Потому что очень сильно хотелось»). Была убеждена в получении доступа к перемене пола («У меня не было ни одной мысли, что комиссия может мне отказать... Я была уверена, что моя история соответствует нормальной истории для транссексуалов – у меня было много всяких признаков из детства... Мне было невыносимо, что моё тело не мужское»). В июле 2014 г. была очно консультирована психиатром в г. Екатеринбурге. По итогам консультации получила направление на проведение обследования в стационарных условиях в ГАУЗ СО «Свердловская областная психиатрическая больница». В процессе обследования, излагая анамнестические данные, пациентка сообщила ложные сведения, стремясь получить доступ к социальным и медицинским мероприятиям по коррекции пола. Со слов пациентки, в процессе бесед с врачом «могла добавить ряд драматических деталей об актуальных переживаниях, но фактологически все было правильно». Однако при исследовании предоставленной медицинской документации обнаружен целый ряд противоречий изложенному в ходе текущего обследования анамнезу. В частности, в 2014 г. пациентка заявляла: «С раннего детства отличалась активным, общительным складом характера <...> Из игр предпочитала собирать что-нибудь из кубиков, конструкторы, любила ездить на велосипеде <...> в среде сверстников общалась как с мальчиками, так и с девочками <...> Уже с дошкольного периода отмечала дискомфорт от необходимости ношения платьев, юбок, хотелось одеваться как мальчишки. В школе этот дискомфорт принял более выраженный характер... <...> Утешение находила лишь в досуге с отцом, которому помогала заниматься делами на даче (обрабатывать дерево, красить его, забивать гвозди) <...> В возрасте 14 лет начались менструации, которыми тяготилась, испытывала отвращение к ним; своему телу, тяготилась фактом роста грудных желез. Считала это чем-то противоестественным себе, болезненным, «нездоровой опухолью <...> ...к ней стали проявлять интерес мальчики, у неё же к ним был интерес только как к собеседникам, потому всегда злилась и сильно смущалась, когда они пытались с ней сблизиться, считала это противоестественным по отношению к себе <...> ...на протяжении всей своей сознательной жизни воспринимает себя лицом мужского пола, тяготится своим женским телом и необходимостью соответствовать женской социальной роли». При этом в мед. документации также присутствуют следующие сведения: «Никому не говорила о своих переживаниях, потому что не понимала,

что именно с ней не так. Чувствовала, что своё «внутреннее» необходимо привести в соответствие с «внешним», но не знала, как это сделать, чего это должно касаться, поэтому внешне и пыталась быть тем, кем ей нужно было быть <...> ...попыталась рассказать им (родителям) о том, что чувствует себя парнем (в 16 лет), их реакция поразила её: мама сказала, что в неё «вселились бесы», что «никогда этого не примут». Из психического статуса: «В ходе беседы о себе рассказывает сугубо в мужском роде, в качестве мужского решила оставить своё (указано мужское производное от имени пациентки – прим. авт.). В мышлении каких-либо качественных или количественных расстройств не выявлено. Пословицы, метафоры, крылатые фразы объясняет правильно, без затруднений. Счёт по Крепелину без ошибок. Речь негромким голосом, эмоционально сдержанная, сопровождается сдержанной и небогатой жестикуляцией. Мимика живая, выразительная соответствует теме беседы. Бредовой и галлюцинаторной симптоматики на момент беседы не выявлено». Заключение по итогам психологического исследования: «в ходе эксперимента выявляется высокая продуктивность интеллектуально-мнестических, атtentивных функций, тропизм к абстракции, оригинальность суждений, высокая потребность в актуализации своей индивидуалистичности, повышенный самоконтроль. В личностном плане состояние эмоционального стресса, кризис идентичности, сексуальность носит дагенитальный характер».

В сентябре 2014 г. комиссионным решением пациентке был установлен диагноз «Транссексуализм» (F64.0) и была выдана справка №087-у.

Вернувшись в свой город, сообщила родителям о получении справки об изменении пола. Родители поступок пациентки не поддержали, однако выраженных конфликтов не было. Обратилась к эндокринологу, под его руководством стала получать препараты тестостерона. Обратилась в «ЛГБТ-комьюнити центр» с просьбой о помощи в смене документов, а также в суд с целью замены паспорта. На фоне трансформации внешности и социального статуса испытывала улучшение состояния: перестала видеть кошмарные сновидения, улучшилось настроение, чувствовала себя более уверенной в себе («Меньше каких-то недоуменных взглядов»). Была рада возникновению аменореи. В вузе начала активно изучать «гендерную теорию», писала диплом на эту тему.

Осенью 2015 г. поступила в магистратуру. Однако по прошествии двух месяцев отказалась от дальнейшего обучения, что объясняет скучой. В тот же период отметила возникновение «подавленного» настроения. Вновь возникла склонность к рефлексии. Стала участвовать в волонтёрском ЛГБТ-сообществе: участвовала в тренингах, проходила обучение. Со слов, обучение строилось с фокусом на поддержку ЛГБТ-движения, училась оказанию экстренной психологической помощи. Участвовала в создании

лекций и групп поддержки. Делала это совместно с девушкой, идентифицировавшей себя как «агендера», с которой встречалась. Занималась этим в течение полугода. В ноябре 2015 г. получила разрешение на изменение документов. Изменила имя на мужское производное от данного при рождении. Вскоре рассталась с девушкой из-за конфликтов и промискуитета подруги.

В начале 2016 г. переехала в г. Санкт-Петербург, где проживала до конца 2022 г. В течение первых 6 месяцев жила у различных знакомых, пытаясь трудоустроиться на низкоквалифицированную работу. Со слов, в течение первой зимы пребывания в Санкт-Петербурге испытывала апатию, слабость, много лежала. В последующем, в зимний период года испытывала схожее состояние, но менее выраженное. Поведение оставалось упорядоченным. Поддерживала романтические отношения с девушкой, с которой по прошествии нескольких месяцев рассталась. Причину не помнит. Со слов пациентки, сходилась с подругами на основе общих эмоциональных проблем («Они были тоже склонны к чрезмерной рефлексии»). Через полгода трудоустроилась на работу продавцом в магазине, где работала около 3 лет. Занималась волонтёрской деятельностью в одном из транс-сообществ: участвовала в организации дискуссионных групп, создании брошюр, занималась обучением психологов, обучала «корректному» общению с «транс-людьми». Со слов, делала это, чтобы «чувствовать себя не одиноким отбросом общества, а частью комьюнити, в котором можно обсудить свои специфические вопросы». Появился круг общения. В тот период испытывала потребность быть со «своими». Сообщает, что эта потребность сохранялась в течение двух следующих лет, после чего прекратила посещение групп и активистскую деятельность. Со слов: «С помощью этих встреч была закрыта потребность в понимании того, что я не биомусор из-за своей трансгендерности. Мы много общались, помогали друг другу. Позже, когда появилась работа, появилась потребность общаться и вне».

После трудоустройства круг общения начал расширяться. На этом фоне интерес к занятию волонтёрской деятельности снизился. На этом фоне, с 2016-2017 г. стала ощущать, что ей безразлично, воспринимают её как мужчину или женщину. Престала болезненно реагировать на обращение в женском роде. Сообщает, что сохранялось недовольство собой (своими волевыми и личностными качествами), уже не связанное с полом. Была довольна изменением внешности на фоне приёма тестостерона, но желания проводить хирургические операции не испытывала. Сообщает, что нравилось отсутствие менструаций и связанной с этим необходимости осуществления гигиены. Тестостерон принимала нерегулярно («Не нравилось самостоятельно делать уколы, откладывала этот процесс. Если был рядом кто-то, кто может поставить – было проще»).

В 2017 и в 2019 г. обращалась к психиатру в связи с депрессивными состояниями. Получала золофт 50 мг/сут и брингелликс 5 мг/сут. соответственно. Принимала терапию в течение 5 месяцев. Отмечала положительный эффект

С 2020 г. (27 лет) возникли сомнения в целесообразности дальнейшего приёма тестостерона. С 2020 г. стала задумываться над тем, что сблюдение «маскулинного образа» перестало удовлетворять её потребности: «Приняла себя. Было ощущение, что прошлые представления о себе как-то посыпались. Будто тот сияющий доспех, который я на себя надела, стал мал. Будто это что-то симпатичное, красивое, но уже не по размеру и носить это уже не хочется». К тому возрасту вновь начала носить платья и юбки. Престала носить усы. В 2020 г. стала работать по специальности. Работала за низкую оплату, удовлетворяя потребность «помогать уязвимым группам – таким же людям, как я». Считает, что на этом фоне также пересмотрела свой образ жизни. Отметила постепенное улучшение эмоционального состояния, что сама пациентка связывает с большей самоорганизацией. При этом сохранялись сезонные спады настроения, но продолжительность их снизилась до 1-2 месяцев. С января-февраля 2021 г. полностью прекратила приём тестостерона. В тот же период прекратила консультирование. Весной восстановился менструальный цикл.

В феврале 2022 г. болезненно отреагировала на военные действия на Украине, что связывает с негативной реакцией круга общения, частыми обсуждениями, отъездом знакомых в другие страны, осуждением некоторых знакомых за противоправные протестные акции.

Весной 2022 г. отметила улучшение эмоционального состояния. В тот период красила волосы в яркие цвета. Сообщает, что настроение было в целом ровное, однако отмечала «дни, когда настроение было выше, чем обычно, принимала поспешные решения, отмечала незначительное сокращение сна – могу ночь погулять, не спать, и все нормально». Затрудняется описать периодичность таких периодов, однако отмечает, что настроение всегда было «хорошим» летом. При этом сообщает, что однократно испытывала «приподнятое настроение» и некоторое повышение активности в течение 14 дней подряд, что составляет наиболее продолжительный период.

В августе 2022 г. уволилась. Испытывала чувство изоляции, одиночества. Периодически становилась плаксивой. С осени 2022 г. стала задумываться об изменении документов на женское имя. Тяготилась требованием предъявления военного билета при трудоустройстве. Находится на учете в военном комиссариате, имеет категорию годности «В», однако военного билета не имеет (не явилась за ним).

В декабре 2022 г. вернулась в Тюмень. С этого времени проживает самостоятельно. Ухаживает за дедом. Настроение характеризует как в целом сни-

женное. Работала на заводе по производству мыла. С августа 2022 г. уволилась. С сентября 2023 г. трудоустроилась продавцом.

В 2023 г. повторно обратилась к психиатру по месту жительства с целью восстановления документов. По рекомендации врача была консультирована в ЛРНЦ «Феникс». Принимая во внимание социальную значимость данного случая, пациентка была принята в Центр для проведения обследования на благотворительной основе.

Психический статус

Внешне выглядит достаточно опрятно. Одета в соответствии с возрастом, ситуацией, в одежду в стиле «унисекс». Имеет кроткую стрижку. Макияж не пользуется. Носит крупные серьги. Лицо гипомимично. В беседу вступает охотно. Голос низкий. На вопросы отвечает развернуто, по существу. Явных структурных нарушений мышления в беседе не выявляется. О себе говорит исключительно в женском роде. Причиной обращения называет желание пройти обследование с целью дальнейшего изменения документов на женское имя. Сообщает, что в 2015 г. на основании медицинского заключения об установленном в 2014 г. диагнозе «Транссексуализм» и решения суда изменила документы на мужское имя и пометку в графе «пол» на «мужской». До января-февраля 2021 г. принимала препараты тестостерона с целью предания внешности большей мужественности. При этом с 2020 г. фактически вернулась к жизни в образе женщины. В ходе беседы сообщает о том, что не жалеет о том, что в 2014 г. инициировала обследование с целью изменения пола: «Это мой путь. Если бы не он, я не оказалась бы здесь». В противоречие этому в ходе беседы выражает недовольство по поводу подробного расспроса и долгого обследования, высказывает опасение, что её случай «станет использоваться в качестве аргумента против смены пола». Также сообщает, что, имея высшее образование, по специальности не работает. Занята низкоквалифицированным трудом. В ответ на предъявление этих фактов врачом сообщает, что, тем не менее, ни о чем не сожалеет. Сообщает, что хотела бы вновь изменить документы «на женский пол» в связи сdezактуализацией желания «быть мужчиной», которое на момент проведения обследования в 2014 г. называет «жизнеобразующим». Признает, что прибегала к искажению анамнестических сведений в процессе предшествовавшего обследования с намерением получить разрешение на изменение пола. Одновременно отказывается признавать установленный ей диагноз «Транссексуализм» ошибочным. На вопрос о том, почему не пыталась восстановить документы, дает поверхностные объяснения, сутью которых является отсутствие необходимости в этом.

В беседе соблюдает дистанцию, держится формально. Анамнестические сведения даёт охотно, развернуто. Представила врачу возможность для сбора объективного анамнеза со слов матери. Предъя-

вила по просьбе врача фотографии, относящиеся к различным периодам жизни. Субъективные анамнестические данные полностью соответствуют объективному анамнезу и содержанию фотофотоснимков.

Обращает на себя внимание заявление пациентки о том, что помнит себя «с подросткового возраста – с 12-14 лет». В процессе беседы, однако, даёт достаточно подробное описание предшествующего этому возрасту периода времени.

В ходе беседы пациентка признает сохраняющуюся нестабильность настроения с сезонными спадами настроения с ощущением апатии и безрадостности продолжительностью 1-2 месяца. Однако на момент проведения обследования настроение характеризует как ровное. В ходе расспроса также признает редкие и непродолжительные состояния эмоциональной приподнятости и повышения активности без нарушений поведения и социальной дезадаптации.

Признаков психотического состояния не выявляется. Критика к состоянию формальная.

Психологическое исследование

Особенности внимания и восприятия и памяти

Объем восприятия нормативный, равен 8-ми простым предметам ($n=7+/-2$). Процессы активного внимания также в пределах нормы – удержание вербального стимула до 9 на протяжении 5 повторов. В результате оценки кратковременной слуховой памяти по методу Лурия, была сформирована кривая запоминания: 9-9-9-10-9, которая отражает высокие значения кратковременной и оперативной памяти. Ретенция составляет 8 слов, что говорит о хорошем функционировании процесса фиксации следов воспринятого.

Особенности мышления

В ходе исследования обнаруживаются нарушения операциональной стороны мышления, в виде искажения процесса обобщения по типу актуализации несущественных признаков, а также искажение мотивационной сферы мышления в виде феномена разноплановости с последующим резонерством. В результате выполнения визуального варианта методики «Исключение предметов», для обобщения и дискриминации «лишнего» предмета единично использует опору на слабые критерии, также характерно проявление разноплановости (фуражка/барабан/пистолет/зонт – «пистолет, остальные предметы сложно использовать для убийства; зонт – можно представить на одном человеке; фуражка – остальными предметами манипулируют руками; барабан – там несколько предметов, а везде один»; книга/шуба/роза/яблоко – «книга – в ней скрыты еще смыслы, которые не видны при внешнем взгляде на неё саму, есть смысловое поле»). В ходе концептуализированной пробы («Сравнение понятий») обобщает в одно семантическое поле стимулы, не подлежащие сравнению, также используя опору на латентные критерии (девочка-кукла: «Кукла может быть представлена,

как некоторая девочка на уровне стереотипов типа девочки играют с куклами / Одушевленное и неодушевлённое; сова-корзина: «У совы много перьев, у корзины много прутиков, оба слова грамматически женского рода и первого склонения / Животное и предмет»; кошка-яблоко: «Можно взять в руки, подходят по размеру, чтобы держать их в руках / Одушевлённое и неодушевлённое; очки-деньги: «Инструмент. Похожи функционалом – помогают / Направленность функционала разная. Если ты никогда не носил очки, ты можешь их приобрести за деньги, но если у тебя нет денег, то ты не купишь очки. Очки – индивидуальный предмет, деньги – общий предмет, который лишь временно является твоим»; волк-луна: «Составляет собой архетипическую картинку. Они оба движутся / Маленькое существо и космический объект»; соль-ветер: «Ветер может переносить соль – это ситуация, где они встречаются / Ветер – природное явление, соль – вещество, которое появляется искусственным образом, это вещество, а не динамика»; птица-река: «Женский грамматический род, элементы живой природы / Скорость перемещения, одно – целая экосистема, движется в своих пределах, а птица – представитель фауны, может улететь на другой континент»).

Сексологический профиль

BSRI Сандры Бем выявляет отсутствие чётко разделённых представлений о гендерных различиях мужской и женской роли. Образ идеального мужчины/женщины, а также собственной идентификации размыт, по шкале в каждом из перечисленных понятий обнаруживается не преобладание гендерно-стереотипных черт, а андрогинность. Показатель маскулинности $M=12/20=0.6$. Показатель феминности $F=14/20=0.7$. Основной индекс $IS=(F-M) \times 2.322=0.232$. Заключение: андрогинность (от -1 до +1).

Результаты многофакторного опросника МИФ по основным шкалам:

- Половая идентичность («Я-реальное»): $M=16$ – средние значения (13–18), $F=17$ – средние значения (15–21); недифференцированный характер.
- Половые предпочтения («Я-идеальное»): $M=19$ – средние значения (16–22), $F=17$ – средние значения (17–22); недифференцированный характер.
- Половое поведение (М): $M=18$ – средние значения (12–20), $F=18$ – средние значения (26–23); недифференцированный характер.
- Половое поведение (Ж): $M=12$ – низкие значения (7–12), $F=16$ – средние значения (25–21); суммарное преобладание фемининности.
- Половые стереотипы (М): $M=15$ – низкие значения (7–17), $F=17$ – средние значения (15–20); суммарное преобладание фемининности.
- Половые стереотипы (Ж): $M=14$ – средние значения (14–20), $F=16$ – низкие значения (7–17); суммарное преобладание маскулинности.

- Сексуальные предпочтения (идеальное): $M=21$ – средние значения (17–23), $F=17$ – средние значения (16–22); недифференцированный характер.
- Сексуальные предпочтения (реальное): $M=18$ – средние значения (16–21), $F=18$ – средние значения (15–21); недифференцированный характер.

Так, у исследуемой наблюдается недифференцированный профиль полоролевой идентичности как «реального» ($M=16$, $F=17$), так и «идеального» Я ($M=19$, $F=17$). Это свидетельствует о диффузии полоролевого самовосприятия и отсутствии чёткой ориентации на маскулинные или фемининные черты. В поведенческой сфере выявляется противоречивая картина: при недифференцированном профиле в маскулинном варианте ($M=18$, $F=18$) наблюдается выраженное преобладание фемининных паттернов в женском ($M=12$, $F=16$). Аналогичная диссоциация отмечается в стереотипах – фемининная ориентация в мужских стереотипах ($M=15$, $F=17$) сочетается с маскулинными ожиданиями от женщин ($M=14$, $F=16$). Это может свидетельствовать о внутреннем конфликте между усвоенными стандартами и реальным поведением. Недифференцированный характер как идеальных ($M=21$, $F=17$), так и реальных ($M=18$, $F=18$) сексуальных предпочтений указывает на отсутствие чётких ориентиров в выборе партнёра. Исследуемая демонстрирует широкий диапазон приемлемости, проявляя потенциальный интерес к персонам с различным соотношением маскулинных и фемининных черт.

Аффективно-личностная сфера

В результате использования методик, направленных на выявление особенностей эмоционального фона, как тревожная, так и депрессивная симптоматика не достигает уровня клинической значимости (HADS: A – 5, D – 2).

Профиль MMPI достоверный, кодирование по Уэлшу: 8'4679-12350/F'K-L#. Отмечается единичное повышение по шкале «шизофрения» (74 Тб). Данный профиль выявляет обособленно-созерцательную личностную позицию. Наблюдаются определённая избирательность в контактах, известный субъективизм в оценке людей и явлений окружающей жизни, независимость взглядов, склонность к абстракции. Защитный механизм, проявляющийся при трансформации тревоги, – интеллектуальная переработка и уход в мир мечты и фантазий.

Таким образом, в ходе экспериментально-психологического исследования обнаруживаются нарушения операциональной стороны мышления, в виде искажения процесса обобщения по типу актуализации несущественных признаков, а также искажение мотивационной сферы мышления в виде феномена разноплановости с последующим резонерством. В результате использования методик, направленных на выявление особенностей эмоционального фона, как тревожная, так и депрессивная симптоматика не достигают уровня клинической значимости. В характерологической картине на первый план

выходят интровертированные черты. Сексологический профиль носит недифференцированный характер полоролевой идентичности как «реального», так и «идеального» Я, что свидетельствует о диффузии полоролевого самовосприятия и отсутствии чёткой ориентации на маскулинные или фемининные черты. Эмоциональный аспект данного профиля можно охарактеризовать как состояние фоновой растерянности и диффузной тревоги, связанной с неопределенностью собственной полоролевой позиции. Смысовой аспект может заключаться в проблемной интеграции «размытого» внутреннего самоощущения. Анамнестические сведения и данные, полученные в ходе исследования, указывают на признаки шизофренического патопсихологического симптомокомплекса.

Консилиум

Осенью 2023 г. состоялся консилиум в составе: главный врач ЛРНЦ «Феникс», к.м.н., врач-психиатр, сексолог О.А. Бухановская, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «РостГМУ», к.м.н., врач-психиатр А.Я. Переход, заведующая дневным стационаром ЛРНЦ «Феникс», врач-психиатр О.В. Збарская, клинический психолог А.С. Лоскутова. По телемосту в консилиуме принимали участие: начальник судебно-психиатрической службы, врач судебно-психиатрический эксперт, врач-психиатр ГБУЗ ТО «ОКПБ» А.В. Лебедев, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе и качеству медицинской помощи, врач-психиатр Н.Н. Сладерова, председатель ВК ГБУЗ ТО «ОКПБ», врач-психиатр М.Л. Хицкая, доцент кафедры медицинской профилактики и реабилитации института общественного здоровья и цифровой медицины ФГБОУ ВО «ТГМУ» Минздрава России; главный врач ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр», к.м.н. Д.И. Лебедева, врач-сексолог ГБУЗ ТО «ОКПБ» А.Н. Волчкова. Докладчик: врач-психиатр ЛРНЦ «Феникс» А.В. Дьяченко. Беседа с пациенткой также осуществлялась по телемосту из ГБУЗ ТО «ОКПБ».

Решение консилиума. Заболевание возникло аутохтонно у пациентки без явной наследственной отягощенности психическими расстройствами, без признаков расстройства половой идентичности в преморбидном периоде. Болезнь дебютировала в период пубертата возникновением астено-субдепрессивной, неврозоподобной (синдромально незавершённые дисморфофобические, дереализационно-деперсонализационные, обсессивные переживания), субпсихотической симптоматикой (кратковременные гипногогические галлюцинации, «симптом воплощённого присутствия»), расстройством влечений, гипертрофией и искажением подростковых реакций группирования и имитации. В процессе реализации искаженных психопатологическим процессом реакций группирования и имитации возникло «вторичное» по отношению к симптомам психического расстройства нарушение

половой идентичности. Болезнь манифестируала в возрасте 18 лет усилением выраженности переживаний с формированием транссексуалоподобной установки на изменение пола сверхценного характера. Получение пациенткой медицинского заключения о наличии у неё транссексуализма, позволившего ей добиться положительного решения суда об изменении пола и имени в паспорте, произошло по причине экспертной ошибки, возникшей в результате искажения ею субъективных анамнестических сведений и отсутствия у членов комиссии доступа к объективным данным. По прошествии 3–4 лет, по мере автохтонной редукции психопатологических переживаний и появления новой среды группирования, произошла дезактуализация трансролевых переживаний. С 2017–2018 г. клиническая картина заболевания определялась негрубыми негативными психопатологическими проявлениями (в виде заострения личностной ригидности, снижения продуктивности деятельности, социальной пассивности) и позитивной симптоматикой аффективного спектра (в виде сезонного чередования синдромально очерченных субдепрессивных фаз и беспорядочного возникновения коротких периодов эмоциональной приподнятости с субъективно определимым повышением активности продолжительностью от 1 до 14 дней). Именно негативные личностные изменения, на наш взгляд, стали причиной того, что после дезактуализации трансролевых переживаний пациентка продолжала нерегулярный приём гормональных препаратов и отменила их только в 2020 г. Этими же проявлениями следует объяснить тот факт, что несмотря на использование в повседневной речи женского имени и соблюдения женской внешности, пациентка сохраняла индифферентное отношение к зарегистрированным в документах полу и имени до возникновения значимых для неё социальных проблем осенью 2022 г. Испытывая тревогу по поводу этих проблем и зная в течение 2023 г. о готовящемся к принятию законодательном ограничении использования мероприятий по изменению пола, пациентка также не проявила достаточной активности по восстановлению документов до осени 2023 г.

То обстоятельство, что после дезактуализации значительной доли позитивной психопатологической симптоматики пациентка не испытывала «половой дисфории» от несоответствия ее восстановленного женского самовосприятия «мужскому» паспорту и приобретшей на фоне приема гормональных препаратов маскулинные черты внешности, также указывает на «вторичную» по отношению к этой симптоматике природу недовольства полом в данном случае.

Имеющиеся субъективные и объективные анамнестические сведения и результаты психологического исследования позволяют заключить, что в период между 13 и 25 годами пациентка перенесла *затяжной атипичный пубертатный приступ юношеской*

шизофрении с автохтонной компенсацией состояния и редукцией психопатологической симптоматики до негрубых негативных личностных изменений и биполярных колебаний аффекта. По МКБ-10 текущее состояние может быть типировано как «Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия (F31.7)». *Диагноз «Транссексуализм» исключен.*

Особое мнение доцента кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «РостГМУ», к.м.н., врача психиатра-сексолога А.Я. Перехова: «Поддерживая заключение консилиума в части нозологической интерпретации заболевания, в том числе – в вопросе «вторичного» по отношению к симптомам психического расстройства происхождения установки на изменение пола, ошибочного установления в 2014 г. диагноза «Транссексуализм» и клинически необоснованного осуществления мероприятий по изменению пола, считаю установленный согласием большинства членов консилиума диагноз «Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия (F31.7)» не соответствующим критериям этого заболевания по МКБ-10 ввиду субсиндромальной выраженности описываемых пациенткой периодов «эмоциональной приподнятости», что не позволяет типировать их как гипоманиакальные и, тем более, маниакальные фазы. Синдромально очерченными и в достаточной мере доказанными на момент проведения консилиума являются депрессивные фазы, имеющие несомненный эндогенный характер и сезонную динамику. Таким образом, более обоснованным с точки зрения критерииев МКБ-10 представляется диагноз «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущая ремиссия (F33.4)».

Катамнез. Пациентке была выдана на руки выписка из истории болезни, содержащая данные анамнеза, описание психического статуса, результаты психологического исследования и параклинических методов обследования, заключение консилиума, установленный диагноз, рекомендации. При информационной поддержке АРНЦ «Феникс» на благотворительной основе (благотворитель пожелал остаться неизвестным) пациентке был предоставлен адвокат. Пациентка обратилась в районный суд по месту жительства с заявлением о повороте исполнения решения суда от 2015 г. на основании вновь открывшихся обстоятельств. Руководствуясь ст. 362 Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации, суд определил внести в запись акта о рождении изменения в графе «пол» с «мужской» на «женский», а также соответствующие изменения фамилии, имени и отчества.

Обсуждение

Причинами возникновения экспертной ошибки в описанном случае являются следующие. Во-первых, пациентка намеренно предоставила в ходе обследования недостоверные анамнестические сведения. Такую возможность необходимо учитывать

в процессе работы с лицами, желающими изменить свой пол, что неоднократно подчёркивалось авторами исследований на эту тему [33–36]. Установочное поведение свойственно пациентам с транссексуалоподобными состояниями, возникающими в рамках психических расстройств, и является нехарактерным для людей с транссексуализмом, у которых отсутствуют противоречия между излагаемыми жалобами и анамнезом. Выявление недостоверных сведений является сложной задачей, решение которой требует глубоких профессиональных знаний, клинического опыта и объективизации предоставляемой пациентом информации.

Во-вторых, в ходе проведённого в 2014 г. обследования не были проанализированы объективные источники информации: собранный со слов родителей анамнез, фотоснимки, видеозаписи и т.п. Эти сведения являются чрезвычайно ценными, позволяющими существенно снизить риск диагностической ошибки [37–38]. Согласно нашим данным, родители, братья и сестры пациентов обычно охотно принимают участие в такого рода обследованиях и при действительном наличии у обратившегося ярких признаков расстройства половой идентичности с детского возраста чаще всего выражают поддержку их стремлению к перемене пола. Описывают эти признаки и родители пациентов с транссексуализмом, возражающие против перемены пола. Отрицают их наличие (и по этой причине, как правило, протестуют против стремления пациентов к перемене пола) близкие лица с транссексуалоподобными состояниями [36]. Отказ пациента от предоставления объективных анамнестических сведений, как и фотографий, видеозаписей и т.п., является его бесспорным правом, но вместе с тем – и поводом для особой настороженности со стороны врача-диагноста. У человека с транссексуализмом, особенно воспитанного в светской среде, причины для такого отказа неочевидны – у него отсутствуют явные мотивы скрывать своё обращение к врачу от родственников, так как последние уже давно осведомлены о его самовосприятии и желании изменить пол.

В-третьих, специалистами было недооценено диагностическое значение высказывания пациентки о том, что, испытывая выраженный дистресс из-за несоответствия своего самовосприятия полу и фruстрированное желание выглядеть как мальчик с раннего детского возраста, она без каких-либо рациональных причин успешно «скрывала» свою половую идентичность от родителей, учителей и сверстников до 16 лет. Это заявление резко противоречит как имеющимся описаниям транссексуализма [39–40], так и общепринятым представлениям о психосексуальном развитии детей [41–44]. В обсуждаемом случае, оно также не соответствует и изложенным самой пациенткой сведениям о том, что с дошкольного она хотела носить мужскую одежду и испытывала мучительный дискомфорт от ношения женской;

о том, что тянулась к традиционно мужским занятиям и к группированию в обществе мальчиков; о тяжелой психологической реакции на возникновение вторичных половых признаков; о том, что «на протяжении всей своей сознательной жизни» воспринимала себя лицом мужского пола, тяготилась своим женским телом и необходимостью соответствовать женской социальной роли. Перечисленные переживания у лиц с транссексуализмом неизбежно выражаются как в поведении, так и в прямых высказываниях на эту тему, становятся причиной конфликтов и темой многочисленных бесед с родителями. В нашем исследовании родители лиц с транссексуализмом называли более ранний, чем их дети, возраст проявления у их детей признаков нарушения половой идентичности, чем сами пациенты [36]. Таким образом, сокрытие этих переживаний является невозможным. Неспособность пациента, описывающего картину «ядерного» транссексуализма, осознать свою инверсную полу идентичность до 16 лет, особенно в современных условиях, также исключена. Латентного, «бессимптомного» и незаметного для ближайшего окружения пациента развития транссексуализма не существует. Высказывания о «сокрытии» расстройства половой идентичности с детского возраста чрезвычайно распространены среди лиц с транссексуалоподобными состояниями, но никогда не наблюдаются у пациентов с транссексуализмом [36]. Такие заявления обнажают иррациональность суждений больных, оторванность их переживаний от реальности, отсутствие критики нынешнему, резко противоречащему их предшествующему опыту, состоянию.

Представляется интересным также следующее наблюдение. После дезактуализации психопатологической симптоматики, составляющей клиническую картину затяжного атипичного пубертатного приступа, пациентка перестала испытывать и «гендерную дисфорию», т.е. психический дистресс от несоответствия её самовосприятия внешности, имени, записи о поле в паспорте и социальной роли. При этом причиной повторного обращения пациентки фактически были те же жалобы: несоответствие её идентичности (теперь уже вновь женской) облику, приобретшему за годы приёма гормональных препаратов маскулинные черты, мужскому имени, паспортному полу, а также социальным требованиям (страх призыва на воинскую службу). Но пациентка, даже столкнувшись с более жёсткими, чем при перемене пола, препядствиями, не выражала страданий по этому поводу или «ненависти» к своему телу, не высказывала антивитальных и суицидальных идей, не считала, как раньше, вопрос «обратной» перемены пола «жизнеобразующим». Более того, в течение нескольких лет она не тяготилась этим вовсе и была адаптирована в границах, определённых её психическим состоянием, а не паспортным полом. Данное обстоятельство в очередной раз указывает на необходимость рассматривать «гендерную дисфорию» (или

«отвергание пола») не как патогномоничный трансексуализму симптом (и тем более – как синдром), который врачу-психиатру надлежит лишь констатировать, а как **неспецифический феномен**, происхождение и содержание которого должны составлять предмет психопатологического анализа.

Сходство данного случая с представленными в зарубежной научной литературе описаниями подтверждает высказанную нами ранее точку зрения о том, что значительная часть обращений молодых людей по поводу жалоб на недовольство своим полом, число которых значительно возросло в последние годы, обусловлена социальным патоморфозом юношеской шизофрении, протекающей в виде затяжного атипичного пубертатного приступа [1, 36, 45]. Для этого расстройства характерна аутохтонная дезактуализация позитивной симптоматики в возрасте 25–30 лет [46], что соотносится с данными зарубежных исследователей о значительном снижении количества «трансгендеров» в старшей возрастной группе по сравнению с подростковой [47–49] и о возрасте *de-transition* [7, 18]. Исходя из этого, мы прогнозируем увеличение в течение ближайших 5–10 лет в нашей стране числа обращений по поводу «восстановления» пола, изменённого в юношеском возрасте. Ситуация ожидаемо будет осложнена тем фактом, что действующее законодательство не проводит различий между «изменением» и «восстановлением» ранее изменённого пола. Приведённая в статье тактика – *апелляция к ст. 362 Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации – является наиболее очевидным способом восстановления ранее изменённого пола*. Тем не менее, существование такой возможности не отменяет необходимости совершенствования правовых норм, регламентирующих медицинскую помощь лицам с расстройствами половой идентичности, с целью приведения их в соответствие с клинической реальностью и потребностям граждан.

Заключение

Данный клинический случай, как можно судить из приведенного в вводной части статьи литературного обзора, представляет собой достаточно типичный пример «обратного» изменения пола. Полученное описание даёт объяснение мотивам как возникшего в подростковом возрасте недовольства своим полом, так и столь же «внезапного» стремления к его «восстановлению», а также обосновывает необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики, включающей тонкий психопатологический анализ предъявляемых пациентами жалоб, их поведения, данных не только субъективного, но и объективного анамнеза.

Вместе с тем, представленный случай затрагивает ряд болезненных для современной российской психиатрии аспектов проблемы трансексуализма и трансексуалоподобных состояний. Это и несовершенство клинического описания трансексуализма

в МКБ-10, критерии которой игнорируют чрезвычайно значимые характеристики этого расстройства, такие как врожденный и субъективно и объективно определяемый с детского возраста характер инверсии половой идентичности. Это недостаток качественного научного и методического материала на эту тему при чрезвычайном обилии и доступности идеологизированной, спекулятивной и откровенно ложной информации, оказывающей деструктивное влияние и на пациентов, и на врачей. Это отсутствие до принятия Федерального Закона № 386-ФЗ. единой системы помощи пациентам с расстройствами половой идентичности, включающей протоколы диагностики с указанием тонких нюансов клиники и поведения пациентов, четкие критерии определения показаний и противопоказаний к изменению пола, механизм контроля эффективности проведенных процедур и др. И это также отсутствие системы помощи – как медицинской, так и правовой – для данной категории пациентов сейчас.

Авторы данной статьи выражают солидарность с мнением уважаемых коллег: Н.Д. Кибрика, М.И. Ягубова, А.П. Журавеля [30] – о необходимости совершенствования процедуры диагностики расстройств половой идентичности посредством реализации следующих мер.

1. Сохранить в МКБ раздел «расстройства половой идентификации» и диагноз «трансексуализм».
2. Уточнить в МКБ критерии диагностики «трансексуализма» с обозначением возраста его возникновения и степени устойчивости проявлений в процессе жизни.
3. Создать современный вариант Федеральных рекомендаций по диагностике и ведению пациентов, стремящихся к смене пола. Довести эту информацию до широкого круга врачей, к которым в силу их специализации могут обращаться пациенты, желающие сменить пол.

При этом мы считаем важным дополнить данные приложения *уточнениями*:

1. Раздел «расстройства половой идентификации» и диагноз «трансексуализм» на данном этапе целесообразно сохранить в разделе МКБ, посвященном психическим расстройствам [30, 50, 51].
2. Критерии диагностики «трансексуализма» нуждаются также в указании на субъективную и объективную очевидность проявлений инверсии половой идентичности (т.е. на невозможность существования «неосознаваемых» или «скрываемых» от членов ближайшего окружения форм данного расстройства), в уточнении поведенческих проявлений инверсии половой идентичности в онтогенезе (в высказываниях, игровой деятельности, сфере интересов и предпочтений, особенностях коммуникации, сексуальном поведении, отношении к собственному полоровому статусу и телесным признакам пола), в расширении спектра расстройств, с которыми надлежит проводить дифференциальную диагностику.

ку транссексуализма, за счет «расстройств шизофренического спектра» (а не только «шизофрении») [33–38, 52], расстройств личности [53], биполярного аффективного расстройства [54], трансвестизма [39, 53, 55], эгидистонической гомосексуальности [53, 56].

3. Создать вариант Федеральных рекомендаций по диагностике и ведению пациентов, стремящихся к смене пола на основе результатов крупных отечественных исследований [33, 40] и методических рекомендаций [37, 53].

Кроме того, наиболее эффективным решением медико-социальных проблем, связанных с расстройствами половой идентичности, нам представляется создание в стране сети из нескольких специализированных центров с целью системного и унифицированного осуществления научной, методической, эпидемиологической, диагностической, лечебной, экспертной и образовательной деятельности в этой области [56].

Только после реализации этих мер считаем возможным возвращение медицинского сообщества к дискуссии о расширении в нашей стране

показаний для изменения пола за счет пациентов с транссексуализмом. При этом совершенствование диагностических подходов считаем не единственными условиями для этого. Немало важным является создание правой базы, включающей: 1) контроль за оборотом гормональных препаратов, используемых при перемене пола; 2) разделение медицинских и социальных аспектов изменения пола.

Последнее подразумевает, что решение вопроса об изменении паспортного пола, суть –обретение нового гражданского статуса и новых прав – должно приниматься судом, но на основании заключения психолого-психиатрической экспертизы о наличии или отсутствии у пациента медицинских показаний к изменению пола, проведенной в соответствии с Федеральными рекомендациями, на базе специализированного центра изучения расстройств половой идентичности.

Именно такой подход, по нашему мнению, способен обеспечить наиболее качественное оказание помощи лицам с расстройствами половой идентичности и минимизацию числа запросов на «восстановление» ошибочно измененного пола.

Сведения об авторах

Дьяченко Антон Васильевич – кандидат медицинских наук, врач-психиатр ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС» (Ростов-на-Дону)

Индексы: SPIN-код: 5863-7915; РИНЦ AuthorID:1275360; ResearcherID: AAI-2210-2020; Scopus AuthorID: 57222564156; ORCID: 0000-0002-6050-8215

E-mail: avddoc@yandex.ru

Бухановская Ольга Александровна – кандидат медицинских наук, главный врач ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС»; ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ростов-на-Дону)

Индексы: SPIN-код: 9787-1070; РИНЦ AuthorID: 283305; ORCID: 0000-0002-0962-4755

E-mail: olgabux@yandex.ru

Лоскутова Анастасия Сергеевна – клинический психолог ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС» (Ростов-на-Дону)

Индекс: ORCID: 0000-0003-0656-6307

E-mail: ansday@mail.ru

Перехов Алексей Яковлевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ростов-на-Дону)

Индекс: ORCID: 0000-0002-6629-7404

E-mail: perekhov_a@mail.ru

Збарская Ольга Владимировна – врач-психиатр, заведующая дневным стационаром ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС» (Ростов-на-Дону)

E-mail: ov.zbarskaya@yandex.ru

Лебедев Алексей Владимирович – начальник судебно-психиатрической службы, врач судебно-психиатрический эксперт, врач психиатр ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» (Тюмень)

Индекс: ORCID: 0009-0005-2481-6199

E-mail: Ustas17-3753@yandex.ru

Сведения об авторах

Сладерова Надежда Николаевна – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе и качеству медицинской помощи, врач-психиатр ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» (Тюмень)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 810133; ORCID: 0000-0002-0121-2801

E-mail: nadejda.spaderova@yandex.ru

Лебедева Джинна Ивановна – кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, доцент кафедры медицинской профилактики и реабилитации института общественного здоровья и цифровой медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России; главный врач ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр» (Тюмень)

Индексы: ORCID: 0000-0003-2478-9619; РИНЦ AuthorID: 790964

E-mail: olrc@med-to.ru

Хицкая Марина Леонидовна – врач-психиатр ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» (Тюмень)

E-mail:

Волчкова Анастасия Николаевна – сексолог ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» (Тюмень)

E-mail:

Информация о конфликте интересов и источнике финансирования

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. Научная работа инициативная, не финансируемая.

Литература

1. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Переход А.Я. Кто обращается к психиатру с запросом на изменение пола: результаты 30-летнего исследования // Психиатрия. 2020. Т. 18, № 3. С. 32–41. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41
2. Dhejne C., Oberg K., Arver S., Landen M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, incidence, and regrets // Archives of Sexual Behavior. 2014. Vol. 43, No 8. P. 1535–1545. DOI: 10.1007/s10508-014-0300-8
3. Wiepjes C.M., Nota N.M., de Blok C.J.M., Klaver M., de Vries A.L.C., Wensing-Kruger S.A., de Jongh R.T., Bouman M.B., Steensma T.D., Cohen-Kettenis P.T., Gooren L.J.G., Kreukels B.P.C., den Heijer M. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets // Journal of Sexual Medicine. 2018. Vol. 15, No 4. P. 582–590. DOI: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016
4. Wiepjes C.M., den Heijer M., Bremmer M.A., Nota N.M., de Blok C.J.M., Coumou B.J.G., Steensma T.D. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017) // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2020. Vol. 141, No 6. P. 486–491. DOI: 10.1111/acps.13164
5. Marchiano L. Outbreak: On transgender teens and psychic epidemics // Psychological Perspectives: A Quarterly Journal of Jungian Thought. 2017. Vol. 60, No 3. P. 345–366. DOI: 10.1080/00332925.2017.1350804
6. Expósito-Campos P., Gómez-Balaguer M., Hurtado-Murillo F., García-Moreno R.M., Morillas-Ariño C. Medical detransition following transgender identity reaffirmation: two case reports // Sexual Health. 2021. Vol. 18, No 6. P. 498–501 DOI: 10.1071/SH21089
7. Littman L. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners // Archives of Sexual Behavior. 2021. Vol. 50, No 8. P. 3353–3369. DOI: 10.1007/s10508-021-02163-w
8. Respaut R., Terhune C., Conlin, M. Why detransitioners are crucial to the science of gender care. Reuters. 2022. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-outcomes/>. (дата обращения: 19.02.2025).
9. Callahan C. Unheard voices of detransitioners. In H. Brunskell-Evans & M. Moore, Transgender children and young people: Born in your own body. Cambridge Scholars Publishing. 2018. P. 166–180.
10. D'Angelo R. Psychiatry's ethical involvement in gender-affirming care // Australasian Psychiatry. 2018. Vol. 26, No 5. P. 460–463. DOI: 10.1177/1039856218775216
11. Djordjevic M.L., Bizic M.R., Duisin, D., Bouman M.B., Buncamper M. Reversal surgery in regretful male-to-female transsexuals after sex reassignment surgery // Journal of Sexual Medicine. 2016. Vol. 13, No 6. P. 1000–1007. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.02.173
12. Levine S.B. Transitioning back to maleness // Archives of Sexual Behavior. 2018. Vol. 47, No 4. P. 1295–1300. DOI: 10.1007/s10508-017-1136-9
13. Pazos G.M., Gómez Balaguer M., Gomes P.M., Hurtado M. F., Solá I.E., Morillas A.C. Transexualidad: Transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España // Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2020. Vol. 67, No 9. P. 562–567. DOI: 10.1016/j.endinu.2020.03.008
14. Stella C. Female detransition and reidentification: Survey results and interpretation. 2016. [Электронный ресурс]. URL: <http://guideonragingstars.tumblr.com/post/149877706175/female-detransition-and-reidentification-survey> (дата обращения: 19.02.2025).
15. Turban J.L., Keuroghlian, A.S. Dynamic gender presentations: Understanding transition and «de-transition» among transgender youth // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018. Vol. 57, No 7. P. 451–453. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.03.016
16. Turban J.L., Loo S.S., Almazan, A.N., Keuroghlian, A.S. Factors leading to «detransition» among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis // LGBT Health. 2021. Vol. 8. P. 273–280. DOI: 10.1089/lgbt.2020.0437
17. Marchiano L. The ranks of gender detransitioners are growing. We need to understand why. Quilette. 2020. [Электронный ресурс]. URL: <https://quilette.com/2020/01/02/the-ranks-of-gender-detransitioners-are-growing-we-need-to-understand-why/>. (дата обращения: 10.02.2025).
18. Vandenbussche E. Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey // Journal of Homosexuality. 2021. Vol. 69, No 9. P. 1602–1620. DOI: 10.1080/00918369.2021.1919479
19. Dolotina B., Daniolos P.T. Dynamic Gender Identities and Expressions: Detransition and Affirming Non-linear Gender Pathways Among Transgender and Gender Diverse Youth // Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2023. Vol. 32, No 4. P. 803–813. DOI: 10.1016/j.chc.2023.05.002
20. Hall R., Mitchell L., Sachdeva, J. Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review // BJPsych Open. 2021. Vol. 7, No 6. P. e184. DOI: 10.1192/bjop.2021.1022

Литература

21. Boyd I., Hackett T., Bewley S. Care of transgender patients: A general practice quality improvement approach // Healthcare. 2022. Vol. 10, No 1. P. DOI: 10.3390/healthcare10010121
22. Butler G., Adu-Gyamfi K., Clarkson K., El Khairi R., Kleczewski S., Roberts A., Segal T.Y., Yogamanoharan K., Alvi S., Amin N., Carruthers P., Dover S., Eastman J., Mushtaq T., Masic U., Carmichael P. Discharge outcome analysis of 1089 transgender young people referred to paediatric endocrine clinics in England 2008-2021 // Archives of Disease in Childhood. 2022. Vol. 107, No 11. P. 1018–1022. DOI: 10.1136/archdischild-2022-324302
23. Cohen A., Gomez-Lobo V., Willing L., Call D., Damle L.F., D'Angelo L.J., Song A., Strang J.F. Shifts in gender-related medical requests by transgender and gender-diverse adolescents // Journal of Adolescent Health. 2023. Vol. 72, No 3. P. 428–436. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.10.020
24. Roberts C.M., Klein D. A., Adirim, T.A., Schvey N.A., Hisle-Gorman E. Continuation of gender-affirming hormones among transgender adolescents and adults // Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2022. Vol. 107, No 9. P. e3937–e3943. DOI: 10.1210/clinem/dgac251
25. Olson K.R., Durwood L., Horton R., Gallagher N.M., Devor A. Gender identity 5 years after social transition // Pediatrics. 2022. Vol. 150, No 2. P. e2021056082. DOI: 10.1542/peds.2021-056082
26. Irwig M.S. Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People—An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2022. Vol. 107, No 10. P. 4261–4262, DOI: 10.1210/clinem/dgac356
27. MacKinnon K.R., Kia H., Salway T., Ashley F., Lacombe-Duncan A., Abramovich A., Enxuga G., Ross, L.E. Health care experiences of patients discontinuing or reversing prior gender-affirming treatments // JAMA Network Open, 2022. Vol. 5, No 7. P. e2224717. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.24717
28. Herzog, K. The detransitioners: They were transgender until they weren't. The Stranger. 2017 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.thestranger.com/features/2017/06/28/25252342/the-detransitioners-they-were-transgender-until-they-werent> (дата обращения: 11.02.2025).
29. Bridge L. Detransitioners are living proof the practices surrounding «trans kids» need to be questioned. Feminist Current. 2020. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.feministcurrent.com/2020/01/09/detransitioners-are-living-proof-the-practices-surrounding-trans-kids-need-be-questioned/> (дата обращения: 19.02.2025).
30. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Журавель А.П. Расстройства половой идентификации: ошибки диагностики и тактики ведения пациентов // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 4. С. 63–69.
31. Менделевич В.Д. Почему транссексуализм не является психическим расстройством, или как сделать психиатрическую классификацию научной // Неврологический вестник. 2018. Т.1, № 3. С. 5–10.
32. Сиволап Ю.П. «Гендерная дисфория в ICD-11: неужели гибель психиатрии?» Доклад на конференции «Психиатрические поколения в поисках консенсуса». Казань, 1 декабря 2021 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://rutube.ru/video/9ca9f2ead5f4a2e6787fad1baa1af51/> (дата обращения: 11.03.2025).
33. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. 400 с.
34. Введенский Г.Е. Феноменология идей смены пола у больных шизотипическим расстройством // Медицинский вестник Юга России 2022. Т. 13, № 3. С. 32–35.
35. Попова Г.А. Расстройство половой самоидентификации в рамках непсихиатрических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06. М., 2020. 218 с.
36. Дьяченко А.В. Транссексуалоподобные состояния при шизотипическом расстройстве у подростков: статика, динамика, терапия: дис. ... канд. мед. наук: 3.17. М., 2024. 313 с.
37. Кибрик Н.Д., Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., Ягубов М.И. Расстройства половой идентификации: вопросы клиники и тактики ведения пациентов. Методические рекомендации, М.; 2018. 27 с.
38. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Переход А.Я. Случай ошибочной диагностики транссексуализма у пациентки с шизотипическим расстройством // Российский психиатрический журнал. 2021. № 2. С. 73–83.
39. Цукер К. Дж., Бредли С. Дж. Расстройства гендерной идентичности и психосексуальные проблемы у подростков. М.: ИД «Городец», 2020. 640 с.
40. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадаптация и реабилитация: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1994. 25 с.
41. Виноградова Н.А. Формирование гендерной идентичности. Методическое пособие. М.: ТЦ «Сфера», 2012. 118 с.
42. Коломинский Я.Л. Ролевая дифференциация пола у дошкольников // Вопросы психологии. 2005. № 3. С. 165–171.
43. Каган В.Е. Когнитивные и эмоциональные аспекты гендерных установок у детей 3–7 лет // Вопросы психологии. 2010. № 2. С. 18–22.
44. Белопольская Н.Л. Половозрастная идентификация. Методика исследования детского самосознания. М.: Когито-Центр, 2008. 24 с.
45. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Переход А.Я. Клинико-динамическая характеристика транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков // Российский психиатрический журнал. 2022. № 2. С. 77–93.
46. Цуцульковская М.Я. Шизофрения, протекающая в виде атипичного затяжного пубертатного приступа // Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1. под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. С. 446–457.
47. Drummond K.D., Bradley SJ, Peterson-Change M. et al. A follow-up study of girls with gender identity disorder // Dev Psychol. 2008. Vol. 44. P. 34–45.
48. Steensma T.D., McGuire J.K., Wrinkles B.P. et al. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013. Vol. 52. P. 582–590.
49. Walloon M.S., Cohen-Kettenis P.T. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children // J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008. Vol. 47. P. 1413–1423.
50. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Vol. 27, № 3. P. 102–105.
51. Dyachenko A.V., Perekhov A.Y., Soldatkin V.A., Bukanovskaya Gender Identity Disorders: Current Medical and Social Paradigm and the ICD-11 Innovations // Consortium Psychiatricum. 2021. T.2, № 2. С. 54–64.
52. Старостина Е.А. Особенности нарушений гендерной идентичности при расстройствах шизофренического спектра в сравнении с транссексуализмом // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2023. № 3. С. 15–24. DOI: 10.33920/med-01-2303-02
53. Белкин А.И., Карпов А.С. Транссексуализм: методические рекомендации по смене пола. М., 1991. 21 с.
54. Бухановский А.О., Спиридонова Н.В. Транссексуализм или шизофрения? А были ли основания для смены пола // Независимый психиатрический журнал. 2011. № 2. С. 23–32.
55. Переход А.Я. Клиника и динамика фетишного трансвестизма с синдромом отвергания пола: автореф. дис. ... кандидата медицинских наук: 14.00.18. Москва, 1996. 21 с.
56. Бухановский А.О. Транссексуализм и сходные состояния. Ростов-на-Дону: Изд. Мини Тайл, 2016. 580 с.

References

- Dyachenko AV, Bukhanovskaya OA, Soldatkin VA, Perekhov AY. [Who Submits a Request to the Psychiatrist for a Gender Change: Results of a 30-Year Study]. *Psichiatriya*. 2020;18(3):32–41. (In Russ.) DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41
- Dhejne C, Oberg K, Arver S, Landen M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, incidence, and regrets. *Archives of Sexual Behavior*. 2014;43(8):1535–45. DOI: 10.1007/s10508-014-0300-8
- Wiejbes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, de Jongh RT, Bouman MB, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG, Kreukels BPC, den Heijer M. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*. 2018;15(4):582–90. DOI: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016
- Wiejbes CM, den Heijer M, Bremmer MA, Nota NM, de Blok CJM, Coumou BJG, Steensma TD. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020;141(6):486–91. DOI: 10.1111/acps.13164
- Marchiano L. Outbreak: On transgender teens and psychic epidemics. *Psychological Perspectives: A Quarterly Journal of Jungian Thought*. 2017;60(3):345–66. DOI: 10.1080/00332925.2017.1350804
- Expósito-Campos P, Gómez-Balaguer M, Hurtado-Murillo F, García-Moreno RM, Morillas-Ariño C. Medical detransition following transgender identity reaffirmation: two case reports. *Sexual Health*. 2021;18(6):498–501. DOI: 10.1071/SH21089
- Littman L. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*. 2021;50(8):3353–69. DOI: 10.1007/s10508-021-02163-w
- Respaud R, Terhune C, Conlin M. Why detransitioners are crucial to the science of gender care. *Reuters*. 2022. URL: <https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-outcomes/> (accessed on: 02.19.2025).
- Callahan C. Unheard voices of detransitioners. In H. Brunsell-Evans & M. Moore, *Transgender children and young people: Born in your own body*. Cambridge Scholars Publishing. 2018. P. 166–180.
- D'Angelo R. Psychiatry's ethical involvement in gender-affirming care. *Australasian Psychiatry*. 2018;26(5):460–3. DOI: 10.1177/1039856218775216
- Djordjevic ML, Bizic MR, Duisin D, Bouman MB, Buncamper M. Reversal surgery in regretful male-to-female transsexuals after sex reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(6):1000–7. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.02.173
- Levine SB. Transitioning back to maleness. *Archives of Sexual Behavior*. 2018;47(4):1295–300. DOI: 10.1007/s10508-017-1136-9
- Pazos GM, Gómez Balaguer M, Gomes PM, Hurtado MF, Solá IE, Morillas AC. Transexualidad: Transiciones, detenciones y arrepentimientos en España. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2020;67(9):562–7. DOI: 10.1016/j.endinu.2020.03.008
- Stella C. Female detransition and reidentification: Survey results and interpretation. 2016. URL: <http://guideonragingstars.tumblr.com/post/149877706175/female-detransition-and-reidentification-survey> (accessed on: 02.19.2025).
- Turban JL, Keuroghlian AS. Dynamic gender presentations: Understanding transition and «de-transition» among transgender youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018;57(7):451–3. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.03.016
- Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors leading to «detransition» among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*. 2021;8:273–80. DOI: 10.1089/lgbt.2020.0437
- Marchiano L. The ranks of gender detransitioners are growing. We need to understand why. *Quilette*. 2020. URL: <https://quilette.com/2020/01/02/the-ranks-of-gender-detransitioners-are-growing-we-need-to-understand-why/> (accessed on: 02.10.2025).
- Vandenbussche E. Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*. 2021;69(9):1602–20. DOI: 10.1080/00918369.2021.1919479
- Dolotina B, Daniolos PT. Dynamic Gender Identities and Expressions: Detransition and Affirming Non-linear Gender Pathways Among Transgender and Gender Diverse Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2023;32(4):803–13. DOI: 10.1016/j.chc.2023.05.002
- Hall R, Mitchell L, Sachdeva J. Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*. 2021;7(6):e184. DOI: 10.1192/bjop.2021.1022
- Boyd I, Hackett T, Bewley S. Care of transgender patients: A general practice quality improvement approach. *Healthcare*. 2022;10(1). DOI: 10.3390/healthcare10010121
- Butler G, Adu-Gyamfi K, Clarkson K, El Khairi R, Kleczewski S, Roberts A, Segal TY, Yogamanoharan K, Alvi S, Amin N, Carruthers P, Dover S, Eastman J, Mushtaq T, Masic U, Carmichael P. Discharge outcome analysis of 1089 transgender young people referred to paediatric endocrine clinics in England 2008–2021. *Archives of Disease in Childhood*. 2022;107(11):1018–22. DOI: 10.1136/archdischild-2022-324302
- Cohen A, Gomez-Lobo V, Willing L, Call D, Damle LF, D'Angelo LJ, Song A, Strang JF. Shifts in gender-related medical requests by transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2023;72(3):428–36. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.10.020
- Roberts CM, Klein DA, Adirim TA, Schvey NA, Hsieh-Gorman E. Continuation of gender-affirming hormones among transgender adolescents and adults. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2022;107(9):e3937–43. DOI: 10.1210/clinem/dgac251
- Olson KR, Durwood L, Horton R, Gallagher NM, Devor A. Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. 2022;150(2):e2021056082. DOI: 10.1542/peds.2021-056082
- Irwig MS. Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People –An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2022;107(10):4261–2. DOI: 10.1210/clinem/dgac356
- MacKinnon KR, Kia H, Salway T, Ashley F, Lacombe-Duncan A, Abramovich A, Enxuga G, Ross LE. Health care experiences of patients discontinuing or reversing prior gender-affirming treatments. *JAMA Network Open*. 2022;5(7):e2224717. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.24717
- Herzog K. The detransitioners: They were transgender until they weren't. *The Stranger*. 2017. URL: <https://www.thestranger.com/features/2017/06/28/25252342/the-detransitioners-they-were-transgender-until-they-werent> (accessed on: 02.11.2025).
- Bridge L. Detransitioners are living proof the practices surrounding «trans kids» need to be questioned. *Feminist Current*. 2020. URL: <https://www.feministcurrent.com/2020/01/09/detransitioners-are-living-proof-the-practices-surrounding-trans-kids-need-be-questioned/> (accessed on: 02.19.2025).
- Kibrik ND, Yagubov MI, Zhuravel AP. Sexual identification disorders: diagnostic errors and patient management tactics. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(4):63–9.
- Mendelevich VD. Why transsexualism is not a mental disorder, or how to make psychiatric classification scientific. *Neurological Bulletin*. 2018;L(3):5–10. (In Russ.)
- Sivolap YuP. Gender dysphoria in ICD-11: is psychiatry really dying? Report at the Psychiatric Generations in Search of Consensus conference. Kazan, December 1, 2021. URL: <https://rutube.ru/video/9ca9f2ead5f4a2e6787fad1baa1af51/> (accessed on: 03.11.2025) (In Russ.)
- Matevosyan SN, Vvedensky GE. Sexual dysphoria (clinical and phenomenological features and therapeutic and rehabilitation aspects of the syndrome of «rejection» of sex). Moscow: LLC «Medical Information Agency»; 2012. 400 p. (In Russ.)

References

34. Vvedenskiy GE. The phenomenology of sex reassignment ideas in patients with schizotypal disorder. Medical Bulletin of the South of Russia. 2022;13(3):32–5. (In Russ.)
35. Popova GA. Disorder of sexual self-identification in the framework of non-psychotic forms of endogenous diseases and personality disorders [dissertation]. [Moscow (Russia)]; 2020. 218 p. (In Russ.)
36. Dyachenko A.V. Transsexual-like states in schizotypal disorder in adolescents: statics, dynamics, therapy [dissertation]. [Moscow (Russia)]; 2024. 313 p. (In Russ.)
37. Kibrik ND, Vvedenskiy GE, Matevosyan SN, Yagubov MI. Sexual identification disorders: clinical issues and patient management tactics. Methodological recommendations. Moscow, 2018. 27 p. (In Russ.)
38. D'yachenko AV, Bukhanovskaya OA, Soldatkin VA, et al. [The case of mistaken diagnosis of transsexualism in a patient with schizotypal disorder]. Rossiiskii psichiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2021;(2):73–83. (In Russ.)
39. Zucker KJ, Bradley SJ. Gender identity disorders and psychosexual problems in adolescents. Moscow: Gorodets Publishing House; 2020. 640 p. (In Russ.)
40. Bukhanovsky AO. Transsexualism: clinic, systematics, differential diagnosis, psychosocial readaptation and rehabilitation: [PhD thesis]. [Moscow (Russia)]; 1994. 25 p. (In Russ.)
41. Vinogradova NA. Formation of gender identity. Methodical manual. Moscow: Sphere Shopping Center; 2012. 118 p. (In Russ.)
42. Kolominsky YaL. Role differentiation of gender in preschoolers. Questions of psychology. 2005;3:165–71. (In Russ.)
43. Kagan VE. Cognitive and emotional aspects of gender attitudes in children aged 3–7 years. Questions of psychology. 2010;2:18–22. (In Russ.)
44. Belopolskaya NL. Gender and age identification. Methodology for the study of children's self-awareness. Moscow: Kogito-Center; 2008. 24 p. (In Russ.)
45. D'yachenko AV, Bukhanovskaya OA, Soldatkin VA, et al. [Clinical and dynamic characteristics of transsexual-like states in schizotypal disorder in adolescents]. Rossiiskii psichiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2022;(2):77–93. (In Russ.)
46. Tsutsulkovskaya M.Ya. Schizophrenia, occurring in the form of an atypical prolonged puberty attack. Handbook of Psychiatry. In 2 volumes. Vol. 1. Edited by A.S. Tiganov. Moscow: Medicine; 1999. P. 446–57. (In Russ.)
47. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Change M, et al. A follow-up study of girls with gender identity disorder. Dev Psychol. 2008;44:34–45.
48. Steensma TD, McGuire JK, Wrinkles BP, et al. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52:582–90.
49. Walloon MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47:1413–23.
50. Vvedensky GE, Matevosyan SN. Sexual Disorders in the ICD-11 Project: Methodological and Clinical Issues. Social and Clinical Psychiatry. 2017;27(3):102–5. (In Russ.)
51. Dyachenko AV, Perekhov AY, Soldatkin VA, Bukhanovskaya Gender Identity Disorders: Current Medical and Social Paradigm and the ICD-11 Innovations. Consortium Psychiatricum. 2021;2(2):54–64.
52. Starostina EA. Features of Gender Identity Disorders in Schizophrenic Spectrum Disorders in Comparison with Transsexuality. Bulletin of Neurology, Psychiatry, and Neurosurgery. 2023;3:15–24. (In Russ.) DOI: 10.33920/med-01-2303-02
53. Belkin AI, Karpov AS. Transsexuality: Methodological Recommendations for Gender Reassignment. Moscow, 1991. 21 p. (In Russ.)
54. Bukhanovsky AO, Spiridonova NV. Transexuality or Schizophrenia? Were There Any Reasons for Gender Reassignment. Independent Psychiatric Journal. 2011;2:23–32. (In Russ.)
55. Perekhov AYa. Clinic and dynamics of fetish transvestism with the syndrome of rejection of sex [PhD thesis]. [Moscow (Russia)]; 1996. 21 p. (In Russ.)
56. Bukhanovsky AO. Transsexualism and similar conditions. Rostov-on-Don: Ed. Mini Type; 2016. 580 p. (In Russ.)