

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно– Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно– Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

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

Реферат

На тему: «Расстройства половой идентификации:
Транссексуализм. Порядок оказания медицинской помощи»

Выполнила: Бондарева А.С.

Красноярск 2021 г

Содержание:

1. Введение
2. Актуальность
3. Основная часть:
 - 3.1. Основные понятия и определение состояния
 - 3.2. Этиология и патогенез
 - 3.3. История изучения вопроса
 - 3.4. Дифференциальная диагностика состояния
 - 3.5. Организация медицинской помощи
 - 3.6. Прогноз
4. Заключение
5. Список литературы

Введение

В настоящее время вопросы, касающиеся половой идентификации, рассматриваются не только в медицинском и социальном аспектах – их обсуждение перешло и в политическую плоскость. Возможность максимального упрощения процедуры смены пола уже давно стала предметом дискуссий в ряде западных стран, в том числе в рамках программы борьбы за права трансгендеров. Предлагается заменить термин «транссексуализм» термином «гендерное несоответствие», квалифицировать это состояние не как психическое расстройство, а как некую особенность развития (вариант нормы) и, в связи с этим, исключить данную рубрику из следующего издания МКБ с целью уменьшения стигматизации пациентов. Однако такая депатологизация лиц, желающих сменить пол, может повлечь серьезные последствия, так как не принимается в расчет то, что это состояние нередко может сочетаться с психическими заболеваниями или быть их проявлением, а также заключать в себе явную или скрытую опасность суицида. Низкая изученность данного состояния, полиморфизм его клинической картины, снижение качества жизни и высокий суицидальный риск больных, обуславливает необходимость изучения данного состояния.

Актуальность

Актуальность настоящего исследования определяется тем, что расстройства половой идентичности, одним из вариантов которых является транссексуализм, относятся к числу наиболее проблемных областей психиатрии и сексологии. Связано это с нерешенностью целого ряда клинико-психопатологических, дифференциально-диагностических и классификационных аспектов данных нарушений, что, в свою очередь, влечет неопределенность тактики лечебно-реабилитационных подходов и неразработанность организационно-правовых основ оказания помощи таким больным.

Основные понятия и определение состояния

Расстройства половой идентификации (РПИ) – это неоднородная группа, в которую в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) входят транссексуализм (F64.0), транссестизм двойной роли (F64.1), расстройство половой идентификации у детей (F64.2), расстройство половой идентификации в детском возрасте транссексуального типа (F64.21), расстройство половой идентификации в детском возрасте трансролевого типа (F64.22), расстройство половой идентификации в детском возрасте неуточненное (F64.29), другие расстройства половой идентификации (F64.8), расстройство половой идентификации неуточненное (F64.9). Из всех перечисленных расстройств имеются данные лишь о распространенности транссексуализма, которая, по данным разных авторов, колеблется от 1:40000 до 1:100000 человек. Это расстройство встречается во всех странах, у представителей всех национальностей и народностей. В странах Западной Европы и Америке соотношение частоты мужского и женского транссексуализма оценивается как 8:1, в Германии – 1:2,3, в России – 1:8.

В отличие от МКБ-10, в DSM-V отсутствует рубрика "расстройства половой идентификации", и введен термин "половая дисфория", которая определена как "аффективная/когнитивная неудовлетворенность личности своим предписанным полом" с критерием длительности в 6 мес (АРА, 2013). В МКБ-11 предлагается переместить связанные с половой дисфорией диагнозы из раздела психических и поведенческих расстройств в новый раздел, временно названный "состояния, связанные с сексуальным здоровьем", с заменой термина DSM-5 "половая дисфория" на "половое несоответствие".

Транссексуализм (transsexualismus; транс + лат. sexus пол) выражается в характерном ощущении принадлежности к противоположному полу, желание существовать и быть принятым в качестве лица противоположного пола. Характерно чувство дискомфорта от своего анатомического пола или неуместности (неадекватности) своей половой принадлежности и стремление к гормональному и хирургическому лечению с целью достичь соответствия между биологическим и душевным полом.

Для постановки диагноза транссексуализма необходимо констатировать существование стойкой транссексуальной идентичности в течение не менее 2 лет. При этом она не должна быть симптомом другого психического заболевания, например шизофрении, или вторичным признаком каких-либо

межполовых, генетических или хромосомных аномалий. В МКБ-10 отмечается, что, как правило, у включенных в эту подрубрику транссексуалов наблюдаются расстройства половой идентификации в детском возрасте транссексуального типа.

Этиология и патогенез

В основе данных расстройств лежит нарушение онтогенеза. Расстройства половой идентификации могут быть обусловлены как органической патологией (например, нейроэндокринной), так и различными психопатологическими состояниями (эндогенные и психогенные нарушения). Различают генетические, пренатальные гормональные, постнатальные социальные и постпубертатные гормональные причины расстройств половой идентификации. Однако механизм реализации этих причин остается неизвестным.

Два принципа закономерности половой дифференцировки в онтогенезе – идентификация и дополнение, находят свое отражение в головном мозге и реализуются в речи и поведении человека. Схема этих механизмов в целом или ее часть может изменяться. У транссексуалов схема дополнения, согласующаяся с критериями, определяемыми наружными половыми органами и способностью к деторождению, заменяется схемой идентификации, т.е. мальчик думает, чувствует, представляет, говорит и действует как девочка, стремясь быть ею, и наоборот. Роль постнатальных факторов, вероятно, заключается в перекресте половых сигналов, когда одобряется поведение, характерное для другого пола, или порицается присущее в данной культуре своему биологическому полу.

При расстройствах половой идентификации отмечается дискордантность между полом наружных гениталий и полом, представленным на уровне мозга (каким-то одним, хотя в норме представительство бисексуально). Обнаружено значительное нарушение полового коэффициента в пользу женщин (по линии матери) в семьях лиц с мужским транссексуализмом, что, возможно, обусловлено инактивацией X-хромосомы. Выявлено, что гомосексуальные мужчины имеют больше старших братьев, чем гетеросексуальные, однако значение этого феномена неясно. Исследование близнецов, у которых было диагностировано расстройство половой идентификации показало уровень конкордантности в 39,1% однояйцевых близнецов, причем ни один из двуяйцевых близнецов не был конкордантен. Описаны особенности ядер лимбической системы и выработки нейропептидов у транссексуалов, характерные для противоположного

биологического пола. Показано, что акустические характеристики голоса больных с мужским транссексуализмом совпадают с женскими, а влияние половых стероидов на когнитивные функции и церебральную латерализацию при мужском и женском транссексуализме занимает промежуточное положение между здоровыми мужчинами и женщинами. В целом результаты исследований мозговых структур и их функциональных изменений у трансгендерных индивидов показывают наличие изменений, которые могут быть связаны с атипичной половой дифференцировкой или являться результатом несоответствия между анатомическими половыми характеристиками и половой идентичностью. Существует точка зрения, что изменения головного мозга могут также быть запущены психологическим дистрессом. Получены данные о том, что прием во время беременности препаратов, содержащих фенobarбитал и фенитоин, приводит к изменению уровня стероидов в организме матери, что может приводить к нарушению сексуальной дифференцировки плода и, в последующем, к развитию транссексуализма и гомосексуальной ориентации. Роль психосоциальных факторов также остается неясной: в ряде исследований было показано, что мужчины с половой дисфорией оценивали своих отцов значимо чаще как отвергающих, менее эмоционально теплых и проявляющих больше гиперопеки, женщины так оценивали и мать и отца. Некоторые данные указывают на то, что половая идентичность может быть более динамичным, текущим процессом, нежели считалось ранее, а представляет собой целый спектр и не имеет однородности.

История изучения вопроса

Направленное изучение и попытки систематизации расстройств половой идентичности (РПИ) отмечаются со времени описания H.Benjamin (1964) транссексуализма, изучению которого посвящено много работ (Docter R., 1988; Бухановский А.О., 1994; Василенко Л.М., 1995 и др.). Описаны другие расстройства половой идентичности, такие как "псевдотранссексуализм" (Ovsey L., 1989), аутогинефилия (Blanchard R., 1993), нарушения половой идентичности у детей (Каган В.Е., 1991; Bradley S., Zucker K., 1993, 1997), при гомосексуальности (Bailey J., Zucker K., 1995 и др.). Высказывается мнение, что при транссвестизме возможны различные типы РПИ (Levine S., 1993), делаются попытки различить разные виды РПИ при транссвестизме и при транссексуализме – по времени начала и выраженности (Doom C., Poortinga J., Verschoor A., 1994).

Осевым расстройством всех вышеупомянутых видов РПИ оставался синдром "половой дисфории" – недовольство собственной половой

принадлежностью, отмечались лишь различия в его выраженности – от "отрицания пола" со стремлением к его хирургическому изменению до "сомнений в своей половой принадлежности". Таким образом, транссексуализм не является однородным образованием, представляя собой широкий спектр состояний. В отечественных исследованиях (Васильченко Г.С. с соавт., 1983) выделяют "краевые" и "ядерные" формы транссексуализма, подчеркивая, что при "краевых" формах возможна удовлетворительная социально-психологическая адаптация даже без изменения гражданского пола, или подобные лица могут удовлетвориться сменой только гражданского пола без хирургической или гормональной коррекции. Однако высказывалось и мнение, что четких границ между лицами с половой дисфорией, требующими хирургической коррекции и не требующими ее, нет (Bradley S., Alabama K., 1991). G.Brown (1990) отмечает, что группа лиц с половой дисфорией гетерогенна, и лица с транссексуализмом составляют лишь небольшую ее часть.

Противоречивость клинических описаний в исследованиях РПИ отразилась и на их месте в МКБ-10. Достаточно четко это прослеживается на примере расстройств половой идентификации (идентичности) (F64). Наряду с этой группой имеется и другая рубрика – "психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией" (F66). Указание в ней на "страдание от сомнений в собственной половой принадлежности", которое "наиболее часто имеет место в юношеском возрасте" нивелирует ее различие с расстройствами половой идентичности. В DSM-IV включена подрубрика "Неспецифицированных расстройств половой идентичности", в которой описываются: I. Интерсексуальные состояния (например, синдром андрогенной нечувствительности или конгенитальной адренальной гиперплазии), сопровождающиеся дисфорией пола; II. Транзиторное, связанное со стрессом, переодевание; III. Устойчивая поглощенность мыслями о кастрации или пенэктомии без желания приобретения половых характеристик другого пола.

Как видно из вышеизложенного, остаются слабо разработанными клинические критерии разграничения транссексуализма и других нарушений половой идентичности, которые должны лежать в основе показаний и противопоказаний к смене паспортного пола, или различных видов его коррекции. Недостаточно разработан и вопрос дифференциальной диагностики транссексуализма с другими психическими расстройствами,

которая затрудняется тем, что при шизофрении также возможны расстройства половой идентичности, то есть одно не исключает другого.

Американскими психиатрами и сексологами предпринята попытка сформулировать общие подходы к диагностике и терапии пациентов с расстройствами половой идентичности (Standards of Care – SOC, 1998), в которых подчеркивается необходимость комплексного подхода к подобным пациентам – с обязательным участием не только психиатров и психологов, но и специалистов других медицинских дисциплин – эндокринологов, хирургов.

Психологические исследования при транссексуализме в основном были направлены на изучение сформированности полового самосознания пациента, определение факторов, обуславливающих дезадаптацию в биологическом поле. Большая фемининность полоролевой идентичности у транссексуалов – биологических мужчин показана во многих исследованиях (Buhrich N., McConaghy N., 1979; Fleming M., Jenkins S., Bugarin C., 1980 и др.), однако определению для каждого конкретного пациента потенциальных возможностей адаптации в новом поле на разных уровнях (полового самосознания, межличностного общения, межпартнерского взаимодействия и т.д.) практически не уделялось внимания.

Дифференциальная диагностика состояния

Напомним, то транссексуализм – это стойкое осознание собственной принадлежности к противоположному полу, желание существовать и быть принятым в качестве лица противоположного пола, сочетающееся с чувством дискомфорта от своего анатомического пола и стремлением пройти гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу. В процессе дифференциальной диагностики необходимо исключить эндогенные психические заболевания, в клинической картине которых на первое место выходят бредовые идеи сексуального метаморфоза или при которых нарушение полового самосознания выступает как одно из проявлений преморбида или самого заболевания в детском (патогенетический фактор), пубертатном, постпубертатном и более позднем возрасте (патопластический фактор). Помимо этого, необходимо дифференцировать транссексуализм и другие варианты расстройств половой идентификации, так как смена пола рекомендована лишь пациентам с транссексуализмом. Дифференциальная диагностика дополнительно затруднена тем, что расстройства половой идентификации возможны также, как мы указывали ранее, и при шизофрении, т. е. одно не исключает другого, однако тщательный анализ

динамики психопатологических феноменов обычно позволяет распознать эндогенный процесс. В целом сексуальное содержание бредовых и галлюцинаторных расстройств должно насторожить врача и заставить заподозрить наличие тех расстройств половой идентификации, которые требуют иной врачебной тактики, отличающейся от таковой при транссексуализме.

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

Организация медицинской помощи

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

котором регламентирована работа комиссии по лечебно-реабилитационным мероприятиям и описан порядок выдачи медицинской организацией документа об изменении пола при расстройствах половой идентификации

В соответствии с имеющимися рекомендациями в сексологии принят следующий алгоритм диагностики и ведения таких пациентов.

1. На первичном приеме сексолога, при котором оцениваются особенности нарушения половой идентификации, собирается подробный сексологический и психиатрический анамнезы. Производится диагностика типа транссексуализма (ядерный, краевой) и его отграничение от сходных состояний: транссвестизм двойной роли; сверхценные идеи полового метаморфоза у лиц с гомосексуальной ориентацией (и трансформацией половой роли); сверхценные идеи или бред полового метаморфоза при психическом заболевании. Формулируется предварительный диагноз.

2. Динамическое наблюдения и обследование в течение 2-х лет проводится для установления стойкой транссексуальной идентичности и исключения психологических и психических проблем, возможно, обуславливающих формирование идей о смене пола. По возможности привлекаются ближайшие родственники для сбора анамнеза, уточнения особенностей развития и поведения с раннего детского возраста. Максимально выясняются мотивы для смены пола, сообщаются сведения о результатах, возможных побочных действиях и осложнениях при гормональной терапии и хирургических вмешательствах. Обсуждается также и возможность нанесения психотравмы при смене пола близким пациента, особенно если дело касается его несовершеннолетних (тем более проживающих вместе) детей, в связи с особой ранимостью детской психики (когда речь идет об изменении образа родителей). Уточняется диагноз, а также показания и противопоказания для смены пола. Проводятся по показаниям дополнительные обследования: патопсихологическое, гормональное, ЭЭГ, МРТ и т. п.

3. Обследование в психиатрическом стационаре проводится для исключения у пациента психического заболевания, в рамках которого у него может возникать стремление к смене пола. Следует отметить, что именно в стационаре возможно наиболее полное наблюдение за особенностями поведения пациента, его манерами, общением, колебаниями настроения, отношением к своей внешности и т.п. Поэтому замена стационарного экспертного обследования на амбулаторные консультации значительно снижает возможную точность диагностики.

После прохождения всех этих этапов принимается комиссионное решение о целесообразности или о нежелательности смены сначала паспортного пола у данного индивида. При положительном решении вопроса пациенту предлагается после смены паспорта пройти годичный испытательный срок в роли лица противоположного пола, прежде чем прибегать к хирургической коррекции. В этот период пациент может реально оценить возможность социальной адаптации в выбранном им поле и окончательно понять правильность принятого решения. В это же время или немного позже назначается гормональное лечение (т.е. по правилам оно не должно назначаться до смены паспорта). Желательно также, чтобы в течение нескольких лет после смены паспорта и хирургической коррекции пациент находился под наблюдением специалистов для психотерапевтической поддержки и грамотного проведения гормонотерапии.

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

Прогноз

Многие пациенты, хорошо адаптировавшиеся к новой половой роли после смены паспортного пола и проходившие гормональную терапию и психотерапию, ограничивались частичной хирургической коррекцией либо

психогенных расстройств. Сообщения прооперированных транссексуалов об успешной сексуальной жизни, особенно об оргазме, очень редки. Большинство авторов отмечают, что степень личностной и социальной адаптации заметно не меняется после операции и во многом зависит от качества медицинской помощи, оказанной с момента постановки диагноза транссексуализма. Но, нельзя игнорировать тот факт, что ряд пациентов, перенесших операцию, испытали сожаление по поводу хирургического вмешательства. Они объясняли это такими причинами, как игнорирование окружением, разрыв отношений с родственниками, а также тем, что в их представлении смена пола должна была бы стать «решением», например, проблемы гомосексуализма или способом принятия самого себя, но, оглядываясь назад, сожалели о диагнозе и проведенных операциях. Кроме того, по данным К. Zucker и соавт., около 20 % пациентов не получают большой пользы от смены пола, и даже после хирургической коррекции у пациентов в течение 10 лет и дольше гораздо чаще выявляются психопатологии и суицидальное поведение, чем у лиц контрольных групп, соотносимых по половозрастным параметрам. Помимо оперативного вмешательства, важной составляющей процесса смены пола, как мы утверждали ранее, является длительный (пожизненный) прием заместительной гормональной терапии. Но в ходе многочисленных исследований было установлено, что при длительном воздействии повышенных концентраций экзогенных гормонов противоположного пола, используемых для заместительной гормональной терапии, в женском и мужском организмах значительно повышается риск возникновения опухолеподобных процессов и опухолей, что говорит о необходимости более четкого понимания врачами обоснованности проведения подобного лечения и о целесообразности комплексного ведения таких пациентов.

Заключение

В заключение можно сказать, что, несмотря на высокую частоту встречаемости нарушений полоролевой идентичности, тесно спаянных с развитием эндогенного заболевания и динамикой расстройства личности, к сожалению, в научной литературе отсутствует их детальное терминологическое описание. При этом, нет очевидных корреляций между психопатологической структурой проявлений эндогенного заболевания, формой и стойкостью нарушений половой идентичности, хотя ранее была описана высокая тропность этих проявлений к явлениям «классических» неврозо- и психопатоподобных расстройств. Внутренний конфликт пациентов с транссексуализмом, возникающий из-за несоответствия между желаемым и реальным полом, обычно приводит к переживанию постоянного внутреннего напряжения, подавленности, дисфории, а если проблема долго не решается, то и к суицидальному поведению. В связи с невозможностью переориентации такого рода пациентов смена пола может являться для некоторых из них основным вариантом помощи. Однако принятие такого решения требует серьезного обследования и тщательного анализа всех показаний и противопоказаний в отношении смены сначала паспортного пола, а затем и хирургической коррекции. Недостаточно квалифицированные действия в этом направлении могут вести к врачебным ошибкам и причинению непоправимого вреда здоровью пациента, потому изучение данного состояния так важно для практикующего врача-психиатра на современном этапе.

Список литературы:

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 19. № 3. С. 35-41.
2. СТАНОВЛЕНИЕ ПОНИМАНИЯ ФЕНОМЕНА РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ Попова Г.А. Психиатрия. 2019. Т. 17. № 3 (83). С. 51-61.
3. РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ: ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Журавель А.П. Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 4. С. 63-69.
4. ВОПРОСЫ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Петрова Н.Н., Чумаков Е.М., Лиманкин О.В., Азарова Л.А. Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31. № 1. С. 80-89.
5. Психиатрия: Научно– практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с. ISBN 978– 5– 9986– 0243– 6
6. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова; отв. ред. Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР– Медиа, 2017. – 624 с. ISBN 978– 5– 9704– 4017– 9
7. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебник / Н. Г. Незнанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 496 с
8. Стандарты медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам, 7-я версия. Всемирная Профессиональная Ассоциация по здоровью транссексуалов, 2013.