

УДК 616.89-008.442(616-035.7)

## РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ: ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов, А.П. Журавель

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –  
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Пациенты, настойчиво стремящиеся к смене пола, представляют собой весьма неоднородную группу. Среди них можно выделить следующие варианты: 1) лица с транссексуализмом; 2) пациенты с гомосексуальной ориентацией и трансформацией полового поведения, стремящиеся к соответствию с наиболее принимаемыми в данном обществе формами поведения; 3) пациенты, у которых стремление к смене пола является одним из проявлений психического заболевания, чаще всего шизофрении. Разграничение этих состояний в конкретных случаях может представлять значительные трудности. Вместе с тем такая дифференциация определенно необходима, так как смена пола может быть показана в одних случаях и не показана и даже вредна и опасна в других.

По современным представлениям смена пола может положительно влиять на возможности социально-психологической и сексуальной адаптации именно у лиц с транссексуализмом. Последний определяется как желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, обычно сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получить гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному им полу (МКБ-10).

Распространенность транссексуализма в США и некоторых европейских странах оценивается как 1 на 20 000–50 000 человек в возрасте старше 15 лет. При этом количество мужчин, стремящихся стать женщинами, по данным различных исследователей, оказывается устойчиво выше, чем число лиц с противоположной трансформацией и выражается отношением примерно 3:1 [4].

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 паци-

ентов 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.

Для иллюстрации имеющихся в вопросах смены пола проблем предлагается следующее клиническое наблюдение.

Пациент Р., 43 лет, проживает в крупном Российском городе. Указан пол, имевшийся у пациента от рождения, несмотря на то, что по паспорту на момент обращения в отделение сексопатологии Московского НИИ психиатрии – женский.

Жалобы: Обратился с просьбой о содействии в повторном изменении паспортного пола, так как предыдущую смену пола расценивает как трагическую ошибку.

Анамнез (со слов пациента и его матери): Психические заболевания в роду отрицает. Прабабушка по материнской линии в 80 лет покончила с собой. Сын больного в 10 лет покончил с собой.

Пациент первый ребенок в семье, имеет брата на 6 лет младше. Помнит себя с 4 лет. По характеру был общительный, спокойный, послушный, часто болел простудными заболеваниями. В школу пошел с 7 лет. Учился в основном на 4. Считает, что отец относился к нему плохо – ругал, унижал (за «плохие» отметки и мягкий характер), часто обзывал дураком и дебилом, а также обвинял в том, что он помешал его научной карьере. В детстве заикался, но затем это самостоятельно прошло. С третьего класса проявилась выраженная миопия, носил очки. После четвертого класса появилась замкнутость, неуверенность, особенно с девочками. Стало трудно общаться, не знал, как подойти, о чем говорить. Были 1–2 приятеля среди мальчиков. В школе чувствовал себя «белой вороной», большую часть времени был подавлен, часто задумывался о том «что именно во мне не так?». На фоне третирования и унижений со стороны отца в 10–11 лет возникало желание повеситься, однако до попыток дело не дошло. Из-за замкнутости, которая каза-

лась странной учителям, мать больного обратилась в ПНД, когда ему было 10–11 лет, но лечения не проводилось. В детстве о своем поле не думал, носил мальчишескую одежду, играл в теннис, в футбол, занимался спортивной стрельбой из пистолета, но иногда мог играть и с куклами. Первая влюбленность в 10–12 лет, в девочку. Переживал это в себе. Сексуальное либидо с 12–13 лет, к девушкам. Стал периодически мастурбировать. С этого же возраста примерно 1 раз в 3–4 месяца надевал женскую (мамину) одежду, «просто ради любопытства», «было интересно, как это быть девушкой», эйфории и сексуального возбуждения при этом не испытывал, нижнее белье всегда оставалось мужским. Ощущений принадлежности к женскому полу и желания смены пола не было. Дискомфорта от ношения мужской одежды не испытывал.

Окончил 10 классов в 1991 году, поступил в строительный ВУЗ, учился там очно, а затем заочно, так как нужно было работать. Успеваемость была средней. Оставался замкнутым, считал себя никому не интересным человеком. На первом курсе брал академический отпуск в связи с тяжелой экземой. От службы в армии был освобожден по зрению (миопия -10). После окончания вуза в 1998 году (24 года) сменил несколько мест работы. С 2004 года работал в компании по продаже бытовой техники менеджером.

Со школьных лет увлекался музыкой. Сам научился играть на гитаре и клавишных инструментах. Сочинял музыку. Играл и пел в ансамбле вместе со знакомыми ребятами. С того периода (с 11 класса) довольно часто носил длинные волосы, стремясь подражать солисту ансамбля Modern Tokens.

Половая жизнь с 18 лет, с будущей женой. Говорит, что был в нее влюблен. Встречались 4,5 года, затем поженились (в 23 года). Супружеская жизнь первые 6 месяцев складывалась хорошо, затем стали появляться трения, ссоры, жена все чаще стала отказывать пациенту в половой близости. Чтобы снять сексуальное напряжение прибегал к мастурбации. На этом фоне портилось настроение, чувствовал неуверенность в себе, не знал, как улучшить ситуацию в семье. Периодически употреблял алкоголь, но симптомов зависимости от спиртного не возникало. Наркотики не пробовал. Первая беременность жены закончилась выкидышем. В 2004 году (30 лет) родился сын. Однако им почти не занимался, так как «очень много работал». Сын отличался очень быстрым интеллектуальным развитием: в 3 года он уже читал и писал, а в 7 лет читал и пересказывал Достоевского, его настольной книгой был энциклопедический словарь. До школы он был очень общительным ребенком, а со второго класса стал замыкаться, с ребятами во дворе почти не играл, гулял с мамой за ручку.

Еще до женитьбы на фоне стрессов и неудовлетворенности собой иногда возникали мысли, «что если бы он был женщиной, то было бы легче решать жизненные проблемы». Однако интерес к сексуальной близости с мужчиной отрицает. В дальнейшем, особенно на фоне ухудшения отношений с женой, проблем на работе и усталости – размышления о том, что «не плохо было бы быть женщиной» стали появляться несколько чаще. С 2008 года

(34 года) эти мысли стали принимать все более настойчивый характер. Начал читать на данную тему статьи в интернете. Появилось стойкое желание сменить свой пол на женский. Казалось, что это должно изменить его жизнь к лучшему, так как женщине «легче решать жизненные проблемы», у нее «меньшая степень ответственности». Используя информацию из интернета (без консультации с врачом) стал принимать женские половые гормоны, препарат «девивель», чтобы формы тела стали более женственными. Вскоре после этого обратился к знакомому гинекологу-эндокринологу и «девивель» был заменен на «прогинова». При исследовании половых гормонов была обнаружена гиперпролактинемия (уровень пролактина в крови до 800 мЕд/л), а затем на МРТ обнаружена микроаденома гипофиза. Дальнейший МРТ контроль (1 раз в 0,5 года показал отсутствие роста опухоли). Прием в течение нескольких лет достинекса привел к нормализации уровня пролактина в крови. Препарат прогинова с 2011 до 2014 года принимал в дозе до 8 мг в день (до 4 табл.). Отмечает, что на этом фоне чувствовал себя спокойнее, комфортнее, увереннее.

В конце октября 2009 года обратился в Московский медицинский центр к эндокринологу. Там был поставлен диагноз: «Трансгендеризм». Рекомендована консультация психиатра, одобрен дальнейший прием женских половых гормонов. Спустя полгода обратился в ПНД по месту жительства с просьбой о содействии в смене пола, посетил врача 3 раза. Решением врачебной комиссии получил заключение следующего содержания: «Обнаруживает признаки расстройства половой идентификации в форме трансгендеризма. По психическому состоянию противопоказаний для оперативного вмешательства нет».

Постепенно пациент стал менять свою внешность: отращивал еще более длинные волосы, красился, носил дома женскую одежду и серьги. Проводил неоднократно эпиляцию волос на лице. Становясь больше похожим на женщину, чувствовал себя более спокойным и уверенным. Сын, которому тогда было 6 лет, видел происходящее с отцом и это его сильно угнетало. Жена к указанным переменам относилась негативно, от половой жизни с пациентом она полностью отказалась, старалась также максимально изолировать от него сына, делала так, чтобы они практически не виделись. У самого пациента выраженного желания общения с сыном не было, объяснял это загруженностью на работе, необходимостью зарабатывать деньги.

В 2011 году у пациента стали возникать боли в яичках. От врача эндокринолога узнал, что на фоне приема женских половых гормонов велика вероятность развития рака тестикул. Было решено удалить тестикулы. В этом же году проведена хирургическая операция: двухсторонняя орхэктомия – «в качестве подготовительного этапа к операции по смене пола с мужского на женский, а также для улучшения результата от гормональной терапии» (согласно выписке из урологического отделения). При этом собственного желания прибегать к хирургической коррекции половых органов у пациента не было. Делать пластику грудных желез он также не собирался. В декабре 2012 года получил паспорт на женское имя, перед этим развелся с женой

(но продолжали жить вместе). Стал ходить на работу в женской одежде (однако, как правило, надевал брюки, а не платья), рассказав коллегам коротко о своей ситуации. Считает, что на работе отнеслись к происходящему относительно спокойно. В 2014 году сын пациента покончил собой – повесился дома на шведской стенке. Перед этим он заметно похудел, у него были запоры. Со слов пациента после смерти сына они с женой попали под следствие по подозрению в «доведении ребенка до суицида», но вскоре обвинение было снято. В 2015 году жена уехала от него и стала жить отдельно.

Смерть сына «перевернула», «потрясла» пациента, усилилась подавленность, винил себя в его смерти. «Обратился к Богу», стал ходить регулярно в церковь, молил о прощении. В церкви пел в хоре на клиросе. Первые 2–3 недели после смерти сына еще автоматически носил женскую одежду, но постепенно все более «осознавал свою чудовищную ошибку» в смене пола и «стал переходить к мужскому началу». От женской одежды полностью отказался. Сделал себе две инъекции «небито» для маскулинизации. Вскоре познакомился и сошелся с женщиной его возраста с двумя детьми, воспитательницей детского сада. По настоящее время живут вместе гражданским браком (с 2015 г.). Периодически с ними живет ее младшая дочь. Женщина очень сочувствует пациенту, готова всячески ему помогать. Со слов пациента, он проводит с ней половые акты. При этом эрекция в целом достаточная, оргазм слабее, чем раньше, «спермы нет», происходит выделение небольшого количества прозрачной жидкости. Сожительница наличие половой жизни подтверждает (была вместе с ним на приеме).

Вскоре (в 2015 г.) стал предпринимать шаги для смены своего женского паспорта обратно на мужской. Для этого обращался в ЗАГС, а затем подавал заявление в суд. Однако в смене паспорта на мужской было отказано. Весной 2016 года был уволен с работы – со слов пациента, в связи с политикой администрации предприятия не иметь сотрудников старше 40 лет. Устроился неофициально разнорабочим (дворником, охранником) в свой церковный приход. Зарегистрировался как безработный в службе занятости.

В феврале 2016 года впервые обратился к сексологу по месту жительства, с просьбой о содействии возвращения «своего мужского пола». Проводилось обследование и динамическое наблюдение. Диагноз «Транссексуализм» был отвергнут. Пациент направлен на консультацию в отделение сексологии МНИИП для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности повторной смены паспортного пола с женского на мужской.

Соматическое состояние: Среднего роста, нормального питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отложение жировой ткани преимущественно на груди, животе, наружных поверхностях бедер, ягодицах. Имеет место легкая двусторонняя гинекомастия, 0–1 номер. Лицо моложавое, практически без признаков роста волос. На теле оволосение практически отсутствует, имеется только в паховой области – по женскому типу.

Половой член обычных размеров и формы, головка открывается. Мошонка пигментирована слабо. Яички в

мошонке не пальпируются (удалены оперативно). Предстательная железа при ректальном пальцевом обследовании пастозная, симптом серпа (++), уплощенная, поверхность гладкая, контуры четкие, междолевая бороздка сглажена.

По внутренним органам – без явной патологии. АД 120/79 мм рт. ст., ЧСС 82 удара в 1 мин.

Неврологическое состояние: симптомов очаговой патологии не выявлено.

Психический статус: ориентирован в месте и времени. Одет опрятно в мужскую одежду, аккуратно причесан, одежда и стрижка мужские. В целом выглядит определенно, как мужчина. Походка обычная. Сидит, опираясь на спинку стула. Позу меняет редко, движения лаконичны, сдержаны. Выражение лица мрачноватое (подавленное, безрадостное), в течение беседы почти не улыбается. Голос мужской негромкий, глуховатый, монотонный. Пациент эмоционально маловыразителен, однообразен. По своей инициативе говорит мало, сдержано – в основном о том, что хочет вернуть себе мужской паспорт. Это нужно для трудоустройства и кроме того хочет создать семью с женщиной, с которой живет уже около двух лет. Отмечает, что большую часть времени испытывает подавленность, а временами и тоску. Считает себя виноватым в смерти сына, говорит, что думает о нем практически каждый день, что никогда не сможет себе этого простить.

Свою смену пола на женский расценивает как «роковую ошибку», считает это абсурдом, будто «нашло какое-то затмение». Утверждает, что в настоящее время воспринимает себя однозначно как мужчину. Высказывает уверенность в том, что этот настрой уже никогда не изменится. Однако на вопрос о том, стал бы он стремиться вернуть себе мужской пол, если бы не смерть сына, сообщил, что таких планов у него не было.

Информацию из анамнеза по поводу его желания стать женщиной раскрывает не охотно. Некоторые сведения не вполне совпадают с теми, которые указаны в выписке сексопатолога по месту жительства. Например, о причине увольнения с работы, о возникновении мыслей о возможности близости с мужчиной в прошлом и т.п.

Психотической симптоматики не обнаруживает. Суицидальные мысли отрицает, говорит, что это противоречит его религиозным убеждениям.

Предварительный диагноз: Шизотипическое расстройство (F21).

Для решения вопроса о возможности смены паспорта с женского на мужской рекомендовано обследование в условиях психиатрического стационара. Был госпитализирован в мужское отделение, где проходил обследование в течение месяца.

Согласно выписке из психиатрического стационара в отделении был упорядочен, режим соблюдал, держался обособленно, к общению с другими пациентами не стремился. Большую часть времени проводил в палате, работал с компьютером, но и выходил на прогулки. Из особенностей психического состояния сотрудниками отделения были отмечены скрытность и уклончивость обследуемого в ответах о подробностях своих переживаний, сдержанность в эмоциональной экспрессии, легковесность суждений о

последствиях в принятии серьезных решений, некритичная подверженность влиянию микросоциального окружения по поводу первоначальной перемены паспортного пола и приема женских половых гормонов. При поступлении был рекомендован прием миртазапина для купирования имеющихся колебаний настроения, однако больной в первое время отказывался от приема лекарств, считая, что они могут изменить его состояние и повлиять на результат заключения врачебной комиссии. Постепенно согласился с доводами врача, начал принимать миртазапин 7,5 мг и мексидол 250 мг 2 раза. Отметил улучшение состояния. Стал чувствовать себя спокойнее, меньше испытывал напряжение, реже обращался в мыслях к прошлому, лучше спал.

В стационаре были проведены дополнительные исследования и консультации.

ЭЭГ – Умеренные дизрегуляторные изменения биоэлектрической активности головного мозга с признаками дисфункции срединно-стволовых структур, ирритации на базально-диэнцефальном уровне: легкая степень дезорганизации основного ритма, пароксизмальная в том числе эпилептиформная активность в виде групп острых волн с преобладанием по задним областям коры, с эпизодами диффузного распространения в виде вспышек, усиливается на гипервентиляцию, амплитуда в покое до 75 мкВ, на фоне ГВ до 90 мкВ, асимметрия неустойчивая, чаще в левом полушарии. Очаговой медленной активности не выявлено.

Консультация невролога: Неврологической патологии на момент осмотра нет.

Консультация психондокринолога: Состояние после двухсторонней орхиэктомии. Первичный гипогонадизм. Рекомендовано наблюдение эндокринолога.

Анализ крови на половые гормоны (от 30.03.17.): пролактин – 132 (50-500 мМе/л); ЛГ – 14,5 (0,8-8,4 мМе/мл); ФСГ – 42,8 (1-12 мМе/мл); тестостерон – 0,46 (10-38 нмоль/л); эстрадиол – 30 (30-68 пг/мл); ДГЭА-сульфат – 0,45 (1,0-4,2 мкг/мл); прогестерон – 1,6 (0,4-5 нмоль/л). В скобках указан диапазон нормальных значений для мужчин.

Консультация психолога: Активна в выполнении заданий, подробно рассказывает историю жизни. Говорит, что ведет себя настороженно с психиатрами и психологами, отказывается от фармакологической коррекции. «По секрету» сообщает о наличии частых суицидальных мыслей в прошлом, в настоящем – отрицает. В процессе беседы признает необходимость лекарственной терапии. Соглашается и с подсказками, однако помощь использует неэффективно, сбивается на ошибочные решения. Склонна к рассуждательству. Критика к себе неполная.

Смену пола на женский называет бредовой идеей. Связывает решение «вернуть мужской пол» с самоубийством сына. Говорит о чувстве вины, поглощена переживаниями этого периода. Эмоционально угнетена, подавлена и дисфорична. Будущее связывает с созданием новой семьи с одной из претенденток.

Интеллект соответствует полученному образованию.

Обобщает в основном по конкретно-ситуационным признакам, по признаку функциональности. Так, например,

формирует группу «люди, использующие одежду» и «люди и работа». На последнем этапе предлагает создать одну группу «мир» или 4 группы, не выделяя людей в отдельную группу. В ряде случаев ориентируется на формальные или латентные признаки предметов (предметы, издающие звук, 5 копеек 1957 года, ночное освещение и т.д.).

Эмоционально-насыщенные образы в пиктограмме (отчаяние и сомнение) вызывают шоковую реакцию. Графические образы схематичны, стереотипны, малосодержательны, формальны. Демонстрирует эмоциональное уплощение, фиксацию на собственных переживаниях. Воспроизведение затруднено в отдельных случаях.

Ценностно-мотивационная сфера характеризуется обращением к религии (работает в храме), что, по-видимому, создает впечатление осознания ошибок и раскаяния, упорядоченности поведения.

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлены нарушения мыслительной деятельности смешанного характера: снижение уровня обобщения, неустойчивость мыслительной деятельности в виде непоследовательности суждений, соскальзывания, а также эгоцентризм и нарушение критичности мышления.

Выписан из стационара с диагнозом: Смешанное расстройство личности с чертами шизоидного и пограничного расстройств (F61.0).

Было запланировано проведение специализированной медицинской комиссии для окончательного решения вопроса о целесообразности изменении паспортного пола с женского на мужской. Комиссионным решением был установлен диагноз: «Шизотипическое расстройство, психопатоподобный вариант».

### Клинический разбор

Приведенный случай впечатляет своими негативными последствиями. Нам представляется крайне важным обсудить (проанализировать) то, какие ошибки были допущены при работе с описанным пациентом, а также и то, почему они стали возможны. На основании полученных выводов, возможно, удастся предложить пути для оптимизации работы с данным контингентом пациентов.

Ошибочность диагноза «транссексуализм» обосновывается при помощи следующих четырех групп критериев.

1. Очень важным критерием является возраст появления первых признаков транссексуальной самоидентификации. При истинном транссексуализме ощущение себя человеком противоположного пола возникает в возрасте формирования полового самосознания, то есть в диапазоне от 2 до 6 лет [1, 5, 6]. У нашего же пациента устойчивое стремление стать женщиной возникло в совершенно зрелом возрасте – в 34 года. Возникший у него эпизодически с пубертатного возраста интерес к тому «как это быть женщиной?» и надевание в связи с этом верхней женской одежды, скорее всего, следует расценивать как проявление «трансвестизма двойной роли».

К сожалению, в МКБ-10 критерий о возрасте возникновения истинного транссексуализма отсутствует, а указание на то, что для диагностики этого состояния «необходимо существование стойкой транссексуальной идентификации по крайней мере в течение 2-х лет» только вводит в заблуждение. Можно предположить, что это диагностическое указание могло явиться одной из причин ошибочной диагностики у нашего пациента.

2. Второй критерий связан с характером основного мотива для смены пола у пациента. Для истинных транссексуалов типичным является утверждение о том, что они изначально чувствуют себя человеком другого пола и им надо только привести свое тело и свой социальный статус (паспорт) в соответствие с этим ощущением [1, 5, 6]. У нашего пациента доминировал иной мотив: будучи женщиной «проще решать жизненные проблемы, меньше ответственности».

3. Следующий критерий фактически является дополнением предыдущего. Он выражается в том, в какой степени индивид хочет изменить свое тело и внешний вид. Какой степени соответствия с желаемым полом он стремится добиться. При истинном транссексуализме типичен настрой на полную хирургическую коррекцию, включая пластику груди и вагинопластику [1, 5, 6]. Ни к тому, ни к другому у нашего пациента стремления совершенно не было. Его вполне устраивали внешние атрибуты женского пола – длинные волосы, женская одежда (хотя платья почти не носил), украшения, легкая косметика, слегка округлившиеся за счет гормонов формы тела, отсутствие волос на лице, а также и соответствующий паспорт. Не было у него также желания избавляться от своих мужских половых органов. Мотивом выполнения орхиэктомии явились боли в яичках на фоне длительного приема эстрогенов и опасения врачей по поводу возможной малигнизации тестикул.

4. Другие (менее значимые) критерии: не отмечалось трансформации полоролевого поведения; половая ориентация оставалась гетеросексуальной по отношению к его полу от рождения. У пациента даже сохранялось желание, уже будучи в женском поле, жить половой жизнью с женой.

Данный случай может иметь некоторое внешнее сходство с «краевым» вариантом транссексуализма, при котором также в течение длительного времени человек может не проявлять настойчивого стремления к смене пола и, даже следуя социальным нормам, пытаться заводить семью и детей. Отличие заключается в том, что при краевом варианте с детства (также как и при ядерной форме) постоянно присутствует ощущение принадлежности к противоположному полу, однако в силу особенностей личности, этно-культуральных особенностей, микросоциального влияния тормозится (в течение всей жизни или до поры) усилием воли и желанием соответствовать социальным ожиданиям [5].

В связи с тем, что диагноз «транссексуализм» оказался неправомерным, возникает вопрос о том, каким образом квалифицировать имевшиеся у пациента настойчивое стремление к смене пола. Полученные в ходе обследования данные и анализ динамики состояния пациента свидетельствует о следующем. У пациента, длительно страдающего шизотипическим расстройством с психопатоподобными и аффективными нарушениями, на фоне переживания своей ущербности, растерянности и неуверенности перед жизненными трудностями (в т.ч. на фоне распада семейных отношений) сформировалась идея изменения пола, которая, по его убеждению, позволит преодолеть сложности в социальном функционировании. Содержанием этой идеи являлось убеждение в том, что женщиной жить проще, ей легче решать жизненные проблемы и у нее меньшая социальная ответственность, чем у мужчины.

По нашему мнению, данный случай демонстрирует не только клинические сложности, но и серьезные организационные и тактические проблемы ведения такого рода пациентов.

### Заключение

В плане организационных проблем необходимо отметить недостаточность нормативных документов, регламентирующих работу с подобными пациентами.

В настоящее время в России из нормативно-правовых документов по данной тематике существует «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при расстройствах половой идентификации в амбулаторных условиях ...», утвержденный приказом МЗ РФ от 20.12.2012. В нем указано, что первичное обследование данных 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 практически ничего не сказано о критериях диагностики, методах обследования и тактике ведения пациентов с нарушениями половой идентификации.

Не регламентируется «Стандартами...» и то, кто из перечисленных специалистов должен взять на себя основную роль в плане диагностических и координационных действий.

Этот пробел в значительной степени восполняется изданием «Транссексуализм (методические рекомендации по смене пола)», МЗ СССР, от 26.09.1991 г. [1]. В течение многих лет этот документ является основным пособием, в соответствии с которым сексологами осуществляется работа с пациентами, стремящимися к смене пола. Кроме того, важные сведения по рассматриваемой теме содержатся в специальной сексологической литературе [1–2, 3, 5, 6].

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 анамнез. Производится диагностика типа транссексуализма (ядерный, краевой) и его отграничение от сходных состояний: трансвестизм 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 возмож-

ность 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.

У нашего пациента описанные выше этапы обследования отсутствовали и соответственно были допущены диагностические ошибки. Диагноз транссексуализм был поставлен эндокринологом. Заключение об отсутствии противопоказаний для смены пола с мужского на женский было получено после трех посещений психиатра в ПНД. А на консультацию к сексологу он впервые попал, когда решил вернуть назад свой мужской пол.

По нашему мнению, такое отношение врачей к обследованию может быть связано с несколькими факторами.

1. Недостаточной подготовленностью по данной проблеме ряда специалистов, к которым могут обращаться пациенты, желающие изменить свой пол.

2. Малой доступностью специальной литературы по оказанию помощи лицам, стремящимся к смене пола.

3. Существованием тенденции к упрощенному подходу при оказании помощи пациентам данного профиля, как в нашей стране, так и за рубежом.

Возможность максимального упрощения процедуры смены пола уже давно обсуждается в ряде западных стран, в том числе в рамках программы борьбы за права трансгендеров. Предлагается рассматривать транссексуализм не как психическое расстройство, а как некоторую особенность развития (вариант нормы) и в связи со сказанным исключить данную рубрику из следующего издания «Международной классификации болезней». В связи с этим отрицается необходимость участия в диагностике и лечении специалистов и утверждается, что любой врач, имеющий определенную подготовку по этому вопросу, может давать заключения и рекомендации по оказанию помощи данным лицам. Предполагается, что это должно облегчить процедуру смены пола и уменьшить возможность стигматизации пациентов [7].

Однако такая депатологизация лиц, обращающихся с желанием смены пола, может вести и к серьезным последствиям, так как при этом не принимается в расчет то, что эти состояния нередко могут сочетаться с психическими заболеваниями или быть их проявлениями, а также нести в себе явную или скрытую суицидальную опасность. Эта точка зрения также имеет немало сторонников [1–3, 5, 7].

В связи со сказанным, большое значение имеет изучение анамнеза у лиц, которым была проведена

смена пола. Однако, работ, посвященных данной тематики недостаточно. Заслуживает внимания работа K.Zucker и соавт. [7], в которой авторы приводят данные о том, что около 20% пациентов, реализовавших свое стремление сменить пол, не отметили от этого ожидаемого удовлетворения. Более того, через 10 и более лет после хирургической коррекции пола у этих лиц была отмечена высокая распространенность психических нарушений и суицидального поведения. Особенно информативно могло бы быть сравнение групп лиц, прошедших полноценное или упрощенное предварительное обследование.

В заключение, в соответствии со всем сказанным, мы предлагаем следующее.

1. Сохранить в МКБ раздел «расстройства половой идентификации» и диагноз «транссексуализм».

2. Уточнить в МКБ критерии диагностики «транссексуализма» 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.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белкин А.И., Карпов А.С. Транссексуализм (методические рекомендации по смене пола). МНИИП МЗ РСФСР. Утв. 26 августа 1991 года. № 10-11/72, 21 стр. Москва, 1991 г.
2. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадaptация и реабилитация: Дисс. ... докт. мед. наук. Ростов-на-Дону: «Феникс», 1994. 60 с.
3. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Методологические проблемы стандартов оказания помощи лицам с расстройствами половой идентификации // «Социальная и клиническая психиатрия». 2016. Т 3. С. 92–95.
4. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии. 6-е международное издание. Санкт-Петербург, Москва, Харьков, Минск, 2000. 890 с.
5. Сексопатология. Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. М.: Медицина, 1990. 576 с.
6. Green R., Money J. (Ed.) Transsexualism and sex reassignment. Baltimore, 1969. 512 p.
7. Zucker K., Lawrence A., Kreukels B. Gender Disphoria in Adults // Ann. Rev. Clinical.

## РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ: ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов, А.П. Журавель

В статье на примере клинического случая обсуждаются вопросы диагностики транссексуализма и его отличия от сходных состояний (в т.ч. возникающих при психических заболеваниях). Описан рекомендуемый в настоящее время алгоритм обследования лиц, настаивающих на смене пола. Вместе с тем обращается внимание на недостаточную представленность нормативных документов, регламентирующих работу с такого рода пациентами. Обсуждается вопрос о том, что существующая в настоящее время тенденция к

депатологизации транссексуализма и упрощению процедуры смены пола может способствовать принятию решений, ухудшающих состояние пациентов. В завершении статьи сформулированы рекомендации для оптимизации работы с лицами, обращающимися по поводу смены пола.

**Ключевые слова:** расстройства половой идентификации, транссексуализм, ошибки диагностика и тактики ведения, сексология, психиатрия.

## GENDER IDENTIFICATION DISORDER: MISDIAGNOSIS AND INADEQUATE GUIDANCE CHALLENGE

N.D. Kibrik, M.I. Yagoubov, A.P. Zhuravel

The authors present a clinical case and discuss difficulties in diagnosis of transsexualism and clinically similar conditions including those developing as a part of mental disease. The authors describe current examination pattern for persons seeking to change their gender and emphasize insufficient legal regulation base for professionals dealing with such patients. They also claim that current tendency for demedicalization

of transsexualism and facilitation of the gender change procedure could result in decisions with negative consequences for patients' condition. In conclusion the authors formulate recommendations for dealing with persons who seek a gender change.

**Key words:** gender identification disorder, transsexualism, misdiagnosis and inadequate guidance, sexology, psychiatry.

**Кибрик Николай Давидович** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: dok-kibrik@mail.ru

**Ягубов Михаил Ибрагимович** – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: yagoubov@mail.ru

**Журавель Алексей Павлович** – врач отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России.