

## **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ**

**Г.Е. Введенский, С.Н. Матевосян**

*ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава РФ,  
Городской Психондокринологический Центр – филиал ФГБУЗ  
«Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева Департамента  
здравоохранения города Москвы*

На настоящее время в России из нормативно-правовых документов, регулирующих медицинскую помощь лицам с расстройствами половой идентификации, действует только «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при расстройствах половой идентификации в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)», утвержденный приказом Минздрава РФ от 20 декабря 2012 года N 1221н. В данном документе регламентировано первичное обследование с участием различных специалистов: психиатра, сексолога, психотерапевта, эндокринолога, медицинского психолога, а также приведен список препаратов для гормональной терапии транссексуализма. Однако этот документ не затрагивает ряда существенных методологических проблем диагностики и лечения таких состояний, в связи с чем высоко актуальной представляется задача создания федеральных рекомендаций по оказанию медицинской помощи таким лицам. Данная задача не может быть решена без анализа зарубежного опыта. Из документов, касающихся рассмотрения данного вопроса, наиболее значимыми представляются международные классификации психических и поведенческих расстройств, а также «Стандарты Помощи Здоровью Транссексуалов, Трансгендерных и Гендерно-неконформных индивидуумов» (SOC-7), опубликованные Всемирной Профессиональной Ассоциацией по Здоровью Трансгендеров (2013).

Анализ представлений о расстройствах половой идентификации в классификациях психических и поведенческих расстройств позволяет проследить основные тенденции их эволюции. Новый подкласс психосексуальных расстройств – «Расстройства половой идентичности» (транссексуализм у взрослых и расстройство половой идентичности у детей- GID) впервые появился в DSM-III. В DSM-III-R расстрой-

ства половой идентичности, включая транссексуализм, были перенесены из класса сексуальных расстройств в класс «расстройств, обычно впервые проявляющихся у детей и подростков». При подготовке DSM-IV сначала предполагалось расстройство половой идентичности выделить в особый подкласс, следующий за сексуальными расстройствами. В итоге они были возвращены в группу расстройств психосексуальных, однако исчезло их разделение на транссексуализм и расстройство идентичности в детстве. В этой классификации и для того, и для другого состояния приводятся единые критерии, и только в последующем рекомендовано проводить их кодировку как «расстройство половой идентичности у детей» (302.6) и «расстройство половой идентичности у юношей и взрослых» (302.85). У зрелых индивидов эти расстройства специфицируются и по направленности сексуального влечения (на мужчин, женщин, обоих, ни на тех, ни на других). Исчезла из DSM-IV существовавшая еще в DSM-III-R такая классификационная единица, как «расстройство половой идентичности у подростков и взрослых нетранссексуального типа», описывавшее состояния дискомфорта от переживания нежелательности своего пола, сопровождающиеся переодеванием и соответствующим поведением, однако без требований хирургической и гормональной коррекции. В DSM-IV, однако, была включена подрубрика «неспецифицированных расстройств половой идентичности», в которой описываются интерсексуальные состояния (например, синдром андрогенной нечувствительности или конгенитальной адренальной гиперплазии), сопровождающиеся дисфорией пола; транзиторное, связанное со стрессом, переодевание; устойчивая поглощенность мыслями о кастрации или пенэктомии без желания приобретения половых характеристик другого пола. Особо упоминается

выраженное ощущение неадекватности, касающееся сексуальных действий или других особенностей, связанных с представляемыми стандартами маскулинности или феминности.

В МКБ-10 в рубрике «расстройства половой идентификации» был выделен транссексуализм, отдельно указываются критерии расстройств половой идентичности у детей и трансвестизма двойной роли. В DSM-5 (Am. Psychiatr. Assoc., 2013) [2] рубрика «расстройства половой идентичности» (GID) отсутствует, употребляется термин «половая дисфория» (ПД) с созданием отдельной собственной главы. Само введение этого термина является по сути определенным возвратом к прежним представлениям. Он был предложен D.Laub и N.Fisk в 1974 году с прагматической целью с учетом частого отсутствия возможности объективной дифференциации между транссексуализмом и гомосексуализмом, некоторых психически больных с нарушениями половой идентификации, а также иных трудностей в процессе дифференциальной диагностики лиц, стремящихся к оперативной смене пола. В DSM-5 ПД определена как «аффективная/когнитивная неудовлетворенность личности своим предписанным полом (обычно устанавливается с рождения и рассматривается как пол рождения)» (Американская Психиатрическая Ассоциация, 2013). Был введен критерий продолжительности не менее 6 месяцев. K.Zucker и соавт. [3] указывают, что при разработке этой классификации рабочая подгруппа по Расстройствам Сексуальной и Половой Идентичности представила мнение о том, сохранить ли вообще диагноз в DSM-5. Некоторые активисты-трансгендеры и некоторые клиницисты хотели, чтобы диагноз был полностью удален, объясняя это тем, что расстройство половой идентичности не относится к психическим расстройствам. Их аргументы за удаление ссылались на те же причины, что привели к удалению гомосексуальности в 1973 году из DSM-II. Транссексуализм или расстройство половой идентичности представляются им ничем иным, кроме как вариантом нормы цисгендерной идентичности, и его наличие в DSM способствует стигматизации, и, по сути, нет ничего «неправильного» в несовпадении половой идентичности с полом рождения. Рекомендации рабочей подгруппы о сохранении диагноза базировались на как минимум двух ключевых суждениях: доступ к помощи и новый взгляд на диагноз. Если нет психиатрического диагноза, доступ к помощи, включая страховое покрытие операции по смене пола, будет под угрозой исчезновения. Для сохранения диагноза в DSM-5 был озвучен новый взгляд на проблему, в котором «идентичность» сама по себе не рассматривалась как признак психического расстройства. Скорее им являлось несоответствие между ощущаемым полом и официально установленным (обычно при рождении), приведшее к дистрессу и/или ухудшению состояния, что являлось основным прояв-

лением диагноза. Привлекает внимание и упоминание в критериях ПД «стойкой убежденности наличия у себя типичных чувств и реакций противоположного пола (или любого другого пола, отличного от документально установленного). Причисление себя индивидом к какому-то другому полу, отличному от мужского или женского может являться не выражением автономности индивида и его свободы самовыражения, на чем делает акцент SOC-7, но и симптомом психического расстройства.

При подготовке МКБ-11 одним из предложений стало перемещение связанных с ПД диагнозов из МКБ-10, сексуальных дисфункций и парафилий из раздела «психические и поведенческие расстройства» в новый раздел, временно названный «состояния, связанные с сексуальным здоровьем» с заменой ярлыка DSM-5 «половая дисфория» на «половое несоответствие». Такое предложение кажется частично основанным на аргументе, что такой раздел будет безразличен к тому, как так или иначе будет лучше позиционироваться половое несоответствие – как психиатрическое или непсихиатрическое состояние. K.Zucker и соавт. [3] отмечают, что сохранение этой секции в МКБ-11 в теории позволило бы государственным системам здравоохранения или частным страховым компаниям продолжить обеспечение страхового покрытия и таким образом не угрожало бы доступу к получению помощи клиентам, неспособным оплачивать медицинское обслуживание из собственного кармана.

В SOC-7 постулируется, что «расстройство – это описание чего-то, с чем человек может бороться, а не описание самого человека или его идентичности. Таким образом, транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы не являются по сути своей больными. Скорее, дистресс от половой дисфории, когда он присутствует, является проблемой, которую можно диагностировать и для которой доступно множество вариантов лечения. Существование диагноза для такой дисфории часто облегчает доступ к медицинской помощи».

Подобный подход к определению болезни ведет к исключению из психических расстройств всех вариантов с отсутствием критики к болезни, что уже находит свое выражение в отношении синтонных форм парафилий.

SOC-7 отменило прежнее требование о том, что диагноз ПД и любой ассоциированной с ним психопатологии ставится специалистами в области психического здоровья. Согласно этому документу любой специалист в области здравоохранения, подготовленный надлежащим образом в области психического здоровья, и компетентный в оценке половой дисфории может поставить эти диагнозы и дать любые, зависящие от этого, рекомендации по лечению. Как отмечают K.Zucker и соавт. [3], это изменение, предназначенное для сокращения препятствий к получению помощи, может непреднамеренно привести к гиподиагностике сопутствующей психопатологии.

Подводя итоги, можно констатировать две тенденции в изменениях классификаций. Первая выражается в уходе от патогенетического единства различных вариантов половой дисфории и расстройств половой идентификации, вторая – по сути, в отказе от ее причисления к психическим расстройствам, при этом сохранение ее в классификации последних обуславливается соображениями, не имеющими под собой клинических оснований.

Из последней тенденции вытекает и состояние вопроса о коморбидности половой дисфории и других психических расстройств. K.Zucker и соавт.[3] в своей обзорной статье, приводя данные различных исследователей, приходят к выводу, что психопатологическая коморбидность значительно чаще встречается у взрослых с ПД, чем в общей популяции, особенно вероятны аффективные и тревожные расстройства. В SOC-7 упоминается, что, «как и у детей, распространенность расстройств аутистического характера у направленных в клиники подростков с половой дисфорией выше, чем у остальных подростков». Некоторые исследования показали повышенную частоту встречаемости личностных расстройств у лиц с ПД. Наконец, есть группа работ, выявивших низкую, по сравнению с общей популяцией, встречаемость коморбидной патологии. Множество исследований имеют значительные ограничения доказательной силы своих выводов. К ним относится использование малых и потенциально нерепрезентативных выборок и частое использование кратких самостоятельно заполняемых методик, нежели структурированных клинических опросов. Подводя итоги, авторы отмечают, что применение структурированного психиатрического интервью при обследовании существенно повышает частоту выявляемых психических расстройств.

K.Zucker и соавт. [3] отмечают, что распространенная точка зрения на то, что предубеждения и дискриминация являются основной причиной психических расстройств у лиц с половой дисфорией, остается недоказанной; неясно, что первично: либо предубеждения и дискриминация ведут к более значительной вероятности развития психических нарушений, либо психические нарушения ведут к большей вероятности переживания или восприятия предубеждений и дискриминации. По мнению авторов данной статьи, второй вариант также возможен.

Связанной с такой ситуацией представляется и утверждение SOC-7 о неэтичности и бесполезности

проведения психотерапии, направленной на попытки адаптации пациента в своем биологическом поле. K.Zucker и соавт. [3] выражают сомнение в правильности такой точки зрения, подчеркивая возможность случаев оптимальности такой тактики в ряде случаев.

Обращает на себя внимание удивительное отсутствие больных шизофренией и шизотипическим расстройством среди лиц с ПД по результатам зарубежных исследователей. По данным российских исследователей [1] доля таких лиц составляет около 32%. Среди возможных причин такого расхождения может быть имплицитная установка специалистов по психическому здоровью на работу с жалобами пациентов и недостаточное внимание к особенностям их невербального и вербального поведения, что препятствует диагностике данных расстройств. Такая установка представляется связанной с вышеуказанным пониманием психического расстройства, сформулированным в SOC-7, и в конечном счете ведет к отсутствию адекватного подхода к оценке роли половой дисфории (полоролевого конфликта) в дезадаптации пациента. Данное положение может устраивать обе стороны: пациентов, которые в большинстве случаев убеждены в определяющей роли проблемы полового несоответствия в их жизненных трудностях при отсутствии критики к болезни, и врачей, для которых диагностика эндогенного расстройства ставит сложные проблемы связи с ним половой дисфории, а также сомнений в способности пациента адекватно оценивать свое состояние и прогнозировать последствия своего поведения и лечебно-реабилитационных мероприятий.

В связи с обсуждаемой проблемой представляется неудивительным тот факт, что около 20% пациентов не испытывают значительной пользы от смены пола, и даже после хирургической коррекции в течение 10 лет и позже пациенты демонстрировали намного более высокую распространенность психопатологии и суицидальности, чем подобранные по половозрастным параметрам контрольные группы [3].

Подводя итоги вышеизложенному, приходится констатировать, что выраженная тенденция к депатологизации половой дисфории приводит к ухудшению качества оказания медицинской помощи таким лицам как в диагностическом, так и в лечебно-реабилитационном плане, что должно быть учтено при разработке федеральных рекомендаций по расстройствам половой идентификации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола. М.: МИА, 2012.
2. Стандарты медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам 7 версия. Всемирная
3. Профессиональная Ассоциация по здоровью транссексуалов, 2013.
3. Zucker K., Lawrence A., Kreukels B. Gender Dysphoria in Adults // Annual Review of Clinical Psychology. 2016. Vol. 12. P.20.1–20.31.

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

Г.Е. Введенский, С.Н. Матевосян

Анализируются основные тенденции представлений о расстройствах половой идентификации в классификациях психических и поведенческих расстройств. Констатируются две тенденции в изменениях классификаций: в уходе от патогенетического единства различных вариантов половой дисфории (определяется в DSM-5 как «аффективная/когнитивная неудовлетворённость личности своим предписанным полом») и расстройств половой идентификации; в отказе от ее причисления к психическим расстройствам.

Делается вывод о том, что выраженная тенденция к депатологизации половой дисфории приводит к ухудшению качества оказания медицинской помощи таким лицам как в диагностическом, так и в лечебно-реабилитационном плане, что должно быть учтено при разработке федеральных рекомендаций по расстройствам половой идентификации.

Ключевые слова: расстройства половой идентификации, половая дисфория, стандарты оказания медицинской помощи.

## METHODOLOGICAL CHALLENGES FOR STANDARDS OF CARE FOR PERSONS WITH GENDER IDENTIFICATION DISORDERS

G.E. Vvedensky, S.N. Matevosyan

The authors analyze the tendencies in changing attitudes towards gender identification disorders in classifications of mental and behavioural disorders. They point to two tendencies in modern classifications: different variants of gender dysphoria (defined in DSM-5 as 'individual's affective/cognitive discontent with the assigned gender') and gender identification disorders are no longer uniformly associated with or predicted from the classical biological indicators; gender dysphoria is not considered as a mental

disorder. The authors conclude that a strong tendency to demedicalization of gender dysphoria would result in deterioration of health care for these persons, including both diagnosis and treatment, and it should be taken into account in the course of development of Federal guidelines on gender identification disorders.

Key words: gender identification disorders, gender dysphoria, standards of medical care

---

**Введенский Георгий Евгеньевич** – профессор, доктор медицинских наук, руководитель лаборатории судебной сексологии, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава РФ; e-mail: vvedensky\_georg@mail.ru

**Матевосян Степан Нарбеевич** – доктор медицинских наук, заведующий психозэндокринологическим отделением (Городской Психозэндокринологический Центр) Филиал ФГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» «Психоневрологический диспансер №2»; e-mail: s.matevosian@gmail.com