

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРОЕКТЕ МКБ-11: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Г.Е. Введенский, С.Н. Матевосян

Москва

Основные подходы проекта МКБ-11 к классификации сексуальных расстройств были изложены в статье группы авторов в журнале «Всемирная психиатрия» («World Psychiatry», т. 15, выпуск 3). Предлагается создание отдельного класса «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» с выводом его из класса психических и поведенческих расстройств. Следует отметить, что в находящемся в настоящее время на рассмотрении в Минздраве России проекте порядка оказания сексологической помощи населению также предполагается отнесение рубрик F52, F64, F65 и F66 к компетенции сексолога, что, однако, не исключает его взаимодействия с психиатром в оказании медицинской помощи таким лицам. Однако рассматриваемая статья содержит ряд положений, которые представляются по меньшей мере спорными. Первое из таких утверждений относится к формулировке «удовлетворительной сексуальной активности», которой предлагается считать ту, которая «в буквальном смысле удовлетворяет данного конкретного человека, то есть индивид способен участвовать в половой жизни настолько, насколько он этого желает. Если индивид удовлетворен своей сексуальной деятельностью, то сексуальная дисфункция сразу исключается, даже если его сексуальная активность отличается от таковой у других людей, культур или субкультур». Абсолютизация субъективного критерия оставляет в рамках нормы различные состояния, например, повышенное половое влечение (F52.7 по МКБ-10), которое предлагается вообще исключить из классификации, а также, например, состояния асексуальности при эндогенном процессе. Мало обоснованным представляется отнесение вагинизма, особенно неорганического, к классу «Заболевания мочеполовой системы».

Однако более существенные изменения претерпевает рубрика F64 «Расстройства половой идентификации», ее также предлагается исключить из класса психических и поведенческих расстройств. Обосновывается это тем, что «есть существенные доказательства того, что в настоящее время стигматизация транссексуалов, как людей с психическими расстройствами, способствовала развитию вдвойне

обременительной ситуации для этой группы населения, что вызывает законные вопросы о том, насколько концепция идентификации транссексуализма как психического расстройства поддерживает конституционную цель ВОЗ – достижения всеми людьми максимально возможного уровня здоровья. Стигмы, связанные с отождествлением статуса транссексуалов и психического расстройства, по-видимому, способствовали формированию неурегулированного правового статуса, нарушению прав человека, а также препятствовали надлежащему медицинскому обслуживанию этой группы населения». Не дискутируя по поводу исключения транссексуализма из психических расстройств, заметим, что сведение «половой дисфории» к расстройствам сексуального здоровья весьма спорно, однако главное в том, что в качестве аргументов приводятся социальные последствия патологии, которые вообще-то применимы к любым психическим расстройствам. Вместо того, чтобы надлежащим образом организовать правовую и медицинскую помощь таким больным, вопрос решается кардинально – путем исключения нозологической единицы из классификации. Если быть последовательным, то тогда надо все психические расстройства вследствие имеющейся стигматизации объявить вариантами нормы или закодировать не как психические нарушения, а что-либо еще.

В статье указывается, что «ограничение доступа к точной информации и необходимым услугам может привести к ряду негативных поведенческих и психических проявлений среди трансгендерных людей, включая повышение риска ВИЧ-ассоциированного поведения, тревожности, депрессии, наркотической зависимости и суицида», однако это утверждение сомнительно. К.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 нару-

шения ведут к большей вероятности переживания или восприятия предубеждений и дискриминации.

Ранее [2] указывалось, что обращает на себя внимание удивительное отсутствие больных шизофренией и шизотипическим расстройством среди лиц с половой дисфорией по результатам зарубежных исследователей. По данным российских авторов [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. В ситуации, когда половая дисфория («половое несоответствие» в проекте МКБ-11) вообще выносится за пределы психических расстройств, вопрос о ее коморбидности с другими психическими нарушениями вообще затушевывается. В этом случае также, на наш взгляд, проявляется тенденция к психиатрической диагностике, основанной на жалобах пациента и социальных последствиях болезни с игнорированием клинической реальности. Такая тенденция подтверждается и исключением из рубрики F64 «Трансвестизма двойной роли» «ввиду отсутствия значимости для общественного здоровья и клинической практики», несмотря на реальное существование такого феномена.

В качестве другого столь же сомнительного аргумента в пользу роли «ограничения доступа к точной информации и необходимым услугам» в состоянии здоровья трансгендерных лиц», трактуется тот факт, что они «самостоятельно прибегают к гормонотерапии, используя для этого сомнительные препараты, приобретенные в запрещенных магазинах или заказанные он-лайн, без контроля со стороны врачей, что ведет за собой потенциальную угрозу здоровью». Здесь неявно подразумевается полное согласие врача с пациентом, принимающим гормональные препараты, что во многих случаях совсем не очевидно.

Замена термина «половая дисфория» (DSM-5) на «гендерное несоответствие» сопровождается отказом в использовании терминов «противоположный пол» и «анатомический пол» в пользу «более современных», таких как «ассоциируемый пол» и «приписанный при рождении пол». Если последний термин носит чисто правовой характер и вряд ли уместен в классификации болезней, то на первом понятии следует остановиться особо. Он используется в критерии г) «сильное желание быть человеком ассоциируемого пола (испытывать к себе отношение окружающих людей как к человеку ассоциируемого пола)» причем подразумевается, что эта ассоциация не обязательно с «противоположным» полом. В научной литературе не удалось найти публикаций, посвященных этой проблеме, однако из появляющихся в СМИ сообщений видно, что в ряде случаев пациенты не ассоциируют себя ни с женским, ни с

мужским полом, заявляют о том, что причисляют себя к «третьему полу» и даже через суд решают, к примеру, вопрос, чтобы к нему обращались как к «ним» (во множественном числе). В качестве вероятного предположения напрашивается гипотеза, что подобный феномен является психопатологическим, но не критическое отношение к нему со стороны врачей переводит его в разряд вариантов нормы.

Продолжительность критериев «полового несоответствия» предлагается сократить с двух лет до нескольких месяцев, однако практика работы с такими пациентами показывает, что в ряде случаев, когда обострение симптомов половой дисфории связано с колебаниями аффекта длительностью до полугода (обычно при коморбидности с эндогенным процессом или биполярным расстройством) такой срок представляется недостаточным.

Особого внимания заслуживают предлагаемые изменения в рубрике F65 «Расстройства сексуального предпочтения» (предлагается переименовать в «Расстройства парафилий», оставить в разделе «Психических и поведенческих расстройств» и не переносить в раздел «Состояний, связанных с сексуальным здоровьем» по «правовым соображениям»). Отмечается, что «с точки зрения ВОЗ, существуют принципиальные отличия между состояниями, относящимися к общественному здоровью и нуждающимся в коррекции со стороны органов здравоохранения, и состояниями, носящими характер особенностей поведения отдельно взятого индивида, не влияющими на общественное здоровье и не требующими вмешательства со стороны органов здравоохранения», а «диагностические критерии, представленные в МКБ-10 для классификации Расстройств сексуального предпочтения, зачастую просто описывают модели сексуального поведения». Приводится пример подрубрики F65.1 «Фетишистский трансвестизм», который характеризуется «надеванием одежды, принадлежащей противоположному полу, с целью достижения сексуального возбуждения», не включая при этом признаки дистресса или дисфункции, не влияя на общественное здоровье и не представляя клиническую значимость поведения личности, что, по мнению авторов, противоречит положению МКБ-10 о том, что «социальная девиантность или самостоятельный конфликт, не влекущий за собой дисфункцию личности, не может быть причислен к психическим расстройствам». В соответствии с этим принципом, специфические способы достижения сексуального возбуждения, всего лишь являющиеся необычными, но не вызывающие дистресса, дисфункции или вреда здоровью окружающих и самому себе, не являются психическими заболеваниями. Основными диагностическими критериями «парафилических расстройств» в МКБ-11 являются: «а) длительный, стойкий и интенсивный характер испытываемых чувств сексуального характера, проявляющихся сексуальными фанта-

зиями, возбуждением и особенностями поведения, распространяющихся на других лиц, чей возраст или статус не позволяет им дать согласие на действия сексуального характера (напр., дети препубертатного возраста, животные, люди, являющиеся объектом наблюдения из окна); б) наличие дистресса, явившегося следствием таких чувств, мыслей, фантазий, которые испытывает данное лицо». Основываясь на вышеперечисленных принципах, Рабочая группа предложила исключить из этой классификации три группы расстройств, представленных в МКБ-10: F65.0 «Фетишизм», F65.1 «Фетишистский трансвестизм», F65.2 «Садомазохизм». На замену последнему предлагается ввести понятие «Садизм принудительного характера». Новое название данного расстройства было предложено взамен садомазохизма, так как последнее не влечет за собой потенциального риска и вреда для окружающих. Вводится категория, называемая «Другие парафилические расстройства», включающие «особенности поведения отдельно взятой личности или затрагивающие посторонних действия, которые могут повлечь урон или смерть (например, асфиксифилия, или достижение сексуального возбуждения путем ограничения дыхания). Необходимым дополнением к данным диагностическим критериям является то, что постановка такого диагноза основывается на испытываемом личностью дистрессе, что не должно отдалить его от окружающих (партнера, семьи, общества). Предлагается также введение рубрики «Другие парафилические расстройства, затрагивающие конкретно взятую личность и не вовлекающие посторонних», которая может быть использована, когда влечение не распространяется на посторонних лиц, но связано с дистрессом и возможным причинением себе вреда и смерти». Остаются неясными основания для разграничения этих двух рубрик.

Рекомендовано исключить также рубрику «множественные расстройства сексуального предпочтения», что обосновывается тем, что она не считается клинически информативной, однако практический опыт, в частности, сексолого-психиатрической экспертизы свидетельствует о достаточно широкой распространенности такого феномена.

По сути, авторами на первый план в диагностике выдвигаются социальные последствия парафилий, а клинические проявления, например, фетишизма с эгосинтонным характером влечения, вообще выводятся из психопатологического анализа. Следуя такой логике, фетишизм становится патологией, как только страдающее им лицо крадет женское белье, а если он покупает его в магазине, то это не психическое расстройство.

Видимо, чувствуя уязвимость своей позиции, авторы отмечают, что «ведутся дискуссии по поводу кодов МКБ-11, представленных к обсуждению в разделе «Факторы, влияющие на состояние здоровья» и «Сотрудничество со службами здравоохранения».

Эти категории «не являются заболеваниями, они лишь показывают необходимость клинических исследований, обсуждений сексуальных знаний и отношений пациента, сексуального поведения и отношений в паре. Эти категории указывают на потребность в обращении за помощью в службы здравоохранения, которая может быть предоставлена на законном основании в отсутствии диагностики психического заболевания». Возникает закономерный вопрос, как можно оказывать медицинскую помощь здоровому человеку и какой специалист должен это делать. Такой же вопрос актуален и в случае половой дисфории.

Соглашаясь с авторами по поводу целесообразности существования в целом рубрики F66 «Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией», которая по нашему опыту действительно мало применима в практике, остановимся на подрубике «эгодистоническая гомосексуальная ориентация». Отмечая, что «в международных опросах лесбиянки, геи и бисексуалы часто сообщают о более высоком уровне дистресса, чем люди с гетеросексуальной ориентацией», и это «четко связано с ощущением социальной отгороженности и стигматизации. По причине того, что дистресс, связанный с неблагоприятной социальной обстановкой, не может считаться признаком психического расстройства в большей степени, чем дистресс, связанный с другими стигматизирующими социальными факторами, как бедность или физическая болезнь, рабочая группа сочла, что существование подобного дистресса не имеет доказательной силы». Однако и здесь авторы занимают одностороннюю позицию, априори предполагая психическое здоровье обследованных и отсутствие связи ощущения социальной отгороженности и стигматизации не с влиянием общества, а с собственной психической патологией, что выяснить на основании опросов невозможно. Практика работы сексолога показывает, что в ряде случаев эгодистоническое отношение к гомосексуальной ориентации связано с внутриспсихическим конфликтом, который не может быть сведен к «стигматизации», такие люди нуждаются в психиатрической помощи. Ряд таких больных обращаются с запросом об изменении своей сексуальной ориентации. Более того, описаны случаи эгодистонической гомосексуальной ориентации у женщин [1], которые, не в силах принять свою гомосексуальность, демонстрируют симптомы половой дисфории.

Вопрос о возможной терапии с целью изменения гомосексуальной ориентации авторами решается кардинально: она считается «выходящим за рамки этической практики». Сведение проблем таких пациентов к «нуждаемости в информации» или стрессу, связанному со стигматизацией, искусственно упрощает ситуацию и по-нашему мнению, ограничивает их право на получение медицинской помощи.

Таким образом, предложения Рабочей группы по изменению в МКБ-11 рубрик сексуальных расстройств во многом основываются на социальных последствиях болезней и «правовых соображениях» в субъективной идеологизированной интерпретации авторов при попытках игнорирования клиниче-

ской психопатологической феноменологии и явной тенденцией ее депатологизации, что отрицательно скажется на возможности использования классификации в работе практических врачей-психиатров и сексологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола. - М, МИА, 2012.
2. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Методологические проблемы стандартов оказания помощи лицам с расстройствами половой идентификации. Журнал «Социальная и клиническая психиатрия», 2016 ?3, стр. 92-96.
3. Zucker K., Lawrence A., Kreukels B. Gender Dysphoria in Adults. - Annual Review of Clinical Psychology, 2016, 12:20.1–20.31.

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРОЕКТЕ МКБ-11: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Г.Е. Введенский, С.Н. Матевосян

Приводится аналитический обзор основных подходов проекта МКБ-11 к классификации сексуальных расстройств. Отмечается, что в находящемся в настоящее время на рассмотрении в Минздраве России проекте порядка оказания сексологической помощи населению также предполагается отнесение ряда рубрик к компетенции сексолога, что, однако, не исключает его взаимодействия с психиатром в оказании медицинской помощи таким лицам. Однако рассматриваемый проект МКБ-11 содержит ряд положений, которые представляются весьма

спорными. Делается вывод о том, что предложения рабочей группы по изменению рубрик сексуальных расстройств во многом основываются на социальных последствиях болезней и «правовых соображениях» с попыткой игнорирования клинической психопатологической феноменологии и тенденцией ее депатологизации, что отрицательно скажется на возможности использования классификации в работе практических врачей-психиатров и сексологов.

Ключевые слова: сексуальные расстройства, МКБ-11.

SEXUAL DISORDERS IN DRAFT ICD-11: METHODOLOGICAL AND CLINICAL CHALLENGES

G.E. Vvedensky, S.N. Matevosyan

The article provides an analysis of principal approaches towards classification of sexual disorders in the draft ICD-11. The authors emphasize that the draft document for provision of sexological care for the population (currently evaluated by the Ministry of Public Health) also refers a number of issues to sexologists though it does not exclude cooperation with psychiatrists in providing care for such patients. The authors mention 11 issues in the draft ICD-11 that they find arguable.

They conclude that proposals of the working group concerning changes in sexual disorders section are associated with social effects of diseases and 'legal arguments', with an attempt to ignore clinical psychopathological phenomenology and a tendency to demedicalize it, with possible negative consequences for using this classification by practical psychiatrists and sexologists.

Key words: sexual disorders, ICD-11.

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

Матевосян Степан Нарбекович – доктор медицинских наук, генеральный директор ООО «Городской психоэндокринологический Центр»; e-mail: s.matevosyan@gmail.com