Статья о помощи ТС в России

http://trans-tema.com/pomosh_ts.htm

АВТОРЕФЕРАТ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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.

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 К., 1993, 1997), при гомосексуальности (Bailey J., Zucker К., 1995 и др.). Высказывается мнение, что при трансвестизме возможны различные типы РПИ (Levine S., 1993), делаются попытки различить разные виды РПИ при трансвестизме и при транссексуализме - по времени начала и выраженности (Doom С., 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 К., 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). В эту рубрику входят: транссексуализм (F64.0); трансвестизм двойной роли (включаются нарушения половой идентификации нетранссексуального типа в подростковом и зрелом возрасте) (F64.1); расстройство половой идентификации у детей (F64.2), другие расстройства половой идентификации (F64. и расстройство половой идентификации, неуточненное (включается расстройство половой роли БДУ) (F64.9).. 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 иола, 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, обусловливающих 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.

Методологически важным представляется и разграничение показаний для смены паспортного пола и для гормональной и хирургической коррекции, т.к. последние являются чисто медицинской проблемой и устанавливаются у лиц только после смены паспортного пола. Показано, что успешность смены пола в большей степени определяется психологической и социальной адаптацией, нежели хирургической коррекцией (Blanchard R. с соавт., 1983 и др.). Подчеркивается необходимость клинического, а не "социально-депатологизирующего" подхода к транссексуализму для более четкого определения показаний к хирургической коррекции пола (Becker H., Hartmann U., 1994). Показано, что 3,8% пациентов, прошедших хирургическую смену

пола, сожалели о своем решении, причинами чего являются недостаток поддержки от семьи пациента и его принадлежность к "неосновной" группе транссексуалов (Landen M., Walinder J., Hambert G., Lundstrom B., 1998), позднее начало тендерного конфликта, неблагоприятный семейный фон, фетишистский кроссдрессинг, психологическая нестабильность и/или социальная изоляция (Kuiper A., Cohen-Kettenis P., 1998). Высказывалось мнение, что мужские и женские разновидности транссексуализма - не аналоги, и их различия в адаптации в смысле партнерства не зависят от операции (Kockott G., Fahrner E., 1988).

Отсутствие в России законодательных нормативных актов, регулирующих установление половой принадлежности и изменение гражданского пола, создает в правовом отношении неопределенную ситуацию, допускающую неоправданную вариативность принимаемых решений. Вопросы медицинского обеспечения правовой регуляции оказания медико-социальной помощи лицам с синдромом отрицания пола в настоящее время не решены.

Цель исследования

Разработка критериев дифференциальной диагностики, методологии оказания медицинской и правовой помощи лицам с транссексуализмом.

Задачи исследования:

1) Установление психопатологических и психологических критериев разграничения транссексуализма и других нарушений половой идентичности.

2) Определение показаний и противопоказаний К смене паспортного пола, его гормональной и хирургической коррекции.

3) Разработка организационных основ оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом и другими нарушениями половой идентичности.

4) Разработка медицинского обеспечения решения правовых проблем лиц с нарушениями половой идентичности.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА.

В работе впервые проведен анализ реального состояния медицинской помощи лицам с транссексуализмом и другими нарушениями половой идентичности, сопровождающимися синдромом половой дисфории, рассмотрены проблемы дифференциальной диагностики этих состояний. Проанализированы ошибки сексологической и психиатрической диагностики транссексуализма. Представлен анализ современного состояния лечебно-реабилитационных мер при транссексуализме за рубежом и в России. Предложены система формализации этапов медицинской помощи, новые методические подходы психологического исследования при транссексуализме. Обосновано положение о значении экспертного подхода к диагностике транссексуализма, рассмотрены другие юридические аспекты оказания медицинской помощи лицам 5 такими состояниями.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ВНЕДРЕНИЕ.

Результаты исследования открывают возможность оптимизации процесса сексологической и психиатрической диагностики транссексуализма. Разработанные принципы формализации этапов медицинской помощи позволяют создать действенную систему лечебно-реабилитационных мероприятий лицам с транссексуализмом, которая может явиться основой для соответствующих нормативных актов в здравоохранении. Предложенные новые методические подходы в психологическом исследовании дают возможность улучшения качества диагностики, правильной оценки проводимых мероприятий на каждом этапе оказания медицинской помощи, а новые юридически-правовые подходы могут служить основой для последующей разработки соответствующих законодательных актов. Результаты работы внедрены в практику диагностики и реабилитации лиц с половой дисфорией в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Московской городской клинической психиатрической больницы №1 им. Н.А. Алексеева, Центральной Московской областной клинической психиатрической больницы №1.

ПУБЛИКАЦИИ И АПРОБАЦИИ РАБОТЫ.

По материалам диссертации опубликованы методические рекомендации и 2 работы, список которых приводится в конце автореферата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Работа основана на анализе 83 медицинских заключений на лиц обоих полов, обратившихся по своей инициативе в медицинские учреждения РФ в связи с проблемой своей половой принадлежности. В процессе исследования пациенты в зависимости от биологического пола были разделены на 2 группы. В первую вошли 27 пациентов с мужским биологическим полом (МТС). Во вторую группу были отобраны 56 пациенток женского биологического пола (ЖТС). Специальных критериев отбора материала не было.

Методы исследования:

1. Клинико-психопатологический.

2. Сексологический, включающий оценку комплекса признаков, характеризующих сексуальное развитие в допубертатном пубертатном, постпубертатном и половозрелом возрастах.

3. Патопсихологический, в ходе которого анализировались особенности восприятия объекта сексуального влечения, степень половозрастной дифференцированное, индивидуальная степень выраженности фемининности, маскулинности, андрогинности, структура половая роль/половая идентичность, особенности интериоризированности половой роли, представления о паттернах полоролевых стереотипов, сексуальных предпочтений (использовались направленные ассоциативные тесты МиФ, "Кодирование", Тест руки, ФПО). Концептуальная разработка психологического исследования и его апробация проводилась на базе Московского НИИ психиатрии и ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского совместно с сотрудником кафедры нейро- и патопсихологии МГУ Д.К. Саламовой.

4. Статистический, включающий анализ частотности анализируемых признаков (абсолютные их значения, удельный вес) с использованием программных средств Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Социально-психологическая характеристика

Возрастной состав. Наиболее частым возрастным диапазоном к моменту обследования (в случае неоднократных - последнего) у биологических женщин являлся 19-25 лет (51,85% против 25,93% в первой группе), а у биологических мужчин -26-35 лет (37,04% в первой и 35,15% во второй группе). Первичное обследование в 17-18 лет отмечалось у биологических

женщин реже (9,26%), чем у мужчин (18,52%), поскольку у последних оно было связано с прохождением призывной комиссии, когда пациент вынужденно попадал в поле зрения медицинских работников. Во всех случаях установления в этом возрасте диагноза транссексуализма рекомендовалось динамическое наблюдение у психиатра с последующим решением вопросов смены пола. В возрастном диапазоне 36-45 лет обследование проводилось наиболее редко (14,81% в первой и 3,7% во второй группах). Сравнивая эти данные с зарубежными исследованиями, следует отметить, что в России средний возраст обследования в целом выше, чем за рубежом, и, кроме того, наблюдается обратное соотношение между МТС и ЖТС: первые обращаются реже и в более зрелом возрасте, чей вторые. Первое, очевидно, связано прежде всего с культуральными особенностями (большая осуждаемость фемининного поведения у мужчин), а более поздний возраст обращения может быть связан как с культуральными особенностями, так и с недостатком квалифицированных специалистов, и, следовательно, сниженными возможностями диагностики.

Тип воспитания и взаимоотношения в родительской семье. 20,45% женщин и 29,71% мужчин воспитывались без отцов, а без матери - всего 1 женщина.

Брак. Среди обследованных обеих групп в прошлом состояли в браке 29,63% в первой и 9,26% во второй группах, причем имели детей (29,63% и 7,41% соответственно): одного ребенка (22,22% и 1,85%) и двоих и более (7,41% и 5,56%).

Образование. Среди лиц первой и второй группы получили среднее специальное образование 44% и 43,4% соответственно, среднее и неполное среднее 24% и 22,64%, неполное высшее 20% и 22,64%, окончили высшее учебное заведение 12% и 11,32%.

Род занятий. Большинство пациентов обоего пола к моменту последнего обследования были трудоустроенными (59,26% в первой и 82,69% во второй группе), профессиональная деятельность в обеих группах чаще соответствовала противоположному (29,63% в первой и 50,98% во второй группах) нежели своему биологическому полу (25,93% и 26,92%).

Общая психопатологическая характеристика

Анализ показал, что диагностика психического расстройства (помимо сексуального), квалифицируемого в соответствии с рубриками МКБ-10, имела место в заключениях у лиц первой группы в 55,56% случаев и у лиц второй группы в 23,21%. Эти расстройства были следующими (в порядке убывания удельного веса): у пациентов мужского биологического пола - психопатия (66,67%), шизофрения (20%), органическое поражение головного мозга и невротические расстройства (по 6,67%), у лиц женского биологического пола - психопатия (53,85%), органическое поражение головного мозга (23,08%), шизофрения (15,38%), невротические расстройства (7,69%). Однако детальный анализ содержащихся в заключениях данных клинического и параклинических методов исследования позволил в ряде наблюдений переквалифицировать указанные расстройства либо установить диагноз при его отсутствии в заключении, что в большей степени касалось пациентов второй группы. Психические расстройства квалифицировались в 62,96% в первой и в 39,29% во второй группах. У пациентов первой группы неизменными остались как структура диагнозов, так и их соотношение: психопатия (64,71%), шизофрения (23,53%), органическое поражение головного мозга и невротические расстройства (по 5,88%). У пациентов же второй группы наиболее часто можно было говорить об органическом поражении головного мозга (45,45%), реже - о психопатии (31,81%), шизофрении (13,64%), хроническом алкоголизме и невротических расстройствах (по 1 случаю).

Организация медицинской помощи

Наиболее часто в первой и второй группах обследование было однократным (72% и 75% соответственно), реже - многократным (3 и более) (24% и 14,29%), еще реже - двукратным (4% и 10,71%). Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический, из других в обеих группах часто, однако не во всех случаях применялся психологический метод обследования (62,96% и 71,43%). Почти половина лиц первой и второй групп была обследована сексологическим методом (48,15% и 50% соответственно). Гормональный профиль был изучен только у некоторых больных (7,41% и 16,07%), у одного пациента первой группы была исследована спермограмма. Примерно в трети случаев лицам женского пола проводился гинекологический (28,57%) и лишь одному пациенту первой группы - урологический осмотры. Около одной пятой пациентов первой и второй групп подверглись обследованию эндокринолога (18,52% и 21,43%). В одном случае в первой и в 10,71% во второй группах проводилось определение хромосомного набора. Такие параклинические методы обследования, как электроэнцефалографическое проводились чуть менее чем половине лиц первой группы (44,44%) и чуть менее чем трети лиц второй группы (28,57%), реоэнцефалографическое - значительно реже (14,81% и 5,36%), компьютерная томография и ЯМР - в единичных случаях. Треть лиц первой группы и примерно одна пятая пациенток второй группы были осмотрены терапевтом (33,33% и 21,43%). Общий и биохимический анализ крови был проведен чуть менее чем в половине случаев лицам первой и чуть менее чем в трети случаев лицам второй групп (44,44% и 28,57% соответственно). Таким образом, ни в качественном, ни в количественном аспекте применяемые методы обследования не обеспечивают надлежащее качество диагностики. Разделяя мнение J.S. Nunes (1990), который считает, что главным специалистом и координатором различных специалистов в диагностике транссексуализма должен выступать врач-сексолог, следует признать необходимым в нормативных документах предусмотреть его ведущую роль и ответственность за полноту и качество обследования пациента. В то же время следует четко регламентировать минимум диагностического обследования, необходимый для обеспечения качественной диагностики транссексуализма. В него должны войти: 1) сексологический; 2) психиатрический; 3) психологический; 4) эндокринологический; 5) терапевтический: 6) урологический или гинекологический. Из конкретных методик обследования в минимуме целесообразно упомянуть изучение гормонального профиля и хромосомного набора/Кратность обследования, с учетом обязательного двухлетнего опыта реальной жизни в другой роли, должна быть не менее 3 раз - при первичном обращении, примерно в середине срока (т.е. через год) и перед решением вопроса о смене паспортного пола.

Диагностика

Цели обращения пациентов были неоднородными. Большинство лиц обеих групп обращались с жалобами на несоответствие физического пола психическому и изъявляли желание произвести замену паспортного пола, а также подвергнуться гормональной и хирургической коррекции (62,96% в1 первой и 57,14% во второй группах). На втором месте среди целей обращения было желание подвергнуться исключительно гормональной и хирургической коррекции (14,81% и 19,64%). В 11,11% случаев в первой и в 17,86% случаев во второй группах в заключениях отсутствовала конкретизация, какой именно пол - паспортный или физический - хотят сменить пациенты. Желание сменить только паспортный пол высказывали небольшое

количество пациентов обеих групп (3,7% и 3,57% в первой и второй группах соответственно), что у одних было связано с желанием преодолеть социально-психологическую дезадаптацию, в частности, вследствие трудностей трудоустройства и т.д., без желания хирургической коррекции, а у других - с опасениями по поводу последствий оперативного вмешательства. У одной пациентки обращение в медицинское учреждение было плановым перед 3-им этапом операции - фаллопластикой. Цель обращения двух лиц первой группы (7,41%) заключалась в желании получить специализированную психиатрическую помощь в связи с ухудшением психического самочувствия. В первом случае речь шла о появлении продуктивной симптоматики у больного шизофренией после смены паспортного пола, а во втором - после полной гормональной и хирургической коррекции (маммапластика, кастрация, создание искусственного влагалища), что может свидетельствовать как об ошибочной диагностике транссексуализма (по крайней мере у первого больного), так и о неэффективной психотерапии во втором случае. Обнаружилось, что в 7,69% случаев у лиц первой и в 3,57% случаев у лиц второй группы к моменту последнего обращения сохранялись сомнения в своей половой принадлежности, что в 3,85% и в 1,79% наблюдений в первой и второй группах соответственно, к сожалению, не препятствовало диагностике транссексуализма и даче рекомендаций по смене паспортного пола в связи с констатируемой социально-психологической дезадаптацией. Наиболее часто в историях болезни были отражены высказывания пациентов о желании принадлежать противоположному полу (61,54% и 55,77% соответственно) и чуть реже - об убежденности в принадлежности к противоположному полу (30,77% и 40,38%). Вместе с тем, анализ описания психического статуса позволяет говорить о формальном отражений подобных высказываний без уточнения сопутствующих декларируемой дисфории пола переживаний. Это, в свою очередь, не позволяет с достоверностью судить о выраженности нарушений полового самосознания, их стабильности, и, таким образом, .ставит под сомнение достоверность диагностики. Сказанное относится и к отраженным в заключениях возрастным диапазонам появления неудовлетворенности полом регистрации. Наиболее часто в обеих группах пациенты называли таким диапазоном возрастной период 4-6 лет, то есть период становления полового самосознания (31,25% в первой и 32,5% во второй группах). Однако, в ряде случаев анализ самоописания пациентами их сомато- и психосексуальных особенностей на последующих этапах сексуального развития показывал, что это не соответствует истинному положению вещей. Причины таких расхождений были разнородными. Так, в некоторых наблюдениях можно было предполагать сознательную дезинформацию врача, наряду с которой использовались и другие способы убеждения последнего в необходимости смены пола, например, шантажирование суицидом. В других заключениях отсутствовали уточняющие данные, позволяющие категорично отвергнуть возможность ретроспективного искажения пациентом своих связанных с полом особенностей в детском возрасте и возникновения у него убежденности в раннем появлении неудовлетворенности полом на основе фактов предпочтения несоответствующих биологическому полу одежды, прически, референтной группы, характера игровой деятельности и т.д. Следующим по частоте возрастным диапазоном, в котором впервые отмечали неудовлетворённость своим полом биологические женщины был возрастной период 7-13 лет - этап полоролевого поведения (27,5% во второй и 12,5% в первой группах) и биологические мужчины - 14-16 лет (25% в первой и 5% во второй группах). Только пациентки второй группы сообщали, что сомнения или убежденность в иной половой принадлежности появились впервые в 17-18-ти-летнем возрасте (15%). Следует предполагать, что причиной появления неудовлетворенности полом на этапе становления психосексуальных ориентации (13-18 лет) в этих случаях может являться эгрдистоническое отношение пациентов к формированию у них гомосексуальной направленности платонического, эротического и сексуального компонентов либидо. В единичных случаях в первой и второй группе возникновение связанного с полом дискомфорта имело место в возрастном диапазоне 19-21 год (6,25% и 2,5% соответственно). В немалом количестве наблюдений пациенты отмечали появление у них неудовлетворенности своим биологическим полом в возрасте старше 21 года (13,33% в первой и 15% во второй группах). Появление неудовлетворенности в этом возрастном диапазоне чаще происходило внезапно, после периода семейной жизни и гетеросексуальных контактов или на фоне снижения гетеросексуального либидо, алибидемии, в том числе у эндогенных больных с бредом половой метаморфозы, или по типу "озарения". По сути, в этих случаях было проигнорировано указание на раннее возникновение подобных нарушений, упомянутое в критериях диагностики транссексуализма. Анализ сексуального компонента либидо показал, что к моменту обращения оно имело место не у всех пациентов (64% в первой и 89,36% во второй группах) по причине либо его несформированности, либо постепенного снижения и исчезновения. Направленность сексуального либидо неизменно на свой пол в обеих группах отмечалась чаще (36% и 80,85%), чем на оба пола (8% и 4,26%), и чаще, чем смена гетеросексуального либидо на гомосексуальное (4% и 4,26%). Только пациенты первой группы желали сменить пол при наличии гетеросексуальной направленности либидо (12%). Таким образом, в некоторых случаях имело место игнорирование таких критериев диагностики ТС, как гомосексуальная ориентация и завершение развития. Анализ сексуальной активности обнаружил, что хотя большинство лиц первой и второй групп имели в течение жизни сексуальные контакты исключительно с лицами своего биологического пола (61,54% и 61,7%), однако, одну пятую составляли случаи бисексуальных половых контактов (20% и 22,92%). Только пациенты первой группы имели сексуальные контакты исключительно с лицами противоположного пола (15,38%). Однако, анализ историй болезни показал, что наличие би- и, тем более, гетеросексуальной активности никак не расценивался врачами в плане сомнений в диагнозе транссексуализма. Последний устанавливался примерно с одинаковой частотой в каждой из групп (74,07% в первой и 76,79% во второй группах). С учетом показателей распространенности МТС и ЖТС в разных странах, однозначно свидетельствующих о преобладании ЖТС в популяции, можно предполагать гипердиагностику данного расстройства половой идентичности в первой группе. Только у пациенток второй группы в заключение выносились такие особенности сексуальной сферы, как нарушение половой идентичности с трансформацией половой роли и гомосексуальной ориентацией (7,14%), гомосексуальная ориентация (1,79%). Причем только в одном из случаев отмечалось эгодистоническое отношение к последней. Только у пациенток второй группы в 5,38% случаях диагноз транссексуализма был предположительным, что определяло направление на дальнейшее обследование, которое не было пациентами пройдено. В ряде случаев в обеих группах в заключении отсутствовал даже предварительный диагноз и дальнейшие рекомендации (14,81% в первой и 5,38% во второй группах).

Проведенный анализ материала настоящего исследования позволяет говорить, что совокупность данных для четкой диагностики транссексуализма имела место в заключениях лишь в 3,7% случаев в первой и в 7,14% случаев во второй группах. В трети случаев в первой и в более чем в половине случаев во второй группах заключения не содержали информации, достаточной для квалификации какого бы то ни было определенного расстройства (33,33% и 53,57% соответственно). В

незначительном количестве наблюдений в обеих группах диагностировался фетишистский трансвестизм (3,7% и 1,79% соответственно). В 7,41% случаев в первой и в 1,79% во второй группе врачами отмечались у пациентов нарушение половой идентичности, трансформация роли.

На следующем этапе анализа только на основании данных, содержащихся в историях болезни, проводилась повторная диагностика сексуальных расстройств. Наиболее часто у лиц первой группы обнаруживалось нарушение половой идентичности с трансформацией роли (40,74% против 10,71% во второй группе), а у пациенток второй группы этим нарушениям сопутствовала и гомосексуальная ориентация (21,43% против 7,41% в первой). В небольшом количестве случаев в обеих группах можно было констатирдвать гомосексуальную ориентацию (7,41% и 7,14% соответственно) при отсутствии в заключении данных, позволяющих судить о половой идентичности пациентов. Только у лиц первой группы обнаруживались трансвестизм с аутогинефилией и фетишистский трансвестизм (по 1 случаю). Таким образом, о совпадении диагностики можно было говорить лишь в 11,11% случаев в первой и в 16,07% случаев во второй группах, причем из них совпадение по диагностике транссексуализма составило 3,7% и 7,14% в первой и второй группах соответственно. Смена диагноза транссексуализма на другой имела место чуть менее чем в половине наблюдений у лиц первой группы (40,74%) и в одной четвертой случаев - у пациенток второй группы (25%). Примерно в одной трети случаев у пациентов первой группы и чуть менее чем у половины лиц второй группы диагноз транссексуализма не мог быть подтвержденным в силу отсутствия четких данных для его квалификации, а также постановки какого-либо иного определенного диагноза.

Психологическое исследование

Психологическое исследование лиц, обратившихся с вопросом смены паспортного пола и последующей хирургической и гормональной коррекции, решало следующие задачи: 1) проведение дифференциальной диагностики с психопатологическим состояниями с бредовыми идеями полового метаморфоза, а также с другими нарушениями половой идентичности; 2) выявление особенностей психосексуальной сферы, позволяющих построить оптимальную стратегию и тактику лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении данного пациента. Методологический подход при этом основывался на модели, рассматривающей половую идентичность в рамках "Я-концепции" как совокупность множества факторов: полотипических установок, коррелирующего с полом поведения, интересов, физических атрибутов (Spence J., 1993; Koestner R., Aube J., 1995), социальной половой роли - набора предписаний и ожиданий, предъявляемых обществом, отношения самой личности как к своим индивидным свойствам, связанных с полом, так и к своим социальным половым ролям, личностного смысла индивидно-половых особенностей и социальных стереотипов в совместной деятельности (Кон И.С., 1988; Каган В.Е., 1991; Кочарян А.С., 1995; Бессонова Т.Л., 1994). Методический арсенал исследования психосексуальной сферы направлен на исследование когнитивного, эмоционального и смыслового аспектов "Я-концепции". Методика МиФ позволяет рассматривать совокупность таких когнитивных представлений как: 1. Полоролевая идентичность - представления о типичности для пола своего поведения или функций, выражающиеся как обобщенные суждения о мужественности или женственности и отношение к ним; 2. Полоролевые стереотипы - представления о стереотипах поведения и функциях характеризующих мужчин или женщин в данном обществе; 3. Полоролевое поведение - отражает паттерны поведения индивида в соответствии с социальными стереотипами мужчин или женщин; 4. Полоролевые предпочтения - ценности индивида в отношении стереотипного или коррелирующего с ним поведения того или иного пола; 5. Сексуальные предпочтения - представления о реальном и идеальном сексуальном партнере. Методика ЦТО позволяет констатировать четкость половозрастной идентификации, особенности интериоризации полоролевых стереотипов, эмоциональный и смысловой аспекты интериоризации половых ролей, специфику эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения. Методика "Кодирование" позволяет раскрыть содержательный и смысловой характер представлений о половых ролях, эмоциональное к ним отношение, степень эмоциональной и смысловой интериоризации полоролевых норм, особенности идентификации, особенности эмоционального и ценностного отношения к сексуальному партнеру. Методика ФПО позволяет установить индивидуальные представления о полоролевых нормах субъектов, индивидуальных представлениях о формальных атрибутах, соответствующих мужской и женской половым ролям, степень их усвоенности; структуру полоролевой идентичности; индивидуальные полоролевые предпочтения; особенности сексуальных предпочтений.

Обследовано 25 женщин, обратившихся с вопросом смены паспортного пола и последующей хирургической и гормональной коррекции. На первом этапе исследовались особенности полоролевой идентичности данных лиц. У 12 женщин идентичность характеризовалась выраженностью маскулинных черт, у 9 был определен андрогинный тип идентичности (сочетание выраженных маскулинных и фемининных черт), у 2 - фемининный тип, и у 2 тип идентичности был квалифицирован как недифференцированный (по S. Bern, 1974). Лица с фемининным и недифференцированным типом идентичности на этом этапе были оценены как несоответствующие критериям ЖТС. Кроме того, у этих больных результаты патопсихологического исследования данных испытуемых обнаружили расстройства мышления, характерные для шизофренического процесса.

Однако квалификация типа полоролевой идентичности не позволяет оценить особенности регуляции полоролевого поведения у обследуемых, поэтому на втором этапе оценивалась степень участия в ней мужского полоролевого стереотипа, показателем которого является степень близости имеющихся у больных представлений о мужской половой роли и полоролевых предпочтений. О достаточной величине этого параметра можно было говорить только у 11 лиц, для остальных было характерно недостаточное участие мужского полоролевого стереотипа в регуляции поведения либо отсутствие такого влияния вовсе.

Третьим этапом исследования являлся анализ эмоциональной и смысловой интериоризации мужской половой роли. Обнаружено, что в 8 случаях они наличествовали, что может расцениваться как подтверждение диагноза ЖТС и достаточно благоприятного прогноза в адаптации. У 3 человек отсутствовала эмоциональная интериоризация мужской половой роли, для 2 обследованных было характерно отсутствие смысловой интериоризации, и для 2 - и эмоциональной и смысловой. Подобные проявления могут расцениваться как аргумент против ЖТС в пользу диагностической гипотезы о других нарушениях половой идентичности.

На четвертом этапе изучались особенности сексуального партнерства у 8 лиц с маскулинным и андрогинным типами идентичности и когнитивной, эмоциональной и смысловой интериоризацией мужской половой роли. Обнаружено, что у них образ женщины входит в структуру сексуальных предпочтений, эмоционально положительно окрашен.

Таким образом, психологическим критерием ЖТС, однозначно свидетельствующим в пользу смены паспортного пола с последующей гормональной и хирургической коррекцией, является преобладание маскулинной составляющей на всех уровнях психосексуальной сферы (идентичность, роль, выбор объекта), в то время как различные варианты нарушений интериоризации мужской половой роли могут расцениваться как "мишени" психокор-рекционного воздействия до или после смены паспортного пола при условии участия мужского полоролевого стереотипа в регуляции поведения.

Психотерапия и фармакотерапия

В исследованных историях болезни практически отсутствует информация о проводимой больным психотерапии, в 11 случаях содержится запись о том, что больной отказывается от психотерапии без раскрытия мотивов. Ни один пациент не получал психотерапию в достаточном объеме, иногда проводились сеансы аутотренинга, элементы поведенческой терапии (10 пациентов). В лучшем случае проведение психотерапии просто упоминалось в истории болезни (всего 13 пациентов). В 36 наблюдениях пациенты получали периодическую фармакотерапию, однако обоснование ее назначения в 27 из них отсутствовало, не содержалось и оценки ее эффективности. Таким образом, уровень психотерапевтической и лекарственной помощи больным транссексуализмом не соответствует современному.

Опыт реальной жизни в предпочитаемой половой роли

В большинстве случаев он длится не больше года. Только в 2 случаях имелись данные о том, что больные наблюдались у врача в течение этого периода, однако не было никакой информации о проблемах и трудностях, переживаемых пациентами в это время, и даже если наступали ухудшения психического состояния, то не раскрывались их причины. Только в 2 случаях проводились психокоррекционные мероприятия с участием психологов (у пациентов-москвичей). Причинами этого являлись как недоступность подобной помощи даже в городах - областных центрах вследствие отсутствия подготовленных специалистов, так и недостаточная работа с больными .по разъяснению необходимости такого периода. В ряде случаев больные, уклоняясь от прохождения этого этапа вследствие оценки его как "ненужного барьера", добивались смены паспортного пола с целью дальнейшей безотлагательной хирургической коррекции пола в учреждениях коммерческой медицины. Некоторые больные обращаются к врачу, же самостоятельно начав принимать гормоны.

Показания и противопоказания к смене паспортного пола

Практически во всех случаях в комиссионных заключениях казывается только диагноз без его обоснования, упоминается отсутствие признаков интерсексуальных состояний, констатируется аличие признаков дезадаптации без обоснования ее связи имено с психосексуальным конфликтом, не упоминается наличие сопутствующих психических расстройств даже когда они диагностированы.

Показания и противопоказания к гормональной коррекции пола

В большинстве случаев в изученных историях болезни по записям невозможно определить обоснованность назначения гормональной коррекции, а ее эффективность практически не отражается в медицинской документации. Методологически важным представляется разграничение показаний для смены паспортного пола и показаний для гормональной коррекции. Показания к гормональной коррекции пола являются чисто медицинской проблемой и должны устанавливаться у лиц только после смены паспортного пола, в том числе и при интерсексуальных состояниях.

Показания и противопоказания к хирургической коррекции пола

Во многих исследованиях отмечено, что установка на смену пола может наблюдаться при различных состояниях, в том числе и при парафилиях (например, на определенных этапах фетишист ского трансвестизма), однако в зарубежных исследованиях днагностика последних не ограничивает показания к хирургической смене пола. Так, К. Имелинский (1986) считает, что она может применяться у лиц с гомосексуализмом и трансвестизмом. В России же эти состояния считаются противопоказанием к хирурги ческой коррекции. Однако всеми признается недопустимым проведение только хирургической коррекции без остальных предыдущих этапов медицинской помощи по желанию пациента.

Показания к хирургической коррекции пола должны устанавливаться у лиц только после смены паспортного пола. Изучение историй болезни выявило только один явный случай неправильного решения о хирургической коррекции в связи с нераспознанием шизофренического процесса. В то же время содержание комиссионных заключений с рекомендациями хирургической коррекции, как правило, малоинформативны, не содержат данных об особенностях протекания предыдущих этапов реабилитации. Не организовано формально и последующее наблюдение за прооперированными больными.

Правовые модели

Закон "Об актах гражданского состояния" содержит ст.70, согласно которой "заключение о внесении исправления или изменения в запись акта гражданского состояния составляется в случае, если... представлен документ установленной формы об изменении пола, выданный медицинской организацией". Между тем данная норма не может быть реализована в полной мере, поскольку до сих пор никакой "установленной формы" документа об изменении пола не существует. Его разработка натолкнулась на кардинально различные представления в юридических и медицинских кругах о последовательности собственно медицинских и социально-правовых процедур (оперативная реконструкция пола и смена гражданского, или паспортного пола, т.е. перемена имени). По- этому настоятельной стала необходимость в принципиально новом подходе, а именно - в принятии специального закона, регулирующего не только перемену имени транссексуалами, но и всесторонне регламентирующего процедурные вопросы, с ней связанные.

Анализ сложившегося опыта показывает, что при разработке правовых норм, регламентирующих медицинские и юридические мероприятия в отношении лиц с транссексуализмом, необходимо предусматривать решение некоторых основных вопросов:

- установление судебной процедуры рассмотрения вопроса о перемене имени лиц с транссексуализмом; установление хронологической последовательности правовых решений в соответствии с медицинскими стандартами оказания соответствующей помощи;
- установление экспертного порядка рассмотрения вопроса о смене половой принадлежности;
- установление порядка изменения имени и паспортных данных, а также секретности этих изменений;
- допуск лиц, изменивших пол, к некоторым видам трудовой деятельности и государственной службы;

- порядок пользования этими лицами правами и льготами в области трудовой деятельности и социального обеспечения;

- порядок отмены принятого решения о смене пола.

При определении места судебного решения о перемене имени больного в последовательном ряду реабилитационных мер следует учитывать, что именно юридическое изменение пола (т.е. гендерного социального статуса) должно быть основой последующего гормонального и оперативного вмешательства. Это обосновано тем более, что гормональная терапия и хирургическая коррекция пола относятся к мероприятиям исключительно медицинского плана. Поэтому их регламентация может осуществляться на инструктивно-методическом уровне, задающем определенный стандарт оказания лечебной и реабилитационной помощи. Закон путем перемены имени закладывает в этом случае правовую основу и предопределяет саму возможность и правомерность подобных мероприятий.

Особо важен принцип именно экспертного анализа транссексуализма, в качестве основных задач которого выступают:

- Диагностика транссексуального состояния. Решение данной задачи остается сугубо медицинской прерогативой, будучи подчиненным определенным дифференциально-диагностическим стандартам, содержащим четкие критерии верификации транссексуализма.

- Обоснование целесообразности перемены имени (гражданского пола). Данная задача носит двоякий характер, поскольку, с одной стороны, базируется на оценке эффективности проводимых до того психокоррекционных мероприятий, с другой - на успешности грядущей адаптации в новой половой роли, подразумевающей в том числе правильное усвоение изменяющихся социальных условий существования, включающих и определенные юридически значимые отношения.

- Определение вероятностного прогноза, связанного с предполагаемой успешностью полноценной адаптации в новой половой роли.

Данная экспертная задача в судебной практике зачастую рассматривается как относящаяся к компетенции судебных медиков. Очевидное расхождение данных установлений с общемедицинскими нормами оценки и оказания реабилитационной помощи лицам с транссексуальными состояниями привело к выработке более взвешенных рекомендаций. Так, проект "Правил проведения экспертных исследований лиц мужского пола при половых преступлениях и по гражданским делам" проблему экспертной оценки половой принадлежности выделяет особо с недвусмысленным указанием на необходимую компетенцию. Оговаривается, что "если... возникает необходимость в решении вопроса о половой принадлежности, то обследуемый ... должен направляться на обследование в учреждение здравоохранения сексологического профиля с последующим проведением комиссионной судебно-медицинской экспертизы" (п. 1.20). Наиболее адекватным решением проблемы экспертной оценки транссексуальных состояний является отнесение ее к компетенции комплексной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы, предметом которой становится выявление у лиц, участвующих в судебном процессе, признаков нарушений психического пола.

Предлагается при перемене имени рассматривать четыре условия, которые имеют отношение к медицинской оценке транссексуального состояния:

- Минимальный срок существования транссексуальной установки на смену пола, который должен согласовываться с диагностическими требованиями МКБ-10, где указывается, что "для диагностики данного расстройства необходимо существование стойкой транссексуальной идентификации по крайней мере в течение 2 лет..."

- Непреодолимость потребности жить в ином, отличном от паспортного, поле. Данный критерий носит двоякий характер, охватывая, с одной стороны, субъективное переживание доминирующих и овладевающих идей пациента, с другой, неэффективность психокоррекционных воздействий по изменению существующей установки.

- Высокая степень вероятности неизменности высказываемых намерений о смене пола. Оба эти условия относятся к компетенции комплексной экспертной оценки.

- Достижение определенного возрастного периода. Установление возрастного ценза в данном случае исходит из представления о сроках достижения необходимой психосексуальной зрелости, обеспечивающей некоторую гарантию завершенности психосексуального развития, и тем самым - устойчивость сформировавшихся установок в психосексуальной сфере. При этом перенос решения о смене имени далеко за пределы пубертатного периода представляется не вполне обоснованным. Во-первых, закон не может устанавливать минимального возраста для проведения лечебного оперативного вмешательства, осуществляющегося по медицинским показаниям; во-вторых, установление для перемены имени, пусть даже и связанного с переменой пола, возрастного порога, значительно более высокого по сравнению с дееспособностью (18 лет), является вряд ли обоснованным. Тем более что само право перемены имени, согласно статье 58 Закона "Об актах гражданского состояния" предоставляется лицам, достигшим 14 лет, при наличии согласия обоих родителей, а при отсутствии такого согласия - на основании решения суда. Самостоятельная смена имени осуществляется по достижении совершеннолетия. Вполне допустимым может расцениваться возраст 18 или, при более строгом подходе - 21 года, как вполне достаточный для окончательного выбора половой принадлежности.

Сохранение тайны осуществленного изменения имени имеет некоторые аналоги среди правовых норм, регламентирующих иные юридические и медицинские акты. Статья 9 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании формулирует положение о врачебной тайне, налагающее определенный обязательства на медицинских работников. Нормы о врачебной тайне содержатся и в общем законодательстве о здравоохранении. Согласно части 1 ст.19 Закона РСФСР "О здравоохранении" от 29 июля 1971 г., врачи и иные медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезни, медицинских обследованиях (освидетельствованиях), интимной и семейной сторонах жизни граждан. Одновременно закон рассматривает правомерность наложения соответствующих обязательств и на работников правоохранительных органов в ряде юридических ситуаций. Федеральный Закон "Об актах гражданского состояния" содержит специальную статью (ст. 12), в которой подобные сведения причисляются к категории конфиденциальной информации, имеют ограниченный доступ и разглашению не подлежат. Таким образом, существующее право предоставляет возможность сохранения тайны перемены имени (и, следовательно - перемены пола) на многих уровнях - медицинской помощи, судебного решения и государственной регистрации. Между тем, в данной ситуации круг лиц, осведомленных о произошедших изменениях, значительно расширяется, включая в том числе и родственников

пациентов. Включение подобной нормы следует считать оправданной, особенно в свете часто возникающих коллизий между пациентами, страдающими транссексуализмом, и их ближайшим окружением, в редких случаях смиряющихся со столь кардинальными изменениями в жизни их родственника.

Правовая регуляция целого круга юридически значимых последствий изменения половой принадлежности охватывает положения, содержащиеся в различных законодательных актах. Это, к примеру, СК, содержащий нормативные положения по поводу брачных и родительских отношений. Возможные правовые изменения в трудовом статусе могут вытекать из КЗОТа РФ, содержащего специальную главу XI "Труд женщин..." Особой регламентации заслуживают вопросы социального и медицинского страхования лиц с транссексуализмом, в частности, в целях устранения трудностей, возникающих при восполнении органами страхования затрат на лечение, например, проведение реконструктивной операции.

Принципиальная возможность отказа от новых имени и полового статуса предопределяет необходимость включения особой правовой нормы, регламентирующей процедуру возврата (отмена перемены имени) к прежнему гендерному статусу.

В принципе законодательное разрешение проблемы транссексуализма и смены пола возможно путем модификации, за счет: внесения соответствующих поправок, существующих законодательных актов. Однако многочисленность последних делает этот путь маловероятным. Поэтому создание специального Закона представляется более оптимальным путем правового обеспечения медикореабилитационной помощи таким больным. В качестве промежуточного варианта и временной меры до окончательной разработки и принятия такого Закона возможно создание инструктивно-нормативных документов на уровне Минздрава РФ, проекты которых приводятся в Приложениях работы.

ВЫВОДЫ

1. Медицинская помощь лицам с транссексуализмом и другими нарушениями половой идентичности должна предусматривать пять этапов: 1) диагностика; 2) психотерапия; 3) опыт реальной жизни в другой половой роли; 4) гормональная коррекция пола; 5) хирургическая коррекция пола.

2. На диагностическом этапе проводится: 1) установление психического пола - процедура, включающая проведение психиатрического, сексологического и психологического, эндокринологического, терапевтического, урологического или гинекологи ческого обследований; 2) обязательное экспериментальнопсихологическое исследование с применением методик, направленных на сексуальную сферу, результаты которого позволяют оптимизировать решение диагностических (особенности полоролевой идентичности, полоролевого поведения, особенности регуляции поведения, сферы сексуальных предпочтений), прогностических (адекватность возможного изменения пола) и терапевтических задач (выявление "мишеней" для оптимизации и индивидуализации психотерапевтического воздействия); 3) дифференциальная диагностика транссексуализма с эндогенными психическими заболеваниями, в клинике которых на первое место выходят бредовые идеи сексуального метаморфоза; трансвестизмом двойной роли; гомосексуализмом, имеющим в своей клинической картине полоролевую инверсию; другими нарушениями половой идентичности в рамках расстройств личности, органических поражений головного мозга.

3. Психотерапия осуществляется на всех этапах медицинской помощи и включает психокоррекционные мероприятия половой реконсилиации (попытка примирения с врожденным полом), в период опыта реальной жизни в избранной половой роли, поддерживающую психотерапевтическую помощь до и после этапов гормональной и хирургической коррекции пола.

4. Показания к смене паспортного пола определяются в юридически установленном порядке, установление показаний и противопоказаний к гормональной и хирургической коррекции пола относятся к чисто медицинским мероприятиям и определяются по отношению к конкретному больному после смены паспортного пола.

5. Показаниями для гормональной коррекции пола могут являться ядерные или краевые варианты транссексуализма, интерсексуальные состояния, а также другие нарушения половой идентичности, при которых социальная и психологическая дезадаптация обусловлена внутрипсихологическим конфликтом между физическим обликом и психическим состоянием. Противопоказаниями являются текущие психические расстройства с продуктивной симптоматикой и соматические нарушения, препятствующие назначению гормонотерапии.

6. Показаниями для хирургической коррекции пола являются ядерные варианты транссексуализма или интерсексуальные состояния при обязательном прохождении всех предыдущих этапов медицинской помощи и их неэффективности. Противопоказаниями являются текущие психические расстройства с продуктивной симптоматикой и соматические нарушения, препятствующие хирургическому вмешательству.

7. Рассмотренная этапность лечебно-реабилитационных мероприятий предусматривает в качестве наиболее оптимальной судебную процедуру решения вопроса о перемене имени лиц с транссексуализмом, для чего предполагаемый законодательный акт должен устанавливать: хронологическую последовательность правовых решений в соответствии с медицинскими стандартами оказания соответствующей помощи; экспертный порядок рассмотрения вопроса о смене половой принадлежности; порядок изменения имени и паспортных данных, а также секретность этих изменений; допуск лиц, изменивших пол, к некоторым видам трудовой деятельности и государственной службы; порядок пользования этими лицами правами и льготами в области трудовой деятельности и социального обеспечения; порядок отмены принятого решения о смене пола.

7.1. Юридическое изменение пола (т.е. гендерного социального статуса) должно быть основой последующего гормонального и оперативного вмешательства, регламентация которых может осуществляться на инструктивно-методическом уровне, задающем определенный стандарт оказания лечебной и реабилитационной помощи.

7.2. Предметом экспертного анализа транссексуализма являются диагностика транссексуального состояния, обоснование целесообразности перемены имени (гражданского пола), определение вероятностного прогноза, связанного с предполагаемой успешностью полноценной адаптации в новой половой роли. Экспертная оценка транссексуальных состояний должна быть отнесена к компетенции комплексной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы.

7.3. Условиями перемены имени могут рассматриваться четыре условия, которые имеют отношение к медицинской оценке транссексуального состояния: минимальный срок существования транссексуальной установки на смену пола, который, согласно со временным диагностическими требованиям, достигает 2 лет; не преодолимость потребности жить в ином, отличном от паспортного, поле и высокая степень вероятности неизменности высказываемых намерений, которые относятся к компетенции комплексной экспертной оценки; достижение определенного возрастного периода, который не может быть более высоким по

сравнению с дееспособностью (18 лет).

7.4. Требование сохранение тайны осуществленного изменения имени должно адресовываться медицинским работникам в свете норм о врачебной тайне, работникам правоохранительных и иных государственных (регистрационных) органов, а также родственникам пациентов.

7.5 Правовая регуляция юридически значимых последствий изменения половой принадлежности должна охватывать положения, содержащиеся в различных законодательных актах, регулирующих брачные и родительские отношения, трудовую деятельность, вопросы социального и медицинского страхования.

7.6 Принципиальная возможность отказа от новых имени и полового статуса предопределяет необходимость включения особой правовой нормы, регламентирующей процедуру возврата (отмена перемены имени) к прежнему тендерному статусу.