

Стандарты лечения расстройств половой идентичности, разработанные Международной Ассоциацией по Изучению и Лечению Гендерной Дисфории имени Гарри Бенджамина. Шестая версия Февраль. 2001 г.

Члены комитета: Уолтер Мейер III, доктор медицинских наук (председатель); Уолтер О. Боктинг, доктор философских наук; Пегги Козн-Кеттенис, доктор философских наук; Эли Коулман, доктор философских наук; Доминико Ди Селье, доктор медицинских наук; Холли Девор, доктор философских наук; Луи Гурен, доктор философских наук, доктор медицинских наук; Дж. Джорис Хейг, доктор медицинских наук; Шейла Кёрк, доктор медицинских наук; Брэм Кьюпер, доктор философских наук; Дональд Лауб, доктор медицинских наук; Энн Лоренс, доктор медицинских наук; Айвон Менард, доктор медицинских наук; Стен Монстри, доктор медицинских наук; Джуд Пэттон, дипломированный фельдшер; Ли Шефер, доктор педагогических наук; Элис Уэбб, Департамент социального обеспечения; Конни Кристин Уилер, доктор философских наук.

Настоящее издание является шестой по счету версией Стандартов Лечения с момента публикации первоначального документа в 1979 г. Предыдущие версии были опубликованы в 1980, 1981, 1990 и 1998 гг.

Содержание:

- I. Вводные понятия (стр. 1)
- II. Эпидемиологические аспекты (стр. 2)
- III. Диагностическая классификация (стр. 3)
- IV. Профессиональный психиатр (стр. 6)
- V. Диагностика и лечение детей и подростков (стр. 8)
- VI. Психотерапия для взрослых (стр. 11)
- VII. Требования к гормональной терапии для взрослых (стр. 13)
- VIII. Эффекты от гормональной терапии у взрослых (стр. 14)
- IX. Практический опыт (стр. 17)
- X. Хирургия (стр. 18)
- XI. Пластика груди (стр. 19)
- XII. Хирургическая коррекция пола (стр. 20)
- XIII. Наблюдение в послеоперационный период (стр. 22)

I. Вводные понятия

Цель Стандартов лечения. Основной целью Стандартов лечения (СЛ) является изложение взглядов упомянутой международной организации: на психиатрические, медицинские и хирургические методы лечения расстройств половой идентичности. Специалисты могут использовать настоящий документ, для того чтобы понять параметры, в рамках которых они смогут предложить помощь лицам с названными расстройствами. Индивиды с расстройствами половой идентичности могут использовать СЛ для знакомства с современным взглядом специалистов на эту проблему. Все читатели должны осознавать факт скудости знаний в данной сфере и питать надежду на то, что некоторая неопределенность клинической картины будет устранена в будущем, благодаря научным исследованиям.

Всеобъемлющее лечение как цель. Общая цель психотерапевтического, гормонального или хирургического лечения для лиц с расстройствами половой идентичности – создание стойкой удовлетворенности собственной половой идентичностью с целью максимизации общего психологического здоровья и самореализации индивида. Стандарты лечения – это клиническое руководство. СЛ служат в качестве источника универсальных рекомендаций по лечению лиц с расстройствами половой идентичности. Упоминание критериев пригодности каждый раз подразумевает, что они играют роль минимальных критериев.

Отдельные специалисты и организации вправе видоизменять их. Клинические вариации данного руководства могут иметь место в силу уникальных анатомических, социальных или психологических особенностей пациента, развития методики, которую опытный специалист использует, имея дело с типовым случаем или с исследовательским протоколом. Эти вариации должны быть признаны в качестве таковых, разъяснены пациенту и документально зафиксированы в целях, как юридической защиты, так и для обеспечения возможности использования полученных ранее краткосрочных и долгосрочных результатов в интересах развития данного направления исследований.

Клинический порог. Клинический порог считается преодоленным, если беспокойство, неопределенность и вопросы, касающиеся половой идентичности, сохраняются на протяжении личностного развития, становятся столь серьезными, что претендуют на роль главного аспекта жизни индивида, либо препятствуют закреплению относительно бесконфликтной половой самоидентификации. Существует множество неофициальных формулировок для характеристики проблем пациента - такие, как: проблема половой идентичности, гендерная дисфория (внутренняя подавленность), гендерная проблема, гендерная тревога, гендерное страдание, гендерный конфликт или транссексуализм (стремление к изменению своего пола). Такие проблемы, как известно, имеют место, начиная с дошкольного возраста и до преклонных лет, и принимают чередующиеся формы. Эти проблемы отражают различную степень персональной неудовлетворенности собственной сексуальной идентификацией, полом и анатомическими характеристиками пола, гендерными ролями и восприятием окружающих. Если неудовлетворенные индивиды отвечают критериям одной из двух официальных классификаций -- Международной Классификации Заболеваний -10 (ICD-10) либо Диагностики и Статистического Руководства по Психическим Расстройствам -- Четвертое Издание (DSM-IV) -- они формально характеризуются как страдающие от расстройства половой идентичности (РПИ). Некоторые лица с РПИ переступают через еще один пороговый показатель -- они обладают навязчивым стремлением к хирургической трансформации собственного тела. Существует две основные группы людей с РПИ -- лица биологически мужского пола и лица биологически женского пола. Пол пациента всегда является существенным фактором в лечении РПИ. Клинические врачи должны отдельно принимать во внимание биологические, социальные, психологические и экономические дилеммы, стоящие перед каждым из полов. Все пациенты, тем не менее, должны следовать СЛ.

II. Эпидемиологические аспекты

Уровень распространения. Когда расстройства половой идентичности впервые попали в поле зрения специалистов, клинические подходы, в основном, были сфокусированы на том, как идентифицировать потенциальных кандидатов на хирургическую коррекцию пола. По мере развития данной сферы исследований, специалисты признали, что некоторые индивиды, действительно страдающие расстройствами половой идентичности, не желали и не были кандидатами на операции по смене пола. По самым ранним оценкам, распространенность транссексуализма среди взрослых индивидов равнялась 1 на 37,000 мужчин и 1 на 107,000 женщин. Недавние исследования на предмет распространенности транссексуализма как одного из расстройств половой идентичности, проведенные в Нидерландах, говорят о следующих цифрах - 1 на 11,900 мужчин и 1 на 30,400 женщин. Четыре наблюдения, впрочем, еще не подтвержденные систематическими исследованиями, свидетельствуют в пользу еще большей распространенности: 1) нераспознанные гендерные проблемы подчас диагностируются, когда у пациентов наблюдаются тревога, депрессия, маниакально-депрессивный психоз, расстройства в поведении, прочие сексуальные расстройства и интерсексуальные патологии; 2) некоторые гетеросексуальные мужчины, женщины, имитирующие мужское поведение,

транссексуалы и гомосексуалисты мужского и женского пола могут страдать от определенной формы расстройства половой идентичности; 3) интенсивность расстройств половой идентичности некоторых индивидов колеблется по направлению как вверх, так и вниз от клинического порога; 4) гендерная вариация среди индивидов женского пола, как правило, слабо воспринимается окружающими, и, в частности, специалистам в области психиатрии и учеными.

Естественная история расстройств половой идентичности. В идеале, клинические данные о естественной истории проблем половой идентичности наполнили бы содержанием все решения о выборе метода лечения. Они отсутствуют, за исключением того факта, что без терапии большинство мальчиков и девочек с расстройствами половой идентичности, по мере взросления, избавляются от желания изменить свой пол и половую идентичность. После того, как диагностирован РПИ, метод терапии обычно включает три элемента или фазы (иногда он обозначается как триадическая терапия): практический опыт в желаемой роли, гормоны искомой половой идентичности и хирургическая операция с целью изменения половых органов и иных половых признаков. Пять менее обоснованных, с научной точки зрения, наблюдений свидетельствуют о нецелесообразности применения клиническими врачами триадической терапии, руководствуясь одним лишь диагнозом: 1) некоторые тщательно диагностированные лица спонтанно меняют свои желания; 2) другие успешно приспосабливаются к своей половой идентичности без медицинского вмешательства, 3) третьи отказываются от желания следовать триадической последовательности в ходе психотерапии; 4) некоторые клиники, специализирующиеся на половой идентичности, сталкиваются с необъяснимо большим количеством случаев выбывания пациентов и 5) доля индивидов, испытавших благотворный эффект от триадической терапии, существенно варьирует от исследования к исследованию. Многие лица с РПИ изъявляют желание получить все три элемента триадической терапии. Как правило, триадическая терапия протекает в следующем порядке: гормоны = = > практический опыт = = > хирургическая операция, или иногда: практический опыт = = > гормоны = = > хирургическая операция. Для некоторых лиц биологически женского пола предпочтительной может быть следующая последовательность: гормоны = = > пластика груди = = > практический опыт.

Однако диагностика РПИ предполагает необходимость принятия во внимание разнообразия терапевтических возможностей, и полная терапевтическая триада – лишь одна из них. Среди клинических врачей растет понимание того, что не все лица с расстройствами половой идентичности нуждаются или желают все три элемента триадической терапии.

Страновая специфика проблемы отклонений половой идентичности. Несмотря на то, что эпидемиологические исследования установили факт схожего базового количества случаев расстройств половой идентичности по всему миру, существует вероятность, что культурные различия от одной страны к другой будут изменять поведенческие аспекты этих патологий. Более того, такие факторы, как доступность лечения, его стоимость, предлагаемая терапия, общественные стереотипы в отношении лиц с расстройствами половой идентичности и медицинские специалисты, существенно варьируют географически. В то время как в большинстве стран смена пола, как правило, вызывает скорее моральное порицание, нежели сочувствие, встречаются яркие примеры кросс-гендерного поведения в некоторых культурах (демонстрируемого, например, духовными лидерами), не подвергающегося осуждению.

III. Диагностическая классификация

Пять элементов клинической работы. Специализированное лечение пациентов с расстройствами половой идентичности включает любой из следующих элементов: диагностическое обследование, психотерапия, практический опыт, гормональная терапия и хирургическое лечение. Настоящий раздел посвящен основам диагностического обследования.

Разработка классификации. Термин “транссексуальный” имеет хождение в специализированных кругах и употребляется широкой публикой с 1950-х годов для характеристики индивида, желавшего или фактически жившего с половой идентичностью, противоположной его естественным анатомическим характеристикам, в независимости от того, применялись ли гормоны, и проводилось ли хирургическое вмешательство. На протяжении 1960-х и 1970-х годов клинические врачи применяли термин “натуральный транссексуал”. Натуральный транссексуал рассматривался как лицо с характерной историей формирования нетипичной половой идентичности, и считалось, что повысить качество его жизни можно с помощью лечебной методики, увенчивающейся хирургической пластикой половых органов. Натуральные транссексуалы характеризовались следующим образом: 1) кросс-гендерная идентификация, систематически находящая выражение в поведении в детстве, подростковом периоде и в пору зрелости;

2) минимальное возбуждение или отсутствие такового как результат переодевания (трансвестизма); и 3) отсутствие интереса к противоположному полу, обусловленного их анатомическим полом. Натуральные транссексуалы могли быть представителями обоих полов. Натуральные транссексуалы мужского пола отличались от мужчин, которые приобрели желание изменить пол и половую идентичность в результате эволюции достаточно маскулинного (мужеподобного) поведения. Вера в концепцию натурального транссексуализма для индивидов мужского пола угасла, когда выяснилось, что такие пациенты встречались редко и что предполагаемые натуральные транссексуалы фальсифицировали свои истории с целью “подогнать” их под самые первые научные теории расстройства. Концепция натуральных транссексуалов-женщин никогда не создавала неопределенностей с диагностикой, в основном, благодаря тому, что истории пациентов были довольно последовательны, а поведенческие отклонения в половой идентификации – такие, как женский трансвестизм, не наблюдались клиническими врачами. Термин “синдром гендерной дисфории” позже стал применяться для обозначения гендерных проблем у обоих полов – до тех пор, пока была разработана официальная классификация. Диагноз “транссексуализм” был введен в DSM-III в 1980-е годы для индивидов, не удовлетворенных своей половой идентичностью, которые на протяжении как минимум двух лет проявляли постоянный интерес к изменению своего пола и социального гендерного статуса. Некоторым лицам с гендерной дисфорией мог быть поставлен диагноз: расстройство половой идентичности в подростковом периоде или зрелом возрасте; или иной случай расстройства половой идентичности (ИСРПИ). Эти диагностические термины обычно игнорировались средствами массовой информации, которые использовали термин “транссексуализм” в отношении любого лица (он/она), желавшего изменить свой пол и половую идентичность.

DSM-IV. В 1994 г. комитет DSM-IV заменил диагноз “транссексуализм” на формулировку “расстройство половой идентичности”. В зависимости от возраста, лицам с ярко выраженной и стойкой кросс-гендерной идентификацией и стойкой неудовлетворенностью своей половой принадлежностью или чувством несоответствия своему естественному полу ставился диагноз: расстройство половой идентичности в детстве (302.6), подростковом периоде или зрелом возрасте (302.85). Диагноз для лиц, не отвечавших этим критериям, звучал как: иной случай расстройства половой идентичности (ИСРПИ) (302.6). Данная категория включала разнообразие индивидов, в т. ч. лиц, желавших только кастрации либо пенэктомии и не желавших подвергнуть себя пластике груди, тех, кто желал гормональной терапии и мастэктомии, однако не желал хирургической коррекции своего пола, индивидов с врожденной интерсексуальной патологией, пациентов с временными проявлениями трансвестизма, обусловленными стрессом, и лиц с противоречивым отношением к вопросу смены своего пола. Пациенты с диагнозом РПИ и ИСРПИ подразделялись на категории: влекомые к мужчинам, влекомые к женщинам, влекомые к обоим полам, или же не испытывающие тяги ни к одному из полов. Такое подразделение должно было помочь с течением времени определить, получали ли индивиды той или иной

сексуальной ориентации лучшие клинические результаты, пользуясь определенными терапевтическими подходами. И оно не было предназначено в качестве руководства по выбору методов лечения.

В период между публикацией DSM-III and DSM-IV термин "транссексуал" начал использоваться различными способами. Некоторые употребляли его для характеристики лиц с необычной половой идентичностью в манере, свободной от оценочных суждений, т.е. без психопатологической подоплеки. Некоторые люди неформально использовали термин для обозначения любого лица с любым типом проблем половой идентичности. Транссексуал - это неформальный диагноз, однако многие специалисты и общественные деятели сочли его более удобным в применении, нежели ИСРПИ, который является формальным диагнозом.

ICD-10. ICD-10 сегодня приводит пять диагнозов расстройство половой идентичности (F64):

Транссексуализм (F64.0) имеет три критерия:

1. Сильное желание вести образ жизни и восприниматься окружающими как представитель противоположного пола, обычно сопровождаемое стремлением сделать свое тело максимально соответствующим вожделенному полу посредством хирургии и гормонального лечения;

2. Транссексуальная идентичность непрерывно присутствует в течение, по меньшей мере, двух лет;

3. Расстройство не является симптомом другого душевного расстройства или аномалии на генетическом уровне. Дуалистичный трансвестизм (F64.1) характеризуется тремя критериями:

1. Индивид носит одежду противоположного пола, чтобы испытать временную причастность к противоположному полу;

2. Нет сексуальных мотивов для трансвестизма;

3. Индивид не имеет желания менять свой пол на противоположный на постоянной основе.

Расстройство половой идентичности в детстве (64.2) характеризуется различными признаками для мальчиков и девочек.

Для девочек:

1. Индивид демонстрирует стойкое и глубокое чувство подавленности из-за того, что является девочкой, и выразила желание стать мальчиком (не просто желание стать мальчиком, чтобы получить определенные очевидные культурные преимущества) или настаивает на том, что является мальчиком;

2. Обязательно наблюдается какой-либо из следующих признаков:

а. Стойкая, ярко выраженная неприязнь к привычной женской одежде и упорное желание носить стереотипную мужскую одежду;

б. Стойкое неприятие анатомического строения по типу женского, о чем свидетельствует хотя бы один из следующих признаков:

1. Утверждение о том, что у нее есть, либо она отрастит себе, пенис;

2. Отказ мочиться в сидячем положении;

3. Утверждение о том, что она не хочет отращивать грудь или менструировать.

3. Девочка еще не достигла половой зрелости;

4. Расстройство имеет место в течение, по крайней мере, 6 месяцев.

Для мальчиков:

1. Индивид демонстрирует стойкое и глубокое чувство подавленности из-за того, что является мальчиком, и выражает желание быть девочкой, или, что наблюдается еще реже, настаивает на том, что он - девочка.

2. Обязательно наблюдается какой-либо из следующих признаков:

а. Пристрастие к типично женским занятиям, например, предпочтение либо переодевания, либо симулирования женских нарядов, или сильное желание участвовать в играх или развлечениях девочек и неприятие типичных игрушек, игр и занятий, свойственных мальчикам;

б. Стойкое неприятие анатомического строения по типу мужского, о чем свидетельствует хотя бы одно из следующих повторяющихся утверждений:

1. Что он вырастет, чтобы стать женщиной (это касается не только роли);
2. Что его пенис или яички – отвратительны либо исчезнут;
3. Что лучше не иметь пениса или яичек.
3. Мальчик еще не достиг половой зрелости;
4. Расстройство имеет место в течение, по крайней мере, 6 месяцев.

Синдром “Прочие расстройства половой идентичности (F64.8)” не характеризуется конкретными признаками.

Расстройство половой идентичности. Точно не определено, не характеризуется конкретными признаками.

Любой из предыдущих двух диагнозов может быть использован для лиц с интерсексуальной патологией. Предназначение DSM-IV и ICD-10 – руководство лечением и исследование. Разные группы специалистов создали данные классификаторы на основании согласованности суждений, в разные моменты времени.

Ожидается, что различия между этими системами будут устранены в будущем.

На данном этапе конкретные диагнозы основаны больше на клинических результатах, нежели на выводах научных исследований.

Являются ли расстройства половой идентичности психическими расстройствами? Чтобы квалифицироваться как психическое расстройство, какая-либо поведенческая модель должна иметь в качестве результата существенное ухудшение способности индивида приспосабливаться к окружающей действительности или причинять личностные душевные страдания. DSM-IV и ICD-10 характеризуют сотни типов душевных расстройств, которые варьируют, с точки зрения момента их наступления, продолжения, патогенеза, нарушения функций и излечимости. Обозначение расстройств половой идентичности как душевных расстройств не является оправданием для третирования пациентов или ущемления их гражданских прав. Использование формального диагноза часто важно в деле оказания помощи, предоставления страхового покрытия и направления исследования в нужное русло с целью обеспечения эффективного лечения в будущем.

IV. Профессиональный психиатр

Десять задач профессионального психиатра. Профессиональные психиатры (ПП), которые работают с индивидами, страдающими расстройствами половой идентичности, могут включаться в процесс терапии на регулярной основе и исполнять большинство из следующих функций:

1. Точно диагностировать гендерное расстройство пациента;
2. Точно диагностировать любые сопутствующие психиатрические патологии и подбирать подходящее лечение;
3. Консультировать пациента в отношении существующих возможностей лечения и их результатов;
4. Заниматься психотерапией;
5. Констатировать пригодность и готовность пациента к гормональному лечению и хирургической терапии;
6. Делать формальные рекомендации коллегам - терапевтам и хирургам;
7. Документально фиксировать важную клиническую информацию о своих пациентах в рекомендательном письме;
8. Быть членом команды специалистов, занимающихся проблемой расстройств половой идентичности;
9. Вести разъяснительную работу с членами семьи, работодателями и организациями на предмет расстройств половой идентичности;
10. Участвовать в дальнейшем наблюдении за прежними пациентами с гендерными расстройствами.

Специалист по взрослым пациентам. Квалификация профессионального психиатра, специализирующегося на расстройствах половой идентичности у взрослых, базируется на общей клинической компетентности в вопросах диагностирования и лечения душевных и эмоциональных расстройств. Повышение клинической квалификации может происходить в рамках любых формальных аттестаций по той или иной дисциплине – например, психологии, психиатрии, общественной работе, консультированию или уходу за больными. Рекомендуемые минимальные квалификационные характеристики, свидетельствующие о специальных знаниях по теме расстройств половой идентичности следующие:

1. Степень магистра либо её эквивалент в области клинических бихевиористских (поведенческих) теорий. Эта или другая, ещё более продвинутая, степень должна быть присуждена институтом, сертифицированным признанным национальным либо региональным аккредитационным советом.

Профессиональный психиатр должен иметь официальные сертификаты от специализированного учебного центра и лицензирующего ведомства.

2. Курс профессиональной подготовки и компетентность в вопросах оценки сексуальных расстройств по классификации DSM-IV/ICD-10 (не ограничиваясь лишь расстройствами половой идентичности).

3. Сертификат об окончании профессиональных курсов под руководством наставников и квалификация психотерапевта.

4. Постоянное повышение квалификации в сфере лечения расстройств половой идентичности, включая посещение встреч специалистов, симпозиумов и семинаров или участие в исследовательской деятельности по проблемам половой идентичности.

Специалист по пациентам-детям. Специалист, который ставит диагноз и предлагает терапию для ребенка или подростка с РПИ, должен иметь соответствующую квалификацию в области психопатологии развития детей и подростков. Специалист должен обладать компетенцией в вопросах диагностирования и лечения обычных проблем детей и подростков. Эти требования являются дополнением к профессиональным требованиям в отношении специалиста по взрослым пациентам.

Разница между пригодностью к лечению и готовностью. СЛ являются источником рекомендаций в отношении требований к пригодности пациента к гормональной терапии и хирургии. Не обеспечив выполнение этих рекомендаций, пациент и терапевт не могут претендовать на гормональное лечение или хирургическую операцию. Приведем пример требования к пригодности пациента к лечению: человек должен жить в образе предпочитаемого им пола в течение двенадцати месяцев до операции по смене пола. Для выполнения этого критерия специалист должен документально зафиксировать, что практический опыт имел место на протяжении упомянутого срока. Выполнения критерия готовности – дальнейшее закрепление формирующейся половой идентичности – сложнее, так как требует суждения со стороны клинического врача и пациента.

Взаимоотношения между профессиональным психиатром, лечащим врачом и хирургом. Профессиональные психиатры, рекомендуемые гормональную терапию и хирургическое лечение, несут юридическую и этическую ответственность за такие решения совместно с лечащим врачом, назначающим лечение.

Гормональная терапия зачастую может смягчать чувство тревоги и депрессию у пациентов, не принимающих дополнительно психотропные препараты. Однако некоторые индивиды нуждаются в психотропных препаратах до гормональной терапии или хирургической операции либо одновременно с ними. От профессионального психиатра требуется выявить такую потребность и проследить за тем, чтобы необходимые психотропные препараты были предложены пациенту. Наличие сопутствующих психиатрических патологий не обязательно препятствует проведению гормональной терапии или хирургической операции, но некоторые диагнозы представляют собой сложные терапевтические дилеммы и могут задержать либо

исключить использование того и другого лечения. История болезни, документально зафиксированная профессиональным психиатром, должна кратко описывать:

1. Общие идентифицирующие характеристики пациента;
2. Первоначальный и формирующийся пол, сексуальные и иные психиатрические диагнозы;
3. Продолжительность их профессиональных взаимоотношений, включая вид психотерапии или диагностики, примененных в отношении пациента;
4. Соответствие критериям пригодности к лечению и доводы профессионального психиатра в пользу гормональной терапии или хирургической операции;
5. Степень усердия, с которым пациент следовал стандартам лечения (СЛ) до сих пор, и вероятность соблюдения им СЛ в будущем;
6. Является ли автор отчета членом группы специалистов по гендерным вопросам;
7. Заявление о том, что составитель отчета готов ответить на телефонные звонки тех, кто желает удостовериться, что профессиональный психиатр действительно составил данный отчет в соответствии с настоящим документом.

Структура и полнота этих писем являются для лечащих врачей, прописывающих гормональное лечение, и хирургов весомым свидетельством того, что профессиональный психиатр обладает требуемой квалификацией в области расстройств половой идентичности.

Одно письмо требуется для инициирования гормональной терапии или пластики груди. Одно письмо от профессионального психиатра, включающего вышеупомянутые семь пунктов и адресованного терапевту, ответственному за лечение пациента, достаточно для начала гормональной терапии или направления на пластику груди (напр., мастэктомия, удаление груди, увеличение груди).

Два письма, как правило, требуется для хирургической коррекции пола. Операции по смене пола для биологических мужчин могут включать орхиэктомию (удаление яичек), пенэктомия (удаление тела полового члена), клиторопластику, лабиопластику или создание вагины. Операции для биологических женщин могут включать гистерэктомию (удаление матки), сальпингоовариэктомию (удаление придатков матки), вагинэктомию (иссечение влагалища), пластику пениса, скротопластику (пластическая операция на мошонке), уретропластику (восстановление формы и функции мочеиспускательного канала), установка протезов яичек, или создание фаллоса.

Идеальным представляется вариант, когда профессиональные психиатры исполняют свои задачи и периодически по ним отчитываются, будучи членами команды других профессиональных психиатров и терапевтов-непсихиатров.

Одного письма для врача, осуществляющего операции по смене пола, как правило, достаточно, если его подписали два профессиональных психиатра.

Более привычны, однако, рекомендательные письма от профессиональных психиатров, которые работают поодиночке, без коллег с опытом лечения расстройств половой идентичности. Так как специалисты, работающие независимо, могут быть лишены преимуществ непрерывных консультаций по случаям расстройств половой идентичности, два рекомендательных письма требуется до инициирования хирургической коррекции пола. Если одно письмо – от человека со степенью магистра, то второе должно быть от психиатра или клинического психолога (Ph.D.), от которого может потребоваться адекватно оценить сопутствующие психические патологии. Если первое письмо – от психотерапевта пациента, то второе должно быть от человека, который занимался исключительно диагностикой пациента. Каждое письмо, вместе с тем, должно освещать одну и ту же тему. По меньшей мере, одно из писем должно иметь форму развернутого отчета. Автор второго письма, ознакомившись с первым письмом, может предпочесть написать более сжатый отчет и согласиться с рекомендацией.

V. Диагностика и лечение детей и подростков

Описание и классификация явлений. Расстройства половой идентичности у детей и подростков отличаются от таких же расстройств у взрослых тем, что наблюдается стремительный и драматичный процесс развития событий (физического, психологического и сексуального). Расстройства половой идентичности у детей и подростков носят характер сложных патологий. Юный индивид может воспринимать совокупность признаков своего пола как несовместимую с его собственным чувством половой идентичности. Часто наблюдается глубокое чувство неудовлетворенности, в особенности в подростковом периоде, и, как результат – эмоциональные и поведенческие проблемы. Налицо – большая изменчивость и вариативность результатов терапии, особенно среди детей препубертатного возраста. Лишь незначительное количество юных индивидов с расстройствами половой идентичности становятся транссексуалами, хотя многие, в конечном итоге, развивают гомосексуальную ориентацию.

Часто наблюдаемые признаки расстройств половой идентичности у детей и подростков включают объявленное желание принадлежать к другому полу; игры и игрушки, обычно ассоциируемые с тем полом, с которым ребенок себя отождествляет; избегание одежды, поведения и игр, обычно ассоциирующихся с натуральным полом ребенка и его половой идентификацией; предпочтение друзьям и партнерам по играм того пола, с которым ребенок себя отождествляет, а также отвращение к вторичным половым признакам и физиологическим функциям. Расстройства половой идентичности чаще диагностируются у мальчиков.

Феноменологически, существует качественная разница между манерой выражения детьми и подростками своей половой принадлежности и проблем с половой идентичностью, и демонстрацией маний и других психических расстройств. Бредовые представления о своем теле или половой принадлежности могут иметь место в психических патологиях, однако они могут быть отличены от феномена расстройств половой идентичности. Расстройства половой идентичности в детстве не эквивалентны симптомам, наблюдаемым у взрослых, а первые не обязательно ведут к возникновению вторых. Чем младше ребенок, тем меньше вероятность точного диагноза и, пожалуй, более высока вероятность успешного лечения.

Психологическое и социальное вмешательство. Задача профессионального детского психиатра – диагноз и лечение, в целом, отвечающие следующим критериям:

1. Специалист должен распознать и признать наличие проблемы половой идентичности. Признание и снятие завесы секретности могут принести значительное облегчение.

2. Диагностика должна исследовать природу и характеристики половой идентичности ребенка или подростка. Должно быть проведено полное психодиагностическое и психиатрическое обследование. Полная диагностика должна включать характеристику семьи, так как другие эмоциональные и поведенческие проблемы – частое явление, и нередко нерешенные проблемы присутствуют в окружении ребенка.

3. Терапия должна фокусироваться на решении любых сопутствующих проблем в жизни ребенка, и на снижении чувства подавленности, которое ребенок испытывает в связи с его или её проблемой половой идентичности и другими проблемами. Ребенок и семья должны пользоваться поддержкой в процессе принятия ими непростых решений относительно того, в какой степени следует разрешить ребенку играть половую роль, совместимую с его или её половой идентичностью. Это включает вопросы касательно того, информировать или нет других о состоянии ребенка, и как другие, присутствующие в жизни ребенка, должны реагировать: например, должен ли ребенок посещать школу, используя имя и одежду, не типичные для его естественного пола. Они также нуждаются в психологической поддержке и советах, как лучше справиться с неопределенностью и тревогой, обусловленными необычным поведением ребенка.

Специализированные конференции могут быть очень полезным средством поиска решений для этих проблем.

Физическое вмешательство. Прежде чем рассматривать вопрос о физическом вмешательстве, необходимо провести тщательное исследование психологических, семейных и социальных аспектов. Физическое вмешательство - мера, которую следует применять в контексте подросткового развития. Развитие половой идентичности у подростков может претерпевать изменения стремительно и неожиданно. Нормализация половой идентичности подростка может произойти, в первую очередь, как следствие его стремления не расстраивать семью, и может не носить постоянный характер и не отражать окончательного закрепления половой идентичности. Представления подростков о собственной идентичности могут приобрести характер твердого убеждения и быть ярко выражены, тем самым, создавая ложное впечатление о необратимости; нарастающая изменчивость может снова наблюдаться позднее. По этим причинам, оперативное вмешательство с необратимыми последствиями следует откладывать, насколько это позволяет клиническая картина.

Призывы к физическому вмешательству из-за сложного психологического состояния подростка могут быть весьма настойчивыми, и в таких ситуациях следует рассмотреть возможность обращения к услугам специализированной детско-юношеской междисциплинарной службы – там, где такие службы существуют.

Физическое вмешательство подразделяется на три типа или стадии:

1. Полностью обратимые вмешательства. Этот тип включает применение агонистов на основе лютеинизирующих релизинг-гормонов или медроксипрогестерона для подавления образования эстрогена или тестостерона, и, как следствие, замедления физиологических изменений пубертатного периода.

2. Частично обратимые вмешательства. Этот тип включает гормональные интервенции, которые способствуют развитию мужских или женских вторичных половых признаков, такие, как назначение тестостерона индивидам биологически женского пола и эстрогена – лицам мужского пола. Для достижения обратных результатов может применяться хирургическое вмешательство.

3. Необратимые вмешательства. Это хирургические операции. Рекомендуется поэтапный процесс, для того чтобы сохранить возможности для внесения изменений в ходе первых двух этапов. Переход от одной стадии к другой не должен осуществляться, пока не пройдет время, необходимое юному индивиду и его/её семье для привыкания к результатам предыдущих вмешательств.

Полностью обратимые вмешательства. Подростки могут считаться пригодными для лечения гормонами, тормозящими половое созревание, как только пубертатные изменения начались. Чтобы подросток и его или её родители могли принять осознанное решение о замедлении полового созревания, подростку рекомендуется беспрепятственно пережить начало пубертатных изменений, естественных для его или её биологического пола, по крайней мере, до второй стадии по шкале Таннера. Если, по клиническим соображениям, считается, что как можно более раннее вмешательство отвечает интересам пациента, необходимо посоветоваться с педиатром-эндокринологом и психиатром.

Две цели оправдывают такой тип вмешательства: а) выиграть время для дальнейшего исследования половой идентичности и других аспектов развития, с точки зрения психотерапии; и б) облегчить протекание процесса в случае, если подросток и далее стремится к изменению пола и половой идентичности. Для назначения подростку гормонов, тормозящих половое созревание, необходимо выполнение следующих критериев:

1. в детстве подросток демонстрировал устойчивое транссексуальное поведение и неприятие привычных для его естественного пола проявлений;

2. неудовлетворенность полом и половой идентичностью существенно усилилась с началом полового созревания;

3. семья соглашается и участвует в лечении.

Индивидов биологически мужского пола следует лечить агонистами на основе лютеинизирующих релизинг-гормонов (которые останавливают выработку лютеинизирующих гормонов, а следовательно, и тестостерона), или прогестинами

либо антиандрогенами (которые блокируют выработку тестостерона или нейтрализуют действие тестостерона). Индивидов биологически женского пола следует лечить агонистами на основе лютеинизирующих релизинг-гормонов или соответствующими прогестинами (которые останавливают выработку эстрогенов и прогестерона) для остановки менструаций.

Частично обратимые вмешательства. Подростки могут быть пригодными для начала гормональной терапии с целью развития мужских или женских половых признаков, с 16 лет, желательно с согласия родителей. Во многих странах 16-летние граждане правомочны принимать решения по поводу лечения, и родительского согласия не требуется. Участие профессионального психиатра - необходимое требование для триадической терапии подростков. Применение практического опыта или гормональной терапии требует от профессионального психиатра работы с пациентом и его семьей в течение как минимум шести месяцев.

В то время как количество сеансов в течение этих шести месяцев зависит от мнения клинического врача, основная задача указанного периода состоит в тщательном и многократном взвешивании необходимости применения практического опыта и гормональной терапии. Что касается пациентов, которые вступили в стадию практического опыта до консультаций с психотерапевтом, специалист должен работать в тесном контакте с ними и их семьями, тщательно и многократно анализируя происходящие явления.

Необратимые вмешательства. Следует избегать любого типа хирургического вмешательства до наступления совершеннолетия, либо до стадии практического опыта с длительностью как минимум два года в рамках той половой идентичности, с которой подросток себя отождествляет. Порог в 18 лет должен рассматриваться как критерий пригодности, а не как знак для активного вмешательства.

VI. Психотерапия для взрослых

Обычное наблюдение. Многие зрелые индивиды с расстройствами половой идентичности находят для себя удобный, эффективный образ жизни, который не охватывает абсолютно все компоненты триадической терапии. В то время как некоторым индивидам удастся самостоятельно справиться с этой задачей, психотерапия может быть очень полезной в иницировании процессов познания и полового созревания, которые обеспечат душевное спокойствие.

Психотерапия не является безусловным требованием к триадической терапии

Не каждый взрослый пациент с расстройством половой идентичности нуждается в психотерапии как вспомогательном средстве для гормональной терапии, практического опыта или хирургического лечения. Индивидуальные программы варьируют в зависимости от степени потребности в психотерапии. Если первоначальный диагноз профессионального психиатра свидетельствует о необходимости психотерапии, клинический врач должен конкретизировать цели лечения и оценить его частоту и продолжительность. Не существует требования к минимальному количеству сеансов психотерапии, предваряющей гормональную терапию, практический опыт или хирургическое лечение, и на это есть три причины:

1) пациенты сильно отличаются друг от друга в плане их способностей к достижению сходных целей за определенное количество времени; 2) минимальное количество сеансов зачастую трактуется как барьер, который ограничивает подлинную возможность для личностного развития; 3) профессиональный психиатр может быть существенным подспорьем для пациента на всех стадиях процесса по коррекции пола. Индивидуальные программы могут в качестве требования устанавливать некоторое минимальное количество сеансов или месяцев психотерапии. Профессиональный психиатр, который осуществляет первоначальную диагностику, не обязательно должен быть психотерапевтом. Если члены команды гендерных специалистов не занимаются психотерапией, психотерапевт должен быть проинформирован о том, что письмо, описывающее терапию пациента, может потребоваться для перехода пациента к следующему этапу лечения.

Цели психотерапии. Психотерапия часто служит средством разьяснения возможностей, прежде не рассматривавшихся пациентом серьезно. Она делает акцент на необходимости ставить реалистичные жизненные цели, касающиеся работы и взаимоотношений, и является инструментом для выяснения природы и разрешения психологических проблем пациента, которые могут нарушить стабильный жизненный уклад.

Взаимоотношения между пациентом и терапевтом. Установление доверительных отношений с пациентом – это первый шаг на пути к хорошим результатам в работе профессионального психиатра. Это обычно достигается путем квалифицированного и непредвзятого исследования гендерных расстройств пациента в ходе первоначального диагностического обследования. Прочие вопросы могут стать объектом рассмотрения позже - после того, как пациент почувствует, что клинический врач заинтересован и понимает его тревоги относительно половой идентичности.

В идеале, клинический врач должен заниматься всем комплексом проблем пациента. Цель лечения - это помочь пациенту жить более комфортно с его половой идентичностью и эффективно справляться с другими проблемами негендерного характера. Клинический врач зачастую пытается создать благоприятные условия для работы и установить либо поддерживать лояльные отношения. Даже если эти первоначальные цели достигнуты, профессиональные психиатры должны принимать во внимание вероятность того, что никакая разьясняющая, психотерапевтическая, лекарственная или хирургическая терапия не сможет необратимо устранить все признаки естественного пола пациента и предыдущего полового опыта.

Психотерапевтические процедуры. Психотерапия представляет собой серию интервью между терапевтом, который хорошо осведомлен об эмоциональных страданиях людей, и о том, как эти страдания облегчить, и пациентом, испытывающим патологическое состояние. Как правило, психотерапия состоит из периодически проводимых 50-минутных сеансов. Психотерапевтические сеансы инициируют эволюционный процесс у пациента. Они помогают дать оценку истории болезни пациента, понять существующие дилеммы и идентифицировать неосуществимые идеи и неадекватность поведения. Психотерапия не предназначена для излечения расстройств половой идентичности. Её обычная цель – стабильный в долгосрочной перспективе жизненный уклад с реальными шансами на успех во взаимоотношениях, учебе, в карьере и в выражении своей половой идентичности. Расстройство половой идентичности часто усугубляет проблемы, связанные с взаимоотношениями, работой и учебой. Терапевт должен четко уяснить, что пациент обладает правом выбора из множества возможностей. Пациент может постоянно экспериментировать с альтернативными методиками. В идеале, психотерапия – это сотрудничество. Терапевт должен быть уверен в том, что подопечный понимает концепцию пригодности и готовности, поскольку терапевт и пациент должны сотрудничать для диагноза проблем пациента и оценки прогресса в деле их преодоления. Сотрудничество способно предотвратить тупиковую ситуацию, когда терапевт беспричинно воздерживается от дачи рекомендаций, а пациент боится делиться мыслями, чувствами, переживаниями.

Пациенты могут получить пользу от психотерапии на любой стадии развития половой идентичности. Это включает послеоперационный период, когда анатомические препятствия для искомой половой идентичности уже удалены, однако индивид может продолжать чувствовать нехватку подлинного комфорта и навыков существования с новой половой идентичностью.

Возможности адаптации к новой половой идентичности. Занятия и процессы, перечисленные ниже, используемые в разном сочетании, помогли людям обрести более высокую степень душевного спокойствия. Привыкание к новой половой идентичности может развиваться спонтанно и как результат психотерапии. Нахождение путей адаптации к новой половой идентичности не означает, что индивид не может в будущем предпочесть гормональную терапию, практический опыт или хирургическую коррекцию пола.

Занятия:

Биологические мужчины:

1. Трансвестизм: ношение неброского женского нижнего белья; ношение одежды в стиле унисекс; ношение женской одежды;

2. Изменение внешних характеристик тела: удаление волос с помощью электроэпиляции или ваксэпиляции; небольшие косметико-пластические хирургические процедуры;

3. Повышенное внимание к внешнему виду, гардеробу и работа над голосом для достижения соответствующего тембра.

Биологические женщины:

1. Трансвестизм: ношение неброского нижнего белья; ношение одежды в стиле унисекс; ношение мужской одежды;

2. Изменение тела путем перевязки груди, поднятия тяжестей, накладка театральных усов;

3. Набивка нижнего белья либо ношение протеза пениса.

Оба пола:

1. Получение информации о феномене транссексуальности от: групп поддержки, гендерных групп, общения с друзьями по интересам в Интернете, изучения настоящих Стандартов лечения, соответствующей любительской и профессиональной литературы о законных правах, касающихся работы, взаимоотношений и публичного проявления трансвестизма;

2. Участия в развлекательных мероприятиях представителей искомой половой идентичности;

3. Ведение транссексуального образа жизни на эпизодической основе.

Процессы:

1. Признание собственных гомосексуальных или бисексуальных фантазий и поведения (ориентации) как явлений, отличных от половой идентичности и искомой гендерной роли;

2. Осознание того, что факт необходимости продолжать работу, заботиться об эмоциональных потребностях детей, исполнять супружеские обязанности, не расстраивать членов семьи является более высоким приоритетом, нежели желание постоянно выражать собственную транссексуальность;

3. Интегрирование информированности о мужской и женской половой идентичности в повседневный быт;

4. Идентификация механизмов, обостряющих проблемы транссексуальности и их эффективное разрешение; например, развитие навыков защиты личности, укрепление уверенности в себе и совершенствование профессиональных знаний с целью карьерного роста и разрешения межличностных конфликтов для усиления ключевых взаимоотношений.

VII. Требования к гормональной терапии для взрослых. Гормональное лечение транссексуальных расстройств играет важную роль в процессе анатомической и психологической трансформации половой идентичности у тщательно обследованных взрослых пациентов с расстройствами половой идентичности. Гормоны часто необходимы как лекарство для успешного существования с новой половой идентичностью. Они улучшают качество жизни и купируют сопутствующие психиатрические расстройства, которые часто возникают из-за недостаточного лечения. Когда терапевты прописывают андрогены биологическим женщинам, а эстрогены, прогестерон и агенты, блокирующие прогестерон – биологическим мужчинам, пациенты чувствуют себя и выглядят в большей степени как члены искомой ими половой идентичности.

Критерии пригодности. Назначение гормонов – процедура серьезная из-за присутствующих медицинских и социальных рисков. Существует три критерия.

1. Возраст 18 лет;

2. Наглядное знание того, что можно и чего нельзя достичь при помощи гормонов, с медицинской точки зрения, и их социальные выгоды и риски;

3. Либо:

а. Документально зафиксированный практический опыт длительностью минимум три месяца до назначения гормонов, или

б. Период психотерапии с длительностью, рекомендованной профессиональным психиатром после первоначального обследования (обычно, минимум три месяца).

В определенных условиях приемлемо назначать гормоны пациентам, которые не выполнили критерий 3 – например, чтобы облегчить проведение терапии под наблюдением с использованием гормонов проверенного качества, в виде альтернативы гормонам, доступным на “черном” рынке, или приему гормонов без наблюдения со стороны врача.

Критерии готовности. Существует три критерия:

1. Пациент укрепился в собственном восприятии половой идентичности посредством практического опыта или психотерапии;

2. Пациент достиг определенного прогресса в преодолении иных идентифицированных проблем, что привело к улучшению или стабилизации душевного здоровья (это предполагает достаточную степень контроля над такими проблемами как антиобщественное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, психозы и суицидальная наклонность);

3. Пациент склонен к ответственному употреблению гормонов.

Могут ли гормоны назначаться тем, кто не желает хирургического вмешательства или практического опыта? Да. Однако после диагностики и психотерапии от профессионального психиатра и в соответствии с минимальными требованиями, описанными выше. Гормональная терапия может оказать существенную помощь пациентам с расстройствами половой идентичности, которые не желают вести транссексуальный образ жизни или подвергаться хирургии, либо которые не имеют такой возможности. У некоторых пациентов гормональная терапия сама по себе может привести к достаточному облегчению симптомов, для того чтобы обойтись без необходимости вести транссексуальный образ жизни или подвергаться операции.

Гормональная терапия и медицинский уход за лицами в местах заключения свободы. Индивиды, которые получают лечение в связи с расстройствами половой идентичности, должны продолжать получать надлежащее лечение в соответствии с настоящими Стандартами лечения после их заключения в места лишения свободы. Например, те, кто проходит психотерапию и/или гормональное лечение для транссексуалов, должны иметь возможность продолжать необходимое, с медицинской точки зрения, лечение, для того чтобы избежать состояний эмоциональной неустойчивости, нежелательного возврата к исходному положению (регрессия) после физических изменений, достигнутых ранее в результате гормонального лечения, и чувства отчаяния, способных привести к депрессии, тревоге и склонности к самоубийству. Заключение, которых резко лишают возможности принимать гормоны для лечения транссексуальности, сталкиваются с повышенным риском психиатрических симптомов и членовредительства. Медицинское наблюдение за приемом гормонов, как описано в настоящих стандартах, также должно быть предоставлено. Содержание заключенных с расстройствами половой идентичности должно принимать во внимание их переходный статус, а также персональную безопасность.

VIII. Эффекты от гормональной терапии у взрослых

Максимальный физический эффект от гормонального лечения может быть неочевидным пока не пройдет два года непрерывного лечения. Наследственность ограничивает реакцию тканей на гормональное лечение, и это обстоятельство не может быть преодолено путем увеличения дозы. Фактически достижимая степень эффективности варьирует от пациента к пациенту. Искомый эффект гормональной терапии. Биологические мужчины, получающие гормон эстроген, могут реалистично рассчитывать на следующие результаты лечения: увеличение груди, некоторое перераспределение жировой ткани в сторону женского типа анатомического строения,

снижение мускульной силы верхней части туловища, смягчение ткани, снижение волосяного покрова на теле, замедление или прекращение потери волос на голове, снижение репродуктивных функций и уменьшение размера яичек, снижение интенсивности и количества эрекции. Большинство из этих изменений могут иметь характер обратимости, хотя увеличение груди не может быть полностью повернуто вспять после прекращения лечения. Биологические женщины, принимающие гормон тестостерон, могут ожидать следующих необратимых изменений: снижение тембра голоса, увеличение клитора, легкую атрофию груди, более густой волосяной покров и облысение по мужскому типу. Обратимые изменения включают увеличение мускульной силы верхней части туловища, прибавку в весе, повышение социального и сексуального интереса и возбудимости, уменьшение жировой ткани на бедрах.

Возможные негативные, с медицинской точки зрения, побочные результаты. Пациенты с медицинскими проблемами, в частности с сердечнососудистыми заболеваниями, могут с большей вероятностью испытывать серьезные или даже опасные для жизни последствия применения гормонального лечения. Например, курение, полнота, преклонный возраст, сердечные заболевания, гипертония, проблемы со свертываемостью крови, злокачественные образования, некоторые эндокринные патологии могут повысить вероятность побочных эффектов и риск, связанный с гормональным лечением. Поэтому, некоторые пациенты могут обнаруживать непереносимость транссексуальных гормонов. Тем не менее, гормоны могут как принести пользу здоровью, так и представлять риск. Соотношение пользы/риска должно оцениваться совместно пациентом и врачом, назначающим лечение. Побочные эффекты у биологических мужчин, принимающих в ходе терапии эстроген и прогестины, могут включать предрасположенность к образованию кровяных сгустков (венозный тромбоз с риском фатальной легочной эмболии), развитие доброкачественной опухоли гипофиза, бесплодие, ожирение, эмоциональную неустойчивость, заболевания печени, образование желчных камней, сонливость, повышенное артериальное давление и сахарный диабет. Побочные эффекты у биологических женщин, принимающих тестостерон, могут включать бесплодие, угревую сыпь, эмоциональную неустойчивость, усиление сексуального желания, сдвиг липидного профиля в сторону мужского типа, что повышает риск сердечнососудистых заболеваний, и потенциал развития злокачественных опухолей печени и печёночной дисфункции.

Ответственность лечащего врача. Гормоны должен назначать врач, их нельзя применять без адекватного психологического и медицинского обследования как до, так и после лечения. Пациенты, не осознающие необходимость пригодности и подготовки, и не знающие о Стандартах Лечения, должны быть проинформированы о них. Это может быть достаточным основанием для обращения к профессиональному психиатру, имеющему опыт в области расстройств половой идентичности. Терапевт, проводящий

гормональное лечение и медицинское наблюдение, не обязательно должен быть специалистом-эндокринологом, но должен стать хорошо сведущим в актуальных фармакологических и психологических аспектах лечения лиц с расстройствами половой идентичности.

После тщательного изучения истории болезни, физического обследования и лабораторных анализов врач должен снова взвесить вероятные основные и побочные эффекты гормонального лечения, включая потенциал для серьезных, угрожающих жизни пациента последствий. Пациент должен быть способен оценивать риски и пользу от лечения, иметь возможность получить ответы на свои вопросы, и должен согласиться на медицинское наблюдение за своим лечением. Медицинская карта должна содержать письменное согласие пациента, отражающее результаты обсуждения рисков и пользы гормональной терапии. Врачи обладают большой свободой действий, когда речь идет о назначении гормональных препаратов и методов их введения в организм, индивидуальных для каждого пациента. Приемлемыми вариантами являются введение орально, инъекцией в вену и через

кожу. Применение клейких полосок с эстрогеном должно рассматриваться как вариант для мужчин, кому за 40, с ненормальной свертываемостью крови и случаями венозных тромбов в прошлом. Введение тестостерона через кожу удобно для женщин, не желающих инъекций. В отсутствие каких-либо иных медицинских или психиатрических патологий, базовый медицинский мониторинг должен включать: регулярные физические осмотры для выявления результатов лечения и побочных эффектов, измерение основных показателей жизнедеятельности организма до и после лечения, взвешивание и лабораторные анализы. Пациенты с расстройством половой идентичности, независимости от того, принимают ли они гормоны или нет, должны пройти обычный скрининг на предмет злокачественных новообразований в области таза.

Для тех, кто получает эстроген, минимальный набор лабораторных анализов должен включать анализ уровня свободного тестостерона в крови до лечения, уровень глюкозы натощак, печеночные пробы и полный анализ крови с повторными анализами через 6 и 12 месяцев, и затем ежегодно. Содержание пролактина нужно измерить до начала лечения, затем повторить процедуру через 1, 2 и 3 года. Если повышенное содержание пролактина в крови не наблюдается в течение этого периода, то нет необходимости проводить дальнейшие анализы. Биологические мужчины, получающие эстроген, должны обследоваться на предмет рака груди и быть заинтересованы в регулярном самостоятельном наблюдении за собой. По мере старения, их нужно наблюдать на предмет рака простаты. Для тех, кто получает андрогены, минимальный набор лабораторных анализов, должен включать печеночные пробы до начала терапии и полный анализ крови с повторными анализами через 6 и 12 месяцев, и затем ежегодно. Рекомендуется также ежегодно проводить пальпацию печени. Женщины, подвергшиеся процедуре мастэктомии, и те в чьем роду были случаи заболевания раком груди, должны быть под наблюдением. Врачи могут представить пациенту краткое письменное свидетельство о том, что человек находится под медицинским наблюдением, включая гормональную терапию расстройств транссексуального характера. На ранних стадиях гормонального лечения, пациенту лучше постоянно носить это свидетельство с собой, чтобы избежать недоразумений с полицией и другими органами.

Снижение дозы гормонов после гонадэктомии (удаления половых желёз). Дозы эстрогена у пациентов, перенесших орхиэктомию (удаление яичек), могут быть снижены на 1/3 до категории S и все еще поддерживать процесс феминизации. Снижение дозы тестостерона после овариоэктомии (удаления яичников) также может быть целесообразным, принимая во внимание риск возникновения остеопороза. Пожизненное поддерживающее лечение обычно требуется для всех пациентов с расстройствами половой идентичности. Злоупотребление гормонами. Некоторые индивиды получают гормоны без рецепта – от друзей, членов семьи и аптек в других странах. Прием гормонов без наблюдения со стороны врача может повергнуть человека большему медицинскому риску. Индивиды, принимающие гормоны под наблюдением, иногда получают дополнительные дозы незаконно приобретенных гормонов, не ставя при этом в известность своего врача. Профессиональные психиатры и лечащие врачи должны пытаться внушать пациенту необходимость соблюдать рекомендуемую дозировку, для того чтобы ограничить сопутствующие патологии. Приемлемо, с этической точки зрения, прекратить лечение пациентов, нарушающих предписанный им режим лечения.

Прочие благотворные эффекты от гормональной терапии. Гормональное лечение, при отсутствии медицинских противопоказаний, должно предварять любое хирургическое вмешательство по коррекции пола. Удовлетворенность результатами гормональной терапии укрепляет у индивида осознание его тождественности с искомым полом и половой идентичностью и усиливает его убежденность в необходимости продолжить лечение. Разочарование в результатах гормональной терапии может свидетельствовать о противоречивом отношении к следующему, хирургическому, этапу лечения. У биологических мужчин гормоны сами по себе

способствуют увеличению молочных желез, исключая необходимость проведения пластики груди. Некоторые пациенты, получающие гормональное лечение, не пожелают пластики половых органов или прочих видов хирургического вмешательства.

Применение антиандрогенов и ступенчатая терапия. Антиандрогены (вещества, ослабляющие действие мужских половых гормонов) могут применяться в качестве дополнительного лечения для биологических мужчин, принимающих эстроген, хотя не всегда они необходимы для достижения феминизации. У некоторых пациентов антиандрогены могут еще сильнее подавить выработку тестостерона, позволяя применение меньших доз эстрогена, в случаях, когда есть опасения относительно побочных негативных эффектов от эстрогена.

Феминизация не требует ступенчатой терапии. Попытки симулировать менструальный цикл путем назначения прерывистой эстрогенной терапии или заменой прогестерона на эстроген в определенные периоды месяца для достижения феминизации не требуются.

Сознательное согласие. Гормональное лечение должно применяться только к тем лицам, которые правомочны дать свое сознательное согласие. Сюда относятся и юные индивиды, освобожденные решением суда от родительской опеки, и заключенные, считающиеся правомочными для принятия решений о своем лечении. В случае с подростками, сознательное согласие должно включать согласие родителей юного пациента и письменное сознательное согласие одного из родителей или опекуна.

Репродуктивные возможности. Сознательное согласие предполагает осознание пациентом того, что введение гормонов ограничивает репродуктивные функции, и что удаление половых органов препятствует способности к размножению. Известны случаи, когда пациенты, прошедшие курс гормональной терапии и подвергшиеся хирургической коррекции пола, позже сожалели о своей неспособности иметь детей естественным путем. Профессиональный психиатр, рекомендующий гормональную терапию, и терапевт, прописывающий такую терапию, должны обсудить репродуктивные возможности с пациентом до того, как начать гормональную терапию. Биологические мужчины, особенно те, кто еще не становился биологическим отцом, должны быть проинформированы о “банках спермы”, и, по возможности, воспользоваться возможностью сохранить свою сперму до начала гормональной терапии. Биологические женщины в настоящее время не обладают иными возможностями сохранения яйцеклеток, кроме как замораживание или оплодотворенный эмбрион. Тем не менее, они должны быть проинформированы о проблемах репродуктивности, включая эту возможность. По мере появления иных возможностей, таковые должны быть доведены до сведения пациента.

IX. Практический опыт.

Акт абсолютного принятия новой или трансформирующейся гендерной роли или демонстрация половой идентичности в повседневной жизни известен как практический опыт. Практический опыт – необходимое условие для перехода к половой роли, которая совпадает с половой идентичностью пациента. Поскольку изменение публичного гендерного образа влечет за собой резкие и глубокие личностные и социальные последствия, решение о таком изменении должно предваряться осознанием того, какие семейные, профессиональные, межличностные, образовательные, экономические и правовые последствия могут возникнуть. Специалисты обязаны обсудить эти предсказуемые последствия с пациентами. Смена гендерной роли и половой идентичности могут быть важным фактором дискриминации на работе, развода, супружеских проблем, ограничения или потери прав на свидание с детьми. Все это представляет собой реалии внешнего мира, с которыми придется столкнуться перед тем, как успешно свыкнуться с новой половой идентичностью. Эти последствия могут весьма отличаться от того, что пациент представлял себе до

приобретения практического опыта. Тем не менее, не все изменения носят негативный характер.

Характеристики практического опыта. Когда клинические врачи оценивают качество практического опыта пациента в искомой половой идентичности, необходимо рассматривать следующие способности:

1. Способность сохранять полную или частичную занятость;
2. Способность исполнять функции студента;
3. Способность к волонтерской деятельности в рамках общины;
4. Способность сочетать функции, перечисленные в пунктах 1-3;
5. Способность принять (законное) имя, соответствующее половой идентичности;
6. Способность представить документы, подтверждающие, что иные лица, кроме лечащего врача, знают о том, что пациент выступает в желанной гендерной роли.

Практический опыт в сравнении с практическим испытанием. Хотя специалисты могут рекомендовать пациенту вести образ жизни в соответствии с искомым полом, решение о том, когда и как начать практический опыт, остается на усмотрение пациента. Некоторые индивиды начинают практический опыт и решают, что этот образ жизни, который они себе часто представляли, не соответствует их наилучшим ожиданиям. Специалисты часто интерпретируют практический опыт как реальные испытания окончательного диагноза. Если пациенты преуспевают в рамках искомой половой идентичности, тем самым подтверждается их "транссексуальность", но если они решили не продолжать, то "её, вероятно, и не было". Такое аргументирование обусловлено хаотичным взаимовлиянием сил, обеспечивающих успешную адаптацию к факту наличия расстройства половой идентичности. Практический опыт тестирует решимость индивида, способность существовать в рамках искомого пола, а также адекватность социальной, экономической и психологической поддержки. Он помогает как пациенту, так и профессиональному психиатру принимать решения о дальнейших действиях. Поставленный диагноз, хотя он и может в любой момент подвергнуться повторной оценке, предшествует рекомендациям пациентам попробовать практический опыт. Если пациент удовлетворен практическим опытом, то и профессиональный психиатр, и пациент обретают уверенность в необходимости следующих шагов.

Удаление бороды и других нежелательных волос у пациентов, меняющих пол с мужского на женский. Плотность бороды снижается несущественно в результате гормонального лечения гендерных расстройств. Удаление растительности на лице при помощи электроэпиляции, как правило, безопасный процесс, требующий значительного количества времени, что предоставляет возможность практического опыта для биологических мужчин. Побочные эффекты включают ощущение дискомфорта во время и сразу после процедуры, реже – недостаточную либо повышенную пигментацию, образование рубцов и фолликулит. Официальное медицинское одобрения для процедуры удаления волос не требуется. Электроэпиляция может быть начата, когда это будет удобно пациенту. Обычно электроэпиляция рекомендуется до начала практического опыта, поскольку растительность на лице должна вырасти до видимой длины, чтобы её легче было удалять. Многие пациенты нуждаются в регулярном лечении длительностью в два года, чтобы полностью избавиться от растительности на лице. Удаление волос лазером – новый альтернативный метод, однако опыт его применения невелик.

Х. Хирургия

Хирургическая коррекция пола – эффективное средство, предписываемое врачами в тяжелых случаях расстройств половой идентичности. Для лиц, у которых диагностирован транссексуализм или глубокое расстройство половой идентичности, хирургическая коррекция пола вкупе с гормональной терапией и практическим опытом – методика, которая доказывает свою эффективность. Такой терапевтический комплекс, назначаемый или рекомендуемый опытными врачами, показан и необходим, с медицинской точки зрения. Хирургическая коррекция пола не является чем-то

экспериментальным, исследовательским, факультативным, косметическим, или произвольным в каком бы то ни было известном смысле. Она представляет собой весьма эффективный и адекватный метод лечения пациентов с транссексуальностью или тяжелым расстройством половой идентичности.

Этическая сторона вопросов, касающихся хирургической коррекции пола. Многие, включая некоторых профессиональных психиатров, возражают против хирургической коррекции пола по этическим соображениям. В обычной хирургической практике удаляются пораженные ткани, чтобы восстановить нарушенные функции, либо производятся изменения внешних характеристик тела с целью улучшения облика пациента. Среди тех, кто возражает против хирургической коррекции пола, считается, что означенных условий нет, когда хирургическим операциям подвергаются лица с расстройствами половой идентичности. Важно, чтобы специалисты, имеющие дело с пациентами с РПИ, относились нормально к изменению нормальных, с анатомической точки зрения, органов. Чтобы понять, как хирургия может облегчить физиологический дискомфорт у пациентов с диагностированным расстройством половой идентичности, специалисты должны выслушивать таких пациентов, обсуждать их жизненные истории и проблемы. Сопротивление хирургической операции, базирующееся на этическом принципе "не навреди", нужно принимать во внимание, обсуждать и смягчать путем выслушивания рассказов самих пациентов о психологической подавленности в результате глубокого расстройства половой идентичности. Неэтично отрицать возможность или пригодность хирургической коррекции пола или гормональной терапии лишь на основании серопозитивной реакции крови на инфекции, переносимые кровью, такие, как ВИЧ, гепатит Б или Ц и т.п.

Взаимоотношения хирурга с врачом, назначающим гормоны, и профессиональным психиатром. Хирург - не просто технический специалист, приглашенный для проведения процедур. Хирург – член группы клинических врачей, участвующий в длительном процессе лечения. Пациент часто испытывает большое уважение к хирургу, что идеально для обеспечения длительного послеоперационного ухода. По причине ответственности перед пациентом, хирург должен понимать диагноз, который лежит в основе рекомендации по проведению хирургической коррекции пола. Хирурги должны иметь возможность длительной беседы с пациентами, чтобы убедиться в том, что процедуры могут принести пользу пациенту. В идеале, хирург должен поддерживать тесный рабочий контакт с другими специалистами, активно участвующими в психологическом и медицинском лечении пациента. Это удастся лучше всего в межотраслевой команде профессионалов, специализирующихся на расстройствах половой идентичности. Такие гендерные команды, однако, существуют не везде. По крайней мере, хирург должен быть уверен в том, что профессиональный психиатр и врач, назначающий гормоны, являются признанными профессионалами своего дела с квалификацией в сфере расстройств половой идентичности. Это зачастую подтверждается рекомендательными письмами. Известны случаи представления фиктивных и сфальсифицированных документов, поэтому хирурги должны персонально побеседовать хотя бы с одним из профессиональных психиатров, чтобы убедиться в правдивости их рекомендательных писем. До проведения каких бы то ни было хирургических процедур, хирург должен ознакомиться с результатами тщательного мониторинга всех физиологических параметров и оценкой влияния гормональной терапии на печень и другие органы. Это можно сделать независимо либо в союзе с коллегами-врачами. Поскольку уже существующие патологии могут усложнить проведение пластики половых органов, хирурги также должны уметь диагностировать урологические заболевания. Медицинская карта должна включать в себя письменное сознательное согласие на проведение конкретной хирургической операции.

XI. Пластика груди

Увеличение или удаление груди – распространенная операция, легкодоступная широкой публике, по ряду показаний. Причины таких операций варьируют от

косметических до рака. Хотя форма и размер груди являются существенными вторичными половыми признаками, параметры груди не играют роли в юридическом определении пола и половой идентичности и не имеют значения в плане репродуктивности. Решение о пластике груди должно приниматься с теми же оговорками, что и решение о начале гормональной терапии. Оба метода ведут к необратимым изменениям тела. Подход к пациентам, меняющим пол с мужского на женский, отличается от подхода к тем, кто желает изменений в противоположном направлении.

Для пациентов, стремящихся к феминизации, процедура мастэктомии (ампутация молочной железы) - обычно первая в серии хирургических операций по коррекции пола с женского на мужской, а для некоторых это будет единственным необходимым хирургическим вмешательством. Когда для удаления определенного объема ткани молочной железы необходимо удаление кожи, возникает шрам, и пациент должен быть проинформирован об этом. Пациенты, трансформирующие свой пол из женского в мужской, могут подвергаться хирургическим операциям одновременно с приемом гормонов. Для пациентов, стремящихся к женской половой идентичности, пластическая операция по увеличению груди может быть проведена, если врач, прописывающий гормоны, и хирург документально зафиксировали, что увеличение груди после 18 месяцев гормонального лечения оказалось недостаточным для удовлетворенности пациента своей новой половой идентичностью.

XII. Хирургическая коррекция пола

Критерии пригодности. Эти минимальные требования пригодности в отношении различных видов пластики половых органов в одинаковой степени относятся как к мужчинам, так и к женщинам, желающим подвергнуть себя хирургической коррекции пола. Они - следующие:

1. Установленный законом на родине пациента возраст совершеннолетия;
2. Обычно 12 месяцев непрерывного курса гормональной терапии для индивидов без медицинских противопоказаний (см. ниже, "Можно ли применять хирургию без гормонов и практического опыта");
3. 12 месяцев непрерывного ежедневного практического опыта. Периоды возврата к естественной половой идентичности могут свидетельствовать о противоречивом отношении к дальнейшему продолжению практического опыта и, как правило, не должны использоваться для выполнения данного критерия;
4. По настоянию профессионального психиатра, регулярное и сознательное участие в сеансах психотерапии с частотой, определяемой совместно пациентом и профессиональным психиатром. Психотерапия сама по себе не является абсолютным критерием пригодности для хирургии;
5. Четкое представление о стоимости и требуемой длительности госпитализации, возможных осложнениях, и требованиях, предъявляемых различными хирургическими методиками к послеоперационной реабилитации;
6. Осведомленность о нескольких квалифицированных хирургах.

Критерии готовности. Критерии готовности включают:

1. Очевидный прогресс чувства уверенности пациента в своей половой идентичности;
2. Очевидный прогресс в налаживании отношений на работе, в семье и межличностных отношений, ведущий к существенно лучшему состоянию психического здоровья; это предполагает достаточный контроль над такими проблемами, как, например, склонность к антиобщественному поведению, злоупотребление психоактивными веществами, психозы, суицидальное поведение.

Можно ли применять хирургию без гормонов и практического опыта? Индивиды не могут подвергаться хирургической коррекции пола, не выполнив критерии пригодности. Хирургическая коррекция пола - это лечение диагностированного расстройства половой идентичности, и оно должно предприниматься лишь после тщательного обследования. Операции по изменению пола - не право, которое должно

предоставляться по требованию. Стандарты Лечения предусматривают индивидуальный подход к каждому пациенту, но это не означает, что общие рекомендации, которые конкретизируют методику лечения, состоящего из диагностического обследования, возможной психотерапии, гормональной терапии,

и практического опыта, можно игнорировать. Однако если индивид убежденно жил как представитель искомого пола в течение длительного периода времени и оценивается как психологически здоровый после соответствующего периода психотерапии, то для него или неё нет безусловной необходимости принимать гормоны перед хирургической коррекцией пола.

Условия, при которых хирургическая операция может быть осуществлена. Операции по хирургической коррекции пола для пациентов с диагностированным расстройством половой идентичности – это не просто еще один комплекс выборочных процедур. Типичные факультативные процедуры включают лишь частный обоюдно согласованный контракт между пациентом и хирургом. Хирургические операции по смене пола для индивидов, у которых выявлено расстройство половой идентичности, должны осуществляться только после всеобъемлющего обследования, проведенного квалифицированным профессиональным психиатром. Пластика половых органов может быть осуществлена, как только представлено документальное свидетельство о том, что было проведено тщательное, всестороннее обследование, и что пациент выполнил все требования в отношении пригодности и готовности. Следуя этой процедуре, профессиональный психиатр, хирург и пациент несут совместную ответственность за решение о необратимых изменениях тела.

Требования к хирургу, осуществляющему хирургическую коррекцию пола. Хирург должен обладать квалификацией уролога, гинеколога, пластического хирурга, и должен быть профессионально сертифицирован в качестве такового какой-нибудь известной в стране и авторитетной ассоциацией. Хирург должен обладать профильной квалификацией в сфере реконструктивной пластики половых органов, подтверждаемой сертификатом о прохождении обучения у более опытного хирурга. Даже хирурги, обладающие опытом в данной сфере, должны быть согласны с необходимостью регулярной аттестации своих терапевтических навыков. Хирурги должны посещать специализированные симпозиумы, где демонстрируются новые методики. В идеале, хирург должен быть сведущ в более чем одной методике хирургической коррекции пола, что позволит ему или ей, после консультаций с пациентом, выбрать наиболее подходящую методику для каждого отдельного пациента. Если хирурги хорошо владеют какой-либо одной методикой, они должны проинформировать об этом пациентов, и направить тех, кто не желает либо непригоден для этой методики, к другому хирургу.

Хирургическая коррекция пола для пациентов-мужчин, стремящихся к женской половой идентичности. Процедуры хирургической пластики половых органов могут включать орхиэктомию (удаление яичек), пенэктомию (удаление тела полового члена), клиторопластику, лабиопластику или создание вагины. Эти процедуры

требуют навыков искусного хирурга и умелый послеоперационный уход. Методики включают: реконструкцию вагины из кожи пениса, трансплантат из сигмовидной кишки или реконструкцию вагины из избытков кожи. Сексуальные ощущения – важная цель вагинопластики, наряду с реалистичным воспроизведением дееспособной вагины.

Прочие хирургические операции для пациентов-мужчин, стремящихся к женской половой идентичности. Прочие хирургические операции, способствующие феминизации, включают уменьшение щитовидного хряща, удаление жира из поясной области с помощью вакуума, риноластику (пластика носа), уменьшение лицевых костей, подтяжку лица, блефаропластику (коррекцию век). Эти операции не требуют наличия рекомендательных писем от профессиональных психиатров.

Озабоченность вызывают проблемы безопасности и эффективности методик изменения голоса при помощи хирургии, и широкому распространению этой процедуры должны предшествовать исследования. Чтобы защитить свои голосовые

связки, пациенты, решившиеся на эту процедуру, могут подвергнуться операции, после того как все остальные хирургические мероприятия, требующие общего наркоза, с применением зонда завершены.

Хирургическая коррекция пола для пациентов-женщин, стремящихся к мужской половой идентичности. Процедуры хирургической пластики половых органов могут включать гистерэктомию (удаление матки), сальпингоооариэктомию (удаление придатков матки), вагинэктомию (иссечение влагалища), косметическую трансформацию клитора в подобие пениса, скротопластику (пластическая операция на мошонке), уретропластику (восстановление формы и функции мочеиспускательного канала), установку протезов яичек и создание фаллоса. Современные хирургические методики фаллопластики разнообразны.

Выбор методики может быть ограничен анатомическими и хирургическими особенностями. Если целями фаллопластики являются реалистичная реконструкция фаллоса, возможность мочеиспускания стоя, сексуальные ощущения и/или возможность осуществления полового акта, пациент должен четко себе представлять, что хирургическая операция состоит из ряда обособленных стадий, и что часто возникают трудности технического характера, что может вызвать необходимость дополнительных операций. Даже косметическая трансформация клитора в подобие пениса, которая теоретически является одноступенчатой процедурой, часто требует нескольких хирургических операций. Изобилие методик по реконструкции пениса указывает на то, что необходимо дальнейшее технологическое совершенствование.

Прочие хирургические операции для пациентов-женщин, стремящихся к мужской половой идентичности. Прочие хирургические операции, способствующие маскулинизации, включают липосакцию в области бедер, ягодиц.

XIII. Наблюдение в послеоперационный период

Долгосрочное наблюдение после операции приветствуется, так как является одним из факторов, влияющих на положительный психосоциальный исход операции. Последующее наблюдение играет важную роль для хорошего медицинского и анатомического состояния пациента в дальнейшем и осведомленности хирурга о благотворном влиянии и недостатках хирургии. Долгосрочное послеоперационное наблюдение хирурга рекомендуется для всех пациентов, для того чтобы обеспечить оптимальный, с точки зрения хирургии, эффект. Хирурги, оперирующие пациентов, приехавших издалека, должны включить персональное послеоперационное наблюдение в свой план мероприятий по уходу за пациентом и попытаться обеспечить доступный (по стоимости), локальный долгосрочный уход за пациентом в местности, где тот проживает. Пациенты, перенесшие операцию, иногда могут отказаться от услуг терапевта, назначающего гормоны, не признавая тот факт, что эти врачи способны эффективно предупреждать, диагностировать и лечить вероятные долгосрочные патологические состояния, характерные для пациентов, прошедших гормональное и хирургическое лечение. Пациенты, перенесшие операцию, должны проходить регулярный медицинский скрининг в соответствии с рекомендациями для их возраста. Необходимо также послеоперационное наблюдение со стороны профессионального психиатра, который, проведя большее количество времени рядом с пациентом, нежели любой другой специалист, сможет наилучшим образом содействовать в преодолении любых затруднений, возникающих в период послеоперационной реабилитации.