

# **Стандарты оказания медицинской помощи при нарушениях половой идентичности**

МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ ГЕНДЕРНЫХ РАССТРОЙСТВ ГАРРИ  
БЕНДЖАМИНА

(перевод канд. псих.наук Т.Л.Алавидзе)

## Оглавление

Стандарты оказания медицинской помощи при нарушениях половой идентичности .....	3
I. Вводные понятия .....	3
II. Эпидемиологические соображения .....	4
III. Диагностические категории .....	5
IV. Профессионалы в области психического здоровья .....	8
V. Диагностика и лечение детей и подростков .....	11
VI. Психотерапия со взрослыми .....	13
VII. Требования для проведения гормональной терапии для взрослых .....	16
VIII. Результаты гормональной терапии у взрослых .....	17
IX. Опыт реальной жизни .....	20
X. Хирургия .....	22
XI. Хирургия груди .....	23
XII. Генитальная хирургия .....	23
XIII. Наблюдение после произведенных изменений .....	26

# Стандарты оказания медицинской помощи при нарушениях половой идентичности<sup>1</sup>

МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ ГЕНДЕРНЫХ РАССТРОЙСТВ ГАРРИ БЕНДЖАМИНА

## I. Вводные понятия

**Задачи Стандартов оказания медицинской помощи.** Основная задача Стандартов Оказания Медицинской Помощи (СОМП) состоит в отражении согласованных представлений, разделяемых международной организацией профессионалов, о психиатрическом, психологическом, медицинском и хирургическом подходах к профессиональной помощи при нарушениях половой идентичности. Для профессионалов данное руководство проясняет условия, в рамках которых они могут предлагать помощь людям с подобными проблемами. Люди с нарушениями половой идентичности, члены их семей и социальные институты могут использовать СОМП для ознакомления с современным пониманием этой проблемы профессионалами. Все читатели должны представлять, что на сегодняшний день знания в этой области ограничены, однако, есть надежда на то, что в будущем неопределенность в клинической области разрешится благодаря научным исследованиям.

**Общая цель лечения.** Общей целью специальной психотерапии, эндокринной терапии или хирургического лечения людей с нарушениями половой идентичности является достижение устойчивого принятия личностью своего гендерного "Я" для максимизации психологического благополучия и самореализации.

**Стандарты оказания медицинской помощи как клиническое руководство.** СОМП предлагают гибкие рекомендации для лечения людей с нарушениями половой идентичности. При установлении критериев соответствия лечебной программе предусмотрены только минимальные требования. Отдельные профессионалы в этой области или группы специалистов в рамках специализированных программ могут их изменять. Клинические отклонения от предложенного руководства могут быть следствием анатомических, социальных или психологических особенностей пациента, использования профессиональных методов и находок в ситуации лечения или при проведении исследований. Все отклонения нужно отмечать, объяснять пациенту и фиксировать в документах, во первых, в целях юридической защиты, и во-вторых, для того, чтобы кратковременные и долговременные результаты могли быть использованы в дальнейшем для развития данной области.

---

<sup>1</sup> 6-ое переработанное издание Стандартов лечения, опубликованное в 2001 году в журнале "International Journal of Transgenderism", том 5, 1. Первое издание вышло в 1979г, после чего изменения вносились в 1980, 1981, 1990 и 1998гг.

Члены комитета – авторы новой редакции: Вальтер Маейр, доктор медицины (Председатель), Вальтер О. Боктинг, доктор философии, Пегги Коэн-Кеттенис, доктор философии, Эли Коулмен, доктор философии, Доменико ДиСегли, доктор медицины, Хоули Девор, доктор философии, Луис Гурен, доктор философии, Дж. Йорис Хаге, доктор медицины, Шейла Кирк, доктор медицины, Брэм Купер, доктор философии, Дональд Лауб, доктор медицины, Анна Лоуренс, доктор медицины, Ивон Менард, доктор медицины, Джуди Пэтон, доктор, Ли Шафер, доктор педагогики, Алиса Веб, доктор философии, Кони Кристин Уиллер, доктор философии.

**Клинический порог.** Расстройство на клиническом уровне означает, что беспокойство, неопределенность и вопросы, касающиеся половой идентичности, постоянно присутствующие в ходе развития, становятся настолько интенсивными, что представляются наиболее важными аспектами жизни человека или препятствуют установлению относительно бесконфликтной половой идентичности. Состояния такого рода неформально обозначают как проблему половой идентичности, гендерную дисфорию, гендерную проблему, гендерную озабоченность, гендерный дистресс, гендерный конфликт или транссексуальность. Известно, что эти конфликты в различных формах могут возникать с дошкольного возраста и до старости. Разнообразие форм отражает разную степень личной неудовлетворенности сексуальной идентичностью, сексуальными и половыми признаками, гендерной ролью, половой идентичностью и восприятием другими. В том случае, если неудовлетворенные индивиды соответствуют специфическим критериям одной из двух официальных классификаций - Международной Классификации Болезней - 10-го пересмотра (ICD-10) или Диагностическому и Статистическому Руководству по Психическим расстройствам - 4 издание (DSM-IV), они официально признаются страдающими нарушением половой идентичности (НПИ). Некоторые люди с НПИ переходят и следующий порог - они испытывают непреходящее желание хирургической трансформации своего тела.

**Существует две первичные популяции с НПИ - биологические мужчины и биологические женщины.** Пол пациента является важным фактором протекания НПИ. Клиницистам необходимо отдельно учитывать биологические, социальные, психологические и экономические дилеммы каждого пола. Всем пациентами, тем не менее, необходимо следовать СОМП.

## **II. Эпидемиологические соображения**

**Распространенность явления.** Когда нарушения половой идентичности впервые попали в сферу внимания профессионалов, клинические перспективы концентрировались в основном на проблеме определения кандидатов для хирургических операций по подтверждению пола. По мере развития этой области профессионалам стало понятно, что часть людей, знающих о присущих им нарушениях половой идентичности, не планировали и не являлись кандидатами на хирургические операции по перемене пола. В первых подсчетах распространенности транссексуальности у взрослых она составила - 1 человек на 37000 мужчин и 1 человек на 107000 женщин. Согласно последним данным из Голландии, распространенность именно транссексуальных нарушений половой идентичности составляет - 1 случай на 11900 мужчин и 1 случай на 30400 женщин. Следующие четыре наблюдения повышают вероятность того, что распространенность этих нарушений может оказаться даже больше, однако, они пока не подтверждены систематическими исследованиями: 1) нераспознанные гендерные проблемы могут быть выявлены случайно, если пациенту присущи тревога, депрессия, биполярное расстройство, алкогольная и наркотическая зависимость, нарушения поведения, диссоциативные нарушения идентичности, пограничные личностные расстройства, другие сексуальные расстройства или интерсексуальные особенности; 2) некоторые мужчины - трансвеститы, не являющиеся пациентами, мужчины, играющие (на сцене) женщин, трансгендерные индивиды, а также гомосексуальные мужчины и женщины могут иметь нарушения половой идентичности; 3) интенсивность нарушений половой идентичности у некоторых людей может флуктуировать выше и ниже клинического порога; 4) половые отклонения у индивидов "с женскими телами" относительно незаметны в культуре, в том числе и для профессионалов и ученых.

**Природа нарушения половой идентичности.** В идеале, полученные в будущем данные о природе конфликта половой идентичности будут определять все лечебные

решения. Пока их недостаточно, за исключением следующего наблюдения: без прохождения лечения большинство мальчиков и девочек с нарушением половой идентичности перерастают свое желание изменить пол. После того, как поставлен диагноз НПИ, терапевтический подход обычно включает три элемента или этапа (иногда называемые триадической терапией): реальный жизненный опыт (жизнь) в предпочитаемой роли, гормоны предпочитаемого пола, и хирургическое изменение гениталий и других признаков пола. Пять наблюдений, которые пока не нашли четкого научного объяснения, предостерегают клиницистов от назначения триадической терапии на основании одного лишь диагноза: 1) некоторые пациенты после тщательной диагностики неожиданно меняют свои намерения; 2) другие находят более удобные способы приспособления к своей половой идентичности без медицинского вмешательства; 3) кто-то отказывается от проведения триадической последовательности в ходе психотерапии; 4) некоторые клиники, работающие с проблемами половой идентичности, имеют необъяснимо высокий процент прерывания лечения; 5) процент людей, которым не помогла триадическая терапия, значительно отличается в различных исследованиях. Многие люди с НПИ будут стремиться пройти все три этапа триадической терапии. Обычно триадическая терапия проводится в следующем порядке: гормоны → реальный жизненный опыт → хирургия, или иногда: реальный жизненный опыт → гормоны → хирургия. Для некоторых биологических женщин предпочтительной последовательностью может быть следующая: гормоны → хирургия груди → реальный жизненный опыт. Однако, диагноз НПИ требует учета различных терапевтических возможностей, лишь одной из которых является полная триадическая терапия. Клиницисты все лучше понимают, что не все люди с нарушениями половой идентичности нуждаются или хотят пройти все три этапа триадической терапии.

***Культурные различия в отношении отклонений половой идентичности.*** Даже если эпидемиологические исследования установят, что уровень нарушений половой идентичности приблизительно одинаков во всем мире, культурные различия будут состоять, скорее всего, в том, как проявляются эти состояния в поведении. Более того, доступность лечения, его стоимость, предлагаемые виды терапии и социальные установки на людей с половыми отклонениями, а также на профессионалов, оказывающих им помощь, существенно отличаются в разных странах. И хотя в большинстве стран нарушение гендерных границ обычно вызывает скорее моральное осуждение, чем сострадание, в некоторых культурах можно встретить поразительно яркие примеры того, что нахождение в противоположной половой роли (к примеру, духовными лидерами) не порицается.

### **III. Диагностические категории**

***Пять элементов клинической работы.*** Профессиональная деятельность с пациентами, имеющими нарушения половой идентичности, включает следующие направления: диагностическую оценку, психотерапию, опыт реальной жизни, гормональную терапию и хирургическое вмешательство. Данный раздел дает представление о диагностической оценке.

***Развитие диагностической классификации.*** Термин *транссексуал* профессионалы и общественность начали использовать в 50-е годы для обозначения человека, который хочет жить или уже живет в половой роли, противоположной его анатомическому полу, вне зависимости от того, применялись ли им гормоны и проводилась ли хирургия. В 1960-х и 1970-х годах клиницисты использовали термин *подлинный транссексуал*. К этой категории они относили людей с атипичным развитием половой идентичности, полагая, что их жизнь существенно улучшится в результате лечения, центральным моментом которого была

генитальная хирургия. Подлинным транссексуалам было свойственно: 1) идентификация с противоположным полом, которая постоянно проявлялась в их поведении в детстве, подростковом и взрослом возрасте; 2) минимальное сексуальное возбуждение или его отсутствие по отношению к ношению одежды противоположного пола; 3) отсутствие гетеросексуального интереса в соответствии со своим анатомическим полом. Подлинный транссексуал мог быть любого пола. Подлинных транссексуалов - мужчин дифференцировали от мужчин, приходивших к решению о перемене пола после значительного пути развития по мужскому типу. Вера в концепцию "подлинной транссексуальности" развеялась, когда стало понятно, что, во-первых, такие пациенты встречаются редко; во-вторых, часть тех, кого считали подлинными транссексуалами, фальсифицировали свои истории таким образом, чтобы они соответствовали ранним теориям об этом нарушении. Концепция подлинных транссексуалов - женщин никогда не создавала диагностической неопределенности в основном потому, что истории пациенток оставались достаточно последовательными, и половые отклонения в поведении, такие, как переодевание в одежду другого пола, не замечались клиницистами. В дальнейшем для обозначения гендерных проблем у людей обоих полов был принят термин "гендерный дисфорический синдром", использовавшийся до тех пор, пока в психиатрии не была разработана официальная классификация.

Диагноз Транссексуальность был введен в DSM-III в 1980г. для описания людей с гендерными расстройствами, которые по меньшей мере в течение двух лет постоянно проявляли интерес к изменению своего телесного пола и социального гендерного статуса. Всем остальным людям с половыми расстройствами ставился диагноз Нарушение Половой Идентичности у Подростков или Взрослых, Нетранссексуального Типа; либо Нарушение Половой Идентичности Не определенное Иначе (НГИНОИ). Эти диагностические категории, как правило, игнорировались общественностью, которая использовала термин транссексуал по отношению к любому человеку, желающему изменить свой пол и половую принадлежность.

**DSM - IV.** В 1994г. комитет DSM-IV заменил диагноз Транссексуальность на Нарушение Половой Идентичности. В соответствии с возрастом людям с сильной и устойчивой идентификацией с противоположным полом, ощущающим постоянный дискомфорт, связанный с собственным полом или несоответствием пола и гендерной роли, ставится диагноз Нарушение Половой Идентичности Детского (302.6), Подросткового или Взрослого возраста (302.85). Для людей, не соответствующих этим критериям, используется диагноз Нарушение Половой Идентичности Не определенное Иначе (НГИНОИ) (302.6). В эту категорию попадают различные лица, включая тех, кто хотел бы произвести только кастрацию или удаление пениса, но не хочет развивать грудь; тех, хотел бы произвести гормональную терапию и удаление груди без генитальной реконструкции, тех, кто имеет врожденные проявления интерсексуальности, тех, у кого переодевание в одежду противоположного пола происходит под влиянием стресса, а также люди со значительной амбивалентностью по отношению к отказу от своего гендерного статуса. Пациенты с диагнозами НПИ и НПИНОИ дополнительно классифицируются в соответствии с сексуальной ориентацией: на тех, для кого привлекательными являются мужчины; тех, для кого привлекательными являются женщины; тех, для кого привлекательными являются оба пола; тех, для кого ни один пол не является привлекательным. Эта дополнительная классификация была создана, чтобы выяснить, есть ли связь между той или иной сексуальной ориентацией людей и ощущением большего успеха при применении терапевтических подходов, она не служит руководством при принятии лечебных решений.

В период между публикациями DSM-III и DSM-IV получил распространение термин "трансгендерность". Его применяли к людям с необычной половой идентичностью и использовали в свободной форме, т.е. не связывая с психопатологией. Некоторые неформально употребляли этот термин по отношению к любому человеку с любым

отклонением в области половой идентичности. Трансгендерность - это не формальный диагноз, однако, многие профессионалы и неспециалисты считают, что он удобнее в неформальном использовании, чем НПИНОИ, являющийся формальным диагнозом.

**ICD - 10.** В ICD - 10 приводится пять диагнозов нарушения половой идентичности (F 64):

**Транссексуальность (F 64.0)** имеет три критерия:

1. Стремление жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, обычно сопровождающееся желанием изменить свое тело с помощью хирургии и гормонального лечения таким образом, чтобы оно наиболее полно соответствовало предпочитаемому полу;

2. Транссексуальная идентичность присутствует постоянно на протяжении как минимум 2х лет;

3. Нарушение не является симптомом другого психического расстройства или хромосомной патологии.

**Трансвестизм при сохранении обеих половых ролей (F 64.1)** имеет три критерия:

Индивид носит одежду противоположного пола для того, чтобы временно почувствовать себя представителем противоположного пола;

В переодевании отсутствует сексуальная мотивация;

У индивида нет стремления изменить пол навсегда.

**Нарушение Половой Идентичности у Детей (64.2)** имеет отдельные критерии для девочек и мальчиков.

*Для девочек:*

Ребенок проявляет постоянный и интенсивный дистресс из-за того, что она - девочка, демонстрирует устойчивое желание быть мальчиком (связанное не только с культуральными преимуществами в положении мальчиков) или настаивает на том, что она - мальчик;

Какой-либо из следующих критериев должен быть представлен:

а. Постоянное явное отвращение к женской одежде и настоятельное желание носить типично мужскую одежду;

б. Постоянный отказ от женских анатомических структур, свидетельством чего является по меньшей мере один из следующих пунктов:

1.) Утверждение, что у нее есть или вырастет пенис;

2.) Отказ мочиться сидя;

3.) Заявления о нежелании, чтобы росла грудь или начинались менструации.

3. Девочка еще не достигла пубертатного периода;

4. Нарушение должно присутствовать по крайней мере 6 месяцев.

*Для мальчиков:*

1. Ребенок проявляет постоянный и интенсивный дистресс из-за того, что он - мальчик, хочет быть девочкой или, что бывает реже, настаивает, что он - девочка;

2. Какой-либо из следующих критериев должен быть представлен:

а. Увлеченность типично женскими видами деятельности, что проявляется в склонности к переодеванию или подражанию женским нарядам, в настойчивом стремлении участвовать в играх и развлечениях девочек, отвержение типичных мальчишеских игрушек, игр и видов активности,

б. Постоянный отказ от мужских анатомических структур, свидетельством чего является по меньшей мере одно из следующих повторяющихся утверждений:

- 1.) Он вырастет и станет женщиной (не только по роли),
- 2.) Его пенис или яички отвратительны и они исчезнут,
- 3.) Было бы лучше не иметь пенис или яички;

3. Мальчик еще не достиг пубертатного периода;

4. Нарушение должно присутствовать по крайней мере 6 месяцев.

**Другие Нарушения Половой Идентичности (F 64.8)** не имеют специфических критериев.

**Нарушение Половой Идентичности, Неспецифическое** не имеет специфических критериев.

Каждый из двух вышеупомянутых диагнозов может быть использован для людей с интерсексуальными особенностями.

Назначение DSM-IV и ICD -10 состоит в руководстве лечением и исследованиями. Различные профессиональные группы создавали эти классификации в процессе обсуждения и согласования в разное время. Мы надеемся, что отличия между этими двумя системами в будущем будут устранены. На данный момент диагностические категории основаны в большей степени на клинических соображениях, нежели на научных исследованиях.

#### ***Является ли нарушение половой идентичности психическим заболеванием?***

Поведенческий паттерн квалифицируется как психическое заболевание в том случае, если он приводит к серьезным проблемам в адаптации и причиняет человеку душевные страдания. DSM- IV и ICD -10 определяют сотни психических нарушений, которые отличаются по интенсивности, продолжительности, патогенезу, функциональным нарушениям дееспособности и излечимости. Причисление Нарушений Половой Идентичности к психическим заболеваниям не может служить поводом для осуждения "гендерных" пациентов или для ограничения их гражданских прав. Использование официального диагноза часто бывает важно для предложения помощи, покрытия расходов на лечение медицинской страховкой, для направления исследований с целью обеспечения более эффективного лечения в будущем.

## **IV. Профессионалы в области психического здоровья**

***Десять задач профессионалов в области психического здоровья.*** Профессионалы в области психического здоровья (ППЗ), работающие с людьми, имеющими нарушения половой идентичности, могут регулярно привлекаться для исполнения следующих обязанностей:

1. Тщательная диагностика гендерного расстройства индивида;
2. Тщательная диагностика всех сопутствующих психиатрических заболеваний и наблюдение за соответствующим лечением;
3. Консультация человека по всему спектру имеющихся возможностей лечения и способам его осуществления;
4. Вовлечение в психотерапию;
5. Установление критериев "соответствия" лечебной программе и "готовности" к гормональному и хирургическому лечению;
6. Составление официальных рекомендаций коллегам в области медицины и хирургии;

7. Документация истории пациента в официальных отчетах;
8. Работа в группе профессионалов, занимающихся нарушением половой идентичности;
9. Информирование членов семей, работодателей и организации о нарушениях половой идентичности;
10. Доступность для дальнейшей работы с гендерными пациентами при их последующих обращениях.

***Специалисты, работающие со взрослыми.*** Образование профессионалов в области психического здоровья, работающих со взрослыми людьми, имеющими нарушения половой идентичности, основывается на базовом клиническом образовании в области диагностики и лечения психических или эмоциональных расстройств. Клиническое образование может быть получено по таким дисциплинам, как психология, психиатрия, социальная работа, консультирование или сестринское дело. Ниже приводятся минимальные требования к квалификации для профессиональной работы с нарушениями половой идентичности:

Степень магистра или ее эквивалент в области клиническо-поведенческих наук. Эта или более высокая степень должна быть присвоена организацией, уполномоченной национальным или региональным советом по аккредитации в данной специальности. Профессионалы в области психического здоровья должны иметь дипломы, выданные соответствующим образовательным отделом или лицензированным советом.

Специальное обучение и компетентность в диагностике сексуальных расстройств по DSM-IV и ICD-10 (не только "нарушений половой идентичности").

Документально подтвержденное обучение под супервизией и навыки в психотерапии.

Продолжающееся обучение в области лечения нарушений половой идентичности, которое может включать посещение профессиональных собраний, мастерских или семинаров, или же участие в исследованиях по проблеме половой идентичности.

***Специалисты, работающие с детьми.*** Профессионалы, проводящие диагностику или психотерапию с детьми или подростками в раннем подростковом возрасте с НПИ, должны иметь образование в области психопатологии развития детей и подростков. Профессионалы должны быть компетентны в диагностике и лечении обычных проблем детей и подростков. Данные требования являются дополнением к требованиям для специалиста, работающего со взрослыми.

***Различие между критериями "соответствие" и "готовность".*** СОМП рекомендуют выполнение критерия "соответствия" для проведения гормонального лечения и хирургии. До тех пор пока рекомендованный критерий "соответствия" не выполняется, пациент и терапевт не могут обращаться с запросом о гормональном или хирургическом лечении. Пример критерия "соответствия": прежде, чем будет проведена генитальная хирургия, пациент должен 12 месяцев непрерывно жить в рамках предпочитаемого пола. Для удовлетворения этому критерию клиницист должен документально подтвердить, что на протяжении данного периода пациент имел опыт реальной жизни в рамках предпочитаемого пола. Выполнение критерия "готовности" - дальнейшее укрепление развивающейся половой идентичности или улучшение психического здоровья в новой или подтвержденной половой роли - является более сложным, поскольку основывается на субъективных суждениях клинициста и пациента.

***Отношения профессионалов в области психического здоровья с врачами, назначающими лекарства, и хирургами.*** Профессионалы в области психического здоровья, рекомендуемые гормональную и хирургическую терапию, разделяют юридическую и этическую ответственность за это решение с врачами, проводящими лечение. Гормональное

лечение часто может смягчать тревогу и депрессию у людей без дополнительного применения психотропных препаратов. Однако некоторым людям необходимо принимать психотропные препараты до начала лечения или одновременно с курсом гормонов или хирургией. Профессионал в области психического здоровья должен оценить и далее проследить за тем, чтобы соответствующий психотропный препарат был предложен пациенту. Наличие сопутствующих психиатрических заболеваний не всегда является противопоказанием для гормонального или хирургического лечения, однако, некоторые диагнозы могут быть причиной того, что проведение всех видов лечения будет временно отложено или окончательно запрещено.

***Документальные отчеты профессионалов в области психического здоровья для назначения гормонального или хирургического лечения должны кратко отражать:***

1. Общую характеристику пациента;
2. Первоначальный и развивающийся пол, сексуальный и иные психиатрические диагнозы;
3. Длительность профессиональных отношений с пациентом, включая вид психотерапии или диагностики, которую он проходил;
4. Оценка критерия "соответствия" и мнение профессионала в области психического здоровья по поводу проведения гормонального и хирургического лечения;
5. Степень, в которой пациент следует Стандартам Оказания Медицинской Помощи на сегодняшний день и вероятность жалоб в будущем;
6. Работает ли автор отчета в группе специалистов;
7. Составитель отчета готов ответить на телефонный звонок, чтобы засвидетельствовать подлинность отчета и его соответствие формальным требованиям.

Структура и полнота отчетов дает хирургам и врачам, назначающим гормоны, необходимую уверенность в том, что профессионал в области психического здоровья обладает знаниями и компетентностью в области нарушений половой идентичности.

#### **Один отчет необходим для начала гормональной терапии или хирургии груди.**

Одного отчета профессионала в области психического здоровья, содержащего перечисленные выше 7 пунктов, написанного врачом, который будет отвечать за медицинское лечение пациента, достаточно для того, чтобы начать гормональную терапию или направить на хирургию груди (удаление молочных желез, реконструкцию грудной клетки, наращивание молочных желез).

**Два отчета, как правило, требуются для генитальной хирургии.** Генитальная хирургия для биологических мужчин может включать удаление яичек, пениса, клиторопластику, пластику половых губ или создание вагины; для биологических женщин может включать удаление матки, маточных труб и яичников, удаление влагалища с последующей пластикой, создание мошонки, утероластику и фаллоластику.

Идеальной является ситуация, когда профессионал в области психического здоровья по ходу работы с пациентом периодически докладывает о ней группе профессионалов в области психического здоровья и врачам-непсихиатрам. Одного отчета врачу, производящему генитальную хирургию будет достаточно в том случае, если его подпишут два профессионала в области психического здоровья.

Гораздо чаще, однако, отчеты составляют профессионалы в области психического здоровья, работающие самостоятельно, отдельно от коллег, имеющих опыт работы с нарушением половой идентичности. Поскольку профессионалы, работающие независимо, лишены преимуществ продолжающихся профессиональных обсуждений гендерных случаев, для проведения генитальной хирургии от них требуется два отчета. Если один отчет написан специалистом со степенью магистра, то другой должен быть составлен психиатром или

кандидатом наук, клиническим психологом, способными адекватно оценить психиатрический статус пациента. Если один отчет написан психотерапевтом данного пациента, то другой должен быть составлен специалистом, который проводил только лишь диагностику. Предполагается, что в каждом письме будут освещены все названные темы. По меньшей мере один отчет должен быть развернутым и подробным. Составитель другого отчета может, прочитав первый, ограничиться изложением краткого резюме и выражением согласия с рекомендацией.

## **V. Диагностика и лечение детей и подростков**

**Феноменология.** Нарушения половой идентичности у детей и подростков отличается от того, что можно наблюдать у взрослых, у них происходит быстрый и драматический процесс развития (физического, психологического и сексуального). Нарушение половой идентичности у детей и подростков - сложное состояние. Юная личность может воспринимать его или ее фенотипический пол как несоответствующий его или ее чувству собственной половой идентичности. Они часто испытывают сильный дистресс, особенно в подростковом возрасте, и часто сталкиваются с эмоциональными и поведенческими трудностями. Результатам лечения свойственны большее разнообразие и неустойчивость, особенно у детей до пубертата. Только небольшая часть молодежи с половыми отклонениями становится транссексуалами, хотя у многих из них в конце концов развивается гомосексуальная ориентация.

Часто наблюдаемые черты конфликта половой идентичности у детей и подростков включают устойчивое стремление стать человеком другого пола; ношение одежды противоположного пола; занятия с играми и игрушками, обычно связанные с полом, с которым ребенок идентифицируется; избегание одежды, манеры поведения и игр, которые обычно связаны с исходным полом ребенка; предпочтение товарищей по играм или друзей того пола, с которым ребенок идентифицируется; нелюбовь к телесным половым признакам и функциям. Диагноз нарушение половой идентичности чаще ставится мальчикам.

Феноменологически существует качественное различие между тем, как дети и подростки презентуют свои половые и гендерные затруднения, от проявления бреда или других психотических симптомов. Бредовые идеи о теле или поле могут присутствовать в психотических состояниях, но их необходимо отличать от явления нарушения половой идентичности. Нарушения половой идентичности в детском возрасте не равнозначны взрослому, и первое не ведет с неизбежностью к последнему. Чем младше ребенок, тем меньше определенности и, возможно, более благоприятен исход.

**Психологическое и социальное вмешательство.** Задачей профессионала в области психического здоровья, работающего с детьми, является проведение диагностики и лечения, которые в целом соответствуют следующим направлениям:

Профессионал должен распознать и признать наличие проблем половой идентичности. Признание и устранение секретности может принести существенное облегчение.

В процессе диагностики должны исследоваться природа и характеристики детской или подростковой половой идентичности. Должна быть проведена валидная психодиагностика и психиатрическая оценка. Полная диагностика должна включать оценку семьи, поскольку очень часто встречаются другие эмоциональные и поведенческие проблемы, а также нерешенные вопросы в окружении ребенка.

Терапия должна быть сфокусирована на разрешении всех сопутствующих проблем в жизни ребенка, на снижении дистресса, переживаемого ребенком в связи с его или ее проблемами половой идентичности и других трудностей. Ребенка и его семью необходимо поддержать в принятии трудного решения, касающегося той степени, в которой можно позволить ребенку принять половую роль, соответствующую его или ее половой идентичности. К этому относится и вопрос, нужно ли информировать других о ситуации ребенка, и как другие люди, окружающие ребенка, должны реагировать, к примеру, следует ли ребенку посещать школу, используя имя и одежду противоположного его или ее исходному полу. Их также необходимо оказывать поддержку в связи с неопределенностью и тревогой по отношению к проявлениям пола и помогать как можно лучше с этим справляться. Встречи с профессионалами могут быть очень полезны в нахождении подходящих решений для этих проблем.

**Физические вмешательства.** Прежде, чем будет предпринято какое-либо физическое вмешательство, должно быть проведено широкое исследование психологических, семейных и социальных вопросов. Физическое вмешательство должно назначаться с учетом развития подростков. Развитие половой идентичности подростков может быстро и неожиданно эволюционировать. Подростковый сдвиг в сторону полового соответствия может происходить прежде всего для того, чтобы была довольна семья, он может оказаться нестойким или не отражающим окончательного изменения в половой идентичности. Представления об идентичности в подростковом возрасте могут быть очень жесткими и яркими в проявлении, что создает ложное впечатление их необратимости; большая гибкость может вернуться на последующих стадиях. По этой причине необратимые физические вмешательства необходимо откладывать настолько долго, насколько это возможно с клинической точки зрения. Интенсивное желание физического вмешательства у подростка может быть очень требовательным в связи с силой его дистресса, и при таких обстоятельствах его необходимо направить в мульти-дисциплинарный специализированный центр по детям и подросткам, в тот регион, где есть такие службы.

Физические вмешательства распадаются на три категории или стадии:

**Полностью обратимые вмешательства.** Они включают применение LHRH - агонистов или медроксипрогестерона, подавляющих выделение эстрагенов или тестостеронов и, соответственно, задерживающих физические изменения пубертата.

**Частично обратимые вмешательства.** К ним относятся применение гормонов, оказывающих маскулинизирующие или феминизирующие воздействие на тело, такие как назначение тестостеронов биологическим женщинам и эстрогенов - биологическим мужчинам. Для обратимости этого воздействия может понадобиться хирургическое вмешательство.

**Необратимые вмешательства.** Это - хирургические операции.

Постадийный процесс рекомендуется для того, чтобы сохранить открытыми возможности в ходе первых двух стадий. Переход от одного этапа к другому не должен осуществляться до тех пор, пока не пройдет время, необходимое для полного усвоения молодым человеком\девушкой и его\ее семьей того воздействия, которое было произведено на более ранней стадии,

**Полностью обратимые вмешательства.** Можно считать, что подросток выполняет критерий "соответствия" для назначения курса гормонов, задерживающих пубертат, как только начались изменения пубертата. Для того, чтобы подросток и его или ее родители смогли принять взвешенное решение о задержке пубертата, рекомендуется, чтобы подросток почувствовал наступление пубертата в соответствии со своим биологическим полом, что по «Шкале развития и роста груди» соответствует по меньшей мере 2 стадии (Taner Stage two).

Если же по причинам клинического характера считается, что в интересах пациента следует воздействовать раньше, это должно быть согласовано с детским эндокринологом и более, чем одним психиатром.

Две цели оправдывают это вмешательство: а) выигрыш времени для дальнейшего исследования полового и других аспектов развития подростка в ходе психотерапии; и б) смягчение хода лечения в том случае, если подросток продолжает настаивать на перемене пола. Для назначения гормонов, задерживающих пубертат, подростки должны соответствовать следующим требованиям:

на протяжении детства и подросткового возраста они демонстрировали интенсивный паттерн противоположной половой и гендерной идентичности и ролевое половое поведение, обратное ожидаемому;

половой и гендерный дискомфорт существенно возрос с установлением пубертата; семья согласна и участвует в терапии.

Биологические мужчины должны получать LHRH-агонисты (прекращающие выделение ЛН и, соответственно, тестостеронов) или же прогестины или антиандрогены (блокирующие выделение тестостеронов или нейтрализующие активность тестостеронов). Биологическим женщинам назначают LHRH-агонисты или необходимое количество прогестинов (которые останавливают выделение эстрагенов и прогестерона) для прекращения менструаций.

**Частично обратимое вмешательство.** Подростки признаются выполняющими критерий "соответствия" для проведения маскулинизирующей или феминизирующей гормональной терапии самое раннее в 16 лет, желательно с согласия родителей. Во многих странах 16-летние юридически являются взрослыми для принятия медицинских решений, и им не требуется разрешение родителей.

Включенность профессионала в области психического здоровья в тридическую терапию подростка является требованием для выполнения критерия "соответствия". Для того, чтобы можно было начать опыт реальной жизни или гормональную терапию, профессионал в области психического здоровья должен заниматься с семьей и пациентом как минимум шесть месяцев. И хотя количество проводимых сессий в течение этих шести месяцев зависит от оценки специалиста, однако, на протяжении всего этого времени рекомендуется вдумчиво и многократно обсуждать гормональную терапию и реальный жизненный опыт. С пациентами, которые начали реальный жизненный опыт до момента обращения к врачам, а также с их семьями, профессионал должен тесно сотрудничать, проявляя постоянный и глубокий интерес к тому, что происходит в течение этого времени.

**Необратимые вмешательства.** Никакая хирургическая операция не может быть проведена до наступления взрослости или до истечения 2-х лет реального жизненного опыта в гендерной роли того пола, с которым подросток идентифицируется. Возрастная граница - 18 лет должна рассматриваться как критерий "соответствия", но не как самостоятельное показание для активного вмешательства.

## **VI. Психотерапия со взрослыми**

**А. Общие замечания.** Многие взрослые с нарушением половой идентичности находят удобные, эффективные способы жить без прохождения всех этапов триадической лечебной последовательности. И хотя некоторые справляются самостоятельно, тем не менее, психотерапия может быть исключительно полезна в процессе развития идентичности, создания внутреннего комфорта.

***Психотерапия не является обязательным требованием триадической терапии.***

Не каждый взрослый гендерный пациент нуждается в прохождении психотерапии, предшествующей гормональной терапии, опыту реальной жизни и хирургии. Индивидуальные программы различаются в зависимости от воспринимаемой потребности в психотерапии. Если в результате первичной диагностики профессионал в области психического здоровья рекомендует прохождение психотерапии, он должен обосновать цели лечения и оценить его частоту и длительность. Не существует обязательного минимального числа психотерапевтических сессий, предшествующих гормональной терапии, опыту реальной жизни и хирургии по трем причинам: 1) пациенты существенно различаются своими способностями достигать сходных целей за определенное время; 2) принудительное посещение минимального числа сессий может быть истолковано как препятствие, лишаящее человека подлинной возможности личностного роста; 3) профессионалы в области психического здоровья могут быть важным источником поддержки пациента на всех этапах изменения пола. В индивидуальных программах для критерия соответствия может быть установлено минимальное число сессий или месяцев психотерапии.

Профессионал в области психического здоровья, проводящий первичную диагностику, не обязан быть психотерапевтом. Если члены гендерной группы не занимаются психотерапией, то психотерапевта необходимо проинформировать о том, что от него потребуется отчет с описанием терапии, чтобы пациент мог проходить следующие стадии лечения.

***Цели психотерапии.*** Психотерапия часто знакомит пациента со спектром возможностей, которые он ранее всерьез не рассматривал. В ходе психотерапии ставится вопрос о необходимости постановки реалистичных целей в отношении работы и межличностных отношений, а также выявляются и смягчаются конфликты пациента, которые подрывали стабильный образ жизни.

***Терапевтические отношения.*** Установление надежных, доверительных взаимоотношений с пациентом является первым шагом на пути к успешной работе профессионала в области психического здоровья. Обычно это происходит на первом диагностическом интервью с пациентом в ходе компетентного безоценочного обсуждения тем, связанных с полом. Другие темы, возможно, лучше затрагивать позже, когда человек почувствует, что клиницист интересуется и понимает его озабоченность половой идентичностью. В идеале клиницист работает со всеми проблемами целостной личности. Цели терапии состоят в том, чтобы помочь человеку жить более комфортно со своей половой идентичностью, а также справляться с проблемами, которые напрямую не связаны с полом. Клиницист стремится помочь пациенту в раскрепощении способностей, связанных с работой, и установлением поддерживающих отношений с окружающими. Даже если первоначальные цели достигнуты, профессионал в области психического здоровья должен обсуждать с пациентом вероятность того, что ни просвещение, ни психотерапия, ни медикаментозное или хирургическое лечение не в состоянии устранить полностью признаки изначального пола человека и прежнего гендерного опыта.

***Процесс психотерапии.*** Психотерапия - это серия взаимных коммуникаций между терапевтом, который имеет представление об эмоциональных страданиях людей и о том, как их можно облегчить, и пациентом, который испытывает страдания. Обычно психотерапия состоит из регулярно проводимых 50-минутных сессий. Психотерапевтические сессии стимулируют процесс развития. Они позволяют пациенту принять свою историю, понять дилеммы сегодняшней жизни, распознать нереалистичные идеи и неадаптивное поведение.

Психотерапия не направлена на излечение нарушений половой идентичности. Ее целью обычно является продолжительный стабильный образ жизни с реалистичными возможностями для успеха в отношениях с людьми, в образовании, в работе и в проявлении половой идентичности. Гендерный дистресс обычно обостряет существующие проблемы в межличностных отношениях, на работе, в учебе.

Психотерапевт обязан объяснить пациенту, что у него есть право выбора из разных возможностей. Пациент может экспериментировать с альтернативными подходами в ходе лечения.

В идеале - психотерапия - это совместное усилие. Терапевт должен быть уверен, что пациент понимает смысл критериев соответствия и готовности, поскольку им необходимо сотрудничать в определении проблем пациента и в оценке прогресса в работе над ними. Сотрудничество и взаимопонимание могут предотвратить такое тупиковое развитие отношений, когда терапевт безосновательно воздерживается от рекомендаций, а пациент глубоко не доверяет терапевту, и не может свободно делиться с ним своими мыслями, чувствами, рассказывать о событиях и отношениях.

Пациент может получить пользу от психотерапии на каждой стадии гендерного развития. Это касается и послеоперационного периода, когда анатомические препятствия к гендерному комфорту устранены, однако человек продолжает испытывать недостаток подлинного комфорта и навыков жизни в новой гендерной роли.

***Возможности для гендерной адаптации.*** Виды деятельности и процессы, приведенные ниже, в различных сочетаниях могут помочь людям обрести больший личный комфорт. Эти способы адаптации могут быть начаты спонтанно или в ходе психотерапии. Поиск различных путей половой адаптации не означает, что человек в будущем не сможет выбрать путь гормональной терапии, реального жизненного опыта, генитальной хирургии.

#### Виды деятельности.

##### ***Для биологических мужчин:***

Одеваться в одежду противоположного пола: свободную с нижним бельем; подходящую для обоих полов (unisex); или соответствующую женской моде.

Изменять тело: удаление волос с помощью электроэпиляции или воска для тела; незначительные пластические косметические хирургические процедуры.

Уделять большее внимание уходу за внешностью, увеличить гардероб и заниматься развитием голоса.

##### ***Для биологических женщин:***

Одеваться в одежду противоположного пола: свободную с нижним бельем; подходящую для обоих полов (unisex); или соответствующую мужской моде.

Изменять тело с помощью перетягивания груди, поднятия тяжестей, использования театральных накладных волос для лица.

Носить протез пениса или имитировать его, или набивая трусы.

##### ***Для обоих полов:***

Узнавать о явлении трансгендерности от групп поддержки или гендерных сообществ; через общение со сверстниками через Интернет; изучать данные Стандарты Оказания Медицинской Помощи; читать соответствующую популярную и профессиональную литературу о юридических аспектах о правах на работе, в межличностных отношениях и при ношении одежды противоположного пола в общественных местах.

Участвовать в развлечениях предпочитаемого пола.

Жить время от времени в противоположной гендерной роли.

#### Процессы:

Принятие собственных гомосексуальных и бисексуальных фантазий и поведения (ориентации) как отличных от половой идентичности и стремлений, присущих фактической половой роли.

Признание необходимости сохранять работу, удовлетворять эмоциональные потребности детей, выполнять супружеские обязательства или не огорчать членов семьи, что является приоритетным в сравнении с личным желанием постоянно проявлять себя в качестве представителя противоположного пола.

Интеграция представлений о женском или мужском поле в повседневной жизни.

Распознавание триггеров, усиливающих желание быть в противоположной половой роли, и нахождение способов справиться с этим. Например, развитие большей защищенности, самоутверждения и профессионализма будет способствовать успехам на работе, а также разрешению межличностных проблем и укреплению значимых межличностных отношений.

Поиск душевного комфорта.

## **VII. Требования для проведения гормональной терапии для взрослых**

**Основания для гормональной терапии.** Лечение гормонами противоположного пола играет важную роль в процессе анатомического и психологического изменения пола для прошедших соответствующий отбор взрослых с нарушениями половой идентичности. Гормоны часто необходимы, с медицинской точки зрения, для успешной жизни в рамках нового пола. Они способствуют улучшению качества жизни и ограничивают сопутствующие психиатрические заболевания, которые часто сопровождают недостаток лечения. Когда врачи назначают андрогены биологическим женщинам и эстрогены, прогестероны и/или агенты, блокирующие тестостерон биологическим мужчинам, пациенты чувствуют себя и выглядят в большей степени как представители желаемого пола.

**Критерий соответствия.** Нельзя просто взять и назначить гормоны, поскольку они опасны в медицинском и социальном плане. Существует три условия.

1. Возраст 18 лет;
2. Демонстрация знаний о том, каких медицинских результатов можно добиться с помощью гормонов, а каких - нельзя, каковы социальные преимущества и недостатки их применения;
3. и любое из следующих:
  - а) Документальное подтверждение опыта реальной жизни по меньшей мере в течение трех месяцев до назначения гормонов, **Или**
  - б) Прохождение психотерапии, длительность которой была определена профессионалом в области психического здоровья после первичной диагностики (обычно не менее трех месяцев).

В особых случаях возможно назначение гормонов пациенту, который не удовлетворяет условию 3 - например, для того, чтобы обеспечить проведение лечения под наблюдением врача с использованием назначенных доз гормонов в качестве альтернативы неподконтрольному применению гормонов и покупке их на черном рынке.

**Критерий готовности.** Существует три условия:

У пациента продолжается укрепление половой идентичности в процессе опыта реальной жизни или психотерапии;

Пациент достиг определенного прогресса в решении других выявленных проблем, что ведет к улучшению или стабилизации психического здоровья (предполагается удовлетворительный контроль над такими проблемами, как социопатия, злоупотребление алкоголем или наркотиками, психозы и суицидальность);

Вероятность того, что пациент будет ответственно подходить к приему гормонов.

**Можно ли назначать гормоны тем, кто не изъявляет желания подвергаться хирургии или приобрести опыт реальной жизни?** Да, но после проведения диагностики и психотерапии квалифицированным профессионалом в области психического здоровья в соответствии с минимальными стандартами, изложенными выше. Гормональная терапия может обеспечить значительный комфорт гендерным пациентам, которые не хотят жить в рамках противоположного пола или подвергаться операции, или тем, которые не могут этого сделать. Для некоторых пациентов сама по себе гормональная терапия может дать значительное облегчение симптомов, что снимает для них необходимость жизни в рамках противоположного пола или хирургии.

**Гормональная терапия и медицинская помощь заключенным.** Люди, проходящие гормональное лечение нарушения половой идентичности, должны продолжать получать соответствующее лечение в соответствии со Стандартами Оказания Помощи после заключения в тюрьму. К примеру, тем, кто проходил психотерапию и/или лечение гормонами противоположного пола, должно быть позволено продолжить это - необходимое с медицинской точки зрения лечение - для предотвращения или ограничения эмоциональной нестабильности, нежелательного уменьшения физических результатов, достигнутых с помощью воздействия гормонов, и чувства отчаяния, которые могут привести к депрессии, тревоге или суицидальности. Заключенные, которым резко отменили гормоны противоположного пола, особенно подвержены риску усиления психиатрических симптомов и саморазрушительного поведения. Медицинское наблюдение за гормональным лечением, как оно описано в данных Стандартах, также должно обеспечиваться. При расселении трансгендерных заключенных должны приниматься во внимание их переходный статус и их личная безопасность.

## **VIII. Результаты гормональной терапии у взрослых**

Полное проявление влияния гормонов на физический облик может быть не очевидно до истечения двух лет непрерывного лечения. Наследственность ограничивает реакцию тканей на гормоны и не может быть преодолена с помощью увеличения дозировок. Степень достижения эффекта различается от пациента к пациенту.

**Желаемое воздействие гормонов.** Биологические мужчины, которых лечат эстрагенами, могут рассчитывать на следующие реалистичные результаты: рост грудных желез, некоторое перераспределение жировых тканей и приближение к формам женского тела, ослабление мускулатуры верхней части тела, смягчение кожи, уменьшение волос на теле, замедление или прекращение выпадения волос на голове, снижение способности к оплодотворению и уменьшение размеров яичек, снижение частоты и силы эрекций. Большинство этих изменений обратимы, хотя увеличение грудных желез не исчезает полностью после прекращения лечения.

Биологические женщины, которых лечат тестостеронами, могут ожидать следующих стабильных изменений: снижение тембра голоса, увеличение клитора, слабая атрофия груди, рост волос на лице и теле, появления залысин мужского типа. К обратимым изменениям относятся: усиление мышц верхней части тела, увеличение веса, повышение социального и сексуального интереса и возбудимости, уменьшение жировых тканей в области таза.

**Вероятные негативные побочные эффекты.** Пациенты, имеющие проблемы со здоровьем или склонность к сердечно-сосудистым заболеваниям, в гораздо большей степени подвержены риску серьезных или губительных последствий лечения гормонами противоположного пола. К примеру курение, тучность, преклонный возраст, болезни сердца, повышенное давление, аномалии свертываемости крови, злокачественные опухоли и некоторые эндокринные отклонения являются относительными противопоказаниями для проведения гормонального лечения. Таким образом, некоторые пациенты не в состоянии перенести лечение гормонами противоположного пола. Гормоны могут оказаться как полезны, так и вредны для здоровья. Соотношение риск - польза должно быть установлено в совместной работе пациента и врача, назначающего лечение.

Побочные эффекты в лечении мужчин эстрогенами могут включать повышенную предрасположенность к образованию тромбов крови (венозные тромбозы с риском развития легочной эмболии), развитие доброкачественной опухоли гипофиза, бесплодие, увеличение веса, эмоциональную неустойчивость и болезнь печени. Побочные эффекты при лечении прогестеронами могут включать желчекаменную болезнь, увеличение веса, сонливость, повышение кровяного давления и сахарный диабет.

Побочные эффекты для женщин, которых лечат тестостеронами, могут включать бесплодие, угри, эмоциональную неустойчивость, усиление сексуального желания, сдвиг очертаний жировых тканей к мужскому типу, что повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний, потенциальную возможность развития доброкачественных и злокачественных опухолей печени и дисфункцию печени.

**Ответственность врача, назначающего медикаменты.** Гормоны должны назначаться врачом и не должны применяться без адекватной психологической и медицинской оценки до лечения и в ходе лечения. Пациенты, не понимающие требований критериев соответствия и готовности и не знающие Стандартов Оказания Медицинской Помощи, должны быть ознакомлены с ними. Это может быть хорошим показанием для направления к профессионалу в области психического здоровья, имеющего опыт работы с нарушениями половой идентичности.

Врач, проводящий гормональное лечение и медицинское наблюдение, не обязан быть специалистом в области эндокринологии, но должен быть хорошо знаком с соответствующими медицинскими и психологическими аспектами лечения людей с нарушением половой идентичности.

После тщательного изучения данных медицинской истории, физиологического обследования, результатов лабораторных анализов врач должен еще раз проанализировать возможные результаты и побочные эффекты гормонального лечения, в том числе и вероятность серьезных, угрожающих жизни последствий. Пациенты должны быть в состоянии оценить риск и пользу от лечения, получить все ответы на свои вопросы и дать согласие на медицинское наблюдение в ходе лечения. Медицинский протокол должен содержать документ с письменным согласием пациента на прохождение лечения, отражающий обсуждение проблемы риска и преимуществ гормональной терапии.

Врачи располагают широким выбором препаратов, а также вариантов их приема для каждого конкретного пациента. Существуют оральный, инъекционный и через-кожный способы принятия препаратов. Местное введение эстрогенов через кожу может назначаться мужчинам после 40 лет или людям, имеющим аномалии свертывания крови или случаи венозных тромбозов. Местное введение тестостерона может применяться для женщин, которые не хотят делать инъекции. При отсутствии каких-либо иных медицинских, хирургических или психиатрических обстоятельств, базовое медицинское наблюдение должно включать серию врачебных осмотров, соответствующих лечебным и побочным эффектам, замеры жизненно важных параметров до и в ходе лечения, взвешивание и лабораторные исследования. Гендерные пациенты, принимающие или не принимающие гормоны, должны быть обследованы по поводу тазовых злокачественных опухолей в том же порядке, что и все остальные люди.

Для получающих эстрогены, минимальное лабораторное обследование должно состоять из измерения уровня свободных тестостеронов до начала лечения, глюкозы натощак, обследования печени, полного анализа крови, повторяемого через 6 и 12 месяцев, и далее ежегодно. Должен быть получен уровень пролактина до начала лечения с повтором через 1, 2 и 3 года. Если на протяжении этого времени гиперпролактемия не выявлена, дальнейшие измерения не нужны. Биологических мужчин, проходящих лечение эстрогенами, необходимо обследовать по поводу рака груди, их нужно также убедить в необходимости регулярного самоконтроля. С возрастом они должны проходить обследование по поводу рака простаты.

Для получающих андрогены, минимальное лабораторное обследование должно состоять из обследования печени, полного анализа крови, повторяемого через 6 и 12 месяцев, и далее ежегодно. Пальпацию печени необходимо проводить раз в год. Женщины, перенесшие мастэктомию, и те, у кого в семье были случаи рака груди, должны быть проверены по поводу этой болезни.

Врач может обеспечить своих пациентов кратким письменным заключением, свидетельствующим о том, что данный человек находится под медицинским наблюдением и проходит лечение гормонами противоположного пола. На ранних стадиях лечения пациентов следует убедить всегда носить это заключение с собой, чтобы избежать сложностей с полицией и другими представителями власти.

***Снижение дозы гормонов после гонадектомии (удаления яичек или яичников).*** Пациентам после удаления яичек часто снижают дозу эстрогена от 1/3 и до 1/2, при этом процесс феминизации продолжается. Решение о снижении доз тестостерона пациентам после проведенного удаления яичников должно быть принято с учетом риска развития остеопороза. Поддерживающее лечение в течение всей дальнейшей жизни, как правило, необходимо всем гендерным пациентам.

***Злоупотребление гормонами.*** Некоторые люди достают гормоны, не получив назначения, через друзей, членов семьи и фармацевтов в других странах. Употребление гормонов без наблюдения врача подвергает человека большему медицинскому риску. Люди, принимающие гормоны под медицинским наблюдением, осведомлены о запрете незаконно обеспечивать себя гормонами без уведомления лечащего врача. Профессионалы в области психического здоровья и лечащий врач должны предпринимать усилия, чтобы пациента согласился следовать рекомендованной дозе во избежание осложнений. Этичным для врача является отказ продолжать лечение пациентов, которые не подчиняются предписанному медицинскому распорядку.

**Иная вероятная польза гормонального лечения.** Гормональное лечение, если оно переносимо по медицинским показаниям, должно предшествовать любым хирургическим операциям гениталий. Удовлетворенность результатом воздействия гормонов укрепляет идентичность личности как представителя желаемого пола и добавляет уверенности для продолжения лечения. Неудовлетворенность результатом гормонального лечения может свидетельствовать об амбивалентности по отношению к хирургическому вмешательству. У биологических мужчин часто одни только гормоны вызывают достаточное развитие грудных желез, что снимает необходимость в пластике по увеличению груди. Некоторые пациенты после прохождения гормонального лечения не хотят подвергаться генитальному или другому хирургическому вмешательству.

**Назначение антиандрогенов и последовательная терапия.** Антиандрогены могут назначаться в качестве дополнительного средства для биологических мужчин, получающих эстрогены, хотя они не всегда необходимы для достижения феминизации. Некоторым пациентам назначают антиандрогены, чтобы способствовать более глубокому подавлению производства тестостерона, что позволяет снизить дозы эстрогена, если есть вероятность негативных побочных эффектов от приема эстрогена.

Феминизация не требует последовательной терапии. Попытки имитировать менструальный цикл с помощью назначения прерывистой эстрогенной терапии или замены прогестерона на эстраген в течение какой-то части месяца не являются необходимыми для достижения феминизации.

**Письменное согласие.** Гормональное лечение назначается только тем, кто в соответствии с юридическими нормами способен дать письменное согласие. Это люди, признанные законом совершеннолетними, и кроме того заключенные, считающиеся способными принимать решение о лечении. Для подростков письменное согласие должно содержать согласие несовершеннолетнего пациента и письменное согласие родителя или официального опекуна.

**Возможности репродукции.** Письменное согласие - это свидетельство понимания пациентом того, что в результате приема гормонов происходит ограничение способности к зачатию, а удаление половых органов приводит к исчезновению репродуктивных способностей. Известны случаи, когда люди, прошедшие гормональную терапию и перенесшие хирургическую операцию по подтверждению пола, впоследствии очень сожалели о невозможности стать генетическими родителями. Профессионалы в области психического здоровья, рекомендующие гормональную терапию, и врачи, назначающие это лечение, должны обсуждать репродуктивные возможности с пациентом до того, как начнется гормональное лечение. Биологических мужчин, в особенности тех, у кого еще не было потомства, необходимо информировать о возможности сохранения спермы и поощрять их воспользоваться банком спермы прежде, чем начнется гормональная терапия. Для биологических женщин пока еще не существует доступных способов для сохранения гамет помимо криозаморозки оплодотворенного эмбриона. Однако они должны получить информацию о репродукции, включающую и данную возможность. Когда иные возможности станут доступны, об этом будет сообщено.

## **IX. Опыт реальной жизни**

Действия по полному принятию новой или развивающейся половой роли или самопрезентации в новой половой роли в повседневной жизни считается опытом реальной жизни. Опыт реальной жизни занимает важное место в процессе перехода к половой роли,

которая соответствует половой идентичности пациента. Поскольку изменение половой роли незамедлительно приводит к серьезным личным и социальным последствиям, принятию решения об этом должно предшествовать осознание того, какими будут семейные, профессиональные, межличностные, образовательные, экономические и юридические последствия. В область ответственности специалистов входит обсуждение предполагаемых последствий со своими пациентами. Изменение половой роли и образа может привести к дискриминации на работе, при трудоустройстве, в ситуации развода и решении семейных проблем, ограничению или потере права видится с детьми. Такое представление об аспектах внешней реальности, с которыми предстоит столкнуться, может помочь в успешном освоении нового гендерного образа. Эти последствия могут существенно отличаться от того, о чем мечтал человек до начала опыта реальной жизни. Не все перемены негативны.

***Параметры оценки опыта реальной жизни.*** Когда клиницисты оценивают качество опыта реальной жизни индивида в желаемой половой роли, они рассматривают следующие характеристики:

- Трудоустройство и работа полный или неполный рабочий день;
- Функционирование в качестве студента;
- Добровольная деятельность в каких-либо сообществах;
- Сочетание пунктов 1-3;
- Получение нового (юридического) имени, соответствующего половой идентичности;
- Документальное подтверждение того, что другие люди помимо психотерапевта знают о том, что пациент функционирует в желаемой гендерной роли.

***Опыт реальной жизни в противопоставлении к тесту реальной жизни.*** Хотя профессионалы могут рекомендовать жизнь в желаемой половой роли, все же ответственность за решение, когда и как начинать опыт реальной жизни, полностью лежит на пациенте. Некоторые начинают опыт реальной жизни и решают, что то направление жизни, о котором они часто мечтали, не совпадает с их желаниями. Профессионалы иногда рассматривают опыт реальной жизни в качестве "жизненного теста" для окончательного диагноза. Если у пациента все благополучно в предпочитаемой половой роли, то его транссексуальность подтверждается, если же он отказывается продолжать этот опыт, то он, должно быть, транссексуалом не является. К этой аргументации примешиваются факторы, которые способствуют успешной адаптации при наличии нарушения половой идентичности. В ходе опыта реальной жизни проверяется не только правильность решения человека, его способность функционировать в желаемой гендерной роли, но также и наличие достаточной социальной, экономической и психологической поддержки. Это помогает обоим - и пациенту и профессионалу в области психического здоровья оценить, каким образом двигаться дальше. И хотя диагноз всегда открыт для пересмотра, постановка диагноза, однако, предшествует рекомендации пациенту погрузиться в опыт реальной жизни. Если приобретение опыта реальной жизни протекает благополучно, то и профессионал в области психического здоровья и пациент обретают уверенность по поводу дальнейших шагов.

***Удаление бороды у пациентов-мужчин, становящихся женщинами.*** Густота бороды и ее рост существенно не замедляется при применении гормонов противоположного пола. Удаление волос с лица с помощью электроэпиляции, как правило, безопасный, требующий времени процесс, который облегчает начало опыта реальной жизни биологическим мужчинам. Побочные эффекты включают дискомфорт во время или сразу после этой процедуры, реже бывают гипо- или гиперпигментация, рубцы и фолликулиты (воспаления фолликулов кожи). Официальное медицинское разрешение на удаление волос не требуется, электроэпиляцию можно начинать, когда пациент сочтет нужным. Как правило, это рекомендуется сделать до начала опыта реальной жизни, поскольку борода

должна отрасти до определенной длины, чтобы ее легче было удалять. Многим пациентам требуется два года регулярного лечения для эффективного устранения волос с лица. Удаление волос с помощью лазера - новый альтернативный подход, но опыт его применения ограничен.

## **Х. Хирургия**

***Изменение пола эффективно и показано при тяжелых НПИ.*** Если человеку поставлен диагноз транссексуализм или глубокое НПИ, хирургия по изменению пола совместно с гормональной терапией и опытом реальной жизни, является лечением, которое доказало свою эффективность. Такой лечебный подход, если он предписан или рекомендован квалифицированными практиками, показан и необходим, с медицинской точки зрения. Изменение пола не является "экспериментальной", "исследовательской", "по желанию", "косметической" возможностью в любом смысле этого слова. Это очень эффективное и подходящее лечение транссексуальности и глубокого НПИ.

***Как решается этический вопрос относительно подтверждающей пол хирургии.*** Многие люди, в том числе и некоторые профессионалы-медики, считают, что этических основ для оперативного лечения НПИ не существует. В обычной хирургической практике патологические ткани удаляются для восстановления нарушенных функций или изменения частей тела производятся в целях улучшения "образа - я" пациента. Те, кто возражают против операций по перемене пола, считают, что этих причин нет, когда производятся операции людей, страдающих нарушениями половой идентичности. Важно, чтобы профессионалы, работающие с пациентами с нарушениями половой идентичности, чувствовали себя спокойно по поводу изменения анатомически нормальных структур. Для того чтобы понять, каким образом хирургическая операция может смягчить психологический дискомфорт пациентов с диагнозом нарушение половой идентичности, профессионалам нужно послушать этих пациентов, поговорить об их проблемах, историях жизни. Сопротивление проведению хирургических операций, основанное на этическом принципе "не навреди", необходимо уважать, обсуждать, и иметь возможность узнать от самих пациентов о психологических страданиях, которые им причиняет глубокое нарушение половой идентичности.

Противоречит этике отказ признать критерии соответствия или готовности для проведения операции по подтверждению пола только лишь в связи с наличием серопозитивных инфекций, таких как СПИД или гепатит В или С и т.д.

***Отношения хирурга с врачом, назначающим гормоны, и профессионалом в области психического здоровья.*** Хирург является не просто техническим исполнителем, привлеченным для проведения операции. Хирург - член группы клиницистов, участвующих в длительном лечебном процессе. Пациент часто чувствует искреннее позитивное отношение и уважение к хирургу, дающее возможность в дальнейшем продолжать длительное наблюдение. В силу его или ее ответственности перед пациентом, хирург должен понимать суть диагноза, приведшего к назначению генитальной хирургии. У хирургов должна быть возможность поговорить с пациентом, чтобы удостовериться, что пациент скорее выиграет от операции. Желательно, чтобы хирург был в тесных рабочих отношениях с другими профессионалами, включенными в психологическое и медицинское лечение пациента. Оптимальной является принадлежность к междисциплинарной команде профессионалов, специализирующихся на нарушениях половой идентичности. Такие группы, однако, не везде существуют. По крайней мере, хирург должен быть уверен, что профессионал в области психического здоровья и врач, назначающий гормоны, являются

специалистами с хорошей репутацией и с опытом работы в области нарушений половой идентичности. Обычно об этом можно судить по качеству отчетов-рекомендаций. Поскольку бывали случаи получения фиктивных и поддельных отчетов, хирург должен лично поговорить хотя бы с одним профессионалом в области психического здоровья для того, чтобы удостовериться в подлинности этих отчетов.

Прежде чем проводить любую хирургическую операцию, хирург должен иметь полную информацию медицинского обследования, в том числе результаты исследований воздействия гормонального лечения на печень и другие органы. Такое обследование может быть проведено самостоятельно или совместно с врачами-коллегами. Поскольку физическое состояние, предшествующее операции по генитальной реконструкции, может осложнить ее проведение, хирург должен быть компетентен в урологической диагностике. Врачебная документация должна содержать письменное согласие пациента на проведение конкретного хирургического вмешательства.

## **XI. Хирургия груди**

Наращивание и удаление груди - обычные операции, доступные самым обычным людям по самым разным показаниям. Основания для этих операций варьируют от косметических показаний до рака. И хотя грудь - это несомненно важный вторичный половой признак, размер или наличие груди не включены в юридическое определение пола или гендера и не важны для репродукции. Перед проведением операции груди необходимо произвести те же приготовления, что и перед началом гормональной терапии. Оба эти вмешательства производят относительно необратимые изменения тела.

Подход к пациентам мужчинам, трансформирующимся в женщин, отличается от подхода к женщинам, трансформирующимся в мужчин. Для пациентов, трансформирующихся из женщин в мужчин, удаление груди, как правило, является первым хирургическим вмешательством для их успешного пребывания в образе мужчины, и для некоторых пациентов эта операция остается единственной. Если после удаления тканей груди требуется пересадка кожи и останется шрам, пациент должен быть информирован об этом заранее. Пациенты, трансформирующихся из женщин в мужчин, могут начинать хирургические операции одновременно с началом приема гормонов. Для пациентов мужчин, трансформирующихся в женщин, наращивание груди может быть произведено в том случае, если врач, назначивший гормоны, и хирург документально подтвердят, что увеличение груди после прохождения лечения гормонами в течение 18 месяцев оказалось недостаточным для комфортного ощущения в социальной гендерной роли.

## **XII. Генитальная хирургия**

**Критерии соответствия.** Данные минимальные критерии соответствия для различных хирургических вмешательств равно применимы как к биологическим мужчинам, так и к биологическим женщинам, желающим произвести генитальную хирургию. Это:

Юридический возраст совершеннолетия, принятый в стране пациента;

Прохождение гормональной терапии в течение 12 месяцев для лиц, не имеющих противопоказаний (смотри ниже "Может ли проводится хирургия без гормонального лечения и без приобретения опыта реальной жизни?");

12 месяцев благополучного и непрерывного опыта реальной жизни. Периоды возвращения к исходному полу могут свидетельствовать об амбивалентности по отношению

к этому процессу и, как правило, не должны считаться удовлетворяющими данному критерию;

Если профессионал в области психического здоровья считает необходимым - регулярное и ответственное участие в психотерапии в период приобретения опыта реальной жизни, с частотой, которую устанавливают совместно пациент и профессионал в области психического здоровья. Психотерапия как таковая (*per se*) не является обязательным критерием "соответствия" для хирургии;

Продемонстрированные знания о стоимости, необходимой длительности госпитализации, возможных осложнениях, о требованиях к послеоперационной реабилитации в различных хирургических подходах;

Информированность о различных компетентных хирургах.

**Критерии готовности. Критерии готовности включают:**

Явный прогресс в укреплении половой идентичности;

Явный прогресс в области работы, семьи, межличностных отношений, результатом которого является значительное улучшение состояния психического здоровья; что предполагает возможность удовлетворительно контролировать, например, такие проблемы, как социопатия, злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими химическими веществами, психозы, суицидальность.

*Может ли проводиться хирургия без гормонального лечения и без приобретения опыта реальной жизни?* Люди, которые не удовлетворяют критериям соответствия, не могут быть подвергнуты телесным изменениям. Генитальная хирургия - это лечение для лиц с диагнозом нарушение половой идентичности, которое может проводиться только лишь после тщательной диагностики. Генитальная хирургия не является правом, которое удовлетворяется по требованию. СОМП оговаривают условия индивидуального подхода к каждому пациенту, но это не означает, что основные направления, состоящие из диагностической оценки, возможной психотерапии, гормонов, опыта реальной жизни могут игнорироваться. Однако, если человек на протяжении долгого времени жил как представитель противоположного пола и после прохождения назначенного курса психотерапии оценивается как психически здоровый, нет веских причин для того, чтобы он или она обязательно принимали гормоны прежде, чем подвергнуться генитальной хирургии.

*Условия, при которых может проводиться хирургия.* Хирургическое лечение людей с диагнозом нарушение половой идентичности не является просто дополнительной процедурой по желанию пациента. Обычные операции, которые проводятся по желанию пациента, предполагают лишь частный контракт, заключенный между пациентом и хирургом. Генитальная хирургия для индивидуумов, которым поставлен диагноз НПИ, может проводиться только после соответствующей оценки квалифицированными профессионалами в области психического здоровья. Генитальная хирургия может быть произведена, если представлены письменные документы о проведении соответствующей всесторонней диагностики и человек удовлетворяет критериям соответствия и готовности. Выполняя эти требования, профессионал в области психического здоровья, хирург и пациент разделяют ответственность за принятое решение о том, чтобы произвести необратимые изменения тела.

*Требования к хирургу, проводящему генитальную реконструкцию.* Хирург должен быть урологом, гинекологом, пластическим хирургом или хирургом общего профиля, имеющим сертификат Совета профессиональной ассоциации, которая известна в его стране и пользуется хорошей репутацией. Хирург должен обладать специальной квалификацией в области техник генитальной реконструкции, что должно быть подтверждено документом о прохождении обучения у более опытного хирурга. Даже опытные в данной области хирурги

должны стремиться к тому, чтобы коллеги имели возможность оценить их работу. Обмен мнениями и обсуждения с коллегами также важны для профессионального роста хирурга. Хирурги должны посещать профессиональных собрания, на которых представляются новые техники лечения.

Хорошо, если хирург знаком более, чем с одной хирургической техникой по генитальной реконструкции, так, чтобы он или она, давая консультацию пациенту, мог бы выбирать технику, оптимально подходящую для конкретного пациента. Если же хирурги имеют опыт работы только с одной техникой, они должны известить об этом пациентов и направить к другому хирургу тех, кто не хочет использовать данную технику или она им не подходит.

***Генитальная хирургия для пациентов - мужчин, трансформирующихся в женщин.*** Генитально-хирургические процедуры могут включать удаление яичек, пениса, вагинопластику, клиторопластику и пластику половых губ. Эти процедуры требуют квалифицированной хирургии и послеоперационного лечения. Техники по созданию вагины включают инверсию кожи пениса, использование ректосигмоидального фрагмента, использование свободного участка кожи. Сексуальные ощущения являются важной целью вагинопластики, наряду с ее функциональностью и приемлемым видом.

Другие хирургические процедуры для пациентов - мужчин, трансформирующихся в женщин. Другие процедуры могут быть проделаны для подкрепления феминизации, такие как, уменьшение тироидной хондропластики, липосакцию в области талии, пластику носа и век, уменьшение размеров лицевых костей, подтяжку кожи лица и пластику век. Эти операции не требуют отчетов-рекомендаций профессионалов в области психического здоровья.

Высказываются опасения по поводу безопасности и эффективности хирургических операций по модификации голоса и в этой связи возрастает необходимость долгосрочных наблюдений за пациентами, перенесшими такие операции, прежде, чем эта техника получит дальнейшее распространение. Для того, чтобы защитить свои голосовые связки, пациенты, выбравшие эту операцию, должны пройти все процедуры предоперационной подготовки, в том числе общую анестезию с интубацией.

***Генитальная хирургия для пациенток - женщин, трансформирующихся в мужчин.*** Генитальные хирургические процедуры могут включать удаление матки, маточных труб и яичников, удаление влагалища с последующей пластикой, создание мошонки, утероластику, создание протезов яичек и фаллоластику. Существующие техники хирургических операций по фаллопластике различны. Выбор техники может быть ограничен анатомическими особенностями или соображениями хирурга. Если конечной целью фаллоластики является хорошо выглядящий пенис, возможность мочеиспускания в положении стоя, сексуальные ощущения, и/или возможность совершения полового акта, то пациент должен обязательно быть проинформирован о том, что хирургический процесс состоит из нескольких отдельных этапов, и кроме того, часто случаются технические трудности, могущие потребовать проведения дополнительных операций. Даже техника по удалению влагалища с последующей пластикой, которая в теории является одноэтапной процедурой по созданию микро- фаллоса, зачастую требует нескольких хирургических вмешательств. Сложность и многоэтапность процедур по созданию пениса является показателем необходимости дальнейшего развития оперативных техник.

Другие хирургические процедуры для пациенток - женщин, трансформирующиеся в мужчин. Другие хирургические процедуры, проводящиеся для поддержания маскулинизации, включают удаление жира из области бедер и ягодиц.

### **XIII. Наблюдение после произведенных изменений**

Длительное послеоперационное наблюдение поощряется, поскольку это один из факторов, связанный с хорошими психосоциальными результатами лечения. Долгосрочное наблюдение полезно, во-первых, для обеспечения анатомического и физиологического здоровья пациента и, во-вторых, для получения знаний о преимуществах и ограничениях хирургических операций. Длительное наблюдение хирурга рекомендуется всем пациентам для того, чтобы добиться оптимального результата хирургии. Хирурги, оперирующие пациентов, приехавших издалека, должны включить личное наблюдение за ходом их выздоровления в свой лечебный план, и постараться обеспечить для этих пациентов доступный, длительный последующий уход в регионе их проживания. После операции пациенты могут ошибочно отказываться от наблюдения врача, назначающего гормоны, не понимая, что эти врачи лучше других могут предотвращать, ставить диагноз и лечить состояния, связанные с гормональным лечением и хирургическим вмешательством. Прооперированные пациенты должны проходить регулярные медицинские обследования в соответствии с общими возрастными рекомендациями. Потребность в последующем наблюдении распространяется и на профессионала в области психического здоровья, который провел с пациентом больше времени, чем любой другой специалист, и находится в наиболее благоприятной позиции для оказания помощи пациенту в преодолении трудностей послеоперационной адаптации.