

Лечение пациентов с расстройствами половой идентификации

Б.М. Ворник

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Киевский центр планирования семьи, сексологии и репродукции человека

В статье приведены результаты обследования 1213 человек с расстройствами половой идентификации (РПИ), а также результаты психотерапевтической и медикаментозной коррекции психотропными и гормональными препаратами 247 пациентов с истинным транссексуализмом. Описаны длительность, дозы и терапевтические эффекты лечения. Сделан вывод о необходимости начинать лечение с психологической коррекции и психотерапии у всех пациентов с РПИ, добавляя при необходимости психотропные препараты, что приводит к редукции психопатологической симптоматики. Гормональную коррекцию необходимо проводить только пациентам с установленным истинным транссексуализмом при подготовке к хирургической коррекции, а также для достижения положительных соматических изменений. В дальнейшем гормональная коррекция переходит в пожизненную заместительную гормонотерапию.

Ключевые слова: расстройства половой идентификации, транссексуализм, психотерапия, медикаментозная коррекция, гормональные и психотропные препараты.

Проблема расстройств половой идентификации (далее РПИ) в последнее время привлекает большое внимание как общественности, так и работников медицинской и социально-психологической сферы. Широкое обсуждение в СМИ социальных и личных проблем таких людей приводит к тому, что вытесняются, забываются и не принимаются во внимание проблемы медицинского характера и в первую очередь оказание медицинской помощи таким людям, а именно, лечение РПИ. Повышенная активность общественных групп и организаций геев и лесбиянок также значительно затрудняют понимание медицинской части этих проблем как специалистами и обществом, так и теми, кто ищет медицинской помощи [7]. Тем не менее, именно психологическая помощь, психотерапевтическая коррекция и медикаментозное лечение РПИ являются ключом к решению личностных и социальных проблем людей, имеющих те или иные расстройства половой идентификации.

Согласно МКБ-10, к расстройствам половой идентификации относятся транссексуализм (F.64.0), трансвестизм двойной роли (F64.1), расстройство половой идентификации в детском возрасте (F64.2), другое расстройство половой идентификации (F64.8), расстройство половой идентификации неуточненное (F64.9). С определенными оговорками, сюда можно отнести и эгодистоническую сексуальную ориентацию (F66.1), поскольку лица этой группы также обращаются по поводу смены пола.

К основным методам лечения РПИ относятся психотерапия, медикаментозная коррекция, включающая психофармакотерапию и гормонотерапию, а также хирургическая коррекция пола. Только после этого происходит последующая смена документов, сопровождающаяся социально-психологической реабилитацией. Попытки смены документов до на-

чала лечения, как по нашим наблюдениям, так и, по мнению других исследователей, не способствуют ни облегчению адаптации таких людей, ни улучшению их психологического состояния. Наоборот, гораздо чаще возникают различные проблемы с правоохранительными и административными органами [1, 2, 8].

Поскольку РПИ в большинстве случаев тяжело переносится больными, являясь для них психической травмой, приводящей зачастую к психопатологическим расстройствам и даже суицидам, то вне зависимости от формы РПИ, практически во всех случаях оправдано применение методов психотерапии и психологической коррекции, а также назначение психотропных препаратов как для устранения психопатологических симптомов, так и для усиления психотерапии [1, 2, 5].

Под медикаментозной коррекцией мы понимаем назначение пациентам с теми или иными РПИ психотропных (транквилизаторы, антидепрессанты, корректоры поведения, противосудорожные, снотворные и др.) и гормональных (андрогены, эстрогены) препаратов с целью достижения лечебных эффектов на различных этапах медико-психологической и социальной помощи таким лицам.

Относительно применения гормональных препаратов, аналогов мужских и женских половых гормонов, то их назначение лицам с истинным транссексуализмом является обязательным условием и применяют их пожизненно, по типу заместительной гормонотерапии, в то время как назначение гормональных препаратов пациентам с другими РПИ будет приводить к различным повреждениям и инвалидизации [1, 3].

Цель работы: изучение эффективности различных методов лечения и оценка действия медицинских препаратов, применяющихся для коррекции психического и соматического статуса у лиц с расстройствами половой идентификации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были проанализированы 1213 человек, обратившихся с желанием сменить свой биологический пол на противоположный.

Они были направлены областными и городскими сексологами, психиатрами, эндокринологами или обращались самостоятельно.

Все лица, обратившиеся с просьбой о смене пола, прошли комплексную медико-психологическую диагностику и были в результате обследования разделены на 3 группы: истинный транссексуализм – 543 человека (44,77%), трансвестизм двойной роли – 318 человек (26,22%) и эгодистоническая сексуальная ориентация – 352 человека (29,01%). В последнюю группу были отнесены также лица с гомосексуальным половым влечением, которые требовали или желали сменить пол, неверно считая смену пола возможностью решить их личностные или социальные проблемы.

Пациентов второй и третьей групп на комиссию не направляли, за исключением нескольких человек, кото-

Соматические эффекты терапии женскими половыми гормонами у мужчин с транссексуализмом

Исследуемые признаки, n=80	Изменение выраженности исследуемых признаков, n (%)		
	значительное	незначительное	без изменений
Увеличение размеров грудных желез	11 (13,75)	60 (75,0)	9 (11,25)
Уменьшение роста волос на лице, теле	40 (50,0)	25 (31,25)	15 (18,75)
Повышение тембра голоса	31 (38,75)	40 (50,0)	9(11,25)
Увеличение массы тела	60 (75,0)	14 (17,50)	6 (7,50)
Увеличение жировых отложений в области бедер, живота	20 (25,0)	54 (67,50)	6 (7,50)

Таблица 2

Соматические эффекты терапии мужскими половыми гормонами у женщин с транссексуализмом

Исследуемые признаки, n=80	Изменение выраженности исследуемых признаков, n (%)		
	значительное	незначительное	без изменений
Понижение тембра голоса	111 (66,47)	21 (12,57)	35 (20,96)
Рост волос на лице и теле	146 (87,43)	17 (10,18)	4 (2,39)
Увеличение мышечной массы верхнего плечевого пояса	89 (53,30)	39 (23,35)	39 (23,35)
Уменьшение размеров грудных желез (до мастэктомии)	13 (7,78)	17 (10,18)	137 (82,04)
Увеличение массы тела	47 (28,14)	93 (55,69)	27 (16,17)
Прекращение месячных	Спусти 1–2 менструальных цикла		

рые настояли на встрече с членами комиссии. Им предлагали методы психотерапевтического лечения и психологическую коррекцию установок и личностных изменений, опосредованную при необходимости психофармакотерапией.

Комплекс медико-психологической коррекции был различным для разных групп пациентов и внутри каждой группы подбирался строго индивидуально для каждого пациента с последующей коррекцией проводимого лечения там, где это было необходимо.

В данной работе приводится характеристика и оценка различных методов лечения и коррекции 297 пациентов с истинным транссексуализмом, из них с Ж/М-транссексуализмом (Ж/МТ) – 205 человек, с М/Ж-транссексуализмом (М/ЖТ) – 92 человека. Остальные 246 пациентов с истинным транссексуализмом (45,30%) на момент обращения за помощью уже принимали гормональные препараты и в данное обследование не включались.

Лечебная тактика в отношении лиц с РПИ

Психотерапевтическая коррекция. Учитывая классическое положение о ведущей роли психотерапии и психологической коррекции при всех сексуальных расстройствах, а также тот факт, что практически у 100% лиц, обратившихся с желанием смены пола, имели место невротические, личностные расстройства и/или их сочетания в той или иной форме и степени выраженности, – лечение и коррекцию всегда и у всех пациентов начинали с психотерапии.

Психотерапию проводили с первого приема и до последней встречи с врачом, а дальше без участия врача сам пациент или группа поддержки.

Применяли все виды и методы психотерапии – от рациональной до аналитической, от аутотренинга до гипносулгестии, групповой и индивидуальный, с врачом, психологом, группой самоподдержки или самостоятельно.

Коррекция психотропными препаратами. Основными показаниями для назначения психотропных средств были различные проявления психопатологических расстройств: острые и подострые депрессивные расстройства, с выраженным аффектом тоски, тревоги, страха; астенодепрессивные, фобические расстройства; отдельные психопатологические нарушения при психопатиях и патологических развитиях личности (раздражительность, злость, проявления агрессии, дисморфобические расстройства, нарушения сна и др.). Психотропные препараты назначали также в пред- и послеоперационный период (с момента поступления пациентов в хирургический стационар и до выписки под наблюдение сексопатолога) для устранения страха, тревоги и предупреждения возможных психотических реакций, связанных с кастрацией. Виды препаратов и дозу подбирали индивидуально и корректировалась в процессе лечения.

Назначение психотропных препаратов в сочетании с психотерапией, проводили для ее усиления, особенно у тех пациентов, где была надежда адаптировать их состояние к дальнейшей жизни без оперативного вмешательства. Эту подгруппу составили 66 человек (20 мужчин и 46 женщин) с так называемым краевым транссексуализмом [5].

В подгруппе лиц с ядерным транссексуализмом (231 человек: из них 159 женщин и 72 мужчины), которые раньше не принимали гормональных препаратов и для которых адаптация к жизни в своем биологическом поле была неприемлемой – психотропные препараты и психотерапию назна-

чали с целью устранения или ослабления выраженности уже возникших психопатологических симптомов.

В результате применения психотропных препаратов отмечали редукцию или уменьшение выраженности ряда невротических симптомов, улучшалось психотерапевтическое воздействие, что приводило к улучшению настроения, коммуникативности, повышению активности, ослаблению депривности и снижению риска суицидов.

На разных этапах коррекции методы психотерапевтического воздействия комбинировали и подбирали психотерапевты индивидуально, в зависимости от состояния пациента. Длительность психотерапевтической коррекции составляла от 1 года до 3 лет.

В результате психотерапевтической и психофармакологической коррекции от хирургического вмешательства отказались 12 (60,0%) мужчин и 38 (82,6%) женщин из группы лиц с истинным краевым транссексуализмом. Остальные 8 мужчин и 8 женщин были переведены во вторую подгруппу для дальнейшей хирургической коррекции пола.

Гормональная коррекция. Гормональную коррекцию проводили только пациентам с диагнозом «истинный транссексуализм», в отношении которых было принято положительное решение о хирургической коррекции пола и у которых не было противопоказаний для назначения гормонотерапии. Как отмечено выше, пациенты, которые на момент обращения уже принимали гормональные препараты, назначенные другими врачами или рекомендованные другими транссексуалами, или принимаемые самостоятельно, из последующего наблюдения исключались. У таких пациентов оценивали состояние и корректировали дальнейшую гормонотерапию, рекомендуя периодические контрольные обследования.

Таким образом, для анализа результатов гормональной коррекции были отобраны 247 пациентов, из которых Ж/МТ – у 167 человек и М/ЖТ – у 80 человек. В зависимости от сроков и последовательности гормональной коррекции всех пациентов, направленных на хирургическую коррекцию пола, разделили на 3 группы:

1-я – гормональную терапию назначали в течение одного года до начала хирургических вмешательств – 20 (25,0%) мужчин и 17 (10,17%) женщин;

2-я – гормональную терапию назначали за 3 мес до начала хирургической коррекции пола – 35 (43,75%) мужчин и 115 (68,87%) женщин;

3-я – гормональную терапию начинали после первого этапа хирургической коррекции пола – 25 (31,25%) мужчин и 35 (20,96%) женщин.

При этом всем пациентам гормональную терапию назначали по заместительному типу.

Основные цели гормональной коррекции

1. Подавление вторичных морфофизиологических признаков имеющегося биологического пола.
2. Развитие и усиление вторичных половых признаков противоположного пола.
3. Подготовка к хирургической коррекции пола.
4. Облегчение социально-психологической адаптации и психологической коррекции.

Подготовка к заместительной гормональной терапии (ЗГТ). До начала основного курса ЗГТ всем пациентам (и мужчинам, и женщинам) назначали антиандроген – Андрокур в дозе 50 мг 2 раза в сутки. У мужчин Андрокур вызывал снижение уровня тестостерона, а у женщин действовал как слабый андроген. Андрокур назначали с целью предварительной подготовки организма к действию гормональных препаратов и являлся средством постепенного перехода к заместительной терапии. Андрокур применяли в течение 3 мес, а затем переходили к основному курсу ЗГТ.

Кроме того, в течение подготовительного периода пациентам проводили санацию печени и других органов, участвующих в метаболизме половых гормонов в организме, максимально санировали имеющиеся заболевания других органов и систем как с целью подготовки к операции, так и с общеукрепляющей целью.

ЗГТ при М/ЖТ. Для ЗГТ мужчин, желающих сменить свой пол на женский, использовали препараты производного эстрадиола.

В нашей практике мы использовали комбинированные препараты этинилэстрадиола, поскольку при их длительном приеме наблюдается хороший эффект, заключающийся в удовлетворительной феминизации организма и отсутствии серьезных побочных действий.

На фармрынке Украины представлено много препаратов, содержащих этинилэстрадиол. Выбор необходимого препарата всегда должен отвечать таким критериям, как эффективность, безопасность, доступность. В процессе ЗГТ врач может менять препарат или дозу с учетом индивидуальной реакции пациента.

В первые 6–10 мес мы назначали по 30 мкг этинилэстрадиола 3 раза в сутки (перорально), в дальнейшем 50 мкг 2 раза в сутки ежедневно, постоянно. При этом, в течение первого года терапии, 1 раз в месяц осуществляли контроль самочувствия пациентов, проводили оценку изменений, происходящих в организме, и при необходимости корректировали дозы или замену препарата при развитии побочных эффектов. С 12–13-го месяца назначали 30 мкг этинилэстрадиола в сутки как поддерживающую дозу и переводили пациента на диспансерный контроль 1 раз в 6 мес. Параллельно проводили поддерживающую психотерапию, санацию возникающих заболеваний или осложнений, с учетом меняющегося статуса организма, назначали периодически (2 раза в год) гепатопротекторы, комплексы витаминов и микроэлементов, регулировали диету и составляли программы физической подготовки (для Ж/МТ) или косметологические консультации (для М/ЖТ).

Необходимо отметить, что побочные эффекты ЗГТ М/ЖТ развиваются не только при избытке эстрогенов, но и при их недостатке, что особенно актуально в послеоперационный период.

ЗГТ при Ж/МТ проводили различными препаратами тестостерона.

Наиболее эффективными препаратами для коррекции у пациентов с Ж/МТ были Сустанон 250, Омнадрен 250 по 1 мл внутримышечно каждые 2–3–4 нед в зависимости от индивидуального состояния и потребности и Небидо (тестостерона ундеканат) 4 мл внутримышечно 1 раз в 3 мес.

Это пролонгированные формы препаратов, содержащих андроген – тестостерон. Изменения и дополнения в назначении гормональной терапии осуществляли индивидуально, с учетом особенностей динамики морфофункциональных изменений, возникновения соматических и психических реакций.

Дозы любого андрогенного препарата подбирали индивидуально в каждом случае под контролем уровня гормонов в плазме крови во избежание недостаточного эффекта или наоборот возникновения осложнений от передозировки.

И у мужчин, и у женщин с транссексуализмом ЗГТ применяли постоянно и назначали пожизненно.

Как до начала гормональной терапии, так и во время приема гормональных препаратов, пациентов знакомили с механизмом действия гормональных препаратов, с ожидаемыми эффектами, возможными осложнениями и побочными эффектами, сроками возникновения гормональных изменений. В результате такой рациональной психотерапии у пациентов наблюдали изменение отношения к гормонотерапии, ослабление тревожных «симптомов ожидания», коррекцию нереальных установок и желаний. Пациенты становились

лись спокойнее и более уверены в себе, особенно после появления первых соматических эффектов гормонотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценку соматических изменений проводили через один год после начала гормональной коррекции. Результаты приведены в табл. 1 и 2.

Увеличение размеров грудных желез до 2–3-го размера и более определяли как значительное, а как незначительное – до 0–1-го размера.

Увеличение массы тела как значительное оценивали при увеличении массы тела более 20% от исходной, а как незначительное – менее 10% от исходной.

Психологическое состояние пациентов зависело от степени выраженности желаемых половых признаков. У пациентов с достаточной степенью выраженности половых признаков повышалась самооценка, снижалась актуальность дисморфофобических переживаний и связанного с ними комплекса неполноценности, улучшались активность, настроение и самочувствие. У пациентов с недостаточным эффектом гормональной коррекции психическое состояние не было столь стабильным.

Осложнения и побочные эффекты гормонотерапии Вследствие терапии эстрогенами:

1. Гиперпролактинемия – 14 (17,5%) человек.
2. Увеличение массы тела – 7 (8,75%) человек.
3. Повышение активности печеночных ферментов – 12 (15%) человек.
4. Депрессия, головная боль, неустойчивость настроения – 76 (95%) человек.
5. Повышенная утомляемость – 31 (38,75%) человек.
6. Алибидемия, аноргазмия – 62 (77,5%) человека.

Вследствие терапии андрогенами:

1. Acne vulgaris – 52 (31,13%) человека.
2. Нарушение функции печени – повышение активности печеночных ферментов – 37 (22,15%) человек. холестаз – 18 (10,78%) человек. поликистоз печени – 1 (0,59%) человек.
3. Депрессия и раздражительность, неустойчивость настроения – 33 (19,76%) человека.
4. Гиполибидемия – 9 (5,39%) человек.
5. Выпадение волос на голове – 2 (1,2%) человека.
6. Артериальная гипертензия – 18 (10,78%) человек.

ВЫВОДЫ

1. Психотерапия и психологическая коррекция являются неотъемлемой частью процесса изменения пола и должны начинаться с первого приема пациента и до последней встречи с врачом, при этом их следует проводить постоянно и непрерывно.

2. Коррекцию пола необходимо начинать всегда с психотерапии, так как есть возможность адаптации ряда пациентов к жизни без травмирующей операции.

Сведения об авторе

Ворник Борис Михайлович – Киевский центр планирования семьи, сексологии и репродукции, 03057, г.Киев, ул. Смоленская 8; тел.:(044) 332-81-13. E-mail: vornyk@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волошина Н.Н. Пути повышения эффективности криохирургического лечения фоновых заболеваний шейки матки: дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 / Н.Н. Волошина. – Запорожье, 2009. – 180 с.
2. Воскресенский С.А. Изменение стромы шейки матки при беременности и в родах / С.А. Воскресенский // Здоровоохр. Беларуси. – 2005. – № 8. – С. 39–41.
3. Габорець Ю.Ю. Лікування дисплазії епітелію ШМ, поєднаної з внутрішнім ендометріозом / Ю.Ю. Габорець, Є.В. Коханевич // Репродуктивне

здоров'я жінки. – 2009. – № 5. – С. 150–152.

4. Ганина К.П. Диагностика предопухолевых и опухолевых процессов шейки матки / К.П. Ганина, Е.В. Коханевич, А.Н. Мельник. – К.: Наук. думка, 2004. – 272 с.

5. Гордеева И.В. Применение светодиодного излучения красного диапазона у больных с эрозией шейки матки / И.В. Гордеева, В.В. Кирьянова, Н.М. Хмельницкая // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – № 3. – С. 166–167.

Лікування пацієнтів з розладами статевої ідентифікації

Б.М. Ворник

У статті наведені результати обстеження 1213 осіб з розладами статевої ідентифікації (РІ), а також результати психотерапевтичної та медикаментозної корекції психотропними і гормональними препаратами 247 пацієнтів зі справжнім транссексуалізмом. Описано тривалість, дози та терапевтичні ефекти лікування. Зроблено висновок про необхідність починати лікування з психологічної корекції та психотерапії у всіх пацієнтів з РІ, додаючи за необхідності психотропні препарати, що приводить до редукції психопатологічної симптоматики. Гормональну корекцію необхідно проводити тільки пацієнтам зі встановленим справжнім транссексуалізмом при підготовці до хірургічної корекції, а також для досягнення позитивних соматичних змін. У подальшому гормональна корекція переходить у довичну замісну гормонотерапію.
Ключові слова: розлади статевої ідентифікації, транссексуалізм, психотерапія, медикаментозна корекція, гормональні і психотропні препарати.

Treatment of patients with disorders of sexual identification

B. Vornik

The results of investigation of 1213 people with gender identity disorders (GID), and analysis of psychotherapeutic and medical treatment of psychotropic and hormonal medications of 247 patients with core transsexualism are presented. Described duration, doses and therapeutic effects of the treatment. The conclusion about the need to start treatment with psychotherapeutic and psychological correction of all patients with GID, adding if necessary, psychotropic drugs, for reduction of symptoms was made. Hormonal correction should be carried out only for patients with the core transsexualism during of the preparation for surgical correction, as well as in the future for the positive physical changes. In the future, hormonal correction turns into a lifelong hormone replacement therapy.

Key words: sexual identity disorder, transsexualism, psychotherapy, drug correction by hormonal and psychotropic drugs.

Статья поступила в редакцию 16.04.2013