

Расстройства, связанные с сексуальностью и половой принадлежностью в МКБ-11: пересмотр классификации МКБ-10, основанный на последних научных доказательствах, клиническом опыте и правовых соображениях

Geoffrey M. Reed^{1,2}, Jack Drescher³, Richard B. Krueger⁴, Elham Atalla⁵, Susan D. Cochran⁶, Michael B. First⁴, Peggy T. Cohen-Kettenis⁷, Ivan Arango-de Montis⁸, Sharon J. Parish⁹, Sara Cottler¹⁰, Peer Briken¹¹, Shekhar Saxena¹

¹ Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland (Швейцария)

² School of Psychology, Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico City, Mexico (Мексика)

³ Department of Psychiatry, New York Medical College, New York, NY, USA (США)

⁴ Department of Psychiatry, Columbia University, College of Physicians and Surgeons, New York State Psychiatric Institute and New York Presbyterian Hospital, New York, NY, USA (США)

⁵ Primary Care and Public Health Directorate, Ministry of Health, Manama, Bahrain;

⁶ Fielding School of Public Health, University of California, Los Angeles, CA, USA (США)

⁷ Department of Medical Psychology, VU University Medical Centre, and Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam, The Netherlands (Нидерланды)

⁸ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz, Mexico City, Mexico (Мексика)

⁹ Departments of Medicine and Psychiatry, Weill Cornell Medical College and New York Presbyterian Hospital/Westchester Division, White Plains, NY, USA (США)

¹⁰ Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland (Швейцария)

¹¹ Institute for Sex Research and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany (Германия)

Перевод: Пальчикова Е., Рузайкина А., Осадший Ю.

Редактура: к.м.н. Федотов И.А.

Резюме

К грядущему одиннадцатому пересмотру международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, ВОЗ предложила существенные поправки в классификацию психических расстройств и расстройств поведения. Этот класс включает в себя в том числе: F52 "Сексуальные дисфункции, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями"; F64 "Расстройства половой идентификации"; F65 "Расстройства сексуального предпочтения" и F66 "Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией". Эти поправки были предложены в связи с прогрессом в исследованиях и клинической практике, и, в большей степени, на основании крупных изменений в социальной сфере, релевантной политике, законах и правах человека. В данной статье описаны основные рекомендуемые изменения, подкрепленные доводами и доказательствами, а также важные различия с DSM-5. Для "Положений о сексуальном здоровье" была предложена интегрированная классификация сексуальных дисфункций, не разделяющая понятия "разум" и "тело", что присутствовало в МКБ-10. Категория "Расстройства половой идентификации" была переосмыслена и названа "Половое несоответствие", а также было предложено вывести эту категорию в отдельный блок. Предложенная классификация парафилий различает состояния, имеющие отношение к психопатологии и медицине, и состояния, характеризующие только поведенческие особенности. Категории МКБ-10, имеющие отношения к половому развитию и ориентации, были рекомендованы к удалению из МКБ-11.

Ключевые слова: международная классификация болезней, МКБ-11, сексуальное здоровье, сексуальные расстройства, транссексуализм, половые расстройства, половое несоответствие, парафилии, сексуальная ориентация, DSM-5

(World Psychiatry 2016; 15: 205-209)

В настоящий момент ВОЗ осуществляет одиннадцатый пересмотр международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11). Ожидается, что МКБ-11 будет одобрена Ассамблеей Здравоохранения в мае 2018 года. МКБ-10 была одобрена в 1990 году, таким образом, текущий период между пересмотрами оказался самым длительным в истории МКБ.

В 2007 году Департамент психического здоровья и зависимостей ВОЗ назначил Международный Консультативный Совет пересмотреть в МКБ-10 класс "Психическое здоровье и расстройства поведения", чтобы обозначить тактические указания и предоставлять консультации, пока разрабатывается соответствующий класс МКБ-11¹. Процесс пересмотра продвинулся, был назначен ряд рабочих групп по разным предметным

областям, которые должны были описать имеющиеся основания для пересмотра и разработать рекомендации к изменениям по каждой диагностической группе².

С самого начала процесса пересмотра было ясно, что в МКБ-10 есть сложности и противоречия в блоках сексуальности и половой идентификации, таких как: F52 "Сексуальные дисфункции, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями", F64 "Расстройства половой идентификации", F65 "Расстройства сексуального предпочтения" и F66 "Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией". За последние 25 лет были совершены значительные продвижения в исследованиях по соответствующим категориям, в социальной сфере, релевантной политике, законах и правовых стандартах.

Для того, чтобы облегчить доступ к медицинским учреждениям, учитывая сложность вопросов сексуальности и необходимая широкого взгляда на проблему, Департамент ВОЗ по психическому здоровью и зависимостям объединился с Департаментом репродуктивных исследований и здоровья, предложив пересмотреть соответствующие блоки. Оба департамента назначили совместные рабочие группы по сексуальным расстройствам и сексуальному здоровью, чтобы помочь в разработке конкретных рекомендаций.

Первая задача рабочей группы состояла в том, чтобы описать имеющиеся научные основания и найти соответствующую информацию о политике здравоохранения и опыте врачей в работе с вышеописанными категориями МКБ-10. Спорные вопросы были исследованы по различным параметрам, включая оказание первой помощи, специализированной помощи, работу социальных и судебных служб. Также учитывались права человека, имеющие отношение к диагностической классификации по каждой из областей. Помимо этого, рабочая группа разносторонне оценивала рекомендации DSM-5³ (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), с точки зрения их клинической полезности и пригодности для глобального внедрения. Наконец, рабочая группа должна была сформулировать конкретный план, включающий в себя расположение и организацию категорий, диагностические руководства по каждой категории в соответствии со всеми требованиями пересмотра МКБ².

В следующих главах описываются основные рекомендуемые поправки для вышеупомянутых четырех категорий. Для предметного сравнения используется версия МКБ-10 для специалистов здравоохранения, ее клинические описания, диагностические руководства по классу "Психические расстройства и расстройства поведения"⁴. Также приводятся обоснования для поправок и описание различий с DSM-5.

Предлагаемые поправки для F52 -сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями

Классификация сексуальных расстройств в МКБ-10 основана на Декартовском принципе разделения органического и неорганического. Большая часть сексуальных расстройств в МКБ-10 относится к классу "Болезни мочеполовой системы", и лишь некоторая часть – к классу "Психические расстройства и расстройства поведения". Однако за годы функционирования МКБ-10 было проведено значительное количество исследований, результаты которых единогласно доказывают синергизм соматического и психического факторов в формировании сексуальной дисфункции. Таким образом, классификация МКБ-10 идет в разрез с современным, более интегрированным подходом к вопросам сексуального здоровья⁶⁻⁹.

Рабочая группа по сексуальным расстройствам и сексуальному здоровью предложила включить в класс "Состояния, связанные с сексуальным здоровьем" интегрированную классификацию сексуальных дисфункций (см. таб. 1), что наиболее близко к современным доказательствам и врачебной практике¹⁰. Предложенная классификация содержит в себе как и описанные в МКБ-10 сексуальные дисфункции из класса психических расстройств, так и многие варианты дисфункций, которые ранее относились к разделу болезней мочеполовой системы.¹¹

В диагностических руководствах для МКБ-11 "сексуальная ответная реакция (респонс)" описывается как сложное взаимодействие психологических, межличностных, социальных, культурных, гендерных и физиологических факторов. Любой из компонентов сексуального ответа может влиять на сексуальную дисфункцию⁸, которая, в свою очередь, понимается как полиэ-

тиологический синдром, при котором человек испытывает трудности с самоудовлетворением или самопроизвольной сексуальной активностью (без использования вспомогательных средств).

Предлагаемые для МКБ-11 диагностические руководства распределяют сексуальные дисфункции на следующие группы: расстройства влечения и возбуждения; оргазмическая дисфункция; расстройства эякуляции; другие сексуальные дисфункции. Кроме того, предлагается выделить диспареунию в отдельный блок. Чтобы подчеркнуть общность сексуального ответа, вышеописанные группы применимы и к мужчинам, и к женщинам, где это возможно^{12,13} (например, сниженное половое влечение, оргазмическая дисфункция), но не игнорируются признанные половые различия в природе сексуального опыта¹⁴. Мужчины и женщины демонстрируют схожие пути нервной активации и дезактивации и схожую активность нейротрансмиттеров, связанных с сексуальным желанием. Динамические изменения сексуального ответа одинаковым образом модулируются и укрепляются с помощью поведения, опыта и нейропластичности. Некоторые схожие сексуальные дисфункции у мужчин и женщин имеют разные клинические проявления в силу половых особенностей. (Например, женская фригидность и эректильная дисфункция у мужчин).

Предлагаемое руководство определило следующие критерии сексуальной дисфункции: а) непрерывное или эпизодическое течение расстройства в течение нескольких месяцев; б) частые эпизоды, но возможно с разной интенсивностью; в) связь с клинически значимым расстройством. Однако в случаях, когда есть непосредственная острая причина половых дисфункций (например, радикальная простатэктомия; эректильная дисфункция при повреждении спинного мозга; фригидность при раке молочной железы и его лечении), диагнозом ставится и назначается лечение без учета вышеописанных критериев.

Кроме того, предлагаемое диагностическое руководство четко дает понять, что не существует никаких нормативов сексуальной активности. "Удовлетворительной" сексуальной активностью предлагается считать ту, которая

В буквальном смысле удовлетворяет данного конкретного человека, т.е. индивид способен участвовать в половой жизни настолько, насколько он этого желает. Если индивид удовлетворен своей сексуальной деятельностью, то сексуальная дисфункция сразу исключается, даже если его сексуальная активность отличается от таковой у других людей, культуры или субкультуры. Нереалистичные ожидания со стороны партнера, несоответствие сексуального желания между партнерами, различия сексуальной стимуляции не могут считаться основаниями для постановки диагноза сексуальной дисфункции.

Рекомендуемая для МКБ-11 классификация основана на системе сбалансированных критериев, существующих вне каких-либо категорий и предназначенных для идентификации важных клинических характеристик сексуальных дисфункций. Временной критерий демонстрирует была ли дисфункция на протяжении всей жизни или возникла в какой-то момент, т.е. ранее сексуальной дисфункции не было. Ситуативный критерий определяет – сексуальная дисфункция генерализована или ситуативна (например, сексуальный ответ может отсутствовать или снижаться при одних обстоятельствах, но присутствовать при других, в том числе при мастурбации).

Нововведением в рекомендуемой классификации сексуальных дисфункций и диспареуний МКБ-11 является отказ от разделения их на органической и неорганической природы сексуальных дисфункций, и введение ряда этиологических детерминант. Эти детерминанты не являются взаимоисключающими, напро-

Таблица 1. Классификация сексуальных дисфункций в МКБ-11 (рекомендуемая), МКБ-10 и DSM-5 (имеющиеся)			
МКБ-11	МКБ-10	DSM-5	Комментарии
<p>Класс: "Состояния, связанные с сексуальным здоровьем"</p> <p>Блок: "Сексуальные дисфункции"</p>	<p>Класс: "Психические расстройства и расстройства поведения" Подкласс: "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами" Блок: "Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями" Класс: "Болезни мочеполовой системы" Подкласс: "Болезни мужских половых органов" Блок: "Другие болезни полового члена" Подкласс: "Невоспалительные болезни женских половых органов" Блок: "Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом"</p>	<p>Класс: "Сексуальные дисфункции"</p>	<ul style="list-style-type: none"> В МКБ-11 Сексуальные дисфункции были включены в новый класс, названный "Состояния, связанные с сексуальным здоровьем". В рекомендуемой классификации для МКБ-11 Сексуальные дисфункции включают в себя и категории из класса психических расстройств, и многие категории из класса болезней мочеполовой системы. Для МКБ-11 предлагается 4 основных группы сексуальных дисфункций: "Расстройства сексуального желания и фригидность; Оргазмические дисфункции; Эякуляторные дисфункции; Другие сексуальные дисфункции". Также предполагается отдельный блок "Расстройства, связанные с болью во время секса". Классификация Сексуальных дисфункций DSM-5 исключает причины, связанные с неполовыми заболеваниями, применением веществ и лекарственных средств. МКБ-11 позволяет ставить диагноз "сексуальная дисфункция" при вышеописанных причинах в том случае, если необходимо отдельное лечение данной дисфункции или имеет место взаимодействие этиологических факторов.
<p>Категория: рекомендована к удалению</p>	<p>Категория: "Отвращение к половым сношениям"</p>	<p>Категория: отсутствует</p>	<p>Категория из МКБ-10 "Отвращение к половым сношениям" в МКБ-11 будет относиться к категории "Расстройство, связанное с болью во время секса" или позиционироваться отдельный вид фобического расстройства.</p>
<p>Категория: "Женская фригидность"</p>	<p>Категория: "Недостаточность генитальной реакции; Отсутствие полового удовольствия"</p>	<p>Категория: "Расстройство, связанное с влечением и фригидностью у женщин"</p>	<p>Для МКБ-11 предлагается гендерное разделение расстройств влечения на 2 категории вместо категории "Недостаточность генитальной реакции" в связи с анатомо-физиологическими различиями полов, которые лежат в основе клинических проявлений этих расстройств. В МКБ-11 физиологический компонент фригидности включен в категорию "Отсутствие полового удовольствия" так же относится к категории "Женская фригидность".</p>
<p>Категория: "Эректильная дисфункция"</p>	<p>Категория: "Недостаточность генитальной реакции; Импотенция, обусловленная органическими нарушениями"</p>	<p>Категория: "Расстройство, связанное с эрекцией"</p>	<p>Для МКБ-11 предлагается гендерное разделение расстройств влечения на 2 категории вместо категории "Недостаточность генитальной реакции" в связи с анатомо-физиологическими различиями полов, которые лежат в основе клинических проявлений этих расстройств. МКБ-11 включает категорию "Органическая эректильная дисфункция".</p>
<p>Категория: "Ранняя эякуляция"</p>	<p>Категория: "Преждевременная эякуляция"</p>	<p>Категория: "Преждевременная эякуляция"</p>	<p>Для МКБ-11 предлагается заменить понятие "преждевременная" на "ранняя".</p>
<p>Категория: "Задержка эякуляции"</p>	<p>Категория: "Оргазмическая дисфункция"</p>	<p>Категория: "Задержка эякуляции"</p>	<p>DSM-5 не разделяет понятия "мужской оргазм" и "эякуляция".</p>
<p>Категория: "Другая сексуальная дисфункция"</p>	<p>Категория: "Другая сексуальные дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями; Другие болезни полового члена; Другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом"</p>	<p>Категория: "Другая сексуальная дисфункция"</p>	<p>Классификация Сексуальных дисфункций DSM-5 исключает причины, связанные с неполовыми заболеваниями, применением веществ и лекарственных средств. МКБ-11 позволяет ставить диагноз "сексуальная дисфункция" при вышеописанных причинах в том случае, если необходимо отдельное лечение данной дисфункции или имеет место взаимодействие этиологических факторов.</p>
<p>Категория: "Сексуальная дисфункция, неуточненная"</p>	<p>Категория: "Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями, неуточненная; Заболевание полового члена, неуточненное; Состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом неуточненные"</p>	<p>Категория: "Сексуальная дисфункция, неуточненная"</p>	<p>Классификация Сексуальных дисфункций DSM-5 исключает причины, связанные с неполовыми заболеваниями, применением веществ и лекарственных средств. МКБ-11 позволяет ставить диагноз "сексуальная дисфункция" при вышеописанных причинах в том случае, если необходимо отдельное лечение данной дисфункции или имеет место взаимодействие этиологических факторов.</p>
<p>Категория: "Расстройство, связанное с болью во время секса" (отдельный блок сексуальных дисфункций)</p>	<p>Категория: "Вагинизм неорганического происхождения; Вагинизм (органический)"</p>	<p>Категория: "Генитально-тазовая боль/расстройство проникновения"</p>	<p>В МКБ-11 предлагается исключить категорию "Диспареуния" и "Вульводinia", оставив категорию "Вагинизм", который относится к классу "Заболевания мочеполовой системы". В DSM-5 категория "Генитально-тазовая боль/расстройство проникновения" включает в себя диспареунию, вульводinia при условии их возникновения во время проникновения или полового акта.</p>

тив, может быть указано столько детерминант, сколько достоверно соответствуют диагностируемому виду сексуальной дисфункции. Предлагаемые детерминанты:

- Сексуальная дисфункция, связанная с другим заболеванием, травмой или операцией (например, СД, депрессивные расстройства, гипотиреозидизм, рассеянный склероз, женское обрезание, радикальная простатэктомия)¹⁵⁻¹⁹;
- Сексуальная дисфункция, связанная с медикаментами и другими веществами (СИОЗС, антагонисты гистаминовых рецепторов, алкоголь, опиаты, амфетамины)²⁰⁻²¹;
- Сексуальная дисфункция, связанная с нехваткой знаний (об особенностях своего тела, сексуальной деятельности и сексуального ответа)²²;
- Сексуальная дисфункция, связанная с психологическими или поведенческими факторами (негативное отношение к сексу, неудачный предыдущий опыт, расстройства сна и отдыха, переутомление)^{23,24};
- Сексуальная дисфункция, связанная с особенностями отношений (конфликты, бедность романтического компонента)^{25,26};
- Сексуальная дисфункция, связанная с культуральными особенностями (культурально обусловленное подавление сексуального удовлетворения, боязнь "вместе с семенем" потерять силу, заболеть или умереть)^{27,28}.

Другие изменения касаются, например, исключения из классификации сексуальных расстройств F52.7 "Повышенное половое влечение". Категория F52.0 "Отсутствие или потеря сексуального влечения" предлагается в более развернутом виде – как "Дисфункция, связанная со снижением полового влечения у мужчин и женщин", "Женская фригидность" и "Эректильная дисфункция у мужчин". F52.1 "Отвращение к половым сношениям" будет относиться к диспареуниям или к классу тревожных расстройств, если присутствует фобический компонент. Категория F52.11 "Отсутствие полового удовольствия", относящаяся в МКБ-10 больше к женскому полу, теперь будет входить в понятие "Фригидность". Другие причины отсутствия полового удовольствия (гипогедонический оргазм, болезненный оргазм)²⁹ будут отражены в блоке "Другие сексуальные дисфункции". Категорию F52.2 "Недостаточность генитальной реакции" предлагается разделить по полу и отнести к "Фригидности", либо "Эректильной дисфункции".

Сравнение с DSM-5

Рекомендуемая для МКБ-11 классификация отличается от классификации DSM-5, в первую очередь, своим стремлением объединить расстройства, которые могут включать в себя диапазон этиологических и сочетанных параметров. DSM-5 признает вероятность участия нескольких этиологических и терапевтических компонентов в сексуальной дисфункции, как то: партнер, отношения, личностная ранимость, культуральные, религиозные и медицинские факторы. Но в то же время, согласно DSM-5, при формировании сексуальной дисфункции под влиянием состояния здоровья, другого заболевания, веществ или препаратов, отдельный диагноз сексуальной дисфункции не может быть поставлен. Это обусловлено позиционированием DSM-5 себя конкретной классификацией психических и поведенческих расстройств (не смотря на то, что DSM-5 пренебрег принципом сепаративности в классификации расстройств сна и отдыха, а также нейрокогнитивных расстройств). Поскольку классификация МКБ-11 включает в себя все возможные факторы сексуальных расстройств, предполагается, что это откроет новые горизонты для интеграции. МКБ-11 допускает постановку диагноза "сексуальная дисфункция" вне зависимости от ее этиологии в том случае, если для лечения данного расстройства нужна специфическая терапия. Наличие множества этиологических факто-

ров одной сексуальной дисфункции в МКБ-11 может быть отражено с помощью специальных этиологических детерминант.

DSM-5 возводит расстройства сексуального возбуждения и влечения в общую гендерную категорию³⁰, хотя, как оказалось, это весьма спорно³¹⁻³⁵. В МКБ-11, напротив, категория "Расстройства, связанные со снижением полового влечения" может быть применена к обоим полам, в то время как женская фригидность выделена в отдельную категорию. Разделение понятий "влечение" и "возбуждение" обосновано рядом научных доказательств, включая генетические исследования близнецов³⁶, исследование генетических полиморфизмов, использование серотонинергических антидепрессантов^{37,38} и исследования, включающие в себя нейровизуализационные методики³⁹. Так же было доказано, что для лечения расстройств, связанных со снижением полового влечения как у мужчин, так и у женщин, нужен одинаковый подход⁴⁰, в то время как лечение женской фригидности подразумевает совсем иную терапию⁴¹⁻⁴³. Несмотря на то, что между расстройствами влечения и расстройствами возбуждения есть некая коморбидность, они не представляют собой одно и то же; исследования подчеркивают необходимость рассмотрения этих расстройств с позиции их различий⁴⁴.

Классификация боли, связанной с половым актом для МКБ-11 обеспечивает возможность индентифицирования отдельных видов болевых синдромов, не исключая виды, обусловленные другим заболеванием или состоянием здоровья. Данная категория схожа с таковой в МКБ-10, однако не подразумевает диспареунию и вульводинию, т.к. эти состояния были возведены в отдельную категорию класса заболеваний мочеполовой системы. Данные синдромы имеют различную этиологию, встречаются среди разных слоев населения и требуют разного лечения⁴⁵⁻⁴⁷.

Наконец, категория "Расстройство, связанное с оргазмом у мужчин" из DSM-IV-TR было преобразовано в DSM-5 в "Задержку эякуляции". Это решение было обосновано исследованием Medline, в котором доказывалось, что раздельное понимание мужского оргазма и эякуляции мало применимо⁴⁸. Кроме того, поводом для видоизменения этой категории в DSM-5 послужила крайне редкая встречаемость как таковых расстройств мужского оргазма в клинической практике⁴⁹. Однако это не было только лишь видоизменением терминологии, но и способом объединить 2 феномена в одну категорию. Предложенная же классификация для МКБ-11 подчеркивает наличие мужского оргазма как такового и отделяет его от акта эякуляции, что подкреплено имеющейся научной базой.

Предложенные изменения в рубрике F64 расстройства половой идентификации

За прошедшие несколько лет, гражданские организации наряду с правительством стран-участников и парламентом Евросоюза убедили ВОЗ в необходимости исключения из МКБ-11 категорий, относящихся к половой идентификации⁵¹⁻⁵³.

Главным стимулом к принятию этого решения послужил протест против стигматизации, которая сопровождает любое состояние, признанное психическим расстройством во многих культурах и странах. Департамент ВОЗ по психическому здоровью и токсикомании прилагает множество усилий для снижения стигматизации психических расстройств.⁵⁴ Однако, стигматизация психических расстройств сама по себе не может быть признана существенной причиной для исключения или изменения целой рубрики. Состояния, перечисленные в классе МКБ «Психические расстройства и расстройства поведения» предназначены для идентификации людей, нуждающихся в помощи в сфере психического здоровья и в выборе соответствующего лечения¹, в исполнении задач, поставлен-

Таблица 2. Состояния, связанные с нарушением гендерной идентификации в МКБ-11, МКБ-10 и DSM-5.			
МКБ-11	МКБ-10	DSM-5	Комментарии ^{71,72}
<p>Класс: Состояния, относящиеся к сексуальному здоровью</p> <p>Блок: Гендерное несоответствие</p> <p>Подрубрика: Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте</p>	<p>Класс: Психические расстройства и расстройства поведения</p> <p>Блок: Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте</p> <p>Рубрика: Расстройства гендерной идентификации</p> <p>Подрубрика: Транссексуализм</p>	<p>Блок: Гендерная дисфория</p> <p>Категория: Гендерная дисфория в подростковом и зрелом возрасте</p>	<ul style="list-style-type: none"> МКБ-11 не классифицирует гендерное несоответствие как психическое расстройство и расстройство поведения; Гендерная дисфория считается психическим расстройством в DSM-5. МКБ-11 фокусируется на несоответствии между ассоциируемым и приписанным при рождении полом; DSM-5 подчеркивает конфликт, связанный с гендерной идентификацией в названии категории и критериях диагностики. МКБ-11 включает в себя 4 главных критерия, наличие двух из которых является основанием для постановки диагноза; DSM-5 включает в себя 6 критериев, наличие двух из них служит поводом для постановки диагноза. в МКБ-11 дистресс и дисфункция описаны, как связанные между собой критерии, в частности, и с социальной средой, но не являются обязательными; в DSM-5 диагностическое значение имеют дистресс и дисфункция. МКБ-11 учитывает длительность проявления признаков в течении нескольких месяцев; DSM-5 – 6 месяцев.
Рекомендовано к исключению	Подрубрика: Трансвестизм двойной роли	Не включено	<ul style="list-style-type: none"> рекомендовано к исключению из МКБ-11 ввиду отсутствия значимости для общественного здоровья и клинической практики. (в DSM-5 отсутствует)
Подрубрика: гендерное несоответствие в детском возрасте	Расстройства гендерной идентификации в детском возрасте	Гендерная дисфория в детском возрасте	<ul style="list-style-type: none"> МКБ-11 включает в себя 3 важных критерия, имеющих диагностическое значение; в DSM-5, включены 8 диагностических критериев, наличие 6 из которых является обязательным для постановки диагноза. в МКБ-11 дистресс и дисфункция описаны, как связанные между собой, в том числе и с социальной средой, но не являются обязательными для постановки диагноза; в DSM-5 дистресс и дисфункция имеют диагностическую значимость. МКБ-11 учитывает длительность симптоматики в течении не менее 2 лет, обращая внимание на то, что диагноз не может быть поставлен ребенку младше 5 лет; DSM-5 учитывает длительность симптоматики в течении 6 месяцев и не ограничивает возраст ребенка для постановки диагноза.
Рекомендовано к исключению	Другие расстройства гендерной идентификации	Другие специфические гендерные дисфории	<ul style="list-style-type: none"> рекомендовано к исключению из МКБ-11 в целях предотвращения неверного употребления термина в клинике.
Рекомендовано к исключению	Расстройство гендерной идентификации неуточненное	Неспецифическая гендерная дисфория	<ul style="list-style-type: none"> рекомендовано к исключению из МКБ-11 в целях предотвращения неверного употребления термина в клинике.

ных перед ВОЗ в сфере психического здоровья населения.

Тем не менее, есть существенные доказательства того, что в настоящее время стигматизация транссексуалов, как людей с психическими расстройствами, способствовала развитию вдвойне обременительной ситуации для этой группы населения, что вызывает законные вопросы о том, насколько концепция идентификации транссексуализма как психического расстройства поддерживает конституционную цель ВОЗ – "достижения всеми людьми максимально возможного уровня здоровья"⁵⁵. Стигмы, связанные с отождествлением статуса транссексуалов и психического расстройства, по-видимому, способствовали формированию неурегулированного правового статуса, нарушению прав человека, а также препятствовали надлежащему медицинскому обслуживанию этой группы населения.⁵⁶⁻⁵⁸

Доклад на тему "Сексуальное здоровье, права человека и закон"⁵⁸, сделанный ВОЗ в 2015 году, указывает на то, что, несмотря на прогресс, трансгендерные люди не могут получить свободную от дискриминации помощь в необходимом объеме. Профессионалы в области здравоохранения все еще недостаточно компетентны, чтобы предоставлять услуги данной группе населения в связи с нехваткой профессиональных тренингов и соответствующих стандартов⁵⁹⁻⁶¹. Ограничение доступа к точной информации и необходимым услугам может привести к ряду негативных поведенческих и психических проявлений среди трансгендерных людей, включая повышение риска ВИЧ-ассоциированного поведения, тревожности, депрессии, наркотической зависимости и суицида⁶²⁻⁶⁵. К тому же многие

трансгендерные люди самостоятельно прибегают к гормонотерапии, используя для этого сомнительные препараты, приобретенные в запрещенных магазинах или заказанные он-лайн, без контроля со стороны врачей,^{66,67} что ведет за собой потенциальную угрозу здоровью.⁶⁸⁻⁷⁰ Например, по результатам исследования, проведенного в Мехико, в котором участвовало 250 трансгендерных людей, примерно три четверти из опрошенных использовали гормоны и около половины из них приступили к гормонотерапии без контроля со стороны врачей.⁷¹

Несмотря на принятую концепцию ВОЗ равенства оказания помощи для людей, в том числе страдающим психическими расстройствами,⁵⁴ этот диагноз может усугублять проблемы трансгендерных людей, связанные с получением помощи в сфере здравоохранения, не связанной с психическими заболеваниями. Даже в странах, осознающих необходимость существования специализированной помощи трансгендерным людям и имеющих компетентных в данной области специалистов, частные и государственные страховые компании не включают пункты оказания специализированной помощи данной категории лиц в число страховых случаев.⁵⁸ Состояние, классифицируемое как психическое расстройство, предполагает оказание помощи трансгендерным людям врачами-психиатрами, что ведет к ограничению услуг, которые могли бы быть предоставлены данной категории лиц другими специалистами.

В большинстве стран предоставление услуг здравоохранения включает в себя диагностику состояния психического здоровья. Если бы идентификация трансгендерных людей не представлялась возможной,

они бы испытывали еще большие сложности с получением необходимого объема помощи, чем сейчас.^{72,73} Поэтому рабочая группа по сексуальным расстройствам и сексуальному здоровью рекомендовала сохранить в МКБ-11 пункт гендерного несоответствия, но исключить его из класса психических расстройств и поведения (см. Табл.2). После обсуждения множества вариантов,⁷² было решено включить в МКБ-11 новый класс «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем».

Рабочая группа предложила изменить в МКБ-10 подрубрику F64.0 «Транссексуализм» на «Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте»⁷², и подрубрику F64.2 «Расстройство половой идентификации в детском возрасте» на «Гендерное несоответствие в детском возрасте»⁷³. Представленные диагностические критерии для определения «Гендерного несоответствия в подростковом и зрелом возрасте» включают в себя продолжительность признаков в течение нескольких месяцев или наличие хотя бы двух из следующих критериев: а) сильная неприязнь или дискомфорт по отношению к первичным или вторичным половым признакам, вследствие их несоответствия желаемому полу; б) сильное желание избавиться от некоторых или всех первичных или вторичных половых признаков (или, в подростковом возрасте, предстоящего появления вторичных половых признаков); в) сильное желание иметь первичные или вторичные половые признаки, соответствующие желаемому полу; г) сильное желание быть человеком ассоциируемого пола (испытывать к себе отношение окружающих людей как к человеку ассоциируемого пола). Также, как и в МКБ-10, диагноз гендерного несоответствия не может быть поставлен до наступления пубертатного периода. Продолжительность критериев была сокращена с двух лет до нескольких месяцев.

В МКБ-11 отказались от терминов, используемых в МКБ-10, таких как «противоположный пол» и «анатомический пол» в пользу более современных, таких как «ассоциируемый пол» и «приписанный при рождении пол». В отличие от МКБ-10, диагностические критерии, представленные в МКБ-11, не подразумевают безоговорочное желание индивидов найти или воспользоваться услугами по смене пола. Также, в отличие от МКБ-10, в представленных критериях обращается внимание на предстоящее развитие вторичных половых признаков в раннем подростковом возрасте, когда стадия пубертата еще не достигнута.

Диагностические критерии, представленные в МКБ-11 для рубрики «Гендерное несоответствие в детском возрасте», значительно более жесткие, чем в МКБ-10 во избежание ошибочной постановки диагноза детям настолько, насколько это возможно.

Чтобы поставить диагноз, должны быть представлены все три из представленных критериев: а) сильное желание ребенка или настаивание на том, что он принадлежит к противоположному, приписанному при рождении полу; б) сильная неприязнь ребенку собственным анатомическим или предстоящим вторичным половым признакам, или сильное желание иметь анатомические признаки или предстоящие вторичные половые признаки ассоциируемого пола; в) ребенок притворяется или играет в игры, совершает действия, типичные для ассоциируемого пола больше, чем для приписанного при рождении. Третий критерий не имеет значимости при постановке диагноза без предыдущих двух, в их отсутствии это является гендерным вариантом поведения.

Эти признаки должны проявляться в течение не менее двух лет в препубертатном периоде, диагноз не может быть поставлен детям, не достигшим возраста 5 лет. В МКБ-10 не регламентируется длительность признаков и минимальный возраст для постановки диагноза.

Представленные диагностические критерии для рубрик «Гендерное несоответствие в подростковом и зре-

лом возрасте» и «Гендерное несоответствие в детском возрасте», обращают внимание на то, что гендерный вариант поведения и предпочтения сами по себе не могут являться диагностическим признаком, для этого необходимо наличие неприязни по отношению к некоторым видам анатомического несоответствия с желаемым полом. Важно обратить внимание на то, что диагностические критерии для обеих рубрик выявляют, что гендерное несоответствие может вызывать значительный стресс или сложности в социальной, профессиональной или другой важной сфере, особенно в условиях враждебной окружающей среды, в отсутствии защиты со стороны закона и полиции, но это ни дистресс, ни функциональное нарушение, а диагностический критерий.

Сфера трансгендерного здоровья нуждается в переменах в системе здравоохранения,^{58,74,75} в изменениях социального отношения во многих странах и проведении дискуссий. Рабочая группа в области Сексуальных нарушений и Сексуального здоровья получала просьбы и мнения большого круга гражданских организаций, профессиональных сообществ и других заинтересованных партий.^{72,73} Самым обсуждаемым был вопрос о необходимости включения диагностических критериев в детском возрасте.⁷³ Главным аргументом против являлась возможная стигматизация, которая ассоциируется с постановкой любого диагноза в детском возрасте, не только затрагивающего психическое здоровье.⁷⁶ Любой диагноз болезненно воспринимается ребенком, если медицинские вмешательства невозможно осуществить до наступления пубертатного периода.⁷⁷ Более существенной критикой являлось то, что проблема крайнего варианта гендерного поведения у детей может явиться следствием враждебных социальных реакций и виктимизации.

Это подразумевает необходимость дальнейшего исследования и обсуждения в обществе. Рабочая группа предложила включить категорию, с целью возможности обеспечить заботу об этой уязвимой и уже стигматизированной группе. Забота включает в себя специализированную психологическую помощь ребенку, а также работу с семьей и социумом (например, школой).⁷³ Действия, направленные на подавление гендерного варианта поведения детей, считаются неэтичными.

Сталкиваясь с таким диагнозом, специалисты должны помнить, что трансгендерная идентификация в детском возрасте не всегда перетекает в трансгендерную идентификацию зрелого возраста. Вместо этого результаты исследований показывают, что большинство детей, у которых было диагностировано гендерное расстройство детского возраста по DSM-4, в которой критерии диагностики не такие строгие, как в МКБ-11, выросли дисгендерными с гомосексуальной ориентацией.⁷⁸⁻⁸⁰ Несмотря на заявления некоторых клиницистов о том, что существуют различия между детьми, чья трансгендерная идентификация с большей вероятностью должна проявиться в подростковом и зрелом возрасте и теми детьми, кто с большей вероятностью станет геем или лесбиянкой, между этими группами есть много общих признаков⁸⁰, и на данный момент нет обоснованного метода, представленного в научной литературе, чтобы можно было сделать прогноз на индивидуальном уровне. Поэтому медицинские вмешательства не рекомендованы детям в препубертатном возрасте, а психологические воздействия должны совершаться с осторожностью, и быть основанными на тщательной экспертизе, чтобы не повлиять на дальнейший выбор ребенка.^{59,81,82} Включение данной категории в МКБ-11 предоставляет более широкие возможности для обучения специалистов в области здравоохранения, для разработки стандартов и способов помощи клиницистам и членам семьи, включая адекватное информирование о манипуляциях и дальнейших исследованиях.

Подрубрика F64.1 МКБ-10 «Трансвистизм двойной роли» характеризуется надеванием одежды, принадлежащей противоположному полу для получения чувств близости к противоположному полу без какого-либо желания более кардинальных перемен пола или испытывания сексуального возбуждения⁴. Данная подрубрика была рекомендована к исключению из МКБ-11 ввиду отсутствия значительной роли в общественном здоровье и клинической практике.

Сравнение с DSM-5

Главное отличие между МКБ-11 и DSM-5 состоит в том, что в последней категории, относящиеся к гендерной идентификации, являются частью классификации психических расстройств. И детские, и взрослые формы расстройства гендерной идентификации в DSM-4 были переименованы в DSM-5 в «Гендерную дисфорию», характеризующуюся «выраженным несоответствием между ассоциированным и приписанным при рождении полом на протяжении как минимум 6 месяцев» или «клинически выраженный дистресс или дезадаптация в социальной, школьной или другой важной сфере жизни»³. Название состояния по DSM-5 – дисфория – и диагностические критерии акцентируют внимание на дистрессе и дисфункции как на ключевых аспектах данного состояния. Они же занимают центральное место в классификации дисфории как психического расстройства; без дистресса и дисфункции гендерная дисфория не соответствует в полной мере классификации психических расстройств, представленной в DSM-5.

Напротив, целью МКБ-11 является включение группы «Гендерного несоответствия детского и зрелого возраста» в другой класс «Состояний, связанных с сексуальным здоровьем», который объединяет медицинские и психологические аспекты. Представленные в МКБ-11 критерии показывают, что дистресс и дисфункция не являются обязательными составляющими Гендерного несоответствия, они могут возникать под влиянием враждебно настроенного социума. Люди с трансгендерным несоответствием находятся в группе риска проявления психологического дистресса, психиатрических симптомов, социальной изоляции, выпадения из школьного коллектива, сложностями при трудоустройстве, бездомности, нарушения внутрисемейного взаимодействия, травм, изгнанием из социума, стигматизации, виктимизации и подвержены жестокости со стороны окружающих. В то же время, в странах с высокоразвитым законодательством и полицией, молодые трансгендерные люди, живущие в благоприятной атмосфере, все еще ищут медицинской помощи, несмотря на отсутствие дистресса. МКБ-11 предоставляет им возможность ее получить.

Перед концепцией гендерной дисфории, представленной в DSM-5, стоит задача: как отличить дистресс и дисфункцию, связанные с отношением социума к трансгендерным людям (например, жестокостью, стигматизацией) и дистресс, вызванный нарушением половой идентификации как таковой^{83,84}. Последнее исследование, проведенное в Мехико, включало в себя 250 трансгендерных взрослых, получавших помощь в единственном общественном специализированном заведении⁷¹, показало, что дистресс и дисфункция, проявляющиеся при трансгендерной идентификации, были общими для всех. Однако, более, чем три четверти участников подверглись социальному порицанию и около двух трети становились объектами проявления жестокости в школе и зрелом возрасте, связанной с их гендерной идентификацией. Дистресс и дисфункция проявлялись острее при негативной реакции и жестокости со стороны социума. Эти данные дают основания в пользу концепции МКБ-11 и исключения гендерного несоответствия из группы психических расстройств.

Между МКБ-11 и DSM-5 существует несколько технических различий в отношении этих категорий. Наибо-

лее существенное заключается в том, что DSM-5 предлагает постановку диагноза дисфории детского возраста на основании продолжительности проявления признаков только в течение 6 месяцев, в отличие от предложенной в МКБ-11 двухлетней длительности, а также не устанавливает нижнюю границу возраста для постановки данного диагноза.

Предложенные изменения в рубрике F65 «расстройства сексуального предпочтения»

С точки зрения ВОЗ, существуют принципиальные отличия между состояниями, относящимися к общественному здоровью и нуждающимся в коррекции со стороны органов здравоохранения, и состояниями, носящими характер особенностей поведения отдельно взятого индивида, не влияющими на общественное здоровье и не требующими вмешательства со стороны органов здравоохранения. Это различие основано на главной функции МКБ, как ведущей статистической и классификационной основы здравоохранения. За последние несколько десятилетий лет возрастает частота использования МКБ членами ВОЗ для структуризации и порядка финансирования органов системы здравоохранения. Во многих видах общества принудительное вмешательство в частную жизнь личности, которая не несет угрозы безопасности здоровью окружающих и своего собственного, может преследоваться законом, вызывать порицание из религиозных соображений, с точки зрения моральных аспектов и не является законным фокусом общественного здоровья или классификации.

Это замечание справедливо по отношению к классификации атипичных сексуальных предпочтений, известных как парафилии. Рабочая группа в сфере Сексуальных расстройств и Сексуального здоровья отметила, что диагностические критерии, представленные в МКБ-10 для классификации Расстройств сексуального предпочтения, зачастую просто описывают модели сексуального поведения. Например, подрубрика F65.1 «Фетишистский трансвистизм» характеризуется «надеванием одежды, принадлежащей противоположному полу, с целью достижения сексуального возбуждения»⁴, не включая при этом признаки дистресса или дисфункции, не влияя на общественное здоровье и не представляя клиническую значимость поведения личности. Это противоречит положению МКБ-10 о том, что «социальная девиантность или самостоятельный конфликт, не влекущий за собой дисфункцию личности, не может быть причислен к психическим расстройствам»⁴. В соответствии с этим принципом, специфические способы достижения сексуального возбуждения, всего лишь, являющиеся необычными^{85,86}, но не вызывающие дистресса, дисфункции или вреда здоровью окружающих и самому себе^{87,88}, не являются психическими заболеваниями. Называя такие формы поведения не соответствующими общепринятым нормам, можно нанести вред личностям, попадающим под данную категорию⁸⁹. Таким образом, главным вопросом при пересмотре данной рубрики в МКБ-11 стал вопрос, являются ли атипичные сексуальные предпочтения значимыми для общественного здоровья и клинической практики.

Рабочая группа предложила переименовать «Расстройства сексуальных предпочтений» в «Расстройства парафилий» в соответствии с терминологией, используемой в научной литературе и клинической практике. Специалисты подчеркнули, что расстройства парафилий, включенные в МКБ-11, классифицируются в соответствии с клиническими признаками атипичных сексуальных предпочтений, имеющими значение для общественного здоровья (см. Табл.3). Основными диагностическими критериями Парафилий в МКБ-11 являются: а) длительный, стойкий и интенсивный характер испытываемых чувств сексуального характе-

Таблица 3. Классификация парафилических расстройств в МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5.			
МКБ-11	МКБ-10	DSM-5	Комментарии ^{71,72}
<p>Класс: Психические расстройства и расстройства поведения</p> <p>Рубрика: Парафилические расстройства</p>	<p>Класс: Психические расстройства и расстройства поведения</p> <p>Рубрика: Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте</p> <p>Подрубрика: Расстройства сексуальных предпочтений</p>	<p>Группа: Парафилические расстройства</p>	<ul style="list-style-type: none"> • в МКБ-11 изменили название рубрики в целях соответствия с терминами, предложенными в научной литературе и клинике; занимает позицию наравне с DSM-5. • МКБ-11 разделяет состояния, относящиеся к общественному здоровью и клинической психопатологии с одной стороны и относящиеся непосредственно к поведению конкретной личности, не влияющие на посторонних людей. • критерии парафилических расстройств в МКБ-11: а) длительный, стойкий и интенсивный характер испытываемых чувств сексуального характера, проявляющихся сексуальными фантазиями, возбуждением и особенностями поведения, распространяющихся на других лиц, чей возраст или статус не позволяет им дать согласие на действия сексуального характера (напр, дети препубертатного возраста, животные, люди, являющиеся объектом наблюдения из окна); б) наличие дистресса, явившегося следствием таких чувств, мыслей, фантазий, которые испытывает данное лицо
<p>Категория: Экстибиционизм</p>	<p>Категория: Экстибиционизм</p>	<p>Категория: Экстибиционизм</p>	<ul style="list-style-type: none"> • диагностика по DSM-5 основана на функциональных нарушениях, без оценки возникновения этого нарушения. МКБ-11 разделяет действие и дистресс, не включая функциональное нарушение.
<p>Категория: Вуайеризм</p>	<p>Категория: Вуайеризм</p>	<p>Категория: Вуайеризм</p>	<ul style="list-style-type: none"> • диагностика по DSM-5 основана на функциональных нарушениях, без оценки возникновения этого нарушения. МКБ-11 разделяет действие и дистресс, не включая функциональное нарушение.
<p>Категория: Педофилия</p>	<p>Категория: Педофилия</p>	<p>Категория: Педофилия</p>	<ul style="list-style-type: none"> • диагностика по DSM-5 основана на функциональных нарушениях, без оценки возникновения этого нарушения. МКБ-11 разделяет действие и дистресс, не включая функциональное нарушение. • по DSM-5 диагноз можно поставить на основании внутрличностного конфликта, без сопутствующих действий, дистресса и дисфункции. • DSM-5 включает в себя ряд признаков, имеющих сомнительную достоверность диагностики.
<p>Категория: Садизм принудительного характера</p>	<p>Не включено</p>	<p>Не включено</p>	<ul style="list-style-type: none"> • для Садизма принудительного характера свойственен длительный, стойкий и интенсивный характер сексуального возбуждения, которое достигается путем причинения физических и психологических страданий другому лицу. • не является эквивалентом Садизму сексуального характера DSM-5 или Садомазохизму в МКБ-10, где не проводится параллель между привлечением согласных и несогласных граждан.
<p>Категория: Фроттеризм</p>	<p>Не включено</p>	<p>Категория: Фроттеризм</p>	<ul style="list-style-type: none"> • диагностика по DSM-5 основана на функциональных нарушениях, без оценки возникновения этого нарушения. МКБ-11 разделяет действие и дистресс, не включая функциональное нарушение.
<p>Рекомендовано к исключению</p>	<p>Категория: Садомазохизм</p>	<p>Категория: Расстройства сексуального мазохизма</p>	<ul style="list-style-type: none"> • в МКБ-11 классифицируется как другие парафилические расстройства, включающие особенности поведения отдельно взятой личности или посторонних личностей с их согласия, сопровождающееся дистрессом, не угрожающим окружающим (семье, обществу, партнеру) и исключающим причинение вреда и смерти партнеру. • при фокусировании на причинении психологических и физических страданий постороннему лицу классифицируется МКБ-11 как Садизм принудительного характера.
<p>Не включено</p>	<p>Объединено с сексуальным мазохизмом</p>	<p>Категория: Расстройства сексуального садизма</p>	<ul style="list-style-type: none"> • в МКБ-11 классифицируется как другие парафилические расстройства, включающие особенности поведения отдельно взятой личности или посторонних личностей с их согласия, сопровождающееся дистрессом, не угрожающим окружающим (семье, обществу, партнеру) и исключающим причинение вреда и смерти партнеру.
<p>Рекомендовано к исключению</p>	<p>Категория: Фетишизм</p>	<p>Категория: Фетишизм</p>	<ul style="list-style-type: none"> • в МКБ-11 классифицируется как другие парафилические расстройства, включающие особенности поведения отдельно взятой личности или посторонних личностей с их согласия, сопровождающееся дистрессом, не угрожающим окружающим (семье, обществу, партнеру) и исключающим причинение вреда и смерти партнеру
<p>Рекомендовано к исключению</p>	<p>Категория: Фетишистский трансвестизм</p>	<p>Категория: Трансвестизм</p>	<ul style="list-style-type: none"> • в МКБ-11 классифицируется как другие парафилические расстройства, включающие особенности поведения отдельно взятой личности или посторонних личностей с их согласия, сопровождающееся дистрессом, не угрожающим окружающим (семье, обществу, партнеру) и исключающим причинение вреда и смерти партнеру
<p>Рекомендовано к исключению</p>	<p>Категория: Множественные расстройства сексуальных предпочтений</p>	<p>Не включено</p>	<ul style="list-style-type: none"> • эта категория в МКБ-10 не считается клинически информативной и отсутствует в МКБ-11 и DSM-5.

Таблица 3. Классификация парафилических расстройств в МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5 (Продолжение).			
МКБ-11	МКБ-10	DSM-5	Комментарии ^{71,72}
Категория: Другие парафилические расстройства с привлечения посторонних лиц без их согласия	Не включено	Не включено	<ul style="list-style-type: none"> • может быть использована когда расстройство парафилии не подходит под другие категории (например, влечение к трупам, животным)
Категория: Другие парафилические расстройства, затрагивающие кокетно взятую личность и не вовлекающие посторонних	Не включено	Не включено	<ul style="list-style-type: none"> • может быть использована, когда влечение не распространяется на посторонних лиц, но связано с дистрессом и возможным причинением себе вреда и смерти.
Рекомендовано к исключению	Категория: Другие расстройства сексуальных предпочтений	Категория: Другие специфические парафилические расстройства	<ul style="list-style-type: none"> • перемещена в МКБ-11 и разделена на 2 категории: а) с привлечением посторонних лиц без их согласия; б) не вовлекая посторонних лиц
Рекомендовано к исключению	Категория: Другие расстройства сексуальных предпочтений	Категория: Другие специфические парафилические расстройства	<ul style="list-style-type: none"> • рекомендована к исключению из МКБ-11 для предотвращения постановки диагноза в случае отклонения от нормы без проявления дисфункции, дистресса и без причинения вреда окружающим.

ра, проявляющихся сексуальными фантазиями, возбуждением и особенностями поведения, распространяющихся на других лиц, чей возраст или статус не позволяет им дать согласие на действия сексуального характера (например, дети препубертатного возраста, животные, люди, являющиеся объектом наблюдения из окна); б) наличие дистресса, явившегося следствием таких чувств, мыслей, фантазий, которые испытывает данное лицо. В МКБ-11 нет необходимости в предпочтительных и эксклюзивных диагностических критериях.

В новой концепции было предложено объединить в эту секцию 3 категории из МКБ-10, описанные как отдельные расстройства: «Эксгибиционизм», «Вуайеризм» и «Педофилия». В дополнение к этим, были предложены две новые категории: «Садизм принудительного характера» и «Фроттеризм».

Для садизма принудительного характера свойственен длительный, стойкий и интенсивный характер сексуального возбуждения, которое достигается путем причинения физических и психологических страданий другому лицу. Этот тип расстройств был признан преобладающим среди других расстройств сексуального характера⁹²⁻⁹⁶, т.к. влечет за собой большее количество судебных тяжб со стороны пострадавших⁹⁷. Новое название данного расстройства было предложено взамен садомазохизма, т.к. последнее не влечет за собой потенциального риска и вреда для окружающих.

Фроттеризм характеризуется длительным, стойким и интенсивным сексуальным возбуждением, достигаемым трением и касанием посторонних лиц в публичных местах. Фроттеризм является самым распространенным из парафилий⁹⁸⁻¹⁰² и представляет собой проблему в некоторых странах¹⁰³. Он был включен в DSM-IV и DSM-5.

В дополнение к предыдущим включена категория «Других парафилических расстройств, вовлекающих посторонних людей». Она предназначена для расстройств, не подходящих под доступные классификации категории, недостаточно исследованных и редко встречающихся (например, с вовлечением в парафилию трупов или животных).

Основываясь на вышеперечисленных принципах, Рабочая группа предложила исключить из этой классификации три группы расстройств, представленных в МКБ-10: F65.0 «Фетишизм», F65.1 «Фетишистский трансвестизм», F65.2 «Садомазохизм». Некоторые стра-

ны (Дания, Швеция, Норвегия и Финляндия) уже исключили данные категории из национальной МКБ-10 по схожим причинам¹⁰⁴. Вместо этой предложена другая категория, называемая «Другие парафилические расстройства», включающие особенности поведения отдельно взятой личности или затрагивающие посторонних действия, в отношении которых могут повлечь урон или смерть (например, асфиксофилия, или достижение сексуального возбуждения путем ограничения дыхания).

Необходимым дополнением к данным диагностическим критериям является то, что постановка диагноза «Другие парафилические расстройства, включающие особенности поведения отдельно взятой личности или затрагивающие посторонних», основывается на испытываемом личностью дистрессе, что не должно отдавать его от окружающих (партнера, семьи, общества). В данном случае ведутся дискуссии по поводу кодов МКБ-11, представленных к обсуждению в разделе «Факторы влияющие на состояние здоровья» и «Сотрудничество со службами здравоохранения». Эти категории не являются заболеваниями, они лишь показывают необходимость клинических исследований, обсуждений сексуальных знаний и отношений пациента, сексуального поведения и отношений в паре. Эти категории указывают на потребность в обращении за помощью в службы здравоохранения, которая может быть предоставлена на законном основании в отсутствии диагностики психического заболевания¹¹.

Представленные диагностические критерии позволяют поставить диагноз парафилии на основании описания конкретной ситуации или специфического сексуального поведения. Конечно, такое поведение должно сопровождаться длительным, стойким и интенсивным возбуждением, носящим характер парафилии.

Также необходимо выяснять иные случаи отклонения сексуального поведения. Например, многие преступления на почве сексуального характера совершаются против посторонних лиц вследствие действий или реакций, носящих преходящий характер, возникающих импульсивно или случайно в зависимости от внезапно возникшего сексуального возбуждения или какого-либо психического расстройства. Однако, сексуальное поведение, затрагивающее посторонних лиц, может являться симптомом некоторых психических или поведенческих расстройств, например, во время

маниакального эпизода деменции или интоксикации. Такие случаи не подходят под классификацию парафилических расстройств.

Рабочая группа в сфере сексуальных расстройств и сексуального здоровья рекомендовала оставить группу «Парафилических расстройств» в рамках «Психических и поведенческих расстройств», а не переносить ее в раздел «Состояний, связанных с сексуальным здоровьем». На это есть две причины. Первая заключается в том, что парафилические расстройства часто фигурируют в судебных делах, предполагающих проведение специализированной экспертизы. Лечение парафилий проводят специалисты в области психологии и психиатрии. Использование дополнительных соматических методов лечения (например, применение анти-андрогенных препаратов) является спорным и затрагивает юридические аспекты. К тому же данная ситуация представляет сложность с точки зрения клинической практики и должна разрешаться в рамках психиатрии.

Во-вторых, значительная часть выявления парафилий сопряжена с раскрытием преступлений сексуального характера и подразумевает лечение особых классов преступников. Это сложный аспект правовой области, который должен учитываться при классификации парафилий. Во многих странах, включая США, Германию, Великобританию, Канаду и другие, чьи правовые системы основаны на немецкой и британской, существуют законы, позволяющие превентивное задержание преступника, когда-либо проявившего черты, носящие насильственный сексуальный характер. Эти законы разрешают проведение принудительного лечения преступников психиатрическими службами по окончании отбывания наказания с целью продолжения лечения и минимизации риска обществу.

Страны, принявшие подобные законы, вначале сомневались в их конституциональности¹⁰⁵. Однако, решающее мнение высказывали суды, указывая на то, что риск опасности сам по себе не может быть достаточным основанием для принудительного заключения. Конституция гласит, что только постановка диагноза психического расстройства является поводом к принудительному лечению, поскольку «сужает класс лиц, подходящих под описание тех, кто не в состоянии контролировать свое поведение»¹⁰⁶.

Также продолжают дискуссии о внедрении этих законов в другие страны¹⁰⁷⁻¹⁰⁸. Рабочая группа в сфере сексуальных расстройств и сексуального здоровья не считает необходимым или полезным решение исключить парафилические расстройства из класса «Психических и поведенческих расстройств».

Сравнение с DSM-5

Предложенные изменения для рубрики «Парафилические расстройства» в МКБ-11 сильно отличаются от критериев МКБ-10, которая разрабатывалась в конце 1980-х годов. Во многих отношениях эти изменения сближают МКБ-11 и DSM-5. В то же время имеются существенные различия между этими диагностическими системами. Садомазохизм, фетишизм и фетишистский трансвестизм включены в DSM-5 под названием «Психические расстройства», в то время как в МКБ-11 эти состояния могут быть диагностированы в рубрике «Другие парафилии», включающей особенности поведения отдельно взятой личности или затрагивающее посторонних, если оно ассоциировано с выраженным дистрессом или значительным риском повреждений или смерти.

Требуемая продолжительность симптоматики для «Парафилических расстройств» в МКБ-11 более гибкая, чем 6 месяцев, требуемые в DSM-5, которые по мнению ряда авторов не имеют эмпирической базы¹⁰⁹. Методические рекомендации МКБ-11 указывают на необходимость клинической оценки, чтобы убедиться, что имеющиеся симптомы устойчивы, фиксированы и

выражены, разъясняя, что единичный поступок или правонарушение не соответствует этим критериям. В DSM-5 функциональное ухудшение включено относительно автоматически, но оно не было включено как часть предлагаемых диагностических рекомендаций для «Парафилических расстройств» в МКБ-11 в соответствии с общими принципами МКБ-11. «Психические и поведенческие расстройства», которые гласят, что «ухудшение» следует использовать только когда необходимо отделить заболевание от нормы¹.

Предлагаемые изменения для F66 психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией

В МКБ-10 недвусмысленно утверждается, что «сексуальная ориентация сама по себе не может считаться заболеванием». Тем не менее, МКБ-10, в которой сгруппированы «Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией» предполагает, что существуют психические расстройства, четко связанные с сексуальной ориентацией. Эти категории включены в рубрики F66.0 «Расстройство сексуального созревания», F66.1 «Эгодистоническая половая ориентация» и F66.2 «Расстройство сексуальных отношений» (см. табл. 4).

Рабочая группа по сексуальным расстройствам и сексуальному здоровью делает акцент, что, несмотря на то, что в определениях указанных в категории F66 МКБ-10 упоминается половая идентификация, исторически они появились из-за беспокойства относительно сексуальной ориентации⁸⁹. За последние полвека, международные системы классификаций психических расстройств, в которые входят DSM и МКБ, а также различные национальные и региональные классификации постепенно удаляют диагностические категории, которые определяют гомосексуальность как психическое расстройство. Это отражает появляющиеся стандарты в отношении прав человека^{56,110}, понимание того, что гомосексуальное поведение является широко распространенным аспектом поведения человека¹¹¹, а также отсутствие эмпирических доказательств, поддерживающих патологическую и медицинскую составляющие в вариантах выражения сексуальной ориентации.

Как отмечалось ранее, в МКБ-10 тоже указывается что «социальные девиации или самостоятельный конфликт, не влекущий за собой дисфункцию личности, не может быть причислен к психическим нарушениям»⁴. Рабочая группа приводит это исключение как основание для рассмотрения диагностических категорий связанных с сексуальной ориентацией⁸⁹. Учитывая, что проявление однополой ориентации продолжает быть стигматизировано в отдельных частях мира^{56,110}, психологические и поведенческие симптомы, наблюдаемые у не гетеросексуальных людей, могут быть следствием постоянных враждебных социальных реакций в большей степени, чем проявление психопатологии, вызванной внутренними процессами. Этот взгляд поддерживается надежными эмпирическими доказательствами, полученными в международных исследованиях¹¹⁴⁻¹¹⁶. Агрессия, стигматизация, неприятие и дискриминация, связанные с гомосексуальной ориентацией, являются широко распространенным феноменом и документируются как особенно грубые, часто показывающие высокий уровень жестокости¹¹⁷. В некоторых странах до сих пор применяется уголовное наказание для однополой сексуальной активности по обоюдному согласию, несмотря на то, что международные, региональные и национальные органы по правам человека, однозначно выступают за прекращение этой практики⁵⁶. Таким образом, рабочая группа пришла к выводу, что если заболевание сопряжено с социальными условиями, то крайне важно, чтобы эти условия имели оче-

Таблица 4. Классификация расстройств относящихся к сексуальной ориентации в МКБ-11 (предлагаемая), МКБ-10 и DSM-5			
МКБ-11	МКБ-10	DSM-5	Комментарии
Рекомендовано удалить	Класс: Психические и расстройства поведения Блок: расстройство личности и поведения в зрелом возрасте Рубрика: Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией	Не включена	<ul style="list-style-type: none"> • все категории в этой группе МКБ-10 было рекомендовано удалить • эти категории или их эквиваленты не включены в DSM-5 и не были включены в DSM-IV • с момента публикации МКБ-10 не было проявлено научного интереса в отношении этих состояний • не существует научно-обоснованного лечения • рабочая группа определила, что эти категории смешивают в себе социальные обстоятельства, признаки нормального развития и психопатологию • если присутствуют диагностические критерии депрессии, тревоги или других расстройств именно этот диагноз должен быть использован. Эти диагнозы не зависят от нарушений в сексуальной сфере.
Рекомендовано удалить	Подрубрика: Расстройство сексуального созревания	Не включена	<ul style="list-style-type: none"> • МКБ-10 определяет категорию на основе неопределенности в отношении половой идентификации или сексуальной ориентации, что вызывают тревогу и депрессию
Рекомендовано удалить	Подрубрика: Эгодистоническая половая ориентация	Не включена	В соответствии с МКБ-10, категорию следует использовать когда половая идентификация или сексуальные предпочтения не вызывают сомнений, но человек хотел бы, чтобы это было по-другому из-за ассоциированных проблем и поведенческих расстройств.
Рекомендовано удалить	Подрубрика: Расстройство сексуальных отношений	Не включена	В соответствии с МКБ-10, категорию следует использовать когда половая идентификация или отклонения в сексуальных предпочтениях ответственны за трудности в формировании или поддержании отношений с сексуальным партнером. Трудности в интимных отношениях случаются, по разным причинам, достаточно часто и, по своей природе дуалистичны. Рабочая группа пришла к выводу, что не было никаких оснований для создания категории психических расстройств, которая была бы основана на взаимном существовании проблем относящихся к сексуальной ориентации или половой идентификации с проблемой отношений.
Рекомендовано удалить	Подрубрика: Другие расстройства психосексуального развития	Не включена	Это резидуальная категория для групп МКБ-10, которая рекомендована для удаления в МКБ-11
Рекомендовано удалить	Подрубрика: расстройства психосексуального развития, неуточненные	Не включена	Это резидуальная категория для групп МКБ-10, которая рекомендована для удаления в МКБ-11
Рекомендовано удалить	Спецификатор (может быть применен ко всем категориям в группе): <ul style="list-style-type: none"> • Гетеросексуальный • Гомосексуальный • Бисексуальный • Другие, включающие препубертатный 	Не включена	Эти категории указывают сексуальную ориентацию людей с любым из указанных выше диагнозом МКБ-10, которые рекомендованы для удаления

видную клиническую выгоду и преимущества для общественного здравоохранения, например, путем определения обоснованной необходимости для сферы охраны психического здоровья.

Ключевыми диагностическими критериями F66.00 «Расстройство сексуального созревания» в МКБ-10 являются: а) неопределенность в вопросе своей половой принадлежности или сексуальной ориентации б) дистресс в отношении неопределенности больше, чем в отношении конкретного пола или сексуальной ориентации. Исследования постоянно показывают, что гомосексуальная ориентация возникает с течением времени¹¹⁸, с преимущественным началом в позднем детском или раннем подростковом возрасте. Достаточно часто присутствует существенный уровень антигомосексуальной стигмы в окружении человека с подобной ориентацией, что приводит к формированию для него стрессовой ситуации. Т.к. дистресс, возникающей в результате стигматизации, не может считаться показателем психической болезни, за исключением социального конфликта, рабочая группа сочла, что эта кате-

гория объединяет нормативные модели развития, наблюдаемые у геев, лесбиянок, бисексуалов и транссексуалов с психопатологическими процессами.

Понятие эгодистонической гомо-сексуальности (F66.1 «Эгодистоническая половая ориентация» в МКБ-10) впервые вошло в классификацию психических расстройств в DSM-III, в рамках предложений, относящихся к исключению гомосексуальности из диагностических систем¹¹⁹. Компромисс заключался в том, что гомосексуальность сама по себе может не являться заболеванием, но она может являться базой для психиатрического диагноза, но только в том случае, если человек испытывал дистресс в связи с этой ситуацией. Эта формулировка была исключена из классификации Американской психиатрической ассоциации в 1987 году¹¹³. Что, кажется, нашло отражение в параллельно идущих процессах по пересмотру МКБ, приведших к МКБ-10. Понятие «Эгодистоническая половая ориентация» было включено в МКБ-10 и одобрено в 1990, когда сама по себе диагностическая категория МКБ-9 – «Гомосексуализм» – была исключена. В соот-

ветствии с МКБ-10, теоретически возможно применить категорию «Эгодистоническая половая ориентация» для лиц с гетеросексуальной ориентацией, но для лишь для тех, кто хотел бы, чтобы их ориентация была иной, однако, здесь просматривается лишь попытка авторов избежать критики в отношении назначений этой категории¹²⁰.

В международных опросах лесбиянки, геи и биссексуалы часто сообщают о более высоком уровне дистресса, чем люди с гетеросексуальной ориентацией, однако, это четко связано с ощущением социальной отторженности и стигматизации¹¹⁴⁻¹¹⁶. По причине того, что дистресс, связанный с неблагоприятной социальной обстановкой, не может считаться признаком психического расстройства в большей степени, чем дистресс, связанный с другими стигматизирующими социальными факторами, как бедность или физическая болезнь, рабочая группа сочла, что существование подобного дистресса не имеет доказательной силы.

Ф66.2 «Расстройства сексуальных отношений» в МКБ-10 описывают ситуации, в которых сексуальная ориентация личности (или его половая идентификация) создаёт нарушения в основных сексуальных отношениях. Трудности в интимных отношениях случаются, по разным причинам, достаточно часто и по своей природе дуалистичны. Рабочая группа пришла к выводу, что не было никаких оснований для создания категории психических расстройств, которая была бы основана на взаимном существовании проблем, относящихся к сексуальной ориентации или половой идентификации с проблемой отношений. Обзор рабочей группы заключает, что геи, лесбиянки и биссексуалы получают психиатрическую помощь по тем же причинам, что и гетеросексуальные люди, и этот же обзор не находит доказательств того, что сексуальная ориентация, которая сопровождается психическими расстройствами, такими как депрессия и тревога, требует других методов лечения¹²¹. Кроме того, отсутствуют научно-обоснованная клиническая практика, относящаяся к категории F66, а терапевтические попытки изменить сексуальную ориентацию, считаются выходящими за рамки этической практики¹²². Также существует риск того, что неправильное приписывание симптомов других психических расстройств к вопросу сексуальной ориентации может помешать выбору адекватного лечения⁸⁹.

Более того, с момента публикации МКБ-10 категории рубрики F66 не привлекли научного интереса. Рабочая группа провела поиск в научных базах Medline, Web of Science и PsycINFO и не обнаружила ни одной ссылки на расстройства сексуального созревания или расстройства сексуальных отношений. Последний рецензируемый обзор, имеющий ссылку на эгодистоническую гомосексуальность, был опубликован более двадцати лет назад. Категории рубрики F66 не вносят значительный вклад в мониторинг состояния здоровья населения, обычно сообщаемый любой страной и не используется ВОЗ при подсчете бремени заболеваний. В то же время, без видимых причин, эти категории избирательно нацелены на людей с однополый ориентацией или нарушением половой идентификации. Те же люди, кто нуждается в информации или испытывает дистресс, особенно связанный с сексуальной ориентацией, и это не диагностируется как другое расстройство (например, Расстройство адаптации), могут получить необходимую помощь через коды, относящиеся к консультативной интервенции МКБ-11, глава «Факторы, влияющие на состояние здоровья и контакт со службами здравоохранения», описанные ранее в этой статье. В связи с этим, рабочая группа предложила исключение всей группы расстройств F66 из МКБ-11.

Сравнение с DSM-5

Предложенные для МКБ-11 изменения в этой области приводят ее в соответствие с DSM-5, в которой нет

эквивалентов категории F66 МКБ-10, также как их не было и в DSM-IV.

Выводы

За более чем четверть века с момента принятия МКБ-10, произошло существенное продвижение в области прав человека, а также в вопросах научного, клинического и социального понимания диагностических категорий сексуальности и половой идентификации. Различные данные были учтены при разработке комплекса предложений для МКБ-11, которые существенно удалили ее категории, относящиеся к сексуальности и половой идентификации из МКБ-10. Включение психических и поведенческих расстройств в единую диагностическую систему медицинской службы, наряду с другими диагностическими единицами, является главной особенностью МКБ, а текущие варианты пересмотра нацелены на рассмотрение этих расстройств с расширенной позиции, с более интегративным вариантом классификации по отношению к ним.

Классификация сексуальных расстройств в МКБ-10 существенно устарела с точки зрения психологических и физических причин сексуальной дисфункции как отдельных и изолированных, что приводит к ее несоответствию имеющимся современным данным относительно этиологии и лечения подобных состояний. Предложенная для МКБ-11 инновационная и интегративная система включает в себя ряд классификаторов для определения различных факторов, которые клиницист считает весомыми. Следует отметить, что ВОЗ не рассматривает главы МКБ-11, как устанавливающие границы для практических связей между медицинскими специальностями, но подразумевает и ожидает, что психиатры и другие специалисты службы охраны психического здоровья с соответствующим образованием будут продолжать участвовать в лечении этих распространенных и дорогостоящих состояний, а пересмотр классификации этих состояний будет способствовать большей доступности лечения.

Роль психиатрии в отношении оценки и лечения половой неконгруэнтности, предложенной для замены «Расстройств половой идентификации» в МКБ-10, во многих странах скорее всего развивается независимыми путями. Лучший вариант медицинской помощи для трансгендеров по своему определению мультидисциплинарный⁵⁹. Однако в некоторых странах психиатры, к сожалению, являются «бюрократами», которые лишь обеспечивают соблюдение сложных и обременительных требований для получения необходимой помощи⁸³, якобы чтобы убедиться, что транссексуалы уверены в своем решении найти медицинскую помощь для того, чтобы изменить свое тело в соответствии со своей самоидентификацией. Однако, в недавнем мексиканском исследовании, описанном выше⁷¹, было обнаружено, что средняя продолжительность между сообщением о понимании своей транссексуальности и началом гормональной терапии – на сегодня наиболее распространенный метод лечения – составила больше 12 лет и около половины участников исследования начали гормональную терапию без медицинского контроля, подвергая себя серьезному риску для здоровья. Хотя, эти данные широко не обобщены, скорее всего, они в большей степени отражают ситуацию во всем мире, чем доступные исследования из США и Западной Европы, учитывая, что 80% населения мира живет в странах со средним и низким доходом. Психиатры и другие специалисты, работающие в сфере охраны психического здоровья, играют большую роль в улучшении состояния здоровья этой группы населения^{78,74,75}.

Что касается классификации парафилических расстройств, рабочая группа по сексуальным расстройствам и сексуальному здоровью попыталась решить трудный вопрос относительно того, как лучше разделить состояния, относящиеся к общественному здоро-

вью и клинической психопатологии с одной стороны и поведением в личной жизни, которое не должно попадать в фокус медицинских классификация, с другой стороны. В то же время, предложения в этой области подтверждают состояние постоянного и интенсивного признаков сексуального возбуждения, фокусирующихся на людях, кто не соглашаются или не могут согласиться с наличием у них психиатрической патологии. С другой стороны, рабочая группа пришла к выводу, что не существует категорий психических расстройств ни с точки зрения общественного здоровья, ни с точки зрения клинических целей, связанных с сексуальной ориентацией⁸⁹.

Обобщая, рабочая группа по сексуальным расстройствам и сексуальному здоровью предложила изменения в классификацию этих состояний, которые должны: а) в большей степени отражать данные текущих научных исследований и лучшей клинической практики; б) более чутко реагировать на потребности, переживания и соблюдение прав человека в уязвимых группах; в) оказывать больше поддержки в обеспечении доступности медицинской помощи высокого уровня. Предложенные диагностические рекомендации для расстройств, описанных в этой статье, будут доступны для обзора и комментариев членами WHO's Global Clinical Practice Network (<http://gcp.network>)¹²³, а в дальнейшем для публичного обзора перед завершением работы на МКБ-11. Мы надеемся, что эта статья послужит началом дальнейшей научной и профессиональной дискуссии.

Признательность

Большинство авторов этой статьи были членами или консультантами рабочей группы по сексуальным расстройствам и сексуальному здоровью МКБ-11, ВОЗ. G.M. Reed, S. Cottler и S. Saxena являются членами секретариата ВОЗ. S.J. Parish являлся со-председателем консультативной встречи по классификации сексуальных расстройств проводимой под эгидой Международного общества изучения сексуального здоровья женщин и Всемирной ассоциации сексуального здоровья. Авторы благодарны другим членам Рабочей группы, другим членам секретариата ВОЗ, и участникам консультативной встречи по классификации сексуальных расстройств, кто принял участие в дискуссии по вопросам рассмотренным в данной статье. Участие P. Brike в этой работе было поддержано грантом от Федерального центра Медицинского образования, Германия. Если не было официальных заявления, мнение выраженное авторами этой статьи не является частью официальной политики или позицией ВОЗ.

Библиография

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
2. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
5. Perelman MA. The sexual tipping point: a mind/body model for sexual medicine. *J Sex Med* 2009;6:629-32.
6. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:1598-607.
7. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med* 2016;13:135-43.

8. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R et al. Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med* 2016;13:15367.
9. Carvalho J, Nobre P. Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: testing an integrative model. *J Sex Med* 2011;8:754-63.
10. Chou D, Cottler S, Khosla R et al. Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond. *Reprod Health Matters* 2015;23:185-92.
11. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1992.
12. Pfau JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009;6:1506-33.
13. Kingsberg SA, Clayton AH, Pfau JG. The female sexual response: current models, neurobiological underpinnings and agents currently approved or under investigation for the treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder. *CNS Drugs* 2015;29:915-33.
14. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther* 2000;26:51-65.
15. Hackett G, Krychman M, Baldwin D et al. Coronary heart disease, diabetes, and sexuality in men. *J Sex Med* 2016;13:887-904.
16. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2012;9:1497-507.
17. El Miedany Y, El Gaafary M, El Arousy N et al. Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: arthritis and beyond. *Clin Rheumatol* 2012; 31:601-6.
18. Mohammadi K, Rahnema P, Mohseni SM et al. Determinants of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. *BMC Neurol* 2013;13:83.
19. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V et al. Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). *J Sex Med* 2007;4:166678.
20. Johnson SD, Phelps D, Cottler LB. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Arch Sex Behav* 2004;33:55-63.
21. Clayton AH, Croft HA, Handiwala L. Antidepressants and sexual dysfunction: mechanisms and clinical implications. *Postgrad Med* 2014;126:91-9.
22. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *J Sex Res* 2006;43:68-75.
23. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional populations survey. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:1448.
24. Oberg K, Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR. On sexual well being in sexually abused Swedish women: epidemiological aspects. *Sex Relation Ther* 2002;17:329-41.
25. Brotto LA, Atallah S, Johnson-Agbakwu C et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2016; 13:538-71.
26. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17: 39-57.
27. Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T et al. Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. *J Sex Med* 2016;13:591-606.
28. Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sex Med* 2007;4: 1575-81.
29. Laan E, Rellini AH, Barnes T. Standard operating procedures for female orgasmic disorder: consensus of the International Society for Sexual Medicine. *J Sex Med* 2013;10:74-82.
30. Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav* 2010;39:221-39.
31. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive sexual desire disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. *Sex Med Rev* 2016;4: 103-20.
32. DeRogatis LR, Clayton AH, Rosen RC et al. Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? *Arch Sex Behav* 2011;40:217-9.

33. Sungur MZ, Gündüğüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *J Sex Med* 2014; 11:364-73.
34. Sarin S, Amsel RM, Binik YM. Disentangling desire and arousal: a classificatory conundrum. *Arch Sex Behav* 2013;42:1079-100.
35. Balon R, Clayton AH. Female sexual interest/arousal disorder: a diagnosis out of thin air. *Arch Sex Behav* 2014;43:1227-9.
36. Burri A, Greven C, Leupi M et al. A multivariate twin study of female sexual dysfunction. *J Sex Med* 2012;9:2671-81.
37. Bishop JR, Moline J, Ellingrod VL et al. Serotonin 2A-1438 G/A and G-protein Beta3 subunit C825T polymorphisms in patients with depression and SSRI-associated sexual side-effects. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2281-8.
38. Bishop JR, Ellingrod VL, Akroush M et al. The association of serotonin transporter genotypes and selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) associated sexual side effects: possible relationship to oral contraceptives. *Hum Psychopharmacol* 2009;24:207-15.
39. Arnow BA, Millheiser L, Garrett A et al. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience* 2009;158:484-502.
40. Pyke RE, Clayton AH. Psychological treatment trials for hypoactive sexual desire disorder: a sexual medicine critique and perspective. *J Sex Med* 2015;12:2451-8.
41. Berman JR, Berman LA, Toler SM et al. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. *J Urology* 2003;170:2333-8.
42. Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med* 2008;5:164-59.
43. Brotto LA, Chivers ML, Millman RD et al. Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Arch Sex Behav* (in press).
44. Maserejian NN, Shifren J, Parish SJ et al. Sexual arousal and lubrication problems in women with clinically diagnosed hypoactive sexual desire disorder: preliminary findings from the hypoactive sexual desire disorder registry for women. *J Sex Marital Ther* 2012;38:41-62.
45. Binik YM. Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification. *Arch Sex Behav* 2005;34:11-21.
46. Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S et al. Vulvodynia: definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. *J Sex Med* 2016;13:291304.
47. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *J Sex Med* 2016;12:745-51.
48. Segraves RT. Considerations for a better definition of male orgasmic disorder in DSM V. *J Sex Med* 2010;7:690-9.
49. Waldinger M. Male ejaculation and orgasm disorders. In: Balon R, Segraves R (eds). *Handbook of sexual dysfunction*. Boca Raton: Taylor and Francis, 2005:215-48.
50. Wylie K, Ralph D, Levin RJ et al. Comments on "Considerations for a better definition of male orgasmic disorder in DSM V". *J Sex Med* 2010;7: 695-9.
51. Global Action for Trans* Equality. It's time for reform. Trans health issues in the International Classification of Diseases. Report on the GATE Experts Meeting. The Hague, November 2011.
52. European Commission. Trans and intersex people: discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression. Luxembourg: European Union, 2012.
53. European Parliament. Resolution of 28 September 2011 on human rights, sexual orientation and gender identity at the United Nations. Strasbourg: European Parliament, 2011.
54. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
55. World Health Organization. Basic documents, 48th ed. Geneva: World Health Organization, 2014.
56. United Nations High Commissioner for Human Rights. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. New York: United Nations General Assembly, 2011.
57. Council of Europe. Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe, 2nd ed. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2011.
58. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization, 2015.
59. World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender non-conforming people, version 7. World Professional Association for Transgender Health, 2011.
60. United Nations Development Programme. Discussion paper: Transgender health and human rights. New York: United Nations Development Programme, 2013.
61. Sood N. Transgender people's access to sexual health and rights: a study of law and policy in 12 Asian countries. Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, 2009.
62. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res* 2010;47:12-23.
63. Grossman AH, D'Augelli AR. Transgender youth: invisible and vulnerable. *J Homosex* 2006;51:111-28.
64. Sugano E, Nemoto T, Operario D. The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. *AIDS Behav* 2006;10:217-25.
65. Grossman AH, D'Augelli AR, Salter NP. Male-to-female transgender youth: gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *J GLBT Fam Stud* 2006;2:71-92.
66. Rotondi NK, Bauer GR, Scanlon K et al. Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *Am J Public Health* 2013;103:1830-6.
67. Sanchez NE, Sanchez JP, Danoff A. Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *Am J Public Health* 2009;99:713-9.
68. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA et al. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol* 2011;164:635-42.
69. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94:3132-54.
70. Mueller A, Gooren L. Hormone-related tumors in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol* 2008;159:197-202.
71. Robles R, Fresan A, Vega-Ramirez H et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* 2016;3:850-9.
72. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:568-77.
73. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry* 2016;3:297-304.
74. Lo S, Horton R. Transgender health: an opportunity for global health equity. *Lancet* 2016;388:316-8.
75. Reisner SL, Poteat T, Keatley J et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016;388:412-36.
76. Winter S, Settle E, Wylie K et al. Synergies in health and human rights: a call to action to improve transgender health. *Lancet* 2016;388:318-21.
77. Cabral M, Suess A, Ehrt J et al. Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: a human rights perspective. *Lancet Psychiatry* 2016;3:405-6.
78. Drescher J, Byne W. Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex* 2012;59:501-10.
79. Drescher J, Byne W. Treating transgender children and adolescents: an interdisciplinary discussion. New York: Routledge, 2013.
80. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP et al. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52:582-90.

81. Steensma TD, Biemond R, de Boer F et al. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011;16:499-516.
82. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, et al. Report of the APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav* 2012;41:759-96.
83. Bouman WP, Bauer GR, Richards C et al. World Professional Association for Transgender Health consensus statement on considerations of the role of distress (Criterion D) in the DSM diagnosis of gender identity disorder. *Int J Transgend* 2010;12:100-6.
84. Ehrbar RD, Witty MC, Ehrbar HG et al. Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children. *J Sex Marital Ther* 2008;34:385-412.
85. Joyal CC. How anomalous are paraphilic interests? *Arch Sex Behav* 2014; 43:1241-3.
86. Joyal CC. Deëning "normophilic" and "paraphilic" sexual fantasies in a population-based sample: on the importance of considering subgroups. *Sex Med* 2015;3:321-30.
87. Richters J, de Visser RO, Rissel CE et al. Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "sadoomasochism" or dominance and submission (BDSM): data from a national survey. *J Sex Med* 2008;5:1660-8.
88. Reiersøl O, Skeid S. The ICD diagnoses of fetishism and sado-masochism. *J Homosex* 2006;50:243-62.
89. Cochran SD, Drescher J, Kismödi E et al. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ* 2014;92:672-9.
90. Krueger RB, Reed GM, First MB et al. Paraphilic disorders in the International Classification of Disease and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Arch Sex Behav* (in press).
91. Briken P, Fedoroff JP, Bradford JW. Why can't pedophilic disorder remit? *Arch Sex Behav* 2014;43:1237-9.
92. Becker JV, Stinson J, Tromp S et al. Characteristics of individuals petitioned for civil commitment. *Int J Offend Ther* 2003;47:185-95.
93. Berner W, Berger P, Hill A. Sexual sadism. *Int J Offend Ther* 2003;47:383-95.
94. Briken P, Bourget D, Dufour M. Sexual sadism in sexual offenders and sexually motivated homicide. *Psychiatr Clin North Am* 2014;37:215-30.
95. Elwood RW, Doren DM, Thornton D. Diagnostic and risk profiles of men detained under Wisconsin's sexually violent person law. *Int J Offend Ther* 2010;54:187-96.
96. Packard, RL, Levenson JL. Revisiting the reliability of diagnostic decisions in sex offender civil commitment. *Sexual Offender Treatment* 2006;1:115.
97. Krueger RB. The DSM diagnostic criteria for sexual sadism. *Arch Sex Behav* 2010;39:325-45.
98. Abel GG, Becker JV, Mittelman M et al. Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *J Interpers Violence* 1987;2:3-25.
99. Ahlers CJ, Schaefer GA, Mundt IA et al. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *J Sex Med* 2011;8:1362-70.
100. Bradford JMW, Boulet J, Pawlak A. The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviors. *Can J Psychiatry* 1992;37:104-8.
101. La ынгström N. The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Arch Sex Behav* 2010;39:317-24.
102. Templeman TL, Stinnett RD. Patterns of sexual arousal and history in a "normal" sample of young men. *Arch Sex Behav* 1991;20:137-50.
103. Johnson RS, Ostermeyer B, Sikes KA et al. Prevalence and treatment of frotteurism in the community: a systematic review. *J Am Acad Psychiatry Law* 2014;42:478-83.
104. Nordic Centre for Classifications in Health Care. Removed ICD-10 codes in categories F64 and F65 in the Nordic Countries. Helsinki: Nordic Centre for Classifications in Health Care, 2015.
105. First MB, Halon RL. Use of DSM paraphilia diagnoses in sexually violent predator commitment cases. *J Am Acad Psychiatry Law* 2008;36:443-54.
106. US Supreme Court. *Kansas v. Hendricks*, 521 U.S. 346 (1997).
107. Janus E. Sexually violent predator laws: psychiatry in service to a morally dubious enterprise. *Lancet* 2004;364:50-1.
108. Zonana H. The civil commitment of sex offenders. *Science* 1997;278:1248-9.
109. First MB. DSM-5 and paraphilic disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* 2014;42:191-201.
110. O'Flaherty M, Fisher J. Sexual orientation, gender identity and international human rights law: contextualising the Yogyakarta Principles. *Human Rights Law Rev* 2008;8:207-48.
111. Caceres CF, Konda K, Segura ER et al. Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003-2007 estimates. *Sex Transm Infect* 2008;84(Suppl. 1):i49-56.
112. Hooker E. Reflections of a 40-year exploration: a scientific view on homosexuality. *Am Psychol* 1993;48:450-3.
113. Drescher J. Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Arch Sex Behav* 2010;39:427-60.
114. King M, McKeown E, Warner J et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2003;183:552-8.
115. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health* 2001;91:1869-76.
116. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003;129:674-97.
117. Organization for Security and Cooperation in Europe/Office for Democratic Institutions and Human Rights. Hate crimes in the OSCE region – incidents and responses. Annual report for 2006. Warsaw: Organization for Security and Cooperation in Europe/Office for Democratic Institutions and Human Rights, 2007.
118. Calzo JP, Antonucci TC, Mays VM et al. Retrospective recall of sexual orientation identity development among gay, lesbian, and bisexual adults. *Dev Psychol* 2011;47:1658-73.
119. Spitzer RL. The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issues. *Am J Psychiatry* 1981;138:210-5.
120. van Drimmelen-Krabbe JJ, Ustun TB, Thompson DH et al. Homosexuality in the International Classification of Diseases: a clarification. *JAMA* 1994; 272:1660.
121. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *Am Psychol* 2012;67:10-42.
122. Pan American Health Organization. "Cures" for an illness that does not exist. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2012.
123. Reed GM, First MB, Medina-Mora ME et al. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. *World Psychiatry* 2016;15:112-3.