

Нарушения половой идентичности и проблемы психического здоровья

Пискарева Т.К., Ениколопов С.Н.
Научный центр психического здоровья, Москва

Резюме. В обзоре рассматриваются психические заболевания, наиболее часто встречающиеся у лиц с расстройствами половой идентичности. Анализируется применимость модели «стресса меньшинств», Meyer (1995), для объяснения наблюдаемой коморбидности. Делается вывод о необходимости повышенного внимания к лицам с нарушениями половой идентичности со стороны психологических и психиатрических служб.

Ключевые слова: расстройство половой идентичности, половая дисфория, транссексуализм, психические расстройства, модель стресса меньшинств, коморбидность.

Gender identity disorder and mental health problems

Piskareva T.K., Enikolopov S.N.
Mental Health Research Centre, Moscow

Summary. The review examines the mental illnesses most commonly found in individuals with gender identity disorders. The applicability of Meyer's Minority Stress Model (1995) to explanation of the observed comorbidity is analyzed. In conclusion the need for increased attention to persons with gender identity disorders from psychological and psychiatric services is stated.

Key words: gender identity disorder, gender dysphoria, transsexualism, mental disorders, minority stress model, comorbidity.

В связи с увеличением количества людей, относящих себя к сексуальным меньшинствам, а также общей тенденцией к маскулинизации женского населения и феминизации мужского, тема здоровья при нарушениях гендерной идентичности приобретает все большее значение. В нашем обзоре мы стремимся обобщить имеющиеся данные о наиболее часто встречающихся психических заболеваниях, сопровождающих нарушения половой идентификации. Актуальность работы продиктована целым рядом теоретических и практических проблем, связанных с изучением, диагностикой и экспертизой данных состояний.

Нарушения половой идентичности представляют собой неоднородную группу феноменов человеческой психики. Разные авторы относят к ним транссексуализм, трансвестизм, небинарную («квир-») идентичность, эгодистонную гомо- и бисексуальную ориентацию и т.д.

В связи с различным пониманием разными авторами расстройств половой идентичности, отношением к ним либо только транссексуализма, либо нарушений половой идентичности нетранссексуального типа, данные о распространенности таких расстройств в мире значительно различаются: от 1:3000 до 1:30000 населения у одних авторов [61] и от 1:40000 до 1:100000 населения у других [12].

Неоднозначность понятия «нарушения половой идентичности» отражается в множественности его диагностических рубрик. В МКБ-10 к данным нарушениям относятся рубрики F64 «Расстройство половой идентификации», F65 «Расстройство сексуального предпочтения», включающие фетишистский трансвестизм, который является одной из разновидностей самостоятель-

ных психических расстройств, сопровождающихся синдромом «отвергания пола» [9] и F66 «Психические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией», т.к. в них «больной страдает от неопределенности относительно своей половой принадлежности». В проекте МКБ-11 было решено переместить расстройства половой идентификации из класса «Психические расстройства и расстройства поведения» в новый класс «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» и изменить название рубрики на «Гендерное несоответствие». Такое решение принято в связи со стигматизацией транссексуалов как людей с психическим заболеванием. Остальные рубрики, имеющие отношение к нарушениям половой идентичности рекомендованы к удалению. Однако в DSM-5 сохранилась соответствующая диагностическая глава «Половая дисфория». Таким образом, существуют разногласия относительно отнесения расстройств половой идентичности к сфере сугубо психических нарушений, либо к состояниям смешанного генеза.

Важную проблему представляет коморбидность нарушений половой идентичности с другими психическими заболеваниями. В МКБ-10 расстройство половой идентичности может быть диагностировано только при исключении эндогенного психического процесса. Некоторые авторы говорят о необходимости более тонкого подхода к дифференциальной диагностике расстройств половой идентичности. В частности, Матевосян С.Н. (2009) указывает, что в ситуациях, когда у пациента с психическим заболеванием в ремиссии сохраняется стойкая транссексуальная идентичность, в которой полоролевой конфликт оказы-

вает существенное влияние на социальную, личностную и сексуальную адаптацию, допустимы лечебно-реабилитационные мероприятия, аналогичные таковым при транссексуализме [6].

При рассмотрении нарушений половой идентичности в рамках различных нозологических форм зачастую опускается вопрос о месте этих нарушений в структуре заболевания. С одной стороны, нарушения половой идентичности могут быть частью бредовой фабулы при шизофрении или другим эндогенным психическим заболеванием. С другой — особый социальный статус лиц, идентифицирующих себя не в соответствии со своим биологическим полом, создает условия для развития вторичной патопсихологической симптоматики.

Согласно модели стресса меньшинств (Meуer, 1995) представители малых социальных групп подвергаются особым стрессорным факторам (дискриминация, гомофобия и т.д.) в дополнение к общим для своей социальной и возрастной группы стрессорам, что негативно отражается на их здоровье [44]. Данные о продолжительности жизни показывают, что у транссексуалов смертность на 51% выше, чем у населения в целом [35]. Это связывают с в шесть раз большим количеством завершенных суицидов, более высоким уровнем инфицирования ВИЧ и злоупотреблением психоактивными веществами среди транссексуалов, по сравнению с общей популяцией.

В ряде исследований показано, что у лиц с нарушениями половой идентичности психические заболевания встречаются значимо чаще, чем в общей популяции [19,24,26].

Цель данного обзора — рассмотреть основные нозологические формы, сопровождающие нарушения половой идентичности.

Депрессии

Согласно данным американских исследователей, у трансгендеров пожилого и старческого возраста риск депрессий составляет от 44% до 48% [33], когда у цисгендеров того же возраста он находится в районе 13,3% [53]. Ibrahim С.А., et al. обнаружили, что 45% трансгендеров переживали хотя бы один большой депрессивный эпизод в течение жизни [34]. Witcomb G.L., et al. оценивали степень выраженности депрессии и сопутствующей психопатологии у 913 трансгендеров, получавших и не получавших гормональную терапию по смене пола. Было выявлено, что трансгендеры, не получающие гормональную терапию, имеют в 4 раза более высокий риск возникновения депрессии по сравнению с общей популяцией. В качестве предикторов депрессии у трансгендеров были выделены старший возраст, низкая самооценка, бедность interpersonal связей и низкая социальная поддержка. Гормональная терапия по смене пола значимо снижала риск депрессии [60].

Суицидальное поведение

Суицидальные мысли и суицидальные попытки являются индикаторами крайнего эмоциональ-

ного дистресса. Многие исследования показали значительно превосходящее число суицидальных попыток и завершенных суицидов среди лиц с нарушениями половой идентичности по сравнению с общей популяцией.

García-Vega E., et al. (2018) обследовали 151 транссексуала и выявили, что у 48.3% присутствовали суицидальные мысли, а 23.8% предприняли попытку самоубийства [29]; в общей популяции эти цифры находятся в районе 2.7% and 0.9% соответственно [54]. При этом суицидальные интенции не были связаны с наличием психического заболевания.

В японском исследовании 500 транссексуалов без коморбидных психических заболеваний у 72% были обнаружены суицидальные мысли, а 31,8% сообщили о самоповреждениях, включая суицидальные, в течение жизни. В качестве факторов, значимо влияющих на суицидальный риск, были выявлены низкий уровень образования и молодой возраст [55].

Исследование влияния стресса меньшинств (дискриминация, трансфобия) на суицидальный риск показало, что для большинства стрессоров депрессия выступает опосредующим фактором, приводящим к суицидальным попыткам [53]. Таким образом, высокий суицидальный риск среди лиц с нарушениями гендерной идентичности связан с одной стороны с социальными факторами неприятия таких людей обществом, а с другой — с недостатком копинг-ресурсов, в силу их низкого образовательного уровня и молодого возраста.

Несуицидальная аутоагрессия

Множество исследований указывают на более высокий уровень самоповреждений несуйцидального характера среди сексуальных и гендерных меньшинств по сравнению с общей популяцией [35,42]. Arcelus J., et al. (2016) выявили, что 46,3% трансгендеров хотя бы раз в жизни нанесли самоповреждения без суицидальной цели, а 28,73% делали это в течение 3 месяцев предшествовавших обследованию [9]. Трансгендеры, вовлеченные в самоповреждающее поведение, испытывали более высокий стресс от трансфобии, у них была более выраженная психопатологическая симптоматика, больше внутриличностных психологических проблем, и они получали меньше социальной поддержки по сравнению с транссексуалами, не вовлеченными в самоповреждающее поведение. В большинстве исследований была выявлена более высокая склонность к самоповреждению у натальных мужчин, по сравнению с женщинами [21]. В качестве предикторов самоповреждающего поведения были выделены молодой возраст, натальный мужской пол и большое количество психопатологической симптоматики.

Злоупотребление ПАВ

Отмечается высокая коморбидность нарушений половой идентичности со злоупотреблением

психоактивными средствами [23]. Schuler M.S., et al. исследовали табакокурение, эпизодическое пьянство, курение марихуаны, употребление запрещенных наркотиков, зависимость от алкоголя и ПАВ у 67354 взрослых представителей сексуальных меньшинств. Было выявлено значимо более частое употребление всех видов веществ гомосексуальными мужчинами и женщинами по сравнению с гетеросексуальными. Это различие наиболее проявлялось в юношеском возрасте и практически стиралось к пожилому [51]. В другом исследовании употребления марихуаны и кокаина трансгендерами [30] авторы обнаружили, что среди трансгендеров 19% хотя бы раз в жизни употребляли марихуану, а 9,8% — кокаин. Показана связь употребления марихуаны с социальным избеганием и страхом негативной оценки. Трансгендеры, употребляющие ПАВ, более подвержены виктимизации и чаще обращаются по поводу психологических проблем. Тем не менее, авторы пришли к выводу, что употребление марихуаны трансгендерами не превышает показателей общей популяции и может быть рекомендовано для контроля тревожности.

В другом обширном американском исследовании [45] был показан вдвое более высокий уровень употребления ПАВ представителями ЛГБТ-сообщества (27,6%) по сравнению с общей популяцией (10,5%). Причины более высокого уровня употребления психоактивных веществ сексуальными и гендерными меньшинствами до конца не ясны. Была показана связь злоупотребления ПАВ с виктимизацией, страхом отрицательной оценки и социальным избеганием, что соответствует модели стресса меньшинств. Высокая коморбидность с расстройствами личности может объяснять употребление алкоголя и наркотиков как средств преодоления трудностей в интерперсональной сфере, связанных с расстройствами личности [30]. С другой стороны употребление ПАВ может наоборот приводить к развитию и усугублению симптоматики личностных расстройств. Связь между высоким уровнем злоупотребления ПАВ представителями сексуальных меньшинств может быть опосредована не только личностными расстройствами, но также и другими еще не исследованными факторами, которые требуют дальнейшего изучения.

Социофобия

От 9,5% до 31,4% лиц подросткового и юношеского возраста с нарушениями гендерной идентичности испытывают социальную тревожность или социофобию [13, 18, 24, 50]. Авторы расходятся во мнениях относительно того, можно ли объяснить высокий уровень социофобии моделью стресса меньшинств. Vergero-Miguel, et al. (2016) обнаружили, что «стресс меньшинств» и социальная тревожность у трансгендеров связаны только через одну переменную — переживаемое жестокое обращение в школе [13]. В другом исследовании сходным образом было показано, что уровень

социофобии зависит от степени маргинализации [59]. Авторы обнаружили, что лица с бисексуальной ориентацией испытывают более сильную социальную тревожность, чем с гомосексуальной. Поэтому можно предположить, что лица с нарушениями половой идентичности испытывают более сильную социофобию, поскольку они сталкиваются не только с факторами стресса общими для сексуальных меньшинств (гомо- и бисексуалов), но и со стрессорами связанными с их гендерным несоответствием [50].

Расстройства аутистического спектра

Растет количество исследований, показывающих коморбидность нарушений половой идентичности с расстройствами аутистического спектра [58]. De Vries et al. (2010) показали, что встречаемость РАС среди детей и подростков с нарушениями половой идентичности составляет 7,8% [25], когда в общей популяции она находится в пределах 0,6–1% [11]. В другом исследовании аутистические черты были обнаружены у 5,5% взрослых с РПИ [48]. Kraemer B., et al. (2005), ссылаясь на теорию Baron-Cohen S. (2002), «extreme-male brain» объясняли наличие нарушений гендерной идентичности у пациентов с синдромом Аспергера приобретением «мужских эмоциональных и когнитивных черт» [38]. Другой авторский коллектив [36] объясняли это тем, что присущие расстройствам аутистического спектра дефицитарная модель психического и особенности когнитивного стиля влияют на процесс формирования гендерной идентичности, что приводит к развитию расстройств половой идентификации.

Расстройства личности

Исследования личностных расстройств среди лиц с нарушениями гендерной идентичности имеют противоречивые результаты: в некоторых обнаружена личностная психопатология, когда в других показано ее отсутствие [17,32,47]. Такое расхождение связано как с различием используемых шкал (MMPI, SCID, интервью), так и критериев отбора испытуемых (DSM-III,IV). Большинство исследователей отмечают преобладание расстройств кластера В (пограничное, гистрионное и нарциссическое). В итальянском исследовании Maddedu et al. [41] обнаружили, что пограничное расстройство личности встречается наиболее часто среди трансгендеров, причем различий между мужчинами-транссексуалами и женщинами-транссексуалами обнаружено не было. Bodlund et al. [14] также обнаружили статистически значимое преобладание расстройств кластера В среди лиц с гендерной дисфорией. Была показана более высокая частота встречаемости расстройств личности среди трансгендеров (29%), по сравнению с общей популяцией (17%). Nepp et al. [31] обнаружили, что среди лиц с гендерной дисфорией 16,1% имеют расстройства кластера А, 22,6% — кластера В и 19,4% — кластера С. Они также отметили,

что в выборке транссексуалов встречаемость расстройств личности значимо выше, чем в общей популяции. В сербском исследовании [28] получены данные о значимом преобладании избегающего и параноидного расстройств личности среди лиц с нарушением гендерной идентичности. Авторы объясняют это отличие от результатов других исследований социокультурными факторами. Ими также было выявлено, что MtF-транссексуалы имеют значимо более выраженную психопатологическую симптоматику, чем FtM-транссексуалы. Эти результаты соотносятся с данными других исследований [23]. Однако в ряде исследований получены обратные результаты, говорящие об отсутствии связи между гендерной идентичностью и личностными расстройствами [23, 46].

Французские исследователи [15] предложили 108 трансгендерам без диагностированных психических заболеваний заполнить методику ММРІ-2. У 48% хотя бы одна шкала (за исключением шкалы маскулинность-феминность) находилась на клинически значимом уровне выраженности. Мужчины-трансгендеры чаще имели более высокие баллы по шкалам ипохондрии, депрессии и истерии. Трансгендеры, не получающие гормональную терапию по смене пола демонстрировали более выраженную психопатологическую симптоматику, чем те, которые принимали гормоны. Наиболее вероятно это связано с тем, что трансгендеры до начала терапии сфокусированы на своих переживаниях полового несоответствия, находятся в депрессивном состоянии и чувствуют дискомфорт при интерперсональном взаимодействии. Хирургическая смена пола также оказывала значимый положительный эффект на психическое состояние трансгендеров.

Парафилии

Ряд авторов показали наличие нарушений половой идентичности в психической структуре лиц с расстройствами влечений. Введенским Г.Е. была показана связь парафилий и нарушений полоролевой идентичности, не достигающих, однако уровня половой дисфории [2]. Дворянчиков Н.В., Макарова Т.Е. (2013) описали особенности половой идентичности у лиц с диагнозом «педофилия», выражающиеся в нарушении структуры полового самосознания, неустойчивости образа Я [3]. Амбарцумян Э.С. (2003) также показал наличие расстройств половой идентичности в структуре психических нарушений у лиц с парафилиями и у лиц, совершивших сексуальные гомоцидные действия [1]. Lombardi и коллеги (2001) опросили 402 респондентов с различными нарушениями половой идентичности и обнаружили, что 16% совершили какой-либо акт агрессии за предшествующий год, а 3% сообщили о совершенном изнасиловании или его попытке [40]. Имеются указания на наличие нарушений половой идентичности у насильников [5], что доказывает социальную значимость этих расстройств и, в частности, в судебно-психиатрическом аспекте [4].

Шизофрения

Многие клинические исследования показали более высокую встречаемость шизофрении среди лиц с нарушениями гендерной идентичности по сравнению с общей популяцией [49]. В датском исследовании 31 из 186 опрошенных психиатров сообщили о том, что сталкивались со случаями РПИ, сопровождавшимися различными психическими расстройствами, включая шизофрению [8]. В другом датском исследовании у 7,4% лиц, обратившихся за сменой пола, была диагностирована шизофрения [52]. Сходные данные были получены в американском исследовании: шизофрения была выявлена у 8% лиц с гендерной дисфорией [39]. В ирландском исследовании [37] у 5% мужчин-транссексуалов была диагностирована шизофрения. Также в тайваньском исследовании была выявлена значимая корреляция между РПИ и шизофренией у натальных мужчин [20]. Значительно более высокая частота встречаемости шизофрении при РПИ отмечается в отечественной литературе. Матевосян С.Н. и Введенский Г.Е. (2006) показали, что среди пациентов, обратившихся по поводу смены пола, около 86% страдали различными психическими расстройствами, из них 23,5% — расстройствами шизофренического спектра [4]. Причин для такого расхождения в данных может быть несколько. Во-первых, более низкая обращаемость по поводу смены пола, связанная с выраженной трансфобией и низкой толерантностью к гендерным меньшинствам среди русскоговорящего населения. Во-вторых, иное соотношение мужского и женского транссексуализма. В то время как в Европе и Америке данные об этом соотношении в популяции варьируют от 2,3:1 (Германия, 1996) до 8:1 (США, 1966) в пользу мужского транссексуализма [17], в России наблюдается обратная ситуация: соотношение от 3:1 [17] до 4,1:1 [4] в пользу женского транссексуализма. Кроме того, в некоторых исследованиях данные о более высокой частоте встречаемости шизофрении при РПИ не подтверждаются: японские исследователи выявили 1,02% коморбидности шизофрении с РПИ [47], в другом исследовании эта цифра составила 0,92% [23]; иранское исследование 83 пациентов с РПИ не выявило случаев коморбидности с шизофренией [43].

Заключение

Таким образом, целый ряд исследований обнаруживает высокую коморбидность психических заболеваний с расстройствами половой идентичности. Одним из объяснений этого служит гипотеза «стресса меньшинств», согласно которой люди с гендерным несоответствием переживают больше стресса по сравнению с общей популяцией, а следовательно, в большей степени страдают от психогенных заболеваний. В пользу этой теории говорят данные о меньшей выраженности патопсихологической симптоматики у лиц с РПИ, принимающих гормональную терапию по смене пола, по

сравнению с теми, кто терапию не принимает. Однако эта гипотеза не может объяснить более частую встречаемость парафилий, расстройств аутистического и шизофренического спектра при РПИ. Хотя существуют исследования, опровергающие данные о более высокой частоте встречаемости психических заболеваний при РПИ, их валидность вызывает сомнения. Лиц с РПИ следует рассматривать как находящихся в зоне риска развития психических заболеваний. Высокая встречаемость депрессий и суицидального поведения, а также частота совершения актов агрессии и насилия лицами с РПИ свидетельствуют о необходимости повышенного внимания к таким расстройствам и коморбидным с ними заболеваниям.

Выводы. 1. Нарушения гендерной идентичности представляют собой неоднородную с точки зрения диагностических критериев и внешних проявлений группу расстройств. Они могут выступать как самостоятельные нарушения, так и сопровождать другие виды психической патологии.

2. Международная общественная позиция в отношении этой группы заболеваний состоит в стремлении к их дестигматизации и выведению из класса психических расстройств, что может привести к негативным социальным последствиям ввиду их высокой коморбидности с парафилиями и девиантными формами поведения.

3. Нарушения половой идентичности в структуре психических заболеваний играют роль провоцирующих и утяжеляющих факторов, вводя, в соответствии с моделью «стресса меньшинств», дополнительные стрессоры, связанные с социальным статусом таких больных. В ряде исследований показана высокая (значительно выше, чем в общей популяции) встречаемость различных психических расстройств у лиц с нарушениями половой идентичности.

4. Практически в половине случаев нарушения половой идентичности сопровождаются депрессией с высокой суицидальной активностью, что придает им высокую социальную значимость.

Литература

1. Амбарцумян Э.С. Расстройства половой идентичности и дизонтогенетические состояния у лиц, совершивших сексуальные гомоцидные действия. В кн.: *Материалы юбилейной конференции «Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии», посвященной 30-летию Федерального научно-методического центра медицинской сексологии и сексопатологии.* М.; 2003:115-116. [Ambarcumyan ES. Rasstrojstva polovoj identichnosti i dizontogeneticheskie sostoyaniya u lic, sovershivshih seksual'nye gomicidnye dejstviya. V kn.: *Materialy yubilejnoj konferencii «Social'nye i klinicheskie problemy seksologii i seksopatologii», posvyashchennoj 30-letiyu Federal'nogo nauchno-metodicheskogo centra medicinskoj seksologii i seksopatologii.* М.; 2003:115-116. (In Russ.)]
2. Введенский Г.Е. Нарушения половой идентичности и психосексуальной ориентации у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия (клиника, патогенез, коррекция, судебно-психиатрическое значение): дис. д-ра мед. наук. М.; 2000. [Vvedenskij GE. Narusheniya polovoj identichnosti i psihoseksual'nyh orientacii u lic, sovershivshih protivopravnye seksual'nye dejstviya (klinika, patogenez, korrekciya, sudebno-psihiatricheskoe znachenie): dis. d-ra. med. nauk. М.; 2000. (In Russ.)]
3. Дворянчиков Н.В., Макарова Т.Е. Половозрастная идентичность у лиц, совершивших сексуальные насильственные действия в отношении детей. *Психология и право.* 2013;3. [Электронный ресурс] <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63799.shtml> (дата обращения: 07.02.2019) [Dvoryanchikov NV, Makarova TE. Age and gender identity in the perpetrators of sexual violence against children. *Psihologiya i*
4. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. *Судебная психиатрия: Учебник для вузов.* Под общ. ред. Г.В. Морозова. М.: Норма; 2008. [Zharikov NM, Morozov GV, Hritinin DF. *Sudebnaya psihiatriya: Uchebnik dlya vuzov.* Pod obshch. red. G.V. Morozova. М.: Norma; 2008. (In Russ.)]
5. Кочарян А.С. Личность и половая роль: симптомокомплекс маскулинности/феминности в норме и патологии. Отв. Ред. Л.Ф. Бурлачук. Харьков; 1996. [Kocharyan AS. *Lichnost i polovaya rol: simptomokompleks maskulinnosti/femininnosti v norme i patologi.* Отв. red. L.F. Burlachuk. Harkov; 1996. (In Russ.)]
6. Матевосян С.Н. Психические расстройства с синдромом «отвергания» пола (клинико-феноменологические и лечебно-реабилитационные аспекты): дис. док. мед. наук. М.; 2009. [Matevosyan SN. *Psihicheskie rasstrojstva s sindromom «otverganiya» pola (kliniko-fenomenologicheskie i lechebno-reabilitacionnye aspekty): dis. dok. med. nauk. М.; 2009. (In Russ.)]*
7. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Психопатологическая коморбидность расстройств половой идентичности. Сборник материалов научно-практической конференции «Сексуальная культура современной России». М.; 2006:44-46. [Matevosyan SN, Vvedenskij GE. *Psihopatologicheskaya komorbidnost' rasstrojstv polovoj identichnosti. Sbornik materialov nauchno-prakticheskoy konferencii «Seksual'naya kul'tura sovremennoj Rossii».* М.; 2006:44-46. (In Russ.)]
8. À Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. *Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among dutch psychiatrists. The American*

- Journal of Psychiatry*. 2003; 160(7):1332–1336. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1332
9. Arcelus J, Claes L, Witcomb GL, Marshall E, Bouman WP. Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury Among Trans Youth. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13(3):402-412. doi:10.1016/j.jsxm.2016.01.003
 10. Baron-Cohen S. The Extreme Male Brain Theory of Autism and the Potential Adverse Effects for Boys and Girls with Autism. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2012; 9(1):93-103. doi: 10.1007/s11673-011-9350-y
 11. Baird G, Simonoff E, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Meldrum D, Charman T. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The special needs and autism project (SNAP). *The Lancet*. 2006; 368(9531):210-215. doi:10.1016/S0140-6736(06)69041-7
 12. Bakker A., van Kesteren PJ., Gooren L.J., Bezemer P.D. The prevalence of transsexualism in Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993; 87(4):237-238.
 13. Bergero-Miguel T, García-Encinas MA, Villena-Jimena A, Pérez-Costillas L, Sánchez-Álvarez N, de Diego-Otero Y, Guzman-Parra J. Gender Dysphoria and Social Anxiety: An Exploratory Study in Spain. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13(8):1270-1278. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.05.009
 14. Bodlund O, Kullgren G, Sundbom E, Hojerback T. Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993; 88(5):322–327.
 15. Bonierbale M, Baumstarck K, Maquigneau A, Gorin-Lazard A, Boyer A, Loundou A, Auquier P, Lancon C. MMPI-2 Profile of French Transsexuals: The Role of Sociodemographic and Clinical Factors. A cross-sectional design. *Scientific Reports*. 2016; 6:24281. doi: 10.1038/srep24281
 16. Brown G. Sex reassignment surgery in a patient with gender identity disorder and dissociative identity disorders: Report of a successful case. XVII Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium. Texas: Galveston; 2001.
 17. Brown GR, Wise TN, Costa PTJr, Herbst JH, Fagan PJ, Schmidt CWJr. Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1996; 184(5):265–273.
 18. Busa S, Janssen A, Lakshman M. A Review of Evidence Based Treatments for Transgender Youth Diagnosed with Social Anxiety Disorder. *Transgender Health*. 2018; 3(1):27–33. doi:10.1089/trgh.2017.0037
 19. Carmel TC, Erickson-Schroth L. Mental health and the transgender population. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2016; 54(12):44-48. doi:10.3928/02793695-20161208-09
 20. Chien YL, Gau SS, Gadow KD. Sex difference in the rates and co-occurring conditions of psychiatric symptoms in incoming college students in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry*. 2011; 52(2):195–207. doi:10.1016/j.comppsy.2010.03.009
 21. Claes L, Bouman WP, Witcomb G, Thurston M, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Non-suicidal self-injury in trans people: associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015; 12(1):168-179. doi:10.1111/jsm.12711
 22. Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*. 2001; 91:915–921.
 23. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*. 1997; 26(1):13–26.
 24. De Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011; 52(11):1195-1202. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
 25. De Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010; 40(8):930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
 26. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*. 2016; 28(1):44-57. doi:10.3109/09540261.2015.1115753
 27. Dixen JM, Maddever H, Van Maasdam J, Edwards PW. Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Archives of Sexual Behavior*. 1984; 13:269–276.
 28. Duišin D, Batinić B, Barišić J, Djordjevic ML, Vujović S, Bizic M. Personality Disorders in Persons with Gender Identity Disorder. *Scientific World Journal*. 2014;809058. doi:10.1155/2014/809058.
 29. García-Vega E, Camero A, Fernández M, Villaverde A. Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psicothema*. 2018; 30(3):283-288. doi:10.7334/psicothema2017.438.
 30. Guzman-Parra J, Paulino-Matos P, de Diego-Otero Y, Perez-Costillas L, Villena-Jimena A, Garcia-Encinas MA, Bergero-Miguel T. Substance use and social anxiety in transsexual individuals. *Journal of Dual Diagnosis*. 2014; 10(3):162-167. doi: 10.1080/15504263.2014.930658
 31. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Designore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58(3):259–261.
 32. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, Terada S, Kuroda S. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010; 64(5):514–519. doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x
 33. Hoy-Ellis CP, Fredriksen-Goldsen KI. Depression Among Transgender Older Adults: General and Minority Stress. *American Journal of Community*

- Psychology. 2017; 59(3-4):295-305. doi:10.1002/ajcp.12138
34. Ibrahim C, Haddad R, Richa S. Les comorbidités psychiatriques dans le transsexualisme : étude sur une population de transgenres libanais. *l'Encéphale Revue De Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*. 2016; 42(6):517-522 doi: 10.1016/j.encep.2016.02.011
 35. Jackman K, Honig J, Bockting W. Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(23-24):3438-3453. doi: 10.1111/jocn.13236
 36. Jacobs LA, Rachlin K, Erickson-Schroth L, Jansen A. Gender Dysphoria and Co-Occurring Autism Spectrum Disorders: Review, Case Examples, and Treatment Considerations. *LGBT Health*. 2014;1(4):277-282. doi: 10.1089/lgbt.2013.0045
 37. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender dysphoria—prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Frontiers in Endocrinology*. 2014; 5:1-5. doi:10.3389/fendo.2014.00087
 38. Kraemer B, Delsignore A, Gundelfinger R, Schnyder U, Hepp U. Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2005; 14(5):292-296.
 39. Levine SB. Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1980; 6(3):164-173.
 40. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*. 2001; 42(1):89-101.
 41. Madeddu F, Prunas A, Hartmann D. Prevalence of axis II disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex reassignment surgery. *Psychiatric Quarterly*. 2009; 80(4):261-267. doi:10.1007/s11126-009-9114-6
 42. Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*. 2016; 28(1):58-69. doi: 10.3109/09540261.2015.1073143
 43. Meybodi AM, Hajebi A, Jolfaei AG. Psychiatric axis I comorbidities among patients with gender dysphoria. *Psychiatry Journal*. 2014;971814. doi:10.1155/2014/971814
 44. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; 36(1):38-56.
 45. McCabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT, Boyd CJ. The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*. 2010; 100:1946-1952. doi: 10.2105/AJPH.2009.163147
 46. Miach PP, Berah EF, Butcher JN, Rouse S. Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of Personality Assessment*. 2000; 75:268-279.
 47. Okabe N, Sato T, Matsumoto Y, Ido Y, Terada S, Kuroda S. Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *Psychiatry Research*. 2008;157(1-3):315-318.
 48. Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*. 2014; 43:387-393. doi: 10.1007/s10508-013-0154-5
 49. Rajkumar RP. Gender identity disorder and schizophrenia: neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms? *Schizophrenia Research and Treatment*. 2014;463757. doi:10.1155/2014/463757
 50. Roberts KE, Schwartz D, Hart TA. Social anxiety among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents and young adults. Alfano CA, Beidel DC. (Eds.) *Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice*. US: APA; 2011:161-181. doi:10.1037/12315-009
 51. Schuler MS, Rice CE, Evans-Polce RJ, Collins RL. Disparities in substance use behaviors and disorders among adult sexual minorities by age, gender, and sexual identity. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018; 189:139-146. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.05.008
 52. Smith YLS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT. Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(4):472-481.
 53. Tebbe EA, Moradi B. Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*. 2016; 63(5):520-533. doi: 10.1037/cou0000152
 54. Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W, Beekman A. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54(12):824-833.
 55. Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Research*. 2011; 190(1):159-162. doi:10.1016/j.psychres.2011.04.024
 56. Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. Late-life depression: issues for the general practitioner. *International Journal of General Medicine*. 2018; 11:113-120. doi:10.2147/IJGM.S154876
 57. Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with crosssex hormones. *Clinical Endocrinology (Oxford)*. 1997; 47:337-342.
 58. Van Schalkwyk GI, Klingensmith K, Volkmarb FR. Gender Identity and Autism Spectrum Disorders. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 2015; 88(1):81-83.
 59. Wadsworth LP, Hayes-Skelton SA. Differences Among Lesbian, Gay, Bisexual, Heterosexual Individuals, and those Who Reported an Other Identity on an Open-Ended Response on Levels of Social Anxiety. *Psychology of sexual orientation and*

- gender diversity*. 2015; 2(2):181-187. doi:10.1037/sgd0000092
60. Witcomb GL, Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, Arcelus J. Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 235:308-315. doi:10.1016/j.jad.2018.02.051
61. Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Kibblewhite SJ, Wood H, Singh D, Choi K. Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2012; 38(2):151-189. doi:10.1080/0092623X.2011.611219.

Сведения об авторах

Ениколопов Сергей Николаевич — к.п.н., доцент, руководитель отдела медицинской психологии ФГБНУ Научный центр психического здоровья. E-mail: enikolopov@mail.ru

Пискарева Татьяна Кондратовна — аспирант отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: stm8649806@yandex.ru