

УДК 616.69-009(616.89-008.454-053.2)

## РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.В. Дьяченко<sup>1,2</sup>, В.А. Солдаткин<sup>2</sup>, О.А. Бухановская<sup>1,2</sup>, А.Я. Перехов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», Ростов-на-Дону

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Клинические особенности, механизмы развития и способы коррекции расстройств половой идентификации (РПИ) у детей и подростков были подробно описаны в научной литературе в течение второй половины XX века [2, 6]. На основании собранных данных было сформировано представление о полоролевых отклонениях как о неоднородной группе нарушений психики, включающей как врожденные и стойкие аномалии, так и клинически сходные, но отличающиеся по этиологии, течению и прогнозу расстройства. Однако пересмотр научной парадигмы, возникшие в связи с этим противоречия в медицинском сообществе, а также беспрецедентное увеличение числа несовершеннолетних, стремящихся к перемене пола [17, 18, 34], обуславливают актуальность исследования данной проблемы в контексте современных реалий.

**Цель** исследования: изучение современной научной литературы (2000–2020 г.г.), посвященной расстройствам половой идентификации.

**Материалы и методы:** были проанализированы 44 публикации, посвященные расстройствам половой идентификации, датированные периодом с 2003 по 2020 год.

### Результаты

В современной науке изучение РПИ проводятся преимущественно в рамках «гендерных исследований», относящихся к гуманитарным дисциплинам (психологии, социологии, философии и т.д.). При этом сама полоролевая идентификация не является предметом исследования, а регистрируется участниками самостоятельно, на основании самоощущения и в желаемой ими форме. При этом исследуемые выборки исключительно редко подвергаются подробному клиническому анализу: в абсолютном большинстве случаев объекты заведомо, без какой-либо проверки, рассматриваются в качестве психически здоровых лиц. Исследования, охватывающие медицинские аспекты РПИ (вопросы гормонального и хирургического лечения, исследование психиатрического статуса пациентов и т.п.), также обычно

не рассматривают идентификацию как объект изучения. Выборки здесь формируются аналогичным способом – на основании самопрезентации респондентов.

При анализе литературы обращает на себя внимание изменение как терминологического, так и понятийного аппаратов проблемы расстройств половой идентификации. Характерным для современной литературы является отказ от медицинской терминологии в пользу гуманитарной, неконтролируемый рост числа обозначений за счет необоснованного внедрения неологизмов, некорректное использование имеющихся названий. Так, в настоящее время широко используется термин «трансгендерность», объединяющий под собой как медицинские понятия (расстройства половой идентификации, транссексуализм, псевдотрансексуализм, некоторые формы трансвестизма и гомосексуализма и т.п.), так и социо-культурные категории (нонконформистские молодежные движения, тенденции моды и т.п.). Данное обстоятельство обуславливает проблемы терминологической путаницы и подмены понятий в современной научной литературе. В большинстве случаев неясно, какие именно респонденты формируют выборку «трансгендеров» и что является объектом изучения – биологически детерминированное и врожденное состояние, потенциально обратимое психическое расстройство, результат психологического конфликта или культурально обусловленное самопозиционирование. отождествление этих различных по своей природе категорий приводит к искажению не только нового научного материала, но и уже накопленного. Например, синонимичное применение терминов «транссексуализм» и «трансгендерность» отождествляет неодинаковую доказательную базу этих феноменов и формирует ошибочное представление о трансгендерности как об естественно-научном явлении.

Данные опубликованных мета-анализов однозначно указывают, что для гендерных исследований характерно относительно низкое качество научного материала [14, 16, 23, 25, 31, 33]. P.W.Hruz и соавт.[23]

к недостаткам современного представления об РПИ относят ограниченный объем существующей научной литературы, отсутствие рандомизированных проспективных исследований, небольшие размеры выборок, несовершенство критериев включения, короткую продолжительность исследований, высокий процент выбывших пациентов и зависимость от мнения «экспертов». Авторы указывают, что соблюдение установленных принципов доказательной медицины требует высокой степени осторожности и дифференцированного подхода при определении метода коррекции полоролевых нарушений [23].

*Распространенность.* Согласно имеющимся сведениям, распространенность РПИ среди современной молодежи составляет около 1% [10, 11, 32]. К. J. Zucker приводит аналогичные цифры – от 0,5% до 1,3%, но вносит важное уточнение, указывая на значительно более высокую встречаемость РПИ в группе детей и подростков по сравнению с выборкой взрослых [44]. Это согласуется с данными о том, что от 70% до 94% несовершеннолетних, выражающих недовольство полом, впоследствии отказываются от трансролевой самопрезентации [9, 19, 43].

### Клинические проявления

Данные о клинических проявлениях РПИ у детей и подростков довольно неоднозначны. Описаны врожденные и относительно стабильные состояния, развитие которых происходит параллельно психосексуальному созреванию [2, 6], и варианты со «стремительным» возникновением полоролевых нарушений [26]. Молодые люди могут определять себя инверсно по отношению к полу или вне рамок бинарной полоролевой модели [9]. При этом инверсная идентификация, вероятно, является более распространенной по сравнению с небинарной [40]. Сегодня стало принято выделять различные варианты инверсного самоопределения внутри бинарной полоролевой модели: трансгендерные юноши/девушки, то есть лица, ассоциирующие себя с полоролевой моделью, традиционной для представителей противоположного пола. Внутри небинарной полоролевой идентификации сегодня предлагается выделять следующие ее варианты, которыми, однако, их число не ограничивается: бигендер – позиционирование себя в различное время в мужской и женской половой роли; демигендер – отождествление себя с мужской и женской полоролевыми моделями одновременно; агендер – отказ от идентификации с какой-либо полоролевой моделью; гендерфлюид – неустойчивая, изменчивая самоидентификация; пангендер – позиционирование, объединяющее всевозможные варианты гендера. Более того, допускается существование уникальных моделей, не имеющих общепринятого названия и свойственных отдельным людям [9]. Одни пациенты отвергают внешние признаки пола и желают избавиться от них [6], другие – не испыты-

вают значимого дискомфорта по этому поводу [9]. В одних случаях самоидентификация, полоролевое поведение, сексуальная ориентация и внешняя атрибутика соответствуют друг другу с точки зрения полового дуализма [2], в других – являются рассогласованными [13].

В качестве базового клинического феномена, обуславливающего обращение за психолого-психиатрической помощью, выделяется гендерная дисфория, то есть состояние психологического дистресса, вызванного непринятием своего биологического пола и полоролевого статуса. Гендерная дисфория может проявлять себя как эндопсихически – в виде тягостных эмоциональных переживаний (депрессии, тревоги, внутренних конфликтов и т.п.), так и экзопсихически – посредством нарушений поведения (аддикции, аутодеструкция, конфликтность, самоизоляция и т.п.). Подавляющее большинство исследователей указывают на высокую распространенность психических расстройств у лиц с РПИ, а также высокий суицидальный риск в данной группе пациентов [1, 18, 21]. Приведены многочисленные данные об особой склонности детей с полоролевыми нарушениями к самостигматизации, депрессии, расстройствам пищевого поведения, алкоголизации, наркотизации, членовредительству и суицидальному поведению. L. Nahata и соавт. [29] проанализировали 79 медицинских карт пациентов в возрасте от 9 до 18 лет, направленных в детское эндокринологическое отделение в связи с РПИ. У 92,4% из них была диагностирована, по крайней мере, одна из следующих нозологических единиц: депрессивное расстройство, тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства пищевого поведения, расстройство аутистического спектра, биполярное аффективное расстройство. О наличии суицидальных идей сообщили 74,7% детей; 30,4% совершили одну или несколько попыток самоубийства; 55,7% – подтвердили членовредительство.

R. V. Toomey и соавт. [39] были опрошены 120 617 подростков с РПИ в возрасте от 11 до 19 лет. О совершении суицидальных попыток в прошлом сообщили 14% респондентов. Суицидальное поведение оказалось наиболее характерным для девочек, стремящихся к инверсной трансформации (50,8%), а также для подростков обоих полов с небинарным позиционированием (41,8%). Исследование J. F. Veale [41], напротив, продемонстрировало большую склонность к членовредительству и суициду у юношей.

L. A. Taliaferro и соавт. [36] изучили феномен аутодеструкции у подростков с РПИ, сравнив группу лиц с самоповреждениями и без самоповреждений. Из 1 635 респондентов больше половины (51,6%) сообщили об эпизодах членовредительства в течение года. При этом дети с аутодеструктивным поведением достоверно чаще заявляли о проблемах с психическим здоровьем, депрессии, эпизодах бегства из дома и употреблении психоактивных веществ.

### Концепция этиопатогенеза

Идеологическим базисом для расширения границ приемлемого в отношении полоролевого поведения стала гендерная теория, концептуально родственная феминизму, социальному конструктивизму, трансгуманизму и постмодернизму. Опираясь на работы американского психолога J. Money, она детерминирует половую идентификацию исключительно воспитанием, принятыми в макро- и микросоциальной среде стереотипами полоролевого поведения, а также выбором личности. В рамках этого представления одинаково приемлемыми признаются как цисгендерная идентификация, при которой пол, желаемая социальная роль (гендер) и самоощущение совпадают между собой, так и всевозможные варианты трансгендерности, при которых эти параметры не согласуются. Нормативным провозглашается полоролевое (гендерное) многообразие, допускающее существование неопределенно большого количества моделей самопозиционирования.

Механизмы возникновения РПИ в рамках гендерной теории объясняются противоречиво. Не отрицая результаты более ранних исследований о биологической природе РПИ у транссексуалов, новая концепция утверждает свободу полоролевого позиционирования для всех людей. В соответствии с этим, с одной стороны, утверждается право на выбор самоидентификации, с другой – говорится о непреодолимости идентичности у трансгендеров, что обуславливает необходимость создания для них особых условий для адаптации. Провозглашая абсолютную свободу полоролевого поведения, гендерная теория обесценивает его мотивы и объединяет в группу «трансгендеров» (гендернонеконформных людей, транс-меньшинств и т.п.) все варианты РПИ независимо от их природы, стабильности, феноменологии, динамики развития, сроков возникновения. Наравне с транссексуалами к трансгендерам относят себя лица с трансвестизмом, некоторые гомосексуалы, а также неконформисты, осознанно демонстрирующие свою приверженность либеральным ценностям и идеологии трансгуманизма через отказ от социально приемлемых полоролевых стереотипов.

Следуя идее о свободе самопозиционирования, попытки изучения факторов предрасположения к «трансгендерности» кажутся не только бессмысленными, но и прямо противоречащими гендерной теории. По этой причине таких работ в современной литературе довольно мало. Считается, что лица с расстройствами аутистического спектра более склонны к трансгендерному позиционированию [26–28], однако природа связи между этими состояниями не изучена. Редкими и малоинформативными являются результаты исследования генетических нейроморфологических и нейроэндокринных факторов [29–31].

В соответствии с новой медико-социальной парадигмой, увеличение числа детей и подростков, стре-

мящихся к позиционированию вне половой принадлежности, объясняется не реальным ростом количества случаев, а более высокой обращаемостью несовершеннолетних на фоне произошедших социальных изменений. Последнее воспринимается в качестве позитивного признака либерализации общества. Действительно, в течение последних десяти-двадцати лет медицинская помощь в этой сфере стала значительно более доступна [3]. Только в США количество медицинских центров, специализирующихся исключительно на полоролевых нарушениях, с 2007 года увеличилось с одного до пятидесяти [32]. Общественное содействие трансгендерам утверждается в качестве прогрессивной культурной тенденции и важной морально-этической нормы многими странами мира. В 2006 году были сформулированы Джокьякартские принципы, обозначившие подход к проблеме обеспечения прав человека в контексте вопросов сексуальной ориентации и полоролевой идентификации. В состав экспертной группы вошли специалисты по вопросам прав человека различного профиля из различных регионов, среди которых были судьи, ученые, экс-Верховный комиссар ООН по правам человека, специальные докладчики Комиссии по правам человека, члены договорных органов по правам человека, представители независимых правозащитных организаций. Согласно Джокьякартским принципам, странам надлежит включить принцип универсальности в свои национальные конституции и законодательные акты, а также осуществлять образовательные и просветительские мероприятия, направленные на обеспечение обладания всеми правами и свободами для всех лиц в полном объеме вне зависимости от их полоролевой идентификации. Достаточное внимание уделяется праву на равенство и недискриминацию – «каждый человек имеет право на осуществление всех прав и свобод без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности» [33].

В «Декларации ООН по вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности» от 18.12.2008 г. небинарное полоролевое позиционирование было причислено к требующим защиты правам человека. Страны-члены ООН были призваны принять законодательные и административные меры «чтобы сексуальная ориентация или гендерная идентичность ни при каких обстоятельствах не могли быть основой для уголовного наказания, в частности, для казней, арестов или задержания, ... и чтобы нарушения прав человека, основанные на сексуальной ориентации или гендерной идентичности, были расследованы и виновные привлечены к ответственности и преданы суду». Данный документ был подписан 96 из 193 стран-членов ООН, в том числе всеми государствами Европейского союза, США, Канадой, Японией [33].

В своем докладе от 2009 году Комиссар Совета Европы по правам человека рекомендовал государствам «проводить подготовку специалистов-медиков,

включая психологов, психиатров и терапевтов, с учетом потребностей трансгендеров и требований к уважению их достоинства»; «обеспечить доступность для трансгендеров процедур коррекции тела, таких как гормонотерапия, хирургическое вмешательство и психологическая поддержка, и обеспечить, чтобы эти расходы компенсировались в рамках государственной системы медицинского страхования» [33].

В 2010 году Франция стала первой страной в мире, где транссексуальность была исключена из списка заболеваний.

В 2013 году стартовала глобальная кампания ООН «Свободные и равные», которая направлена на защиту геев, лесбиянок, би- и транссексуалов от дискриминации [33].

Лица, проживающие в Канаде и некоторых штатах Австралии, могут быть юридически зарегистрированы в качестве представителей выбранной ими полоролевой модели независимо от результатов медицинского обследования и даже при отсутствии такового. В 2020 году Джозеф Байден, баллотируясь на пост президента США, объявил о планах подписать аналогичный закон [32].

Одновременно с этим, причины возникновения гендерной дисфории, обуславливающей обращение «трансгендеров» в медицинские учреждения, в рамках данного подхода принято связывать преимущественно с невозможностью индивида открыто идентифицировать себя желаемым образом и реализовывать соответствующее полоролевое поведение в условиях оказываемого социального давления (дискриминации, трансфобии и т.п.). Заявление Американской психиатрической ассоциации гласит: «Трансгендерность или гендерная вариативность не подразумевает ухудшения суждений, стабильности, надежности, общих социальных или профессиональных способностей; однако эти люди часто подвергаются дискриминации из-за отсутствия защиты гражданских прав на их гендерную идентичность или самовыражение... Такая дискриминация и отсутствие равных гражданских прав наносят ущерб психическому здоровью трансгендеров и лиц с вариантами пола» [34].

Данная позиция, поддержанная Американской психологической ассоциацией (АРА) и Американской ассоциацией педиатров (ААР), легла в основу «модели гендерно-позитивной помощи». Данный подход, ориентированный, как указывается, на «понимание и оценку гендерного опыта, непредвзятое партнерство с молодыми людьми и их семьями», провозглашает следующее [15]:

1. Трансгендерная идентичность и различные гендерные выражения не являются психическим расстройством.

2. Вариации в гендерной идентичности и самовыражении являются нормальными аспектами человеческого разнообразия, а бинарные определения

пола не всегда отражают возникающие гендерные идентичности.

3. Гендерная идентичность развивается как взаимодействие биологии, развития, социализации и культуры.

4. Если проблема психического здоровья существует, она чаще всего является следствием стигмы и негативного опыта, а не присуща ребенку.

Проблема уязвимости несовершеннолетних с РПИ перед дискриминацией и агрессией акцентируется и в научной литературе. G.R.Murchison и соавт. [28] проанализировали сведения, полученные со слов 3 673 американских подростков с РПИ: о случаях сексуального насилия в течении прошедших 12 месяцев сообщили 26,5% девушек и 18,5% юношей с инверсной идентификацией, 27,0% девушек и 17,6% юношей с небинарным позиционированием. Значительное внимание уделяется «недостаточной культурной осведомленности» медицинских работников в отношении актуальных норм полоролевого поведения, препятствующей получению помощи молодым людям с РПИ [18, 36]. Сообщается о случаях отказа в услугах, проявлении грубости, вербального и физического насилия в медицинских учреждениях по отношению к несовершеннолетним с полоролевыми нарушениями [36].

Приводятся сведения о том, что дети часто подвергаются насилию со стороны как сверстников, так и членов семьи. В исследовании K.Peng и соавт. [30] из 385 подростков с РПИ 295 человек (76,6%) сообщили о том, что подвергались насилию или издевательствам в школе со стороны одноклассников или учителей в связи с отклоняющимся полоролевым позиционированием. Из 319 респондентов, раскрывшихся родителям в своих переживаниях, 296 (92,8%) подвергались пренебрежению или насилию внутри семьи. В целом, непринятие законными представителями трансгендерной идентификации ребенка и противодействие его стремлению к желаемой самопрезентации выделяется в качестве одного из основных источников гендерной дисфории. Преодолению родительского «предубеждения» придается роль одного из важнейших компонентов профилактики суицидов среди детей с РПИ [14]. По данным R.Travers и соавт. [38], обследовавших 433 подростков-трансгендеров, число попыток самоубийства среди тех, чьи родители поддерживали их, составил 4% и 60% среди лиц, чьи родители не выразили поддержки.

Многие современные специалисты выступают за предоставление «трансгендерным детям» полного права на самоопределение вне зависимости от мнения законных представителей [39]. В некоторых странах контроль за соблюдением права несовершеннолетних на «гендерное самовыражение» осуществляют государственные службы – сотрудники общеобразовательных и медицинских учреждений, полиция, социальные работники. Ярким примером

такой практики является Норвегия, где действует государственная служба помощи и поддержки детям и подросткам Barnevernet, имеющая широкие полномочия – вплоть до лишения родителей права опеки. Подобный подход вызывает неоднозначную реакцию в обществе, в особенности среди родителей детей, выражающих стремление к перемене пола. Свой опыт обращения за медицинской помощью в связи с жалобами 12-летней дочери на недовольство полом в интервью журналу «Economist» приводит гражданка Великобритании. Женщина сообщает, что семейный врач, к которому они обратились в первую очередь, поздравил ребенка и спросил, какие местоимения она выбрала прежде, чем написать направление в Детскую больницу Британской Колумбии. Обращение к специалисту по гендерному здоровью она описывает следующим образом: «Мы думали, что идем к психологу, но это были медсестра и социальный работник... Через десять минут нашему ребенку предложили лупрон<sup>1</sup>... Не было упоминания о других проблемах с психическим здоровьем... Никакой терапии не предлагалось, и нас просто оттолкнули, когда мы подняли эту тему» [32].

В этих условиях представляется парадоксальным тот факт, что в научной литературе представлено крайне низкое число работ, исследующих проблему РПИ у несовершеннолетних с позиции родителей. В ходе исследования, проведенного в 2018 году в Университете Брауна (США), были проанализированы 256 анкет родителей детей со «стремительным» развитием РПИ. Его автором было установлено, что подростки (средний возраст на момент исследования составлял 16,4 года) сообщали о своей «трансгендерной идентификации» в среднем в возрасте 15 лет. При этом 41% из них выражали негетеросексуальную ориентацию до того, как стали идентифицировать себя как трансгендеры. У 62,5% подростков было диагностировано, по крайней мере, одно психическое расстройство или нарушение развития нервной системы до возникновения жалоб на гендерную дисфорию. При этом число установленных диагнозов варьировало от 1 до 7. О субъективном снижении психического здоровья родителям сообщили 47,2% детей. Более половины опрошенных (57,3%) отмечали ухудшение отношения к ним со стороны детей. Кроме того, наблюдались и другие изменения поведения: выражение недоверия к нетрансгендерам (22,7%); отказ проводить время с друзьями, не являющимися трансгендерами (25,0%); стремление к изоляции от членов семьи (49,4%); исключительное доверие к информации об РПИ из «трансгендерных» источников (46,6%). Большинство (86,7%) родителей сообщили, что, наряду с внезапным или быстрым возникновением РПИ, их ребенок либо стал больше

времени проводить в Интернете и социальных сетях, либо общался в компании, в которой один или несколько друзей стали трансгендерами [19].

### Диагностика

В соответствии с новой социальной парадигмой коренным образом в современной медицине изменились подходы к диагностике полоролевых нарушений. Согласно официальной позиции ВОЗ, закрепленной в новой редакции международной классификации болезней (МКБ-11), полоролевая идентификация сама по себе не является предметом психиатрического анализа и подобно политическим или религиозным убеждениям должна рассматриваться исключительно в контексте гражданских свобод и индивидуально-психологической вариативности. Выделенная в МКБ-11 рубрика «Гендерное несоответствие», заменившая «Расстройства половой идентификации», была перенесена в класс «Заболевания, связанные с сексуальным здоровьем». При этом по сравнению с предыдущей редакцией МКБ существенно расширились диагностические критерии, были удалены рекомендации по дифференциальной диагностике с психическими расстройствами. Эта новая категория включает три подраздела: гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте (НА60); гендерное несоответствие в детском возрасте (НА61); другие виды гендерного несоответствия (НА6Z). Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте (НА60) характеризуется выраженным и стойким несовпадением гендера и приписанного при рождении пола лицами, имеющими по крайней мере два из нижеперечисленных признаков: сильное неприятие или дискомфорт первичных или вторичных половых признаков; сильное желание избавиться от некоторых или всех своих первичных и/или вторичных половых признаков из-за их несоответствия с гендером; сильное желание иметь первичные и/или вторичные половые признаки ощущаемого гендера. Человек испытывает сильное желание жить и быть принятым как носитель ощущаемого гендера. Ощущение гендерного несовпадения должно присутствовать непрерывно, по крайней мере, в течении нескольких месяцев.

Научная обоснованность произошедших и грядущих изменений вызывает сомнения у значительной части специалистов. Главным поводом для критики является тенденциозность нового похода. Г.Е.Введенский и С.Н.Матевосян [3], анализируя изменение подхода к диагностике РПИ в МКБ-11, высказались следующим образом: «... предложения Рабочей группы по изменению в МКБ-11 рубрик сексуальных расстройств во многом основываются на социальных последствиях болезней и «правовых соображениях» в субъективной идеологической интерпретации при попытках игнорирования клинической психопатологической феноменологии и явной тенденцией к ее депатологизации, что отрицательно

<sup>1</sup> Лупрон (международное непатентованное название – Leuprorelin) – антигонадотропное средство (прим. авт.)

скажется на возможности использования классификации в работе практикующих врачей-психиатров и сексологов». Н.Д.Кибрик и М.И.Ягубов [5] выразили аналогичное предостережение: «... такая депатологизация лиц, желающих сменить пол, может повлечь серьезные последствия, так как не принимается в расчет то, что это состояние нередко может сочетаться с психическими заболеваниями или быть их проявлением, а также заключать в себе явную или скрытую опасность суицида».

### Лечение

Первый визит в медицинские учреждения происходит в различном возрасте, определяемом как условиями формирования недовольства полом, так и социальными факторами. Отмечается, что мальчики обращаются в медицинские учреждения раньше девочек [42]. В исследовании К.Ж.Зукер [43] среди направленных в клиники детей с РПИ младше 12 лет соотношение мальчиков к девочкам составляло от 6:1 до 3:1 [15]. Т.Сохен-Кеттенис, Ф.Пфяффлин [18], исследовавшие обращаемость подростков старше 12 лет, приводят соотношение полов, близкое к 1:1. Мотивы обращения детей с РПИ за врачебной помощью также неодинаковы в разных странах и обусловлены возрастом, актуальным психическим состоянием, микросоциальным климатом, особенностями правового регулирования процедуры изменения пола и клиническими параметрами полоролевых нарушений. В американском исследовании, проведенном Т.Хандлер и соавт. [18], было обследовано 417 несовершеннолетних с нарушениями половой идентификации. Большинство из них (62%) составляли юноши. Средний возраст обращения за медицинской помощью составлял 15 лет (возрастной диапазон 3–17). В качестве основных причин обращений указывались: просьбы о назначении гормональных препаратов (34%); стремление к хирургической трансформации тела (32%); жалобы, связанные с психическим здоровьем (27%). При этом мотивы обращения варьировались в зависимости от возрастной группы: более молодые пациенты обращались за дополнительными услугами в области психического здоровья, а более старшие – за гормональным и хирургическим лечением.

В Российской Федерации реализация мероприятий по изменению пола возможна только после достижения пациентом возраста 21 года. Однако в ряде других стран довольно активно обсуждается вопрос о сокращении противопоказаний со стороны возраста для проведения медицинских мероприятий по изменению пола. Среди прочих мер речь идет о возможности проведения гормональной заместительной терапии лицам, не достигшим пубертатного возраста [43]. Различные общественные организации, выступающие за либерализацию показаний к изменению пола, утверждают, что возраст меди-

цинского вмешательства должен зависеть от степени обратимости лечения. Согласно этому предложению, гормональная блокада, рассматриваемая Всемирной профессиональной ассоциацией здоровья трансгендеров как «обратимая», может быть проведена уже в 9 лет, в то время как процедуры, которые считаются «необратимыми», такие как генитальная хирургия, будут ограничены взрослыми [18]. Данная практика уже реализуется в Норвегии, Дании, Канаде, Японии, ряде штатов США. Некоторые авторы настаивают на необходимости утверждения права на проведение гормонального блокирования пубертата без согласия родителей [44].

Опубликовано большое количество данных в пользу того утверждения, что реализация мероприятий по изменению пола способствует улучшению адаптации, снижению показателей тревоги, депрессии и суицидального риска у детей [8, 12, 13]. В целом, большинство исследователей указывают на высокий уровень удовлетворенности лицами с РПИ без клинической дифференциации проведенной трансформацией [9]. Однако представлены и методологически схожие работы, демонстрирующие отрицательный результат. Так, S.L.Reisner и соавт. [33] провели ретроспективное когортное исследование медицинских карт 180 пациентов с РПИ в возрасте от 12 до 29 лет, обследованных в период с 2002 по 2011 год в одной из клиник в Бостоне (США). Было установлено, что лица с РПИ сообщали о депрессии, тревожности, аутодеструктивных переживаниях, а также опыте стационарного и амбулаторного психиатрического лечения в 2–3 раза чаще по сравнению с группой лиц без полоролевых нарушений. Но статистически значимых различий в результатах оценки показателей психического здоровья не наблюдалось при сравнении пациентов разных полов с поправкой на возраст, этническую принадлежность и прием гормональных препаратов [10]. Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на беспрецедентную либерализацию полоролевого поведения, в ряде стран количество суицидов в группе лиц с РПИ остается крайне высокими и составляет 50–93% [18, 21]. Опрос 923 молодых жителей Канады, позиционирующих себя в качестве трансгендеров, продемонстрировал, что 65% респондентов в возрасте от 14 до 18 лет серьезно задумывались о самоубийстве в течение года по сравнению с 13% в контрольной группе [24].

### Обсуждение результатов

Признавая важность повышения доступности медико-социальной помощи для лиц с РПИ, в том числе детей, с целью их адаптации и профилактики самоубийств, необходимо признать, что новая позиция ВОЗ в отношении РПИ имеет ряд существенных недостатков. Фундаментальная проблема современной парадигмы состоит в том, что, базируясь на гендерной теории, она наследует целый

ряд теоретических и методологических недостатков, свойственных данной концепции. Так, в стремлении утвердить первенство индивидуальной свободы над биологическим императивом прослеживается явное влияние идеалистических, граничащих с сверхнатуралистичностью, философских концепций – в первую очередь, трансгуманизма, социального конструктивизма, а также феминизма и постмодернизма. Наличие не поддающихся проверке догматов, таких как, например, положение о существовании полоролевого многообразия и полоролевой изменчивости в рамках психической нормы, не позволяют рассматривать гендерные исследования как научные, а их результаты – как достоверное отражение реальности. В качестве аналогии, демонстрирующей качество подобных исследований и их итогов, можно привести известный курьез, регулярно происходящий во время переписи населения в Российской Федерации. Как известно, по правилам переписи, вступившим в силу в 2002 году, допускается возможность внесения любой информации в графу «национальность». Следствием этого стало «появление» в нашей стране новых народов – эльфов, хоббитов, джедаев, марсиан и др. Следуя логике сторонников гендерной теории, эти данные доказывают существование фантастических созданий. В действительности же они представляют собой погрешность, возникшую в результате отклоняющегося поведения отдельных участников исследования (шуток, проявлений протеста, психопатологии и т.п.) и несовершенства дизайна. Сходная ситуация наблюдается и в гендерных исследованиях с той разницей, что их методологический дефект обусловлен не ошибкой, а идеологической ангажированностью, не совместимой с научным знанием.

На практике несостоятельность идеи о полном социальном структурировании полоролевой идентичности иллюстрирует известный случай Брюса Реймера (1965–2004). Перенесший в младенчестве неудачную операцию на мочеполовой системе, в результате которой его половой член оказался непоправимо поврежден, Б.Реймер, по рекомендации J. Money, практически с рождения воспитывался родителями в женской половой роли. С целью сокрытия биологического пола от ребенка в раннем возрасте ему были удалены оставшиеся наружные половые органы. Однако уже в детском возрасте Брюс, живший под именем «Бренда» и не знавший о своем биологическом поле, стал категорически отказываться от ношения платьев и соблюдения предписанного ему полоролевого стереотипа. Назначение терапии эстрогенами не изменило поведения ребенка. В 15 лет он категорически отказался от проведения завершающего этапа хирургического формирования наружных половых органов по женскому типу, а также от дальнейшего проведения гормональной терапии. Позже, уже будучи взрослым, он произвел ряд трансформирующих операций, восстановив

мужской облик. Следует добавить, что в молодом возрасте Б.Реймеру был установлен диагноз «Шизофрения», что, однако, не представляется возможным связать ни попытками насильственной адаптации его в женской половой роли, ни с его отказом этому следовать.

Сходным со случаем Б.Реймера образом концепцию гендера опровергают результаты изучения транссексуализма. При ядерном транссексуализме, несмотря на «правильное» с точки зрения гражданского пола воспитание и отсутствие доступа к соответствующей информации, пациенты уже в раннем возрасте обнаруживают инверсное половое самосознание, демонстрируют поведение, свойственное представителям противоположного пола, и активно сопротивляются попыткам адаптации их в соответствующей полу социальной роли.

Имеющиеся сведения о положительном влиянии раннего использования гормональной заместительной терапии у подростков также вызывают сомнения. Во-первых, само проведение таких вмешательств без достаточного какого-либо научного подкрепления является недопустимым с точки зрения этики. Проводимые опыты в этом направлении стали возможны исключительно благодаря мощной политической поддержке, имея при этом, как было указано выше, весьма спорную теоретическую основу. Попытки объяснения факта пренебрежения этическими нормами высоким социальным запросом и общественной поддержкой также не выдерживают критики. В настоящее время в западных странах набирают силу движения молодых людей, отказавшихся от трансгендерного позиционирования и выступавших против повышения доступности половой трансформации. С 2019 года была основана международная организация «Detransition Advocacy Network», объединившая людей, пострадавших от деятельности «клиник гендерного здоровья». Резонансным стало решение суда Великобритании от 01.12.2020, удовлетворившее иск 23-летней жительницы Кембриджа Кейры Белл к лондонской клинике The Tavistock Centre – крупнейшему в стране центру, предоставляющему услуги по изменению пола. Женщина, подвергшаяся социальным, гормональным и хирургическим трансформирующим пол мероприятиям в возрасте 16 лет, утверждала, что на момент осуществления «гендерного перехода» она имела «неустойчивую психику» и была слишком молода, чтобы понимать последствия своих действий, и обвинила сотрудников медицинского учреждения в неверной оценке ее психического состояния, ошибочной диагностике полоролевых нарушений и научно необоснованном лечении. Суд, согласившись с доводами истца, в своем вердикте назвал проводимую терапию «экспериментальной» [32].

Во-вторых, отсутствуют убедительные результаты катamnестического наблюдения, позволя-

ющие оценить стабильность описываемого в литературе положительного эффекта и соотношение пользы и вреда. Так, Кейра Белл сообщает о своем опыте следующее: «В начале процесса перехода я чувствовала себя очень оживленной и счастливой, но с годами стала ощущать все меньшее и меньшее воодушевление. Я больше не была счастлива» [45].

При этом необходимо признать, что проведение гормональной блокады пубертата действительно имеет теоретические обоснования при транссексуализме. Но эти обоснования не исключают риска соматических осложнений, который в настоящее время не изучен должным образом. Кроме того, реализация подобного радикального вмешательства подразумевает точную диагностику транссексуализма, не предусмотренную критериями МКБ-11.

Согласно традиционному представлению, неоднородность клинического описания обусловлена неоднородностью группы пациентов с РПИ, включающей лиц с состояниями и расстройствами неодинаковой природы, с различным течением и прогнозом [1, 2]. Утверждая в качестве норматива совпадение пола и половой идентичности, в рамках этого подхода предлагается выделять две крупные группы РПИ: стабильные психические аномалии и динамические расстройства. Группа стабильных психических аномалий включает единственное состояние – транссексуализм. В качестве патогномичной его черты выделяется врожденная и стойкая инверсия половой идентификации, сопровождающаяся непринятием собственных правильных (соответствующих генотипу) половых признаков, стремлением ассимилироваться в обществе среди лиц противоположного пола, а также стремлением к трансформации телесного облика и социального статуса по образу представителей противоположного пола. Единственным эффективным способом преодоления гендерной дисфории при транссексуализме является половая трансформация (изменение пола), включающая изменение гражданского пола, психосоциальную реадaptацию в инверсной роли, заместительную терапию половыми гормонами и хирургическую коррекцию внешности и половых органов [1, 2]. Половая трансформация, сопряженная с кардинальным изменением социального и правового статуса человека, брутальным и лишь частично обратимым медицинским вмешательством, считается в рамках данного подхода крайней мерой, применимой только в отношении случаев непреодолимой инверсии половой идентификации при транссексуализме.

Значительно чаще транссексуализма встречаются психические расстройства, проявляющиеся гендерной дисфорией. К таким расстройствам относят: эгодистонический гомосексуализм, фетишистский трансвестизм, патологию личности и расстройства шизофренического спектра. Именно последняя категория заболеваний, по нашим данным, обуславливает существенное увеличение обраца-

емости пациентов с запросом на изменение пола в течении последних 10 лет [46].

Важнейшее диагностическое значение в таких случаях имеет психопатологическое обследование, направленное на установление наличия психического расстройства и, в случае подтверждения его наличия, изучение характера связи между ментальными нарушениями и РПИ. Необходимость участия психиатра в лечебно-диагностических мероприятиях, связанных с изменением пола, определена здесь потребностью учитывать не только очевидные клинические феномены, но и специфические особенности психопатологии детско-подросткового возраста, закономерности синдромотаксиса и синдромокинеза. Несовершеннолетним свойственны атипичный, фрагментарный и неочевидный характер клинических проявлений, недостаточная критичность к собственным переживаниям, склонность к совершению импульсивных действий, в том числе – деструктивного и аутодеструктивного содержания. Кроме того, присущая детям в норме пластичность мировоззрения, ее легкая изменчивость под влиянием массовой культуры, СМИ, нигилистических и протестных движений, харизматичных лидеров, в особенности в эпоху небывалого развития средств передачи информации, обуславливает дополнительные сложности дифференциальной диагностики. Нередко ситуация осложняется и противоречиями внутри семьи, что делает необходимым дополнительно анализировать объективные сведения, сопоставляя и оценивая разнящиеся данные. При этом следует понимать, что основанием для противодействия со стороны родителей является не только непринятие ими нарушения ребенком «культурных норм», но и нередко резкое и кардинальное изменение его поведения и мировоззрения. Кроме того, беспокойство родителей может быть связано с возможностью социальных проблем, а также высокой вероятностью общесоматических осложнений, более частой заболеваемостью онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, ранней смертностью, которые часто наблюдаются у подвергшихся изменению пола людей [47]. Принимая во внимание упомянутые выше данные о высокой вероятности изменения ребенком/подростком своего решения, такие опасения следует признать более чем обоснованными. Стойкий характер РПИ и раннее возникновение инверсной полоролевой идентификации при транссексуализме довольно быстро приводит членов ближайшего окружения пациента вначале к пониманию непреодолимости полоролевых девиаций, а затем – и к восприятию их (пациентов) в соответствии с инверсным полом. В современных реалиях лица, страдающие ядерной формой транссексуализма, относительно редко встречают сопротивление стремлению к изменению пола со стороны родителей. Характерна семейная поддержка, содействие и полное соответствие субъективных и объективных



анамнестических сведений о динамике и проявлениях РПИ. При краевом ТС, как и при ядерном, нарушения половой идентификации является заметными для ближайшего окружения и в настоящее время подавляется существенно реже, чем раньше. Однако таких детей все еще можно встретить в традиционных семьях.

### Заключение

Изменившиеся диагностические подходы формируют новые условия работы психиатров с детьми и подростками, обращающимися с запросом на изменение пола. Однако эта работа по-прежнему требует дифференцированного, идеологически индифферентного подхода, а также знания возрастных особен-

ностей психологии и психопатологии. Независимо от актуальной медико-социальной парадигмы или политической обстановки, пациенты, заявляющие о желании изменить пол, нуждаются в тщательной клинической диагностике с исключением сходных с транссексуализмом психических расстройств, составляющих большинство случаев. Мы полагаем, что вектор развития современной психиатрии должен быть связан не с депатологизацией отдельных нозологических единиц, а с дестигматизацией психических расстройств. Такая установка представляется нам единственно перспективной, полностью соответствующей цели примерить две разобщенные сегодня составляющие проблемы расстройств половой идентификации – социальную и научную.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Алисиевич Е.С., Никитина Е.М. Актуальные вопросы защиты транссексуалов от дискриминации: международно-правовой аспект // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: юридические науки. 2014. № 2. С. 332–342.
2. Бухановский А.О. Транссексуализм и сходные состояния. Ростов-на-Дону: Изд. Мини Тайп, 2016. 580 с.
3. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 3. С. 102–105.
4. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я. Кто обращается к психиатру с запросом на изменение пола: результаты 30-летнего исследования // Психиатрия. 2020. Т. 18. № 3. С. 32–41.
5. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 19. № 3. С. 35–41.
6. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. 400 с.
7. Материалы сайта <https://medialinks.ru/0302gvn-keira-bell/>
8. Материалы сайта <https://www.economist.com/international/2020/12/12/an-english-ruling-on-transgender-teens-could-have-global-repercussions>
9. Стандарты помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам (7-я версия). Материал сайта <https://www.wpath.org/publications/soc>
10. Castilla-Peón M.F. Medical management of transgender children and adolescents // Bol. Med. Hosp. Infant Mex. 2018. Vol. 75(1). P. 7–14.
11. Connolly M.D., Zervos M.J., Barone C.J. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding // Adolesc. Health. 2016. Vol. 59(5). P. 489–495.
12. D'Andrea S., Pallotti F., Senofonte G., Castellini C., Paoli D., Lombardo F., Lenzi A., Francavilla S., Francavilla F., Barbonetti A. Polymorphic Cytosine-Adenine-Guanine Repeat Length of Androgen Receptor Gene and Gender Incongruence in Trans Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case-Control Studies // J. Sex. Med. 2020. Vol. 17(3). P. 543–550.
13. deGraaf N.M., Carmichael P., Steensma T.D., Zucker K.J. Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data From the Gender Identity Development Service in London (2000–2017) // J. Sex. Med. 2018. Vol. 15(10). P. 1381–1383.
14. deVries A.L., Steensma T.D., Doreleijers T.A., Cohen-Kettenis P.T. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study // J. Sex. Med. 2011. Vol. 8(8). P. 2276–2283.
15. Drescher J., Haller E. American Psychiatric Association Caucus of Lesbian, Gay and Bisexual Psychiatrists. Position Statement on Discrimination Against Transgender and Gender Variant Individuals. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2012
16. Durwood L., McLaughlin K.A., Olson K.R. Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 2017. Vol. 56(2). P. 116–123.
17. Frisén L., Söder O., Rydelius P.A. Dramatic increase of gender dysphoria in youth // Lakartidningen. 2017. Feb 22. PII: EFMY
18. Fuss J., Auer M.K., Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research // Curr. Opin. Psychiatry. 2015. Vol. 28(6). P. 430–434.
19. Giordano S. Importance of being persistent. Should transgender children be allowed to transition socially? // J. Med. Ethics. 2019. Vol. 45(10). P. 654–661.
20. Glidden D., Bouman W.P., Jones B.A., Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature // Sex. Med. Rev. 2016. Vol. 4(1). P. 3–14.
21. Glick J.L., Theall K.P., Andrinopoulos K.M., Kendall C. The Role of Discrimination in Care Postponement Among Trans-Feminine Individuals in the U.S. National Transgender Discrimination Survey // LGBT Health. 2018. Vol. 5(3). P. 171–179.
22. Hisle-Gorman E., Landis C.A., Susi A., Schvey N.A., Gorman G.H., Nylund C.M., Klein D.A. Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder // LGBT Health. 2019. Vol. 6(3). P. 95–100.
23. Hruz P.W. Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria // Linacre Q. 2020. Vol. 87(1). P. 34–42.
24. Kreukels B.P.C., Guillamon A. Neuroimaging studies in people with gender incongruence // Int. Rev. Psychiatry. 2016. 28(1): 120–128.
25. Lambrese J. Suppression of Puberty in Transgender Children // Virtual Mentor. 2010. Vol. 12(8). P. 645–649.
26. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria // PLoS One. 2018. Vol. 13(8). P. e0202330.
27. Mueller S.C., deCuypere G., T'Sjoen G. Transgender Research in the 21st Century: A Selective Critical Review From a Neurocognitive Perspective Affiliations expand // Am. J. Psychiatry. 2017. Vol. 174(12). P. 1155–1162.
28. Murchison G.R., Agénor M., Reisner S.L., Watson R.J. School Restroom and Locker Room Restrictions and Sexual Assault Risk Among Transgender Youth // Pediatrics. 2019. Vol. 143(6). P. e20182902.
29. Nahata L., Quinn G.P., Caltabellotta N.M., Tishelman A.C. Mental Health Concerns and Insurance Denials Among Transgender Adolescents // LGBT Health. 2017. Vol. 4(3). P. 188–193.
30. Peng K., Zhu X., Gillespie A., Wang Y., Gao Y., Xin Y., Qi J., Ou J., Zhong S., Zhao L., Liu J., Wang C., Runsen Chen. Self-reported Rates of Abuse, Neglect, and Bullying Experienced by Transgender and Gender-Nonbinary Adolescents in China // Netw. Open. 2019. Vol. 2(9). P. e1911058.
31. Priest M. Transgender Children and the Right to Transition: Medical Ethics When Parents Mean Well but Cause Harm // Am. J. Bioeth. 2019. Vol. 19(2). P. 45–59.
32. Rafferty J. Committee on psychosocial aspects of child and family health, committee on adolescence and section on lesbian, gay, bisexual and transgender health and wellness // Pediatrics. 2018. Vol. 142(4). P. e20182162.
33. Reisner S.L., Deutsch M.B., Bhasin S., Bocking W., Brown G.R., Feldman J., Garofalo R., Kreukels B., Radix A., Safer J.D., Tangpricha V., T'Sjoen G., Goodman M. Advancing Methods for U.S. Transgender Health Research // Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes. 2016. Vol. 23(2). P. 198–207.
34. Skordis N., Butler G., deVries M.C., Main K., Hannema S.E. ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria // Horm. Res. Paediatr. 2018. Vol. 90(5). P. 326–331.
35. Simonsen R.K., Hald G.M., Kristensen E., Giraldo A. Long-Term Follow-Up of Individuals Undergoing Sex-Reassignment Surgery: Somatic Morbidity and Cause of Death // Sex. Med. 2016. Vol. 4(1). P. 60–68.

36. Taliaferro L.A., McMorris B.J., Rider G.N., Eisenberg M.E. Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth // Arch. Suicide Res. 2019. Vol. 23(2). P. 203–221.
37. Thrower E., Bretherton I., Pang K.C., Zajac J.D., Cheung A.S. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review // J. Autism Dev. Dis. 2020. Vol. 50(3). P. 695–706.
38. Travers R., Bauer G., Pyne J., Bradley K., Gale L., Papadimitriou M. Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. Project: Trans PULSE Project (2005-2018): <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
39. Toomey R.B., Syvertsen A.K., Shramko M. Transgender Adolescent Suicide Behavior // Pediatrics. 2018. Vol. 142(4). P. e20174218.
40. Van Donge N., Schvey N.A., Roberts T.A., Klein D.A. Transgender Dependent Adolescents in the U.S. Military Health Care System: Demographics, Treatments Sought, and Health Care Service Utilization // Mil. Med. 2019. Vol. 184(5–6). P. 447–454.
41. Veale J.F., Watson R.J., Peter T., Saewyc E.M. Mental Health Disparities Among Canadian Transgender Youth // J. Adolesc. Health. 2017. Vol. 60(1). P. 44–49.
42. Virupaksha H.G., Muralidhar D., Ramakrishna J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons // Ind. J. Psychol. Med. 2016. Vol. 38(6). P. 505–509.
43. Zucker K.J., Stroumsa D. The state of transgender health care: policy, law, and medical frameworks // Am. J. Public Health. 2014. Vol. 31. P. 31–38.
44. Zucker K.J. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity // Sex. Health. 2017. Vol. 14(5). P. 404–411.

## РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**А.В. Дьяченко, В.А. Солдаткин, О.А. Бухановская, А.Я. Перехов**

В данной статье представлен обзор современной научной литературы, посвященной расстройствам половой идентификации у детей и подростков. Выделены основные подходы к пониманию данного феномена, а также проблемы современного представления о феномене

полоролевых нарушений.

**Ключевые слова:** расстройства половой идентификации, гендерная дисфория, транссексуализм, изменение пола.

## GENDER IDENTITY DESORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS PSYCHIATRIC PRACTICE

**A.V. Dyachenko, V. A. Soldatkin, O.A. Bukhanovskaya, A.Y. Perekhov**

This article provides an overview of the current scientific literature on gender identity disorders in children and adolescents. The main approaches to understanding this phenomenon, as well as the problems of the modern

understanding of the phenomenon of sex-role disorders, are highlighted.

**Key words:** gender identity disorders, gender dysphoria, transsexualism, gender change.

---

**Дьяченко Антон Васильевич** – аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета, врач-психиатр ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС»; email: avddoc@yandex.ru

**Солдаткин Виктор Александрович** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета; email: sva-gostov@mail.ru

**Бухановская Ольга Александровна** – кандидат медицинских наук, главный врач ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета; email: olgabux@yandex.ru

**Перехов Алексей Яковлевич** – кандидат медицинских наук, психиатр-сексолог, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета; email: perekhov\_a@mail.ru