

УДК 616.89

**Становление понимания феномена расстройства половой идентификации****Formation of Understanding of the Phenomenon of Gender Identity Disorder**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-51-61>**Попова Г.А.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

**Popova G.A**

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



51

**Цель обзора:** представить эволюцию взглядов отечественных и зарубежных исследователей на феномен расстройства половой идентификации (РПИ), проблемы и спорные вопросы его классификации и отнесения к психическим расстройствам.

**Материал и метод:** по ключевым словам «расстройство половой идентификации», «гендерная дисфория» отобраны публикации в базах MEDLINE/PubMed.

**Результаты:** выделены следующие направления исследований: (1) распространенность и эпидемиология расстройства половой идентификации в настоящее время; (2) взгляды ученых на протяжении всего периода изучения вопроса; (3) варианты классификаций нарушений половой идентичности; (4) актуальное состояние проблемы; (5) актуальные вопросы патогенеза.

**Ключевые слова:** расстройство половой идентификации, гендерная дисфория, эндогенные заболевания, психопатология.

**Для цитирования:** Попова Г.А. Становление понимания феномена расстройства половой идентификации. *Психиатрия*. 2019;17(3):51–61.

*Конфликт интересов отсутствует*

**The aim:** was to present the evolution of the views of Russian and foreign researchers on gender identity disorder, problems and controversial issues of its classification and, as such, attribution to mental disorders.

**Material and method keywords** «gender identity disorder», «gender dysphoria» were used to find the publications in MEDLINE/PubMed.

**Results:** this review highlights the following areas: (1) the prevalence and epidemiology of the problem at present; (2) the views of scientists throughout the entire period of studying the issue; (3) variants of classifications of gender identity disorder; (4) the current state of the problem; (5) current issues of pathogenesis.

**Keywords:** gender identity disorder; gender dysphoria; endogenous diseases; psychopathology.

**For citation:** Popova G.A. Formation of Understanding of the Phenomenon of Gender Identity Disorder. *Psychiatry*. 2019;17(3):51–61.

*There is no conflict of interest*

Распространенность транссексуализма в мире, по некоторым данным, колеблется от 1:40 000 до 1:100 000 населения [1]. Количество пациентов с гендерной дисфорией, обращающихся за помощью, поддержкой и лечением, сильно возросло в последнее время согласно исследованиям, проводившимся в Европе и США [2–4]. Одновременно значительно возросло количество людей, самостоятельно диагностирующих себя как транссексуалов или заявляющих о наличии гендерной дисфории. Популяционные исследования, проведенные в Дании L. Kuurer и C. Wijsen в 2014 г. на большой выборке населения, показали, что 4,6% человек, зарегистрированных при рождении как мужчины, и 3,2% человек, зарегистрированных как женщины, заявили о своей «амбивалентной гендерной идентичности» (равносильная самоидентификация как с про-

тивоположным полом, так и с полом, определенным при рождении). 1,1% мужчин и 0,8% женщин заявили об «инконгруэнтной гендерной идентификации» (самоидентификации с более высоким средством к противоположному полу, нежели к полу, определенному при рождении) [5]. Сходные результаты были получены Van Saenegeem и соавт. в 2015 г., представившими результаты двух исследований, проведенных в Бельгии с целью изучения гендерной амбивалентности и гендерной инконгруэнтности, одно из этих исследований осуществлялось на средней выборке населения, второе — на представителях сексуальных меньшинств [6].

Возросшее количество пациентов с гендерной дисфорией и гендерной инконгруэнтностью в последнее десятилетие может быть объяснено рядом взаимосвязанных факторов: возросшим количеством транссек-

суалов, открыто заявляющих о себе по телевидению и в кино. Тот факт, что их показывают на экране, свидетельствует о том, что транссексуальность в общественном сознании становится все более распространенным и социально приемлемым явлением, что, вероятно, будет способствовать хотя бы частичной дестигматизации транссексуалов. Признается, что широкая распространенность в Интернете и других каналах коммуникации информации о гендерной дисфории и гендерной инконгруэнтности также вносит свой вклад в дестигматизацию и несомненное увеличение осведомленности о возможности проведения биомедицинских манипуляций по смене пола [7, 8], а также в постепенное развитие толерантности общества к транссексуалам [9, 10].

Помимо этого, чем более распространенным становится явление транссексуализма в общественном сознании, тем большее количество людей задумывается о собственной гендерной принадлежности как не константной характеристике. Следовательно, некоторые лица могут почувствовать инконгруэнтность и, возможно, поставить под сомнение свой назначенный обществом цисгендерный (совпадающий с биологическим полом, конформный) статус, который прежде всегда воспринимался как несомненный. Процент людей, сообщающих об амбивалентности и инконгруэнтности их половой идентификации, в вышеупомянутых исследованиях превосходит всякие ожидания. Отмечено существование людей, идентифицирующих и представляющих себя как «недвоичные» (вне гендерной дихотомии мужчины/женщины). Остается не ясным, сколько из них обратятся за помощью и лечением по поводу гендерной дисфории. Тем не менее многие транс-индивидуумы обращаются за медицинской помощью, решают начать заместительную гормональную терапию и подвергнуться операции по смене пола для облегчения их половой дисфории. Некоторые пациенты считают смену пола единственным приемлемым вариантом дальнейшего существования [11], в то время как другие не видят необходимости в маскулинизации или феминизации их тела и считают достаточными изменение самовыражения и социальной гендерной роли.

Эпидемиологические и квазиэпидемиологические исследования за последние несколько десятилетий могут помочь критически оценить утверждения в DSM-III и DSM-III-R, что «транссексуализм» является «редким» или «казуистическим». По данным, обобщенным Arcelus и соавт. в 2015 г., статистика такова: 1:14 705 взрослых мужчин и 1:38 461 взрослых женщин [12]. Учитывая тенденцию последних лет, было сделано предположение, что распространенность гендерной дисфории с того времени еще возросла, и, вероятно, именно поэтому в DSM-V распространенность среди взрослых мужчин оценивается между 5 и 14 на 1000 (0,015–0,014), а среди взрослых женщин — между 2 и 3 на 1000 (0,002–0,003). Остается неясным, однако, отражает ли повышение распространенности гендерной дисфории реальное изменение статистических

данных или говорит о том, что принятие себя в рамках своего биологического пола становится более комфортным вариантом решения социальных проблем. Это может являться причиной общественного признания явления транссексуализма и его депатологизации, а также повышения уровня всеобщей осведомленности как о психологической поддержке при социальном переходе из одного пола в другой, так и об оказываемой медицинской помощи (больше специалистов, которые обеспечивают гормональную терапию и хирургические операции).

Недавние исследования, использовавшие более широкое определение «прецедентности» (а именно, самоидентификация пациента как трансгендера или «гендерно неопределенного»), являются, возможно, самым примечательным событием прошедшего десятилетия; это может быть еще более говорящим социальным маркером общественного признания людей, отвергающих социальную бинарную идентичность (мужской или женский пол). Однако есть одна критическая методологическая проблема, требующая дополнительного научного исследования, а именно — стабильность трансгендерной или недвоичной гендерной идентичности. Пока не ясно, какой процент подростков и взрослых, которые сейчас идентифицируют себя с трансгендером или какой-либо другой гендерно-вариантной идентичностью, сохранит эту самоидентификацию на протяжении всей жизни.

В DSM-IV утверждалось, что «бред принадлежности к другому полу» редко встречается при шизофрении, но это идет вразрез с исследованиями, показывающими, что около 25% пациентов с шизофренией испытывают расстройство идентификации в определенный момент их жизни [13–17]. В соответствии с этим, для диагностики расстройства половой идентичности (ранее называемого «транссексуализм») в DSM-III требовалось, чтобы симптомы «не были вызваны другим психическим расстройством, таким как шизофрения» [18]. Более поздние издания DSM упразднили этот критерий невключения. Тем не менее, когда дело доходит до диагностических критериев для дифференциальной диагностики других расстройств, включающих образ тела, к которым относится, например, дисморфофобическое расстройство, в DSM-IV подчеркивается, что сопутствующие психиатрические диагнозы должны быть исключены [19]. В DSM-IV признается, что пропуск этого критерия исключения создает возможность того, что шизофрения и расстройство половой идентификации могут сосуществовать у одного и того же пациента, но добавляет, что такая коморбидность маловероятна.

Сегодня известно, что молодые представители сексуальных меньшинств (особенно женщины) демонстрируют заметные колебания в их сексуальной ориентации (например, от гомосексуализма к бисексуализму или от сексуальной неопределенности к гомосексуализму или даже от гомосексуализма к гетеросексуализму). Правомерно предположить, что гендерная идентичность может показать аналогичные колебания. Недавние

результаты исследований сексуальной идентичности показали, что с возрастом такие колебания возникают реже, поэтому было бы логично полагать, что колебания гендерно-вариативной идентичности будут встречаться у подростков и у молодых людей. Изучение соотношения мужчин и женщин среди пациентов с расстройством половой идентификации в России, по данным А.О. Бухановского, а также ЭНЦ РАН (Эндокринологический научный центр Российской академии наук) и Р.Т. Адамяна, показало существенные отличия от аналогичных данных, полученных зарубежными исследователями [20, 21]. По данным А.О. Бухановского, соотношение составляло 1:4,1, где преобладающее большинство женщины. По данным ЭНЦ РАН, соотношение мужчин и женщин составило 1:3.

В мировой истории на протяжении многих веков тематика пола, половых отношений, различий между мужчинами и женщинами была неизменно актуальной и, наверное, как никакая другая, драматичной. В силу разделения социальных ролей, а также вследствие сложившихся религиозных и культуральных установок определяющим жизненным укладом стал патриархат, а с конца XVIII — начала XIX вв. все более широкое распространение стало получать феминистское движение, привнесшее в обиход понятие «сексизм» и такие его составляющие, как биологический эссенциализм, гендерная поляризация, андроцентризм, гендерные стереотипы. До середины XX в., а в некоторых государствах и до наших дней, в правовых системах считались преступными и потому преследовались законом гомосексуальные отношения и другие девиации полового поведения. Соответственно, изучение этого вопроса в определенной степени было табуировано, воспринималось негативно в обществе, иногда подвергалось жесточайшей критике и даже преследовалось законом.

Следует признать, что исследование этого вопроса чрезвычайно сложно, так как в различных культурах и сообществах модели поведения мужчин и женщин существенно различаются. С начала XIX в. в записях исследователей, изучавших коренное население Северной и Южной Америки, Аляски, Африки, Балкан и других отдаленных от европейской цивилизации мест, представляли данные о нетрадиционном распределении мужских и женских ролей. Полученные данные позволили этнографу В. Malinowski в 1929 г. и антропологу М. Mead в 1931–1933 гг. сделать вывод об отсутствии природной заданности, в том числе лишь о культурной детерминированности мужских и женских поведенческих стереотипов [22, 23]. Также М. Mead писала о том, что культура может влиять на личность и поведение, подчеркивая различные аспекты личности, например поощряя агрессивность или подавляя сексуальность. В дальнейшем многие исследователи, прежде всего психологи, антропологи, социологи, психиатры, обращались к теме транскультуральных различий в понимании гендерных ролей. Приверженцы взглядов биологического детерминизма убеждены в наличии

неразрывной связи биологического пола и гендера, сторонники же социального конструктивизма считают, что гендерные различия формируются обществом, и, таким образом, гендер является следствием воспитания в определенной культуре. Многие авторы, главным образом психологи, касательно влияния микросоциума на формирование половой идентичности, придерживаются мнения, что там, где нет соответствующих условий для нормального протекания половой социализации, процесс формирования психологического пола нарушается [24, 25].

Одним из наиболее важных вопросов в изучении половых расстройств предстает гендерная дисфория, которая подразумевает под собой активное недовольство собственным полом и отрицание накладываемых обществом стереотипов поведения, что предшествует возникновению проблем с социальной адаптацией. Собственно, история изучения феномена гендерной дисфории относится в большей степени ко второй половине XX в., но нельзя не учитывать тот факт, что еще в XIX в., когда только зарождалась как наука сексология, в описаниях случаев отклонений полового поведения часто встречались и пациенты, которые в настоящее время относятся к выделенной группе транссексуалов (люди, чья гендерная идентичность противоположна приписанному при рождении полу).

Немецкой школе Гризингера приписывается патологизация гомосексуализма и схожих явлений [26]. Его приемник Вестфаль в 1876 г. выпустил работу, в которой описывал пациентку «с сексуальными чувствами измененной направленности» как «увлекающуюся мальчишескими играми» и «любящую одеваться как мальчик» [27]. Вестфаль переименовал то, что ранее называлось «педерастией», в «сексуальную инверсию» и настаивал на том, что это заболевание, психическая патология, и потому таких пациентов следует лечить, а не подвергать уголовному преследованию. Это послужило началом эры терапии половых девиаций, их лечили как психотерапевтически (З. Фрейд, Р. Крафт-Эбинг), так и медикаментозными средствами, имевшимися в распоряжении у психиатров того времени [28, 29]. Было положено начало репаративной терапии, существующей до сих пор. Постулировалось, что гомосексуальность является результатом психического расстройства, описываемого как «дефицит *гендерной идентичности*» и возникающего в результате отчуждения и отторжения человеком людей своего пола, а однополое влечение — это рациональная и неосознанная попытка человека «самовосстановить» чувство собственной неполноценности [30, 31]. Приверженцы репаративной терапии использовали различные подходы к лечению своих пациентов (ЭСТ, аверсивная терапия), но в настоящее время ими применяется лишь психотерапия.

Вслед за Вестфалем, в 1886 г. Рихард фон Крафт-Эбинг публикует всемирно известную книгу «Половая психопатия», в которой впервые полно и подробно предложены исследования половых девиаций

и транссексуализма, приведены клинические случаи, а также результаты лечения таких пациентов с применением гипноза. Не менее значительной фигурой в истории изучения половых девиаций был Магнус Хиршфельд, занимавшийся вопросом популяризации проблем гомосексуализма, трансвестизма и транссексуализма [32]. Именно он в 1923 г. впервые ввел термины «трансгендеризм», «трансвестизм», «транссексуализм» как подкатегорию гомосексуализма. Его классификация была основана на сексуальном поведении, а не на гендере, и включала 5 категорий: гетеросексуалы, бисексуалы, гомосексуалы, нарциссизм и асексуальный трансвестизм. Благодаря этому автору термин «трансвестизм» стал широко использоваться и расширять свое значение.

В начале XX в. в научной литературе все чаще стали публиковаться описания пациентов, настаивавших на проведении операций кастрации у мужчин, удаления молочных желез, матки и яичников у женщин. Об этом писали М. Hirschfeld (1918), R. Muhsam (1921), С. Hamburger (1952), J. Walinder (1967) [33–35].

Ключевой фигурой в истории изучения расстройств половой идентификации является Гарри Бенджамин, который в 1954 г. для описания того, что составляет суть страдания и дискомфорта у этих больных, предложил термин *гендерная дисфория* [36]. Он утверждал, что транссексуалы представляют собой группу, отличную от трансвеститов и гомосексуалистов. Хотя он признавал, что совпадение между группами возможно, однако высказывался против объединения их в одну группу «сексуальной патологии», поскольку каждое из этих состояний требует различного подхода к лечению.

Многие психиатры XX в. ставили под сомнение само существование явления транссексуализма, считали его искусственным, ятрогенным феноменом. М.Т. Edgerton и I.B. Pauly (1986) также писали в своих работах, что транссексуализм — это патологическое состояние, которое маскирует собой психическое заболевание, и утверждали, что транссексуализм является исключительно ятрогенным состоянием в том отношении, что «прогресс в хирургической технике сделал возможной реализацию фантазий о сексуальном перевоплощении» [37]. Кроме того, нельзя игнорировать тот факт, что ряд пациентов, перенесших операцию, испытали сожаление по поводу такого вмешательства. Они объясняли это такими причинами, как игнорирование окружением, разрыв отношений с родственниками, а также тем, что в их представлении смена пола должна была бы стать «решением», например, проблемы гомосексуализма или способом принятия самого себя, но, оглядываясь назад, сожалели о диагнозе и проведенных операциях.

Помимо оперативного вмешательства, важной составляющей процесса смены пола является длительный (пожизненный) прием заместительной гормональной терапии. Но в ходе многочисленных исследований было установлено, что при длительном воздействии повышенных концентраций экзогенных гормонов

противоположного пола, используемых для заместительной гормональной терапии, в женском и мужском организмах значительно повышается риск возникновения опухолеподобных процессов и опухолей, что говорит о необходимости более четкого понимания врачами обоснованности проведения подобного лечения и о целесообразности комплексного ведения таких пациентов [38–41].

На протяжении многих лет диагноз *гендерной дисфории* (и его ранние вариации: расстройство половой идентичности у детей и транссексуализм) вызывает противоречия из-за рассмотрения его не только как психического расстройства в связи с диагностическими критериями, но и как мишень терапевтического лечения (использование медикаментозных — гормональная терапия — и инструментальных — хирургическая коррекция — подходов), а также из-за его связи с явлением гомосексуализма [42–52].

Основные тенденции во взглядах на РПИ в классификациях психических и поведенческих расстройств претерпели значительные изменения с момента введения психиатрического диагноза *«расстройство половой идентичности»* в DSM-III в группу психосексуальных расстройств в 1980 г. Так, в DSM-III-R (1989) РПИ, включая транссексуализм, были перенесены из класса сексуальных расстройств в класс «расстройств, обычно впервые проявляющихся у детей и подростков». Присутствовавшая там рубрика «РПИ у подростков и взрослых не транссексуального типа» включала состояния дискомфорта от переживания нежелательности своего пола, сопровождающегося переодеванием и соответствующим поведением, однако без требований хирургической и гормональной коррекции. В последующем эта рубрика была удалена из DSM-IV (1994). Однако появилась группа *«неспецифицированных РПИ»*, в которой описывались интерсексуальные состояния (например, синдром андрогенной нечувствительности), сопровождающиеся дисфорией пола. В характеристиках этого состояния отмечено в других случаях — транзитное, связанное со стрессом, переодевание; устойчивая поглощенность мыслями о кастрации или пенэктомии без желания приобретения половых характеристик другого пола. В DSM-IV РПИ были возвращены в группу расстройств психосексуальных, однако исчезло их разделение на транссексуализм и расстройство идентичности в детстве, остались лишь «РПИ у детей» (302.6) и «РПИ у юношей и взрослых» (302.85). У взрослых индивидов эти расстройства делились по направленности сексуального влечения (на мужчин, женщин, лиц обоего пола или ни на тех, ни на других).

В DSM-V (2011) этот диагноз переместился из категории сексуальных расстройств в отдельную категорию и был переименован из *«расстройства гендерной идентичности»* в *«гендерную дисфорию»*, после многочисленных критических выступлений касательно того, что первый термин был стигматизирующим. *Гендерная дисфория* определена как «аффективная/когнитивная

неудовлетворённость личности своим предписанным полом, что обычно устанавливается с рождения и рассматривается как пол рождения» [53]. Был введен критерий продолжительности не менее 6 месяцев. Американская психиатрическая ассоциация заявила, что гендерное несоответствие не то же самое, что половая дисфория, и половой нонконформизм сам по себе не является психическим расстройством [54]. Важным элементом половой дисфории является наличие клинически значимого дистресса, связанного с состоянием.

Некоторые исследователи, в том числе Роберт Спитцер, утверждали, что поведение и переживания, наблюдаемые при транссексуализме, являются ненормальными и представляют собой дисфункцию [55]. В описании гендерной дисфории также отмечается «стойкая убежденность в наличии у себя типичных чувств и реакций противоположного пола (или любого другого пола, отличного от документально установленного). SOC-7 [56] также подчеркивает, что причисление себя к какому-то другому полу, отличному от мужского или женского, может являться не выражением автономности индивида и его свободы самовыражения, но симптомом психического расстройства [57]. Возможные причины включают тревогу, депрессию, причинение себе вреда, оскорбления и пренебрежение со стороны окружающих в анамнезе, поведенческую персеверацию, злоупотребление алкоголем или наркотиками, сексуальные проблемы, личностные нарушения, расстройства пищевого поведения, психотические расстройства и расстройства аутистического характера [58].

В МКБ-9 (1975) половые расстройства были объединены в одну рубрику «Половые извращения и нарушения» под шифром «302», где все функциональные сексуальные расстройства представлены лишь одной категорией «Фригидность и импотенция». В МКБ-10 (1989) половые расстройства были представлены в двух рубриках — расстройства, связанные с физиологическими нарушениями, (F52) и расстройства зрелой личности (F64, F65, F66). В рубрике «РПИ» был выделен транссексуализм, отдельно указываются критерии РПИ у детей и трансвестизма двойной роли. Значительный пересмотр классификации ожидается и в предстоящем МКБ-11, в котором это состояние будет названо «гендерное несоответствие» и будет представлено в рубрике «состояния, связанные с сексуальным здоровьем».

Таким образом, на основании изменений классификаций можно отметить тенденцию к постепенной депатологизации гендерной дисфории и выведению ее из рубрики психических расстройств.

N.M. Fisk в 1974 г. в спектр гендерных расстройств включал женственный гомосексуализм у мужчин, гипермаскулинный — у женщин, трансвестизм у обоих полов, а также подгруппу пациентов, которых описывал как неадекватных пассивно-зависимых личностей с легким или умеренным трансвеститским фетишем, социопатов, стремящихся стать «профессиональными» транссексуалами и таким образом снискать славу, по-

пулярность и богатство, а также психотических пациентов, которые нуждаются в помощи психиатров [59].

R.A. LaTorre в 1979 г. предположил, что у мужчин и женщин с шизофренией может быть нарушено представление о половой идентификации, различиях между гендерными ролями, и представил модель, в которой нарушение гендерной идентификации выступает в качестве главного стрессового фактора в диатез-стресс теории шизофрении [60]. Исследование, проведенное нидерландской группой ученых в 2003 г., которые хотели выяснить, насколько достоверно можно отличить РПИ от идентификации с противоположным полом, вторичным к другим психиатрическим расстройствам, показало, что в 39% из 584 случаев РПИ рассматривалось в качестве первичного диагноза, в 61% выступало вместе с другими психическими расстройствами и в 75% из них было интерпретировано как вторичное по отношению к расстройствам личности, патологии аффекта, диссоциативным нарушениям и психотической симптоматике [61]. По исследованию, проведенному De Vries в 2011 г., оценивавшему наличие коморбидности и проводившему сравнение данных относительно среза популяции, было выявлено, что больше 2/3 подростков с гендерной дисфорией не имели психической коморбидности, 32% подходили под критерии одного или более коморбидного психического расстройства, что в среднем больше, чем в срезе популяции. Превалировали эмоциональные расстройства, также наблюдалась социальная фобия, расстройства поведения [62]. Другие исследования показывали превалирование агрессии, депрессии, суицидальных мыслей и попыток [63, 64].

Отечественная история изучения РПИ берет свое начало с конца 60-х — начала 70-х годов прошлого столетия. Первые исследования в области изучения феномена транссексуализма в нашей стране принадлежат А.И. Белкину [65]. А.О. Бухановский (1985) оценивал транссексуализм как эндогенную конституциональную личностную аномалию и выделял такие основные симптомы транссексуализма, как (1) инверсия половой идентичности; (2) инверсия половой социализации личности; (3) инверсия психосексуальной ориентации. К производным симптомам транссексуализма он относил (1) симптом отвергания пола; (2) многообразные проявления психосоциальной дезадаптации; (3) аутодеструктивное поведение, включающее в себя как суицидальную, так и конкурирующую с ним транссексуальную установку на изменение пола. Он отмечал, что транссексуальная установка на изменение пола имеет различную степень выраженности — от образных представлений и воображения до выраженного решения о необходимости смены пола [66]. Г.С. Васильченко (1977) выделял «ядерные» и «краевые» варианты транссексуализма и придерживался мнения, что если «ядерный» тип практически не зависит от влияния микросоциальной среды и без смены пола адаптации не поддается, то «краевые» формы отличаются мягкостью течения и оцениваются

как внешне компенсированные и социально адаптированные при сохранности в то же время у пациентов ощущения принадлежности к противоположному полу [67]. Т.Н. Григорьева (2005) рассматривала РПИ и выделяла следующие нозологические группы: (1) транссексуализм; (2) РПИ в рамках трансвестизма двойной роли, фетишистского трансвестизма и расстройства полового созревания, сопровождающегося формированием гомосексуального типа влечения; (3) синдром РПИ в рамках эндогенных заболеваний.

К проявлениям РПИ автор относила расстройства полового самосознания, явления деперсонализации, идеи полового метаморфоза сверхценного и бредового характера, бредовые идеи ипохондрического содержания, аффективные расстройства, представленные тревожной и тревожно-депрессивной симптоматикой; дисморфофобические и дисморфоманические переживания с половой тематикой [68]. Представляет интерес также работа С.Б. Кулиш (2009), рассматривавшей РПИ у пациентов с шизофренией. С.Б. Кулиш считает, что проявления синдрома половой дисфории у мужчин с шизофренией условно можно представить в виде нарушений психического и физического «Я». Нарушения физического «Я» можно разделить на восприятие собственного тела (как мужское; как женское, но «с дефектами»; или как уродливое; и отношение к нему, которое тоже будет различным: от равнодушно-отстраненного до негативного [69].

С.Н. Матевосян и Г.Е. Введенский в 2012 г., проведя обширное исследование пациентов с половой дисфорией, выявили расстройства шизофренического спектра у 32%, что позволило им предположить, что в проводимых ранее исследованиях имела место гиподиагностика шизофрении или (вслед за А.С. Карповым, 2002 [71]) гипердиагностика транссексуализма. Интересным представляется тот факт, что среди исследованных ими женщин преобладал диагноз шизотипического расстройства (82%) [70]. Описания РПИ в сочетании с расстройствами личности в мировой литературе в полной мере отсутствуют, однако взгляд на эту проблему можно найти в исследовательской работе С.Н. Матевосяна и Г.Е. Введенского (2012). Их работа лишь частично затрагивала вопрос коморбидности расстройства личности и нарушений половой идентификации. Ими было выявлено, что среди мужчин превалировало истерическое и истеро-параноидное расстройство личности, а среди женщин — шизоидное, истеро-шизоидное, шизоидно-параноидное и параноидное расстройство личности.

Об установлении этиологии расстройства известно, что за всю историю изучения было рассмотрено огромное количество теорий касательно как причин возникновения, так и возможностей выявления предикторов и профилактики. Проводились исследования касательно нейроанатомических изменений в пренатальном периоде, так как выдвигалась гипотеза о возможном нарушении процессов половой дифференциации гониталий, происходящей в первом триместре беременно-

сти, и половой дифференциации мозга, начинающейся во второй половине беременности [72–74]. Одна из гипотез заключалась в том, что происходят изменения в нейрональной дифференциации в гипоталамических сетях [75]. Другое исследование по результатам МРТ головного мозга транссексуальной женщины (MtF) выявило сходство скорлупы (putamen) чечевицеобразного ядра с женским, чей объем больше обычного для мужчин [76].

Однако результаты этих исследований не были устойчивыми, в них не учитывались пациенты с поздним началом РПИ, у которых не отмечались данные симптомы в детстве [77]. Гендерная дисфория отличается от нарушений полового развития, таких как хромосомные аномалии или врожденная гиперплазия надпочечников, отсутствием анатомической или физиологической неопределенности в отношении пола индивидуума; скорее есть субъективная неудовлетворенность этим [78]. Хотя ни в одном исследовании систематически не изучалась распространенность бреда, связанного с половой принадлежностью при шизофрении, имеется большое количество отдельных описаний случаев в научных работах [79–86]. В некоторых из этих случаев после антипсихотического лечения сообщалось об ослаблении [84] или разрешении [80] половой дисфории, в то время как в других случаях происходило послабление шизофренической симптоматики, а признаки РПИ сохранялись, что может говорить о другом патогенезе, отличающемся от шизофренического. Эти сообщения предполагают, что между больными шизофренией, теми, кто страдает половой дисфорией, и теми, чья феноменология полностью не вписывается ни в одну из этих категорий, существует некая смежная неизученная зона. Эта ситуация осложняется тем фактом, что многие исследователи рассматривают оба диагноза как взаимоисключающие [86], что может привести к недооценке, связанной с полом психопатологии при шизофрении. Что же касается более тонких проявлений РПИ при шизофрении, то ряд исследований обращался к этой проблеме, хотя они в значительной степени основаны на проективных методах психологической оценки. Доказательства нарушения гендерной роли и гендерной идентичности в этих исследованиях включают искажения или упущения анатомических особенностей при запросе рисовать человеческие фигуры, снижение удовлетворенности частями тела у пациентов мужского пола с шизофренией и неподходящие ответы в психологические тесты мужественности/женственности [87–91].

Полученные результаты об изменении половой дифференциации мозга послужили поводом выдвинуть теорию о том, что некоторые структуры мозга могут демонстрировать схожие физиологические изменения при шизофрении [92, 93]. По результатам этих исследований мужчины демонстрируют «феминизированный» паттерн, а женщины — «маскулинизированный» паттерн, что приводит к предположению, что сама шизофрения может быть связана с атипичным

развитием мозга, возможно, вызванным пренатальным гормональным дисбалансом [94, 95]. Тем не менее существуют важные различия в структуре мозга у пациентов с этими расстройствами: толщина коры головного мозга увеличивается у транссексуальных женщин (MtF) [96], в то время как доказано, что шизофрения связана с уменьшением толщины коры, вне зависимости от пола [97–99]. Это говорит о том, что даже если оба расстройства связаны с общими путями развития нервной системы, изменения, наблюдаемые при расстройстве половой идентификации, являются менее выраженными и более специфичными для региона, чем те, которые наблюдаются при шизофрении.

В зарубежных работах по этой теме стоит отметить сохраняющуюся тенденцию к более поверхностному изучению психопатологии этого явления, что вызвано более прагматичным подходом к исследованиям, призванным оценить распространенность и улучшить возможности социализации. Несмотря на высокую частоту встречаемости нарушений полоролевой идентичности, тесно спаянных с развитием эндогенного заболевания и динамикой расстройства личности, в научной литературе по сути отсутствует их детальное терминологическое описание. При этом нет очевидных корреляций между психопатологической структурой проявлений эндогенного заболевания, формой и стойкостью нарушений половой идентичности, хотя ранее была описана высокая тропность этих проявлений к явлениям «классических» неврозо- и психопатоподобных расстройств. Таким образом, изучение литературных данных по вопросу РПИ, возникающего в рамках эндогенной патологии и расстройств личности, показывает, что эта проблема не получила однозначной оценки до сих пор. Во многом этому способствует противоречивое отношение к таким пациентам в мире, тенденция к гиподиагностике в силу возрастающей популярности движения за права и повышение толерантности в обществе к представителям сексуальных меньшинств, что влечет за собой во многих случаях приравнивание формы патологии к норме и последующее неправильное ведение таких пациентов, влекущее за собой разрешение на коррекцию пола.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др. М.: Издательство Геотар-Медиа; 2009:599–611. [Dmitrieva TB, Krasnov VN, Neznanov NG i dr., eds. *Psikhiatriya. Natsional'noe rukovodstvo*. М.: Geotar-Media; 2009:599–611. (In Russ.)].
2. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, et al. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *J. Sex Med.* 2015;12(3):756–763. DOI: 10.1111/jsm.12817.
3. De Vries ALC, Kreukels BPC, T'Sjoen G, et al. Increase of referrals to gender identity clinics: a European trend? In: *Transgender Healthcare in Europe*. Book of Abstracts. Ghent, Belgium: European Professional Association of Transgender Health (EPATH); 2015.
4. Wiepjes C, Nota N, de Blok C, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J. Sex Med.* 2018;15(4):582–590. DOI: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016.
5. Kuypers L, Wijzen C. Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Arch. Sex Behav.* 2013;43(2):377–385. DOI: 10.1007/s10508-013-0140-y.
6. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, et al. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch. Sex Behav.* 2015;44(5):1281–1287. DOI: 10.1007/s10508-014-0452-6.
7. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version. *International Journal of Transgenderism.* 2012;13(4):165–232. DOI: 10.1080/15532739.2011.700873.
8. Wylie K, Barrett J, Besser M, et al. Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy.* 2014;29(2):154–214. DOI: 10.1080/14681994.2014.883353.
9. European Union. Agency for Fundamental Rights, Europäische Union Agentur für Grundrechte, and FRA-European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: An EU-wide survey: Main results. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights, 2014.
10. Keuzenkamp S, Kuypers L. Acceptance of LGBT individuals in the Netherlands 2013. The Hague: The Netherlands Institute of Social Research (ED). 2013:26–29.
11. Beek T, Kreukels B, Cohen-Kettenis P, Steensma T. Partial Treatment Requests and Underlying Motives of Applicants for Gender Affirming Interventions. *J Sex Med.* 2015;12(11):2201–2205. DOI: 10.1111/jsm.13033.
12. Arcelus J, Bouman W, Van Den Noortgate W, et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry.* 2015;30(6):807–815. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.005.
13. Lukianowicz L. Transvestism and psychosis. *Psychiatr Neurol.* 1995;138:67–78.
14. Gittleston N, Levine S. Subjective Ideas of Sexual Change in Male Schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry.* 1966;112(489):779–782. DOI: 10.1192/bjp.112.489.779.
15. Gittleston N, Dawson-Butterworth K. Subjective Ideas of Sexual Change in Female Schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry.* 1967;113(498):491–494. DOI: 10.1192/bjp.113.498.491.
16. Connolly F, Gittleston N. The Relationship Between Delusions of Sexual Change and Olfactory and Gustatory Hallucinations in Schizophrenia. *The*

- British Journal of Psychiatry.* 1971;119(551):443–444. DOI: 10.1192/bjp.119.551.443.
17. Campo J, Nijman HL, Evers C, et al. Genderidentiteitsstoornissen als bijverschijnsel van psychose, in het bijzonder schizofrenie [Gender identity disorders as comorbid phenomena of psychosis and schizophrenia]. *Ned:Tijdschr Geneeskd.* 2001;39:1876–1880. (In Dutch).
  18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1980.
  19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
  20. Бухановский АО. Синдром отвергания пола: клиническая разновидность в тактике лечения и реадaptации. *Вопросы клинического лечения и профилактики сексуальных расстройств.* М.; 1993:103–105. [Bukhanovskii AO. Sindrom otverganiya pola: klinicheskaya raznovidnost' v taktike lecheniya i readaptatsii. *Voprosy klinicheskogo lecheniya i profilaktiki seksual'nykh rasstroistv.* M.; 1993:103–105. (In Russ.)].
  21. Адамян РТ, Зеянин АС. Микрохирургическая фаллопластика. Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии: Тез. итоговых работ. Иркутск, 1993:62–63. [Adamyant RT, Zelyanin AS. Microhirurgicheskaya falloplastika. Aktual'nye voprosy reconstructivnoy i vosstanovitel'noy hirurgii. I.; 1993:62–63. (In Russ.)].
  22. Malinowski B. *The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia.* Abingdon-on-Thames: Rutledge & Kegan Paul Ltd., 1932:395–402.
  23. Mead M. *Sex and temperament in three primitive societies.* New York: Morrow; 1963:278–280.
  24. Кон ИС. Психосексуальное развитие и половая социализация. В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л.: Медицина, 1978:113–122. [Kon IS. Psihoseksualnoe razvitiye i polovaya socializaciya. V kn.: Semeynaya psihoterapiya pri nervnyh i psichicheskikh zabolovaniyah. L. Medicina, 1978:113–122. (In Russ.)].
  25. Флотская НЮ. Развитие половой идентичности у детей и подростков в условиях современного российского общества. *Экология человека.* 2004;5:37–40. [Flotskaya NYu. Razvitiye polovoy identichnosti u detey i podrostkov v usloviyah sovremennogo rossiyskogo obschestva. *Ecologiya cheloveka.* 2004.5:37–40. (In Russ.)].
  26. Griesinger W. Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin für das Sommer-Semester 1868. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 1868;1(3):636–654. DOI: 10.1007/bf02089117.
  27. Westphal C. Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 1870;2(1):73–108. DOI: 10.1007/bf01796143.
  28. Фрейд З. Три статьи по теории сексуальности. Психоанализ и теория сексуальности. СПб.: Алетейя; 2000:5–129. [Freud Z. Three essay on the theory of sexuality. *Psychoanalysis and the theory of sexuality.* SPb.: Aleteiya; 2000:5–129. (In Russ.)].
  29. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства. СПб.: Издание журнала «Практическая медицина»; 1909. [Kraft-Ebing R. Polovaya psikhopatiya, s obrashcheniem osobogo vnimaniya na izvrashchenie polovogo chuvstva. SPb.: Izdanie zhurnala «Prakticheskaya meditsina»; 1909 (In Russ.)].
  30. Nicolosi J. *Reparative Therapy of Male Homosexuality.* Rowman & Littlefield, 2004:2–30.
  31. Socarides C. *Homosexuality: A Freedom Too Far.* Phoenix: Adam Margrave, 1995:32–78.
  32. Hirschfeld M. *Die Transvestiten — eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material.* Berlin: Medicinischer Verlag; 1910.
  33. Mühsam R. Chirurgische Eingriffe bei Anomalien des Sexuallebens. *Therapie der Gegenwart.* 1926;67:451–455.
  34. Hamburger C. Transvestism. *J. Am. Med. Assoc.* 1953;152(5):391. DOI: 10.1001/jama.1953.03690050015006.
  35. Wälinder J. *Transsexualism: A Study of Forty-three Cases.* Goteborg: Scandinavian University Books; 1967.
  36. Benjamin H. Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somatopsychic syndromes. (NY). *Am. J. Psychother.* 1954;8(2):219–230.
  37. Pauly I, Edgerton M. The gender identity movement: A growing surgical-psychiatric liaison. *Archives of Sexual Behavior.* 1986;15:318.
  38. Михайличенко ВВ, Фесенко ВН, Хмельницкая НМ и др. Морфофункциональные изменения органов женской и мужской репродуктивной системы при перемене пола. *Урология.* 2013;3:18–23. [Mikhailichenko VV, Fesenko VN, Khmel'nitskaya NM i dr. Morphological and functional changes of organs of female and male reproductive systems at change of sex. *Urologiya.* 2013;3:18–23. (In Russ.)].
  39. Edgerton M. The role of surgery in the treatment of transsexualism. *Ann. Plast. Surg.* 1984;13(6):473–481.
  40. Калинченко СЮ, Тюзиков ИА. Практическая андрология. М.: Практическая медицина; 2009:268–286. [Kalinchenko S, Tyuzikov I. *Prakticheskaya andrologiya* M.: Prakticheskaya Meditsina; 2009:268–286. (In Russ.)].
  41. Dörner G. Sexual Endocrinology and Terminology in Sexology. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes.* 1988;91(02):129–134. DOI: 10.1055/s-0029-1210734.



42. Bartlett N, Vasey P, Bukowski W. Is gender identity disorder in children a mental disorder? *Sex Roles. A Journal of Research*. 2000;43(11–12):753–785.
43. Bem S. The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality. New Haven, CT, US: Yale University Press; 1993.
44. Feder E. Disciplining the family: The case of gender identity disorder. *Philos. Stud.* 1997;85(2/3):195–211. DOI: 10.1023/a:1004275024875.
45. Isay R. Remove gender identity disorder from DSM. *Psychiatric News*. 1997;32(9):13.
46. McCarthy L. Off that spectrum entirely: A study of female-bodied transgender — identified individuals [dissertation]. 2003. Retrieved from <http://search.proquest.com.ezp.waldenulibrary.org/docview/305322146/abstract/760E0436806541E6PQ/1?accountid=14872>.
47. Menvielle EJ. Gender identity disorder Letter to the editor. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(3):243–244.
48. Minter S. Diagnosis and treatment of gender identity disorder in children. In: Rottnek M, ed. *Sissies & tomboys: Gender nonconformity & homosexual childhood*. New York: New York University Press; 1999:9–33.
49. Moore S. Diagnosis for a straight planet: A critique of gender identity disorder for children and adolescents in the DSM-IV [dissertation]. Berkeley: The Wright Institute; 2002.
50. Richardson J. Setting Limits on Gender Health *Harv. Rev. Psychiatry*. 1996;4(1):49–53. DOI: 10.3109/10673229609030522.
51. Richardson J. Response: Finding the Disorder in Gender Identity Disorder. *Harv. Rev. Psychiatry*. 1999;7(1):43–50. DOI: 10.3109/hrp.7.1.43.
52. Rosenberg M, Jellinek M. Children With Gender Identity Issues and Their Parents in Individual and Group Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(5):619–621. DOI: 10.1097/00004583-200205000-00020.
53. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
54. Davy Z, Toze M. What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review. *Transgend Health*. 2018;3(1):159–169 DOI:10.1089/trgh.2018.0014
55. Zucker K, Spitzer R. Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM—III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? A Historical Note. *J. Sex Marital. Ther.* 2005;31(1):31–42. DOI: 10.1080/00926230590475251.
56. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2012;13(4):165–232. DOI: 10.1080/15532739.2011.700873.
57. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, Clinical, and Psychiatric Characteristics of Transsexuals from Spain. *Arch. Sex Behav.* 2008;38(3):378–392. DOI: 10.1007/s10508-007-9307-8.
58. 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(1):12–23. DOI: 10.1080/00224490903062258.
59. Fisk N. Editorial: Gender dysphoria syndrome — the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *West J. Med.* 1974;120(5):386–391.
60. La Torre R, Piper W. Gender identity and gender role in schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 1979;88(1):68–72. DOI: 10.1037/0021-843x.88.1.68.
61. Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. Psychiatric Comorbidity of Gender Identity Disorders: A Survey Among Dutch Psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(7):1332–1336. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.7.1332.
62. de Vries A, Steensma T, Doreleijers T, Cohen-Kettenis P. Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. *J. Sex Med.* 2011;8(8):2276–2283. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
63. Di Ceglie D, Freedman D, McPherson S, Richardson P. Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: clinical features and demographic characteristics. *International Journal of Transgenderism*. 2002;6(1):97–103.
64. Grossman A, D'Augelli A. Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(5):527–537. DOI: 10.1521/suli.2007.37.5.527.
65. Белкин АИ. Третий пол. Судьбы пасынков Природы. М.: «Издательство «Олимп»; 2000. [Belkin AI. Tretiy pol. Sud'by pasynkov prirody. M. 2000. (In Russ.)].
66. Бухановский АО, Труфанова ОК, Иванова ТВ. Результаты клинического и экспериментально-психологического исследования при диагностике патологии личности с инверсией половой идентичности и ориентации. Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов. 1985;(1):192–194. [Bukhanovskii AO, Trufanova OK, Ivanova TV. Rezul'taty klinicheskogo i eksperimental'no-psikhologicheskogo issledovaniya pri diagnostike patologii lichnosti s inversiei polovoï identichnosti i orientatsii. Pyaty Vserossiiskii s'ezd nevropatologov i psikhiatrov. Tezisy dokladov. 1985;(1):192–194. (In Russ.)].
67. Васильченко ГС. Общая сексопатология. Руководство для врачей. М.: Медицина; 1977. [Vasil'chenko GS. Obshchaya seksopatologiya. Rukovodstvo dlya vrachei. M.: Meditsina; 1977. (In Russ.)].

68. Григорьева ТН. Медико-психологическая и социальная помощь пациентам с нарушением половой идентификации. «Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии» (Материалы международной конференции). Москва; 2002. [Grigor'eva TN. Medico-psychologicheskaya i social'naya pomoshch' pacientam s narusheniem polovoy identifikacii. M.: 2002. (In Russ.)].
69. Кулиш СБ, Матевосян СН, Введенский ГЕ. Лечебно-реабилитационные аспекты оказания помощи мужчинам с шизофренией и синдромом половой дисфории. Мужское здоровье и долголетие. 6-й Российский научный форум, г. Москва. 19–20 февраля, 2008;144. [Kulich SB, Matevosyan SN, Vvedenskiy GE. Lechebno-reabilitacionnye aspekty okazaniya pomoshchi mujchinam s schizofreniey i sindromom polovoy disforii M. 2008:144. (In Russ.)].
70. Матевосян СН, Введенский ГЕ. Половая дисфория. Москва: Издательство МИА; 2012. [Matevosyan SN, Vvedenskii GE. Polovaya disforiya. Moskva: Izdatel'stvo MIA; 2012. (In Russ.)].
71. Карпов АС. Проблемы организации оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом. *Российский психиатрический журнал*. 2001;(4):13–18. [Karpov AS. Problemy organizacii okazaniya meditsinskoi pomoshchi litsam s transseksualizmom. *Russian journal of psychiatry*. 2001;(4):13–18. (In Russ.)].
72. Андреев АС. О некоторых особенностях функциональной асимметрии мозга при транссексуализме. В кн.: Экстремальное состояние организма, скорая и неотложная медицинская помощь. Ростов-на-Дону; 1985:119–123. [Andreev AS. O nekotoryh osobennostyah funkcional'noy asimmetrii mozga pri transseksualizme. *Rostov-on-Don*; 1985:119–123. (In Russ.)].
73. Геодакян ВА. Асинхронная асимметрия. *Журн. высш. нерв. деятельности*. 1993;43(3):543–561. [Geodakian V.A. Asynchronous asymmetry (sexual and lateral differentiation as a consequence of asynchronous evolution). *I.P. Pavlov Journal of Higher Nervous Activity*. 1993;43(3):543–561. (In Russ.)].
74. Swaab D. Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2007;21(3):431–444. DOI: 10.1016/j.beem.2007.04.003.
75. Berglund H, Lindstrom P, Dhejne-Helmy C, Savic I. Male-to-Female Transsexuals Show Sex-Atypical Hypothalamus Activation When Smelling Odorous Steroids. *Cerebral Cortex*. 2007;18(8):1900–1908. DOI: 10.1093/cercor/bhm216.
76. Luders E, Sánchez F, Gaser C, et al. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*. 2009;46(4):904–907. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2009.03.048.
77. Meyer-Bahlburg H. From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism: Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions. *Arch. Sex Behav*. 2009;39(2):461–476. DOI: 10.1007/s10508-009-9532-4.
78. Michel A, Mormont C, Legros J. A psychoendocrinological overview of transsexualism. *Eur. J. Endocrinol*. 2001;365–376. DOI: 10.1530/eje.0.1450365.
79. Caldwell C, Keshavan M. Schizophrenia with Secondary Transsexualism. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1991;36(4):300–301. DOI: 10.1177/070674379103600412.
80. Campo J, Nijman H, Evers C, et al. Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2001;145(39):1876–1880.
81. Gender Identity Disorder as a Rare Manifestation of Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(4):546–547. DOI: 10.1046/j.1440-1614.2001.0911h.x.
82. Bhargava SC, Sethi S. Transsexualism and schizophrenia: a case report. *Indian Journal of Psychiatry*. 2002;44:177–178.
83. Borrás L, Huguelet P, Eytan A. Delusional «Pseudotranssexualism» in Schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007;70(2):175–179. DOI: 10.1521/psyc.2007.70.2.175.
84. Baltieri D, De Andrade A. Schizophrenia Modifying the Expression of Gender Identity Disorder. *J. Sex Med*. 2009;6(4):1185–1188. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x.
85. Urban M., Rabe-Jabłońska J. Delusion of sex change and body dysmorphic disorder in clinical picture of paranoid schizophrenia — case reports. *Psychiatria Polska*. 2010;44(5):723–733.
86. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2010;64(5):514–519. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x.
87. Burton A, Sjöberg B. The Diagnostic Validity of Human Figure Drawings in Schizophrenia. *J. Psychol*. 1964;57(1):3–18. DOI: 10.1080/00223980.1964.9916666.
88. Ries H, Johnson M, Armstrong H, Holmes D. The Draw-A-Person Test and Process-Reactive Schizophrenia. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*. 1966;30(2):184–186. DOI: 10.1080/0091651x.1966.10120289.
89. McClelland D, Watt N. Sex-Role Alienation in Schizophrenia. *Abnormal Psychology*. 1968;73:226–239.
90. Kayton R, Biller H. Perception of parental sex-role behavior and psychopathology in adult males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1971;36(2):235–237. DOI: 10.1037/h0030746.
91. Miller H, Poey K. An exploratory comparison of sex role-related behaviors in schizophrenics and nonschizophrenics. *Developmental Psychology*. 1969;1(5):629. DOI: 10.1037/h0028003.
92. Gur R, Kohler C, Turetsky B, et al. A sexually dimorphic ratio of orbitofrontal to amygdala volume is altered

- in schizophrenia. *Biol. Psychiatry*. 2004;55(5):512–517. DOI: 10.1016/j.biopsych.2003.10.009.
93. Nopoulos P, Rideout D, Crespo-Facorro B, Andreasen N. Sex differences in the absence of massa intermedia in patients with schizophrenia versus healthy controls. *Schizophr. Res.* 2001;48(2–3):177–185. DOI: 10.1016/S0920-9964(00)00067-0.
94. Mendrek A. Reversal of normal cerebral sexual dimorphism in schizophrenia: Evidence and speculations. *Med. Hypotheses*. 2007;69(4):896–902. DOI: 10.1016/j.mehy.2007.01.064.
95. Mendrek A, Stip E. Sexual dimorphism in schizophrenia: is there a need for gender-based protocols? *Expert Rev. Neurother.* 2011;11(7):951–959. DOI: 10.1586/ern.11.78.
96. Luders E, Sánchez F, Tosun D, et al. Increased Cortical Thickness in Male-to-Female Transsexualism. *J. Behav. Brain Sci.* 2012;02(03):357–362. DOI: 10.4236/jbbs.2012.23040.
97. Schultz C, Koch K, Wagner G, et al. Reduced cortical thickness in first episode schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2010;116(2–3):204–209. DOI: 10.1016/j.schres.2009.11.001.
98. Schultz C, Koch K, Wagner G, et al. Complex pattern of cortical thinning in schizophrenia: Results from an automated surface based analysis of cortical thickness. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2010;182(2):134–140. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.01.008.
99. Sprooten E, Pappmeyer M, Smyth A, et al. Cortical thickness in first-episode schizophrenia patients and individuals at high familial risk: A cross-sectional comparison. *Schizophr. Res.* 2013;151(1–3):259–264. DOI: 10.1016/j.schres.2013.09.024.

**Информация об авторе**

Попова Галина Анатольевна, младший научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID 0000-0002-0778-8764  
E-mail: lyanaaaa@gmail.com

**Information about the author**

Galina A. Popova, Junior Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-0778-8764  
E-mail: lyanaaaa@gmail.com

**Автор для корреспонденции/Corresponding author**

Попова Галина Анатольевна/Galina A. Popova  
E-mail: lyanaaaa@gmail.com