

**СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

УДК 616.89-008.442.3-085

Абрамов В.А.<sup>1</sup>, Жигулина И.В.<sup>2</sup>, Мельниченко В.В.<sup>1</sup>, Чистик И.А.<sup>2</sup>**ТРАНССЕКСУАЛЬНОСТЬ И ПРОБЛЕМА САМООПРЕДЕЛЕНИЯ**<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР<sup>2</sup>Республиканская психиатрическая клиническая больница, Донецк, ДНР

Одним из расстройств половой идентификации (F 64) является транссексуальность (F 64.0). Согласно критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра данное расстройство представляет собой желание жить и восприниматься окружающими как лицо противоположного пола, обычно сопровождаемое ощущением дискомфорта от своего анатомического пола или чувством неуместности своей половой принадлежности, а также желанием подвергнуться хирургическому вмешательству или получить гормональное лечение с тем, чтобы достичь, насколько это возможно, соответствия предпочитаемому полу [1].

Согласно результатам эпидемиологических исследований, проведенных в странах Европы [2] и Соединённых Штатах Америки [3] отмечается тенденция к росту числа пациентов с гендерной дисфорией, обращающихся за помощью в медицинские учреждения. Так, в популяционном исследовании Куурег L et al. [4] было выявлено, что 4,6% человек, зарегистрированных при рождении как мужчины и 3,2% зарегистрированных как женщины, заявили о своей самоидентификации как с противоположным полом, так и с полом, определенным при рождении, а 1,1% мужчин и 0,8% женщин при определении самоидентификации отметили, что имеют сродство к противоположному полу, а не к полу, определенному при рождении. Аналогичные результаты были получены в двух последовательных исследованиях, проведенных в 2015 году коллективом бельгийских ученых Van Caenegem et al. [5].

По мнению Coleman et al. (2012) рост количества пациентов, страдающих гендерной дисфорией, может быть связан с рядом факторов, таких как обсуждение транссексуальности в средствах массовой информации,

увеличение их количества на телевидении и в киноиндустрии, доступность информации о данных расстройствах в сети – Интернета, появление новых доступных возможностей биомедицинского лечения [6]. По сообщению Keuzenkamp тенденция к увеличению распространенности транссексуалов может быть обусловлена постепенным развитием общественной толерантности к людям с иной от исходной самоидентификации [7].

В исследовательской работе Beek et al. (2015) было обнаружено, что пациенты с гендерной дисфорией, обращаются в больницы и госпитали для получения заместительной гормональной терапии либо проведения хирургической коррекции пола, другие же не испытывают необходимости в данной коррекции, ограничиваясь изменениями в самовыражении и социальной гендерной роли [8].

Кроме того, известно, что молодые люди, особенно женщины, могут иметь значительные колебания в сексуальной ориентации – от гомосексуализма к бисексуализму и наоборот. Это утверждение нашло подтверждение в ряде исследований, демонстрирующих наибольшее изменение сексуальной ориентации в подростковом и молодом возрасте, тогда как в зрелом и пожилом такие колебания редки [9; 10]. В исследовании Littman L. [13] было установлено, что случаи «внезапно начавшейся гендерной дисфории» наиболее часто возникали при таких личностных характеристиках, как внушаемость и зависимость от чужого мнения, нахождение в коллективе, где тематика транссексуализма обсуждается и есть представители ЛГБТ-сообщества. Эти данные заставляют задуматься о долгосрочности диагноза гендерной дисфории у таких пациентов и возможном увеличении процента сожалеющих о проведенной смене пола спустя несколько лет.

Преобладание гендерной дисфории в мужской и женской популяции достаточно противоречиво. Так, по данным Эндокринологического научного центра Российской академии наук соотношение мужчин и женщин составляет 1:3 [11], отделения андрологии и урологии ЭНЦ РАМН – 1,4:1 [12], Московского городского психондокринологического центра – 1,3:1 [11; 12].

В связи с тем, что в последнее время процесс смены пола значительно облегчился, существуют разные варианты и степени изменения социальной роли, внешности и физиологии у пациентов с гендерной дисфорией. Неизбежным следствием этого стал упрощившийся механизм получения медицинского согласия на проведение социальных (социальный переход, социализация новой роли), юридических (замена пола и имени в документах) и медицинских процедур. Среди последних есть необратимые, к которым относятся хирургические операции по изменению половых органов, мастэктомия, феминизирующие и маскулинизирующие пластические операции на лице, а также относительно обратимые, направленные на системное функционирование организма (заместительная гормональная терапия).

Проблема транссексуальности на сегодняшний день является достаточно острой и дискуссионной, так как данной расстройством влечет за собой серьезные последствия морального, этического и психосоматического плана. Транссексуалы часто склонны к депрессивным расстройствам и аутоагрессивному поведению, а также подвергаются дискриминации обществом. В связи с высокой вероятностью совершения суицидальных действий существует острая необходимость в оказании квалифицированной психологической помощи, а также наблюдении психиатром для установления диагноза, разрешения осуществить гормональное и хирургическое вмешательство, направленное на смену пола.

Далее нами представляется клинический случай пациента с транссексуальной половой идентичностью. Особое внимание было уделено изучению преобладающих дезадаптивных когнитивных схем, содержательных характеристик идентичности (в том числе гендерной) личности, а также эмоционально-оценочных компонентов Я-концепции.

Пациентка В. самостоятельно обратилась за помощью в Республиканскую психиа-

трическую клиническую больницу с целью стационарного обследования и установления оснований для получения возможности осуществить оперативное вмешательство по смене пола с последующей заменой паспорта и другой юридической документации. При поступлении в Центр медико-социальной реабилитации предъявляла жалобы: «мне не нравится, как выглядит мое тело, я испытываю дискомфорт в женском теле».

Anamnesis vitae. В. родилась младшей из пары близнецов, недоношенной, на сроке 6 месяцев 1 неделя. На протяжении всей беременности мать злоупотребляла крепкими спиртными напитками. Воспитаем сестер-близнецов занималась бабушка по причине лишения матери родительских прав. Последняя также страдала периодическим алкоголизмом, а отца, со слов матери, «посадили за убийство». Детство пациентки проходило безрадостно, в неудовлетворительных материально-жилищных условиях. По причине отсутствия материальных средств новая одежда не приобреталась и приходилось донашивать вещи, которые передавались семье, чаще они были мужскими. По той же причине не могла воплотить свою мечту – посещать занятия карате. С 2005 по 2016 год В. Посещала общеобразовательную школу, училась удовлетворительно, без энтузиазма. В начальной школе дружила с девочками, с подросткового возраста – стремилась к дружбе с противоположным полом. Досуг проводила в интернете, стала знакомиться в социальных сетях с людьми по интересам (сетевые игры) и предпочла реальному общению виртуальное. После окончания школы 3 года обучалась в медицинском колледже. Оценки были положительными, учеба приносила удовольствие. Получила специальность «Лаборант», по которой работает по сей день. В 2017 году умерла бабушка, пациентка тяжело переживала потерю. В 2019 году скончалась мать. Несмотря на ее плохое и жестокое обращение, В. до сих пор испытывает чувство вины перед ней. Обучается на заочной форме в университете, планирует стать биологом.

Anamnesis morbi. Наследственность нервно-психическими заболеваниями отягощена. Сестра-близнец является инвалидом I группы в связи с ДЦП и эпилепсией. Отец, мать, тетя по материнской линии страдали алкогольной зависимостью. В детстве пациентка предпочитала носить мужские вещи, в процессе клини-

ческой беседы детально и охотно рассказывает об этом. С трепетом вспоминает, как в 7 лет у нее порвались босоножки и ей дали сандалии в стиле «милитари», которые она носила до тех пор, пока «не выросла нога». Не играла в куклы, предпочитала – машинки, военные конструкторы и солдатиков. С 12 лет в компании друзей стала называть себя мужским именем и говорить о себе в мужском роде. Сверстники относились к этому с юмором, а бабушка не позволяла и ругалась. Когда в пубертатном периоде тело стало изменяться, вторичные половые признаки начали вызывать дискомфорт. В связи с этим стала носить мешковатую одежду. В 16 лет испытала симпатию к своему однокласснику, «потому что он относился ко мне по-доброму». Данный опыт был психотравмирующим, так как одноклассник не ответил взаимностью и высмеял ее перед всем классом. В 18 лет около 2 месяцев состояла в отношениях с одноклассником: «он был очень навязчивым и физически меня не привлекал». С 19 лет на протяжении трех лет находилась в любовных и эпизодических интимных отношениях с девушкой, которые прекратились по инициативе последней из-за «невозможности иметь совместных детей и юридической волокиты с документами по заключению брачных отношений».

Год назад познакомилась с несколькими молодыми людьми, которые относили себя к «трансгендерам». С тех пор стала читать специфическую литературу. По рекомендации знакомых без врачебного контроля и назначений, на протяжении 3 месяцев делала себе внутримышечные инъекции омнадрена (смесь 4 эфиров тестостерона). Вследствие гормональной терапии появилось оволосение по мужскому типу, изменился голос, прекратились менструации, увеличился клитор. Показатель свободного тестостерона в крови составил – 12,92 pg/ml.

На момент осмотра одета в мужские вещи, носит короткую стрижку. Просит называть себя мужским именем, отмечает, что благодаря инъекциям тестостерона «стал спокойнее, чувствую себя хорошо». Первое время пациента волновали возможные побочные эффекты, однако прекращать гормональную терапию «не стал». Высказывала намерения осуществить смену пола оперативным путем, изменить паспортные данные на мужские. В социальных сетях тесно взаимодействовала с лицами, которые принимали гормональную

терапию, планируют сменить пол или уже его сменили.

Из перенесенных заболеваний и травм: перелом носа, компрессионный перелом позвоночника. В отделение была осмотрена терапевтом и невропатологом – активных соматических заболеваний не выявлено.

Психический статус. Доступна продуктивному контакту. Ориентирована в месте, времени, собственной личности в полном объеме. В беседу вступает охотно, активно поддерживает ее. Словоохотлива. Речь грамотная, спокойная. Голос грубоватый. Мимика и жестикация не выразительные. Эмоциональный фон ровный. Психические процессы чувственного познания не нарушены. Внимание устойчивое, способность к концентрации и переключаемость достаточные. Интеллектуально развита согласно возрасту и полученному образованию. Память не нарушена. Ассоциативные процессы протекают в нормальном темпе. Продуктивная симптоматика не обнаруживается. Критика к своему состоянию сформирована.

В отделении пациентка прошла дополнительное экспериментально-психологическое обследование. На первом этапе исследования была получена характеристика когнитивных функций, эмоционального состояния (цветовой тест Люшера) и личностных свойств (Методика многостороннего исследования личности - ММРІ) пациентки.

Когнитивные функции. По данным методики «Заучивание 10 слов»: Нарушений кратковременной памяти не выявлено. Результаты по «Таблице Шульце» показали неравномерный темп психической деятельности за счет торможения в корковых клетках зрительного анализатора (пациента смотрит на число, но не видит его). Методика «Умственная работоспособность по Крепелину» указала на неустойчивость активного внимания, снижение его концентрации и переключения. По данным методик «Существенный признак», «Проба Эббингауза» у пациентки отмечалась низкая скорость мышления и подвижности нервных процессов. Было доступно понимание простых логических связей и отношений между понятиями, а также сохранение заданного способа рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач. Переносный смысл пословиц и метафор пациентка поясняла логически верно, вычленяла главную мысль в фразе конкретного содержания, а также дифференцировала суждения.

Эмоциональное состояние. У пациентки наблюдалась активно-оборонительная позиция, однако она была недостаточно стенична, наряду с трезвостью в оценках и рационализмом проявлялись элементы субъективизма, сверхчувствительности к критическим замечаниям, недоверчивость, ощущение опасности в связи с недоброжелательностью некоторых людей. Мышление с художественными наклонностями и восприимчивостью к эстетике. Стремление привлечь к себе внимание, завоевать симпатии окружающих и признание своей оригинальности. Отмечалась тенденция придавать особую значимость своим суждениям и высказываниям других. Выраженный контроль над проявлениями чувств и поступков, раскованность в узком кругу близких контактов. Во избежание конфликтов проявлялась тенденция к сдерживанию реакций и ярких эмоциональных всплесков. Стресс был вызван разочарованиями и препятствиями на пути к реализации своих намерений. Существовала потребность в избавлении от ограничений и в обретении свободы принятых решений. Отмечалось переутомление и ощущение бессилия перед лицом трудностей, раздражение и горечь обиды.

Личностные свойства. Во время проведения многоосевого исследования пациентка сознательно пыталась исказить результаты теста, а стремление получить «нормальный» результат было декларировано социально одобряемыми личностными качествами. Пациентка избегала откровенных ответов с целью подчеркнуть значимость своих глубинных убеждений. Наблюдалась проблема полоролевой и сексуальной адаптации. Мужественный стиль преобладал над женственными свойствами. При тестировании пациентка сознательно утаивала такие качества, как обидчивость, подозрительность, злопамятство, враждебность. Активно выражала потребность в нормализации половых отношений и устранении причин, вызвавших сексуальную неудовлетворенность. Пользовалась преимущественно защитными механизмами по типу дистанцирования, интеллектуализации.

Для уточнения источников проблемы самоопределения пациентка прошла психологическое обследование, где прояснились ведущие дезадаптивные когнитивные схемы в рамках когнитивно-аналитического подхода. Ранняя дезадаптивная схема (РДС) представляет собой защитный эмоциональный

и когнитивный паттерн, сформированный в детстве и повторяющийся в течение всей жизни. РДС, воссоздающихся из воспоминаний, эмоций, телесных ощущений, являются дисфункциональными в большей мере. Для тестирования пациентки нами использовался схемный опросник «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (Young Shema Questionnaire-Short Form Revised, YSQ S3R), который был разработан в 2005 году Дж. Янгом. В 2013 году Касьяник П.М., Романова Е.В. перевели и адаптировали данную методику на русский язык. В инструкции респондентам предлагается 90 вопросов, которые входят в 18 ранних дезадаптивных схем, объединенных в 5 доменов: 1. Разрыв связей и отвержение;

2. Дефицит автономии и боязнь проявить себя; 3. Нарушение границы; 4. Направленность на; 5. Сверхбдительность и подавление эмоций. Оценка критериев осуществлялась по шкале с градацией от 0 до 100 процентов.

Согласно данным критериям в результатах тестирования не было выявлено средних и высоких показателей. Выраженность, которая характеризовалась повышенными тестовыми показателями, имели следующие схемы: подавление эмоций (76,0%), негативизм/пессимизм (68,0%), пунитивность (64,0%), покинутость/нестабильность (64,0).

Схема подавления эмоций в пациентке проявлялась избыточным подавлением чувств, действий, коммуникаций. В данном случае больная преследовала цель избежать разочарования со стороны окружающих, потерю контроля над собой и влечениями, чувства стыда. Чаще такому подавлению подлежат: ярость, агрессия, сексуальное возбуждение, привязанность, любовь, ранимость, эмпатия, уязвимость; чрезмерная фокусировка на рациональности. Данная схема была заметна и на этапе беседы, в которой пациентка многократно упоминала, что положительный результат гормональной терапии, заключался в том, что она не только трансформирует внешний вид, но и снижает интенсивность эмоций.

Схема негативизма/пессимизма базируется на первазивной фокусировке на негативных жизненных аспектах, таких как потеря, смерть, конфликтные ситуации, обиды – при отрицании положительных сторон. При этой схеме проявлялась склонность В. к сосредоточенности на возможных трудностях, их преувеличению, обесцениванию положительного



в настоящем. Формирование данной схемы можно объяснить чередой психотравмирующих ситуаций в течение жизни пациентки, таких как алкоголизм и жестокое обращение со стороны матери, болезнь и смерть бабушки, необходимость зарабатывать на жизнь с раннего возраста.

Схема пунитивности заключается в убежденности в том, что каждая совершенная ошибка должна предполагать обязательное наказание. У пациентки выявлялась нетерпимость по отношению к себе и окружающим в случае несоответствия стандартам, отсутствовало умение прощать ошибки, разрешать себе принимать факт человеческого несовершенства.

В основе схемы покинутость/нестабильность лежит убежденность в том, что в любой момент отношения могут разорваться, а люди не смогут оказывать поддержку и защиту. Поведение окружающих воспринималось пациенткой как ненадежное, она находилась в ожидании неминуемой смерти близких, либо же в уверенности, что последние предпочтут ей кого-то другого.

В свою очередь пациентка не испытывала недостатка в поддержке, эмпатии и понимании, она не чувствовала собственного превосходства над другими.

С целью прояснения содержательных характеристик идентичности личности была использована методика «Кто я?» (М.Кун, Т. Макпартленд в модификации Т.В. Румянцевой). Несмотря на то, что понятие идентичности имеет значительное количество трактовок, применительно к данному исследованию мы остановились на следующей: под идентичностью стоит понимать отождествление себя с определенным полом, осознание индивидом себя как личности. Сама методика состоит из 20 вопросов, на которые необходимо отвечать произвольно в течение 12 минут. Каждая характеристика оценивается по четырехзначной системе: «+», «-», «±», «?».

У пациентки были зарегистрированы следующие результаты: «+»-13, «-»-2, «±»-6, «?»-0, что свидетельствует о конкретных особенностях гендерной идентичности. Во время тестирования пациентка несколько раз употребляла характеристику «мужчина» напрямую. Наличие такого прямого обозначения свидетельствует о том, что сфера психосексуальности в целом, а также при сравнении себя с представителями своего пола, является важной и принимаемой

внутренне темой самосознания. В самоописании преобладали глагольные формы настоящего времени (8) и прилагательные (11), предопределяющие эмоциональность и демонстративность, а недостаток существительных говорил о безответственности пациентки. В перечислениях отсутствовали социальные роли, что может встречаться при кризисе идентичности или инфантильности личности.

Также были проанализированы качественные индивидуальные характеристики идентичности (в скобках представлена прямая речь пациентки):

- «Социальное Я»: пациентка прямо обозначила пол («мужчина»);

- «Материальное Я»: отношение к внешней среде («люблю животных»);

- «Деятельное Я»: занятия, деятельности, увлечения («люблю свою работу», «творчество – метод выброса эмоций и воли»);

- «Рефлексивное Я»: личностные качества, описание индивидуального стиля поведения («скромный, тихий, воспитанный, иду до конца, чуткий, готов многим пожертвовать ради других, низкого мнения о себе, добрый сдержанный»).

Таким образом, поведение и основные выборы пациентки предопределялись следующими ранними дезадаптивными схемами: подавление эмоций, негативизм/пессимизм, пунитивность, покинутость/нестабильность. Перечисленные схемы были сформированы в течение детства в связи с фрустрацией материальных потребностей, психотравмирующим опытом, неудачами детского и пубертатного возраста, ранней необходимостью обеспечивать себя и сестру-инвалида. Во взрослом возрасте РДС были активированы событиями, которые пациентка неосознанно воспринимала и идентифицировала как априори травматические. Четко прослеживается связь между результатами опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем» и экспериментально-психологическим исследованием личности по ММРІ, в частности, тенденция к сдерживанию непосредственных эмоциональных реакций, возникновение недоверчивости и ощущения опасности в связи с недоброжелательностью некоторых людей.

Изучая содержательные характеристики идентичности пациентки, было выявлено, что в результатах заметно подчеркнута сфера психосексуальности в целом. При сопо-

ставлении субъективных оценок по методике «Кто я?» и многоосевого личностного опросника также обнаружены линии пересечения, согласно которым у пациентки в течение жизни был навязчиво сформирован стиль патриархального поведения. Это может быть обусловлено тем, что в семье пациентки отсутствовал адекватный пример мужчины и определенные обязанности были возложены

на ее плечи, а лица женского пола – не могли продемонстрировать полноценный образ женственного поведения из-за серьезных проблем со здоровьем. Исходя из этого, развитие транссексуальности и антагонистического самоопределения может быть следствием нарушения раннего психосексуального развития и формирования мужской роли поведения как копинг-стратегии.

*Абрамов В.А.<sup>1</sup>, Жигулина И.В.<sup>2</sup>, Мельниченко В.В.<sup>1</sup>, Чистик И.А.<sup>2</sup>*  
**ТРАНССЕКСУАЛЬНОСТЬ И ПРОБЛЕМА САМООПРЕДЕЛЕНИЯ**

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

<sup>2</sup>Республиканская психиатрическая клиническая больница, Донецк, ДНР

В статье представлен клинический случай пациентки с расстройством половой идентификации – транссексуализм. В рамках информированного согласия были даны сведения об анамнезе жизни и заболевания. Подробно изложены результаты клинической беседы, экспериментально-психологического исследования. Дополнительно с целью установления возможных причин формирования проблем с половым самоопределением пациентки были изучены дезадаптивные когнитивные схемы и содержательные характеристики идентичности. Исходя из результатов обследования, развитие транссексуальности и антагонистического самоопределения может быть следствием нарушения раннего психосексуального развития и формирования мужской роли поведения как копинг-стратегии.

Ключевые слова: ранние дезадаптивные схемы, идентичность, транссексуальность

*Abramov V.A.<sup>1</sup>, Zhigulina I.V.<sup>2</sup>, Melnichenko V.V.<sup>1</sup>, Chistik I.A.<sup>2</sup>*  
**TRANSSEXUALITY AND THE PROBLEM OF SELF-DETERMINATION**

<sup>1</sup>State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

<sup>2</sup>Republican Psychiatric Clinical Hospital, Donetsk, DPR

The article presents a clinical case of a patient with a gender identity disorder - transsexualism. As part of the informed consent, information about the anamnesis of life and disease was given. The results of a clinical conversation, an experimental psychological study are presented in detail. In addition, in order to establish the possible causes of the formation of problems with the patient's sexual self-determination, maladaptive cognitive schemes and content characteristics of identity were studied. Based on the results of the survey, the development of transsexuality and antagonistic self-determination may be the result of a violation of early psychosexual development and the formation of the male role of behavior as a coping strategy.

Keywords: early maladaptive schemas, identity, transsexuality

### *Литература*

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, онлайн версия. Расстройства половой идентификации. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4352>(дата обращения: 01.10.2021).
2. De Vries A., Kreukels B., TSjoen G., Algars M., Mattila A. Increase of referrals to gender identity clinics; a European trend? In: Transgender Healthcare in Europe. Book of Abstracts. European Professional Association of Transgender Health EPATH. 2015.
3. Aitken M. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. The Journal of Sexual Medicine. 2015; 12 (3): 756-763.
4. Kuyper L. Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. Archives of Sexual Behavior. 2013; 43 (2): 377-385.
5. Van Caenegem E. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. Archives of Sexual Behavior. 2015; 44(5): 1281-1287.

6. Coleman E. Standards of Care for the Health of Transsexual and Gender – Nonconforming People. *International Journal of Transgenderism*. 2012; 13(4): 165-232.
7. Keuzenkamp S. Acceptance of LGBT individuals in the Netherlands. The Hague: the Netherlands Institute of Social Research. 2013; 26-29.
8. Beek T. Partial Treatment Requests and Underlying Motives of Applicants for Gender Affirming Interventions. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015; 12 (11): 2201-2205.
9. Campo J. Psychiatric Comorbidity of Gender Identity Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160 (7): 1332-1336.
10. Campo J. Gender Identity Disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular Netherlands *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2001; 145 (39): 1876-1880.
11. Адамян Р. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в лечении транссексуализма: Дис...док. мед. наук: 14.0027. М.: 1996. 201.
12. Бухановский А.О. 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.
13. Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. 2018; 13:8.

### *References*

1. Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em, 10-go peresmotra, onlain versiya [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, online version]. *Rasstroistva polovoi identifikatsii*. Accessed: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4352>(Available at: 01.10.2021) (in Russian).
2. De Vries A., Kreukels B., TSjoen G., Algars M., Mattila A. Increase of referrals to gender identity clinics; a European trend? In: *Transgender Healthcare in Europe. Book of Abstracts*. European Professional Association of Transgender Health EPATH. 2015.
3. Aitken M. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015; 12 (3): 756-763.
4. Kuyper L. Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*. 2013; 43 (2): 377-385.
5. Van Caenegem E. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*. 2015; 44(5): 1281-1287.
6. Coleman E. Standards of Care for the Health of Transsexual and Gender – Nonconforming People. *International Journal of Transgenderism*. 2012; 13(4): 165-232.
7. Keuzenkamp S. Acceptance of LGBT individuals in the Netherlands. The Hague: the Netherlands Institute of Social Research. 2013; 26-29.
8. Beek T. Partial Treatment Requests and Underlying Motives of Applicants for Gender Affirming Interventions. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015; 12 (11): 2201-2205.
9. Campo J. Psychiatric Comorbidity of Gender Identity Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160 (7): 1332-1336.
10. Campo J. Gender Identity Disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular Netherlands *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2001; 145 (39): 1876-1880.
11. Adamyam R. Plasticheskaya i rekonstruktivnaya mikrokhirurgiya v lechenii transeksualizma: Dis...dok.med.nauk:14.0027. Moscow: 1996. 201 (in Russian).
12. Bukhanovskii A.O. Rezul'taty klinicheskogo i eksperimental'no-psikhologicheskogo issledovaniya pri diagnostike patologii lichnosti s inversiei polovoi identichnosti i orientatsii [The results of clinical and experimental psychological research in the diagnosis of personality pathology with inversion of gender identity and orientation]. *Pyatyi Vserossiiskii s'ezd nevropatologov i psikhiatrov. Tezisy dokladov*. 1985; 1:192-194 (in Russian).
13. Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. 2018; 13:8.

Поступила в редакцию 02.10.2021