

Кременицкая С. А.<sup>1,2</sup>, Соловьева Н. В.<sup>1,2</sup>, Макарова Е. В.<sup>1,2</sup>, Кизеев М. В.<sup>1</sup>, Васильева Т. П.<sup>1,3</sup>

## СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ И КОМОРБИДНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЛИЦ С ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИЕЙ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>АО «Научный центр персонализированной медицины», 105082, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В. Н. Городкова» Минздрава России, 153045, г. Иваново

По данным зарубежных авторов, 58% пациентов с гендерными нарушениями имели дополнительный психиатрический диагноз, 39,3% пациентов — как минимум одну попытку суицида. Данные о суицидальной активности и психической коморбидности в российской популяции трансгендерных лиц отсутствуют.

Цель исследования — оценка суицидальной активности и психической коморбидности у лиц с гендерными нарушениями.

Проведен ретроспективный анализ карт пациентов, обратившихся с жалобами на гендерные нарушения с января 2014 г. по апрель 2021 г. Изучены: демографические характеристики, анамнез жизни, коморбидная психическая патология на момент обращения и в анамнезе, частота суицидальных попыток, суицидальных мыслей и аутоагрессивного поведения. Были включены данные 926 пациентов с жалобами на гендерные нарушения: FtM — 515 (55,7%), MtF — 411 (44,3%). Медиана возраста обратившихся составила 24 года (от 13 до 65 лет).

В группе трансгендерных пациентов у 75,2% отсутствуют какие-либо психические заболевания, кроме гендерных нарушений. При этом наблюдалась высокая распространенность коморбидной психической патологии (в среднем 24,8%). Как правило, это были фоновые психические заболевания и обратимые психические расстройства, не являющиеся причиной гендерных нарушений. Частота суицидов в группе трансгендерных лиц составила 12,5%. На одного пациента с суицидальным опытом приходится 1,3 суицидальной попытки (от 1 до 5). Получена четкая зависимость роста суицидальной активности, депрессии, аутоагрессивного поведения, коморбидной психической патологии от возраста дебюта гендерного нарушения. Трансгендерные пациенты с дебютом гендерной дисфории в пубертатном возрасте максимально уязвимы в отношении развития любой психической патологии. Суицидальная активность у пациентов зависит как от социальных причин, так и от наличия коморбидной психической патологии. Выделен ряд модифицируемых факторов риска суицидального поведения: поддержка близких, внешнее соответствие ассоциируемому гендеру, ранние шаги по «смене пола», раннее обращение за медицинской помощью, компенсированные фоновые психические заболевания.

**Ключевые слова:** гендерная идентичность; суицидальная активность; социальные потери; транссексуализм; трансгендерное здоровье.

**Для цитирования:** Кременицкая С. А., Соловьева Н. В., Макарова Е. В., Кизеев М. В., Васильева Т. П. Суицидальная активность и коморбидная психическая патология у лиц с гендерной дисфорией. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(6):1283–1290. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-6-1283-1290>

**Для корреспонденции:** Макарова Екатерина Владимировна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник, e-mail: [rue-royal@inbox.ru](mailto:rue-royal@inbox.ru)

Kremenitskaya S. A.<sup>1,2</sup>, Solovieva N. V.<sup>1,2</sup>, Makarova E. V.<sup>1,2</sup>, Kizeev M. V.<sup>1</sup>, Vasilieva T. P.<sup>1,3</sup>

## THE SUICIDAL ACTIVITY AND COMORBID MENTAL PATHOLOGY IN PERSONS WITH GENDER DYSTROPHIA

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Joint-Stock Company “The Scientific Center of Personalized Medicine”, 105082, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Institution “The V. N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood” of Minzdrav of Russia, 153045, Ivanovo, Russia

According to foreign publications, 58% of patients with gender disorders had additional psychiatric diagnosis, 39.3% had at least one suicide attempt. The data of suicidal activity and mental comorbidity in Russian population of transgenders are absent.

Purpose of the study is to assess suicidal activity and mental comorbidity in persons with gender disorders.

The retrospective analysis of records of patients applied with complains on gender disorders from January 2014 to April 2021 was applied. The demographic characteristics, life anamnesis, comorbid mental pathology at time of appliance, frequency of suicidal attempts, suicidal thoughts and auto-aggressive behavior were examined. The data of 926 patients with gender disorders were included: FtM 515 (55.7%), MtF 411 (44.3%). The median age of patients applied for care appliance was 24 years (13–65 years). In group of transgender patients 75.2% had no mental illness, except gender disorders. At that, there was high prevalence of comorbid mental pathology (24.8% on average). Usually, it was background mental illnesses and reversible mental disorders, which were not causes of gender disorders. The suicide rate in transgender group was 12.5%. For 1 patient with suicidal experience, there were 1.3 suicidal attempts (from 1 to 5). The significant dependence of increased suicidal activity, depression, auto-aggressive behavior and rate of comorbid mental pathology on age of debut of gender disorders was established. The transgender patients with debut of gender dysphoria in puberty age are most vulnerable to development of any mental pathology. The suicidal activity of patients with gender disorders depends on both social causes and presence of comorbid mental pathology. A number of modifiable risk factors for suicidal behavior were identified: support of relatives, external correspondence to associated gender, early steps to “change gender”, earlier apply for medical care, background compensated mental illnesses.

**Keywords:** gender identity; suicidal activity; social losses; transsexualism; transgender health.

**For citation:** Kremenitskaya S. A., Solovieva N. V., Makarova E. V., Kizeev M. V., Vasilieva T. P. The suicidal activity and comorbid mental pathology in persons with gender dystrophism. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(6):1283–1290 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-6-1283-1290>

**For correspondence:** Makarova E. V., candidate of medical sciences, the Senior Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution "The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health" of the Minobrnauka of Russia. e-mail: rue-royal@inbox.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 24.01.2022  
Accepted 23.06.2022

## Введение

Суицидальное поведение (СП) является значимой проблемой общественного здравоохранения. Согласно последним оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), суицид остается одной из основных причин смерти во всем мире. По данным экспертов, самоубийство молодежи в возрасте 15—29 лет находится на 4-м месте после дорожно-транспортных происшествий, туберкулеза и межличностного насилия [1].

Гендерное несоответствие (ГН) — термин, описывающий дистресс, который человек испытывает из-за несовпадения своей гендерной идентичности и пола, предписанного при рождении, дебютирующее, как правило, в детском и подростковом возрасте. Гендерная дисфория (ГД) — максимально выраженный дистресс, нарушающий качество жизни и в некоторых случаях приводящий к аутоагрессии и суицидальным действиям. По данным экспертов ВОЗ, лица с ГН составляют 0,3—0,5% (25 млн) населения мира [2, 3].

Лица с ГД без должной и своевременной помощи специалистов являются максимально уязвимой группой, согласно теории «стресса меньшинств», в которой распространенность психической патологии, по мнению авторов, превышает уровень в популяции [4].

По данным Н. Н. Петровой, наличие нарушений половой идентификации сопряжено с большей тяжестью юношеской депрессии, преобладанием среднетяжелых и тяжелых депрессивных расстройств, более высоким риском развития суицида в данной группе (67%) по сравнению с группой пациентов без ГН (34%) [4, 5].

По данным зарубежных авторов, при анализе карт пациентов 12—22 лет с диагнозом ГД выяснилось, что 58% имели дополнительный психиатрический диагноз и у 39,3% пациентов была как минимум одна попытка суицида [6]. В крупном Национальном исследовании дискриминации трансгендеров (The National Transgender Discrimination Survey, NDTs) приводятся данные, что 41% из 6450 респондентов в прошлом пытались покончить жизнь самоубийством [7].

Практика в России демонстрирует высокую коморбидность транссексуализма с иными психическими заболеваниями, утяжеляющими течение как ГД, так и самого психического заболевания, что ограничивает терапевтический эффект при игнорировании одного из коморбидных процессов [8].

Системный стресс приводит к осознанному уходу от социального общения, дистанцированию с по-

гружением в мир одиночества [9]. По данным J. Olson и соавт. [10], риск аутоагрессивного, деструктивного и суицидального поведения у подростков с ГД зависит от неблагоприятного семейного окружения, дискриминации, нетолерантного окружения, что формирует аномальное развитие личности как ответ на систематический дистресс.

Известно, что эффективность своевременно полученной информации о гендерных нарушениях и помощь специалистов позволяют улучшить качество жизни, снижают уровень дистресса, суицидальную настроенность и аутоагрессию подростков [11—15].

В данной работе мы проанализировали зависимость суицидальной активности и коморбидности пациентов с ГН от возраста дебюта симптомов ГН в российской популяции.

Цель исследования — оценить суицидальную активность и психическую коморбидность лиц с ГН при дебюте ГН в различные периоды психосексуального развития, выделить группы риска.

## Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ карт пациентов, обратившихся с жалобами на ГН в «Научный центр персонализированной медицины» (НЦПМ) с января 2014 г. по апрель 2021 г. с целью получения любой медицинской помощи. Включались как пациенты FtM (female-to-male, трансгендерные мужчины), так и пациенты MtF (male-to-female, трансгендерные женщины) любого возраста, в том числе подростки.

Дизайн исследования — ретроспективное исследование одномоментного среза.

*Переменные* — были изучены:

- демографические характеристики;
- данные анамнеза жизни (возраст начала ГН, возраст осознания своей трансгендерности, принятия себя трансгендерным человеком, возраст первых шагов по смене пола, срок жизни в желаемой социальной роли, попытки «переделать себя» в анамнезе, наличие поддержки близких, факт приема гормональной терапии, факт вступления в брак и наличие детей);
- соответствие внешнего вида желаемому гендеру (авторская шкала субъективной оценки от 1 до 5 баллов);
- коморбидная психическая патология на момент обращения (оценивалась с учетом выявленных симптомов, подтвержденных анамнестическими и катamnестическими сведениями, данными осмотров психиатра);

Таблица 1

Базовые характеристики в общей группе трансгендерных лиц

Показатель	Значение	
	%	абс. ед.
Соотношение MtF/FtM, n (%)	44,3/55,7	411/515
Прием гормональной терапии	50,0	463/925
Вступление в брак	13,5	123/910
Наличие детей	8,0	72/891
Наличие поддержки близких	62,8	582/926
Попытки «переделать себя» (жить согласно паспортному полу)	66,8	615/920
Депрессивные эпизоды	83,1	767/922
Аутоагрессия	38,5	339/880
Суицидальные попытки	12,6	116/914

Этапы жизни лиц с ГД	Ме [25-й; 75-й перцентили]
Возраст обращения за медицинской помощью, годы	24,0 [20; 31]
Возраст дебюта гендерного несоответствия, годы	11,0 [6; 12]
Возраст принятия себя трансгендерным человеком, годы	17,0 [15; 20]
Возраст первых шагов по смене пола, годы	20,0 [17; 26]
Длительность жизни в социальной роли желаемого гендера, годы	2,0 [1,0; 4,0]

- частота суицидальных попыток, суицидальных мыслей и аутоагрессивного поведения.

**Популяция.** В анализ были включены данные 926 пациентов с жалобами на ГН (МКБ-10: F64.0—F64.9, МКБ-11: HA6). При этом 40 (4,3%) пациентов не соответствовали критериям диагноза F64.0 (HA60, HA61) и были представлены разнородной группой заболеваний, симптомами которых были идеи «смены пола». Соотношение по гендерному признаку: FtM — 515 (55,7%) человек, MtF — 411 (44,3%). Медиана возраста обратившихся составила 24 года (от 13 до 65 лет). Базовые характеристики общей группы представлены в табл. 1.

**Статистическая обработка данных** проведена в программе Statistica 10 для Microsoft (StatSoft Russia) с использованием параметрических и непараметрических методов анализа. В случае репрезентативной выборки значения приведены в виде среднего и стандартного отклонения ( $M \pm m$ ). В случае нерепрезентативной выборки данные приведены в виде медианы и первого и третьего квартилей: Ме [25-й; 75-й перцентили]. Сравнение межгрупповых различий проводилось с использованием *T*-критерия Стьюдента или *U*-критерия Манна—Уитни. Для сравнения качественных признаков проводился анализ с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона. При проверке статистических гипотез критический уровень значимости принимался равным 0,05.

**Результаты исследования**

*Характеристика трансгендерных пациентов в зависимости от дебюта ГН*

Все пациенты были распределены на четыре группы с учетом возраста воз-

никновения первых симптомов ГН, согласно этапам психосексуального развития по Г. С. Васильченко [16]:

- 1-я группа: с дебютом ГН в парапубертатный период (с 1 года по 6 лет включительно);
- 2-я группа: с дебютом ГН в препубертатный период (с 7 по 13 лет включительно);
- 3-я группа: с дебютом ГН в пубертатный период (с 14 по 17 лет включительно);
- 4-я группа: с возникновением первых симптомов ГД в возрасте от 18 лет и старше, соответствующих переходному периоду становления сексуальности и периоду зрелой сексуальности.

Дальнейший анализ полученных данных проводился внутри данных групп.

Выявлено, что большинство ( $n=571$ ; 61,6%) трансгендерных пациентов испытывали первые симптомы ГН в препубертатном возрасте (от 7 до 13 лет, средний возраст —  $10,7 \pm 2,0$  года). В парапубертатном возрасте (до 6 лет) первые симптомы проявились у 246 (26,4%), средний возраст —  $5,02 \pm 0,8$  года (рис. 1).

Значительно меньшее число пациентов отмечали дебют ГН после 14 лет ( $n=96$ ; 10,3%), средний возраст —  $14,6 \pm 0,85$  года. Меньше всего случаев дебюта ГН приходилось на возраст старше 18 лет ( $n=13$ ; 1,4%), средний возраст в группе —  $25,7 \pm 9,2$  года.

Выявлено, что лица FtM, как правило, осознают свое ГН раньше, чем пациенты MtF ( $9,3 \pm 3,7$  года против  $10,6 \pm 4,5$  года;  $p=0,000$ ), что также приводило к более раннему принятию себя трансгендерным человеком ( $17,2 \pm 4,02$  года против  $19,9 \pm 6,8$  года соответственно,  $p=0,000$ ), более ранним первым шагам по смене пола ( $21,3 \pm 5,9$  года против  $24,19 \pm 8,2$  года соответственно;  $p=0,000$ ) и более раннему обращению за медицинской помощью ( $24,8 \pm 6,9$  года против  $27,9 \pm 9,1$  года;  $p=0,000$ ). Соответственно, перевес MtF зафиксирован в группе с поздним дебютом ГД (см. рис. 1).

При обращении за медицинской помощью большинство трансгендерных пациентов ( $n=797$  из 911; 87,4%) уже жили в социальной роли желаемого гендера и поддерживали соответствующий облик (носили соответствующую одежду и причёску, использовали желаемые местоимения в общении с род-

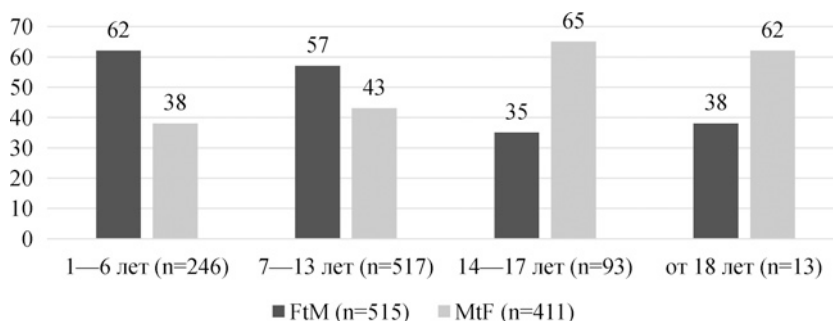


Рис. 1. Соотношение FtM и MtF в группе трансгендерных лиц в зависимости от возраста дебюта ГН, %.

Таблица 2

**Распространенность коморбидной психической патологии среди трансгендерных лиц**

Психическое здоровье	Все		MtF		FtM		p
	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	
Психически здоровые пациенты с проявлениями ГН	75,2	697/926	71,2	293/411	78,4	404/515	0,11
Коморбидные пациенты	24,8	229/926	28,7	118/411	21,6	111/515	0,06
Тип коморбидной патологии:							
тип 1 — потенциально обратимые невротические расстройства	6,2	58/926	6,3	26/411	6,2	32/515	0,2
тип 2 — фоновые психические заболевания, не являющиеся причиной ГН	14,1	131/926	15,8	65/411	12,8	66/515	0,09
тип 3 — Идея «смены пола» как симптом психического заболевания	4,3	40/926	6,5	27/411	2,5	13/515	0,01

Примечание. Разница  $p$  между группами MtF и FtM рассчитана с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона.

ственниками, друзьями и окружающими) от полугода до 30 лет (медиана — 2,0 [1,0; 4,0] года).

Получены данные, что при более раннем дебюте ГН пациенты раньше начинали социализироваться в желаемом гендере (выявлена отрицательная корреляционная связь:  $R=-0,24$ ;  $p=0,000$ ). Для парапубертатного дебюта ГН срок жизни в желаемом гендере до момента обращения составил 3,0 [2,0; 5,0] года, для препубертатного — 2,0 [1,5; 4,0] года, для пубертатного — 1,0 [0,0; 3,0] года, при дебюте ГН во взрослом возрасте — 0,0 [0,0; 0,9] года.

Внешний вид пациентов с точки зрения соответствия желаемому гендеру был оценен с помощью 5-балльной шкалы внешнего соответствия ассоциируемому полу (ВСАП), где 1 — нет соответствия, 3 — андрогинный или унисексуальный вид, 5 — полное внешнее соответствие. При более раннем дебюте ГН трансгендерные лица имели более гармоничный внешний вид. Среднее значение в 1-й группе составило  $4,2 \pm 0,81$  балла по шкале ВСАП, во 2-й группе —  $4,0 \pm 0,86$  балла, в 3-й —  $3,2 \pm 1,06$  балла, в 4-й —  $2,0 \pm 0,7$  балла.

Чем раньше у пациентов случался дебют ГН, тем больше поддержки окружающих (семья, друзья, близкие люди) получали трансгендерные пациенты: в 70,3% случаев в 1-й группе ( $n=173$ ), в 64,9% случаев во 2-й ( $n=371$ ), в 41,6% случаев в 3-й ( $n=40$ ) и только в 15,3% случаев в 4-й ( $n=2$ ).

Также у лиц с ранним дебютом ГН реже отмечались попытки «переделать себя», соответствовать запросам социума, «попытаться стать как все, смириться» с момента понимания своих особенностей до обращения за медицинской помощью. Такие периоды отмечали 58,1% лиц в 1-й группе ( $n=143$ ), 71,6% лиц во 2-й ( $n=409$ ) и 70,8% лиц в 3-й группе ( $n=68$ ). В 4-й группе данный показатель составил 23% ( $n=3$ ).

В периоды попыток адаптации в поле, приписанном при рождении, ряд трансгендерных пациентов вступали в официальный брак: в 1-й группе — 12,1% ( $n=30$ ), во 2-й — 12,2% ( $n=70$ ), в 3-й — 35,4% ( $n=34$ ), в 4-й — 53,8% ( $n=7$ ). Доля пациентов с детьми составила в 1-й группе 6,9% ( $n=17$ ), во 2-й — 9,6% ( $n=55$ ), в 3-й — 21,8% ( $n=21$ ), в 4-й — 61,5%. ( $n=8$ ). Всего было рождено 102 ребенка.

Подавляющее число пациентов с ГН делали попытки стать «обычными», соответствовать предписанной социальной и половой роли.

Период, прожитый пациентами до момента информированности о состоянии, понимании своих дальнейших шагов и возможностей, как правило, сопряжен с высоким личным и социальным стрессом, который можно рассматривать как причину возникновения коморбидной психической патологии.

#### Коморбидная психическая патология у трансгендерных лиц

Психически здоровые пациенты на момент обращения составили 75,2% (697 из 926), в группе MtF —

71,8% (293 из 411), в группе FtM — 78,5% (404 из 515).

Дополнительные психиатрические диагнозы (коморбидные пациенты) имели 24,8% (229 из 926; табл. 2). Психическая коморбидная патология, установленная в прошлом или на момент первичного осмотра, была распределена на три типа:

Тип 1 — потенциально обратимые состояния: невротические расстройства, связанные со стрессом, а также соматоформные расстройства (F40—49), поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50—59), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте раздела F60—69, за исключением рубрик F64, F65, F66. При наличии симптоматики на момент обращения проводилась коррекция с применением психотерапевтических или медикаментозных способов терапии.

Тип 2 — коморбидные психические заболевания, протекающие на фоне ГН, представленные рубриками F06—07, F20—29, F30—39, F80—89, F90—99 в виде хронической аффективной патологии, расстройств личности в рамках шизотипического и шизоаффективного расстройств, различных по выраженности специфических расстройств речи, синдроме Жюль де ла Туретта, минимальных аутистических черт и расстройств поведения. Данная группа заболеваний не является причиной ГН, но является фактором, утяжеляющим социальную адаптацию пациентов и препятствующим достижению ремиссии и шагам по снижению ГД без регулярной специализированной помощи.

Тип 3 — психические заболевания с идеями «смены пола», имеющие потенциально обратимый характер при проведении соответствующей терапии и психосоциальной реабилитации. В данную группу вошли пациенты с полиморфными психическими расстройствами, галлюцинаторно-бре-

Здоровье и общество

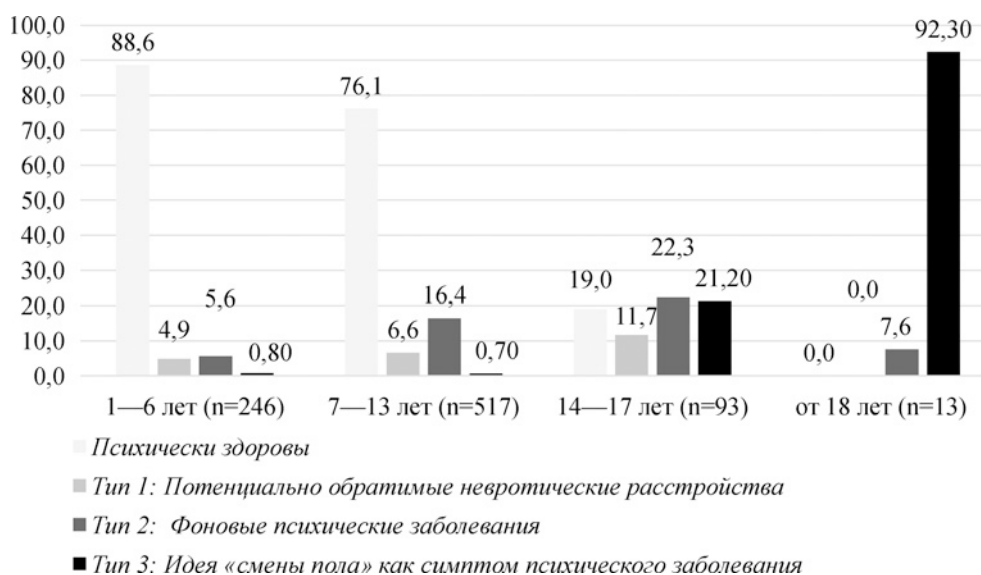


Рис. 2. Представленность разных типов коморбидной психической патологии в группе трансгендерных лиц в зависимости от дебюта ГН, %.

довой симптоматикой различного генеза, слабоуспеваем.

Из группы лиц с дополнительным психиатрическим диагнозом потенциально обратимые расстройства (тип 1) имели 24,8% (58 из 229) пациентов, фоновые психические заболевания, не являющиеся причиной ГН (тип 2), имели 57,2% (131 из 229) пациентов, психическую патологию, ставшую причиной формирования идеи «смены пола» (тип 3) имели 17,4% пациентов (40 из 229).

Оценка психического здоровья в зависимости от дебюта ГН представлена на рис. 2. Важно отметить, что условно здоровые пациенты значительно преобладают в группах с началом ГН в парапубертатном (89%), препубертатном (76%) и пубертатном (45%) периодах и отсутствуют в группе с началом ГН в возрасте 18 лет и старше (0%).

Максимальная распространенность фоновых психических заболеваний отмечена в группе с дебютом ГН от 7 до 13 лет (70%), она несколько снижается при дебюте в 14—17 лет (42%).

Психическая патология, не соответствующая критерию установления диагноза F64.0, F64.2 (НА60, НА61), максимально представлена среди пациентов с поздним дебютом ГН (92,3%), что может расцениваться как симптом психического заболевания, требующего иного лечебно-реабилитационного подхода. Идея «смены пола» как симптом психического заболевания значительно чаще ( $p=0,01$ ) встречалась в группе биологических мужчин старше 18 лет (см. табл. 2, рис. 2).

**Депрессивные эпизоды** встречались в анамнезе у большинства трансгендерных лиц (83,1% в общей группе). Разделение пациентов на группы в зависимости от возраста дебюта ГН показало, что лица с дебютом ГН в подростковом возрасте чаще имели депрессию: 79% лиц в 1-й группе, 85% — во 2-й группе, 86% — в 3-й группе. В 4-й группе распространенность депрессии составила 68%, что было

значимо ниже объединенного показателя 1—3-й групп ( $p>0,05$  по критерию  $\chi^2$  Пирсона).

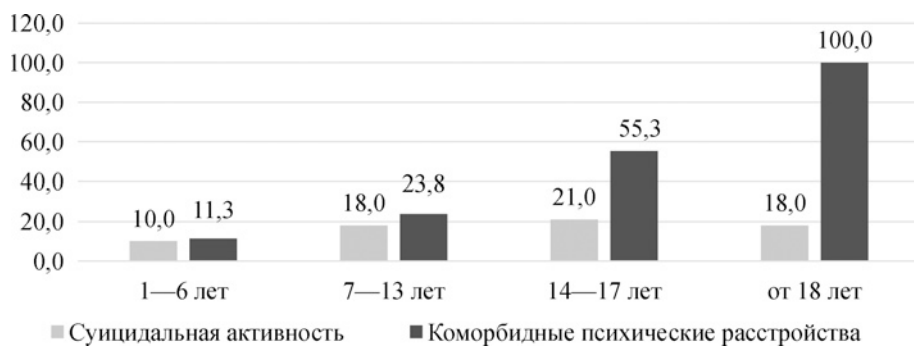
**Аутоагрессия** (представлена самоповреждениями, прижиганиями, рискованным поведением, алкоголизацией и употреблением токсичных веществ, отказом от профилактических медицинских осмотров и вмешательства) встречалась в среднем у 38,5% трансгендерных пациентов: в 1-й группе — 37% случаев ( $n=91$ ), во 2-й — 39% ( $n=201$ ), в 3-й — 35% ( $n=32$ ), в 4-й — 31% ( $n=4$ ).

**Суицидальная активность.** Среди всей группы трансгендерных пациентов попытки суицида признали 12,6%, (116 из 914); 35,5% имели суицидальные мысли в прошлом (329 из 926), 28,7% говорили об актуальных суицидальных мыслях (266 из 926). Среди всех пациентов с опытом суицида 50% составили MtF и 50% — FtM. При анализе внутри групп распространенность суицидальной активности в популяции MtF была выше: 15,2% (62 из 406) против 10,6% в группе FtM (54 из 509;  $p=0,001$ ).

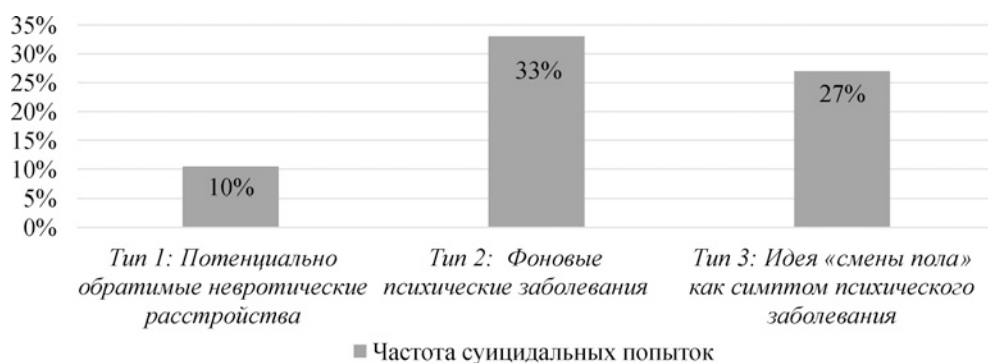
На рис. 3 представлен рост суицидальной активности параллельно с психической коморбидностью в группах с более поздним дебютом ГН. В 1-й группе частота попыток суицида составила 10%, во 2-й — 18%, в 3-й — 21%, в 4-й — 18%.

При анализе частоты суицидальных попыток в зависимости от психического статуса выявлено, что минимальная суицидальная активность в анамнезе (10,4%) продемонстрирована в группе пациентов с обратимыми невротическими расстройствами (тип 1). Максимально уязвимыми в плане суицидальной активности являются пациенты с фоновыми коморбидными психическими заболеваниями, среди них 33% имеют суицидальный опыт (рис. 4).

На одного пациента с суицидальным опытом приходится 1,3 суицидальной попытки (от 1 до 5), что выше, чем опыт суицидальной активности у пациентов с иными психическими заболеваниями



**Рис. 3.** Рост суицидальной активности параллельно с коморбидностью на фоне более позднего дебюта ГН, %.



**Рис. 4.** Суицидальная активность с учетом психического здоровья в группе трансгендерных лиц, %.

(27%), не соответствующими критериям F64 (по МКБ-10) или NA6 (по МКБ-11).

#### Факторы, влияющие на суицидальную активность

При анализе отдельных факторов, влияющих на суицидальную активность трансгендерных пациентов, установлено, что реже попытки суицида встречались в группе лиц, имеющих поддержку близких (8,3%; 48 из 573, против 19,9%; 68 из 341), чем у не

имевших поддержки близких ( $p=0,0000$  по критерию  $\chi^2$  Пирсона).

Реже попытки суицида встречались при хорошем внешнем соответствии желаемому гендеру, в группе с высоким баллом по шкале ВСАП: 10,7% (67 из 622) в группах 4—5 баллов против 16,7% (49 из 292) в группе от 1 до 3 баллов ( $p=0,001$  по критерию  $\chi^2$  Пирсона). Среднее значение по шкале ВСАП в группе не имевших суицидального опыта составил  $4,0 \pm 0,9$  балла по сравнению с  $3,81 \pm 1,0$  балла в группе лиц, имевших суицидальный опыт (различия значимы при  $p=0,04$ ; табл. 3).

Низкая суицидальная активность отмечена при более раннем возрасте обращения за медицинской помощью ( $p=0,0000$ ) и при более коротком периоде между первыми симптомами ГН и обращением за медицинской помощью ( $p=0,016$ ). Период между

принятием себя трансгендерным человеком и первыми «шагами по смене пола» с высокой достоверностью был выше у лиц, не имевших попыток суицида, по сравнению с лицами с суицидальной активностью в анамнезе (медиана 3,0 и 4,5 года,  $p=0,0003$  по критерию Манна—Уитни).

#### Обсуждение

В работе выявлена высокая распространенность коморбидной психической патологии у лиц, имеющих запрос на гендерно-аффирмативные процедуры (феминизация или маскулинизация тела, смена документов). Как правило, в данной группе фиксируются обратимые невротические расстройства и довольно часто имеются фоновые психические заболевания, не являющиеся причиной ГН, но усугубляющие его течение. Согласно нашему опыту, аффирмативная помощь данным людям приводит к стабилизации их психического состояния.

В небольшом проценте случаев (4,3%) идея «смены пола» оказывалась следствием другого психического заболевания (галлюцинаторно-бредовая симптоматика, слабоумие). Группа этих пациентов очень отличалась от основной выборки трансгендерных лиц. У них наблюдались значимо более поздний дебют заболевания, отсутствие социализации в желаемом гендере, их внешний вид, как правило, не соответствовал желаемому гендеру, они чаще вступали в брак, для них не были характерны депрессия, аутоагрессия и суицидальное поведение.

Таблица 3

Факторы, влияющие на суицидальную активность трансгендерных лиц

Фактор	Не имели суицидального опыта (n=798)	Имели суицидальный опыт (n=116)	p
Наличие поддержки близких, %	19,9	8,3	0,0000*
Внешнее соответствие желаемому гендеру, баллы	$4,0 \pm 0,9$	$3,8 \pm 1,03$	0,046**
Возраст на момент обращения за медицинской помощью, годы	$25,89 \pm 7,9$	$28,58 \pm 9,0$	0,0008**
Период между первыми симптомами ГН и обращением за медицинской помощью, годы	$16,08 \pm 7,4$	$18,1 \pm 8,3$	0,016**
Период между принятием себя трансгендерным человеком и первыми шагами «по смене пола», годы	3,0 [1,0; 5,0]	4,5 [4,0; 6,5]	0,0003***

Примечание. \* — использован критерий  $\chi^2$  Пирсона, \*\* — использован T-критерий Стьюдента. ; \*\*\* — использован U-критерий Манна—Уитни.

## Здоровье и общество

Группу пациентов с началом ГН в возрасте после 18 лет составляли пациенты со 100% уровнем коморбидности, 87% которой представлено психотической симптоматикой с явлениями ГД, возникшей остро или подостро и не имеющей характерной этажности, что можно принять как важный критерий для дифференциальной диагностики состояний, проявляющихся ГН. Таким образом, данную группу пациентов следует отнести к отдельной категории и отделять от трансгендерных лиц, имеющих старт ГН до пубертата и уже живущих на момент обращения в желаемом гендере.

В группе с началом ГН в пубертатном периоде доля пациентов с коморбидной патологией достигает 55,3%, что подтверждает сведения зарубежных коллег [6, 7]. Такая картина демонстрирует высокую уязвимость пациентов с гендерными нарушениями в период полового созревания и требует грамотного и профессионального сопровождения родителей, имеющих детей с ранними проявлениями ГН с целью минимизации внутрисемейного и социального стресса.

Рассматривая группу пациентов с дебютом ГН до 18 лет, мы зафиксировали рост суицидальной активности и коморбидности параллельно с увеличением возраста первых симптомов ГН в группах. Максимальная суицидальная активность и разнообразие психической патологии выявлены в группе лиц с пубертатным дебютом ГН (14—17 лет), что обусловлено максимальной динамикой телесных и личностных изменений за малый период времени на фоне сформированного социального сценария, сохраняющейся зависимостью от мнения окружающих, юридической ограниченной дееспособностью и материальной зависимостью от родителей.

Минимальная обремененность хроническими психическими заболеваниями и суицидальная активность установлены в группах с пара- и препубертатным началом симптомов ГН (1—6 и 7—13 лет). Это можно объяснить более длительным временным периодом адаптации к своим особенностям за долго до пубертатного периода с минимальным стрессом на физическом уровне. При раннем начале ГН имеется достаточно времени для получения информации о своей особенности, путях решения проблем и адаптации социального окружения.

Среди факторов риска суицидального поведения в группе трансгендерных лиц нами выделен ряд модифицируемых факторов: поддержка близких, ранние шаги по «смене пола», достижение внешнего соответствия, более раннее обращение за медицинской помощью, компенсированные фоновые психические заболевания.

### Выводы

1. В группе трансгендерных пациентов у 75,2% отсутствуют какие-либо психические заболевания, кроме ГН. При этом наблюдалась достаточно высокая распространенность коморбидной психической патологии (в среднем 24,8%).

Как правило, это были фоновые психические заболевания и обратимые психические расстройства, не являющиеся причиной ГН.

2. Частота суицидов в группе трансгендерных лиц составила 12,5%. На одного пациента с суицидальным опытом в среднем приходится 1,3 суицидальной попытки (от 1 до 5).
3. Получена четкая зависимость роста суицидальной активности, депрессии, аутоагрессивного поведения, частоты встречаемости и тяжести коморбидной психической патологии от возраста дебюта ГН.
4. Трансгендерные пациенты с дебютом ГД в пубертатном возрасте максимально уязвимы в отношении развития любой психической патологии.
5. Суицидальная активность у пациентов с ГН зависит от социальных причин и наличия коморбидной психической патологии. Выделен ряд модифицируемых факторов риска суицидального поведения: поддержка близких, внешнее соответствие ассоциируемому гендеру, ранние шаги по «смене пола», раннее обращение за медицинской помощью, компенсированные фоновые психические заболевания.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Каждая сотая смерть — самоубийство. Пресс-релиз 17 июня 2021 г. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
2. ВОЗ. Краткий обзор ЕРБ-ВОЗ — здоровье трансгендеров в контексте МКБ-11. Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/who-europe-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11>
3. Meyer I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol. Bull.* 2003 Sep;129(5):674—97. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
4. Atkinson S. R., Russell D. Gender dysphoria. *Aust. Fam. Phys.* 2015;44(11):792—6.
5. Петрова Н. Н., Задорожная М. С. Особенности суицидального поведения и нарушения гендерной аутоидентификации у пациентов с юношескими депрессиями. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии.* 2013;(3):59—64.
6. Peterson C. M., Matthews A., Copps-Smith E., Conard L. A. Suicidality: self-harm, and body dissatisfaction in transgender adolescents and emerging adults with gender dysphoria. *Suicide Life Threat. Behav.* 2017;47:475—82
7. Grant J. M., Mottet L. A., Tanis J. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011. Washington, DC, National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Режим доступа: [https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS\\_Report.pdf](https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf)
8. Старостина Е. А., Ягубов М. И. К вопросу о нарушении половой идентичности при транссексуализме и расстройствах шизофренического спектра. *Российский психиатрический журнал.* 2019;(5):22—30. doi: 10.24411/1560-957X-2019-11943
9. Specht A. A., Gesing J., Pfaeffle R. Symptoms, Comorbidities and Therapy of Gender Dysphoria. *Klin. Padiatr.* 2020 Jan;232(1):5—12. doi: 10.1055/a-1066-4625
10. Olson J., Schrager S. M., Belzrer M. Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *J. Adolescent Health.* 2015;(57):374—80 doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.04.027
11. Olson K. R., Durwood L., DeMeules M., McLaughlin K. A. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics.* 2016 Mar; 137(3):e20153223. doi: 10.1542/peds.2015-3223. Epub 2016 Feb 26.

12. Frost D. M., Meyer I. H. Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *Sex Res.* 2012;137:1—8. doi: 10.1080/00224499.2011.565427
13. Hendricks M. L., Tesla R. J. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 2012;43:460—7. doi: 10.1037/a0029597
14. Virupaksha H. G., Muralidhar D., Ramakrishna J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. *Indian J. Psychol. Med.* 2016 Nov—Dec;38(6):505—9. doi: 10.4103/0253-7176.194908
15. Liu H., Wilkinson L. Marital status differences in suicidality among transgender people. *PLoS ONE.* 2021;16(9):e0255494. doi: 10.1371/journal.pone.0255494
16. Васильченко Г. С. Частная сексопатология. М.: Медицина; 1983.
7. Grant J. M., Mottet L. A., Tanis J., et al. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011. Washington, DC, National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Available at: [https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS\\_Report.pdf](https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf)
8. Starostina E. A., Yagubov M. I. On the issue of gender identity disorder in transsexualism and schizophrenia spectrum disorders. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal.* 2019;(5):22–30. doi: 10.24411/1560-957H-2019-11943 (in Russian).
9. Specht A. A., Gesing J., Pfaeffle R. Symptoms, Comorbidities and Therapy of Gender Dysphoria. *Klin. Padiatr.* 2020 Jan;232(1):5—12. doi: 10.1055/a-1066-4625
10. Olson J., Schrager S. M., Belzrer M. Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *J. Adolescent Health.* 2015;(57):374–80 doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.04.027
11. Olson K. R., Durwood L., DeMeules M., McLaughlin K. A. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics.* 2016 Mar; 137(3):e20153223. doi: 10.1542/peds.2015-3223. Epub 2016 Feb 26.
12. Frost D. M., Meyer I. H. Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *Sex Res.* 2012;137:1—8. doi: 10.1080/00224499.2011.565427
13. Hendricks M. L., Tesla R. J. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 2012;43:460—7. doi: 10.1037/a0029597
14. Virupaksha H. G., Muralidhar D., Ramakrishna J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. *Indian J. Psychol. Med.* 2016 Nov—Dec;38(6):505–9. doi: 10.4103/0253-7176.194908
15. Liu H., Wilkinson L. Marital status differences in suicidality among transgender people. *PLoS ONE.* 2021;16(9):e0255494. doi: 10.1371/journal.pone.0255494
16. Vasil'chenko G. S. Private sexopathology [*Chastnaya seksopatologiya*]. Moscow: Meditsina;1983. 304 p. (in Russian).

Поступила 24.01.2022  
Принята в печать 23.06.2022

#### REFERENCES

1. WHO. One in 100 deaths is by suicide. News release 17 June 2021. Available at: <https://www.who.int/en/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
2. WHO. WHO/Europe brief — transgender health in the context of ICD-11. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/who-europe-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11>
3. Meyer I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol. Bull.* 2003 Sep;129(5):674–97. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
4. Atkinson S. R., Russell D. Gender dysphoria. *Aust. Fam. Phys.* 2015;44(11):792–6.
5. Petrova N. N., Zadorozhnaya M. S. Features suicidal behavior and violation of gender autoidentification in patients with adolescent depression. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii.* 2013;(3):59–64 (in Russian).
6. Peterson C. M., Matthews A., Copps-Smith E., Conard L. A. Suicidality: self-harm, and body dissatisfaction in transgender adoles-