

Расстройство половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности (клинико-психопатологический аспект)

Попова Г.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Цель: психопатологическая дифференциация расстройства половой самоидентификации (РПС) в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности; создание типологии для разработки критериев диагностики и прогноза. **Пациенты и методы:** клинико-психопатологическим методом обследованы 63 пациента (46 женщин и 17 мужчин), обратившихся в ФГБНУ НЦПЗ с 2016 по 2019 г. У всех пациентов было диагностировано расстройство половой самоидентификации на фоне депрессивного состояния в рамках шизотипического расстройства, расстройства личности истерического и истеро-шизоидного круга. **Результаты:** проведенный клинико-психопатологический анализ расстройства половой самоидентификации в структуре депрессивных состояний показал его неоднородность, различную степень выраженности, а также разнообразное взаимоотношение с другими психопатологическими расстройствами, что потребовало подробного исследования. Были выделены следующие типологические разновидности: тип 1 — РПС в рамках деперсонализационных расстройств, тип 2 — РПС в рамках дисморфофобических расстройств, тип 3 — РПС в рамках расстройств истерического круга. **Выводы:** полученные результаты дают возможность предположить, что диагностика заболевания, в рамках которого выявляется расстройство половой самоидентификации, может помочь оценить его дальнейшее течение и возможные исходы.

Ключевые слова: гендерная дисфория; депрессивное состояние; расстройство половой самоидентификации; деперсонализация; дисморфофобия; истерические расстройства.

Для цитирования: Попова Г.А. Расстройство половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности (клинико-психопатологический аспект). *Психиатрия*. 2020;18(2):13–20. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-13-20>

Конфликт интересов отсутствует

Gender Identity Disorder Arising as a Part of Nonpsychotic Forms of Endogenous Diseases and Personality Disorders (Clinical and Psychopathological Aspects)

Popova G.A.

FSBRI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Purpose: psychopathological differentiation of gender identity disorder (GID) that occurs as part of depressive episode; creating a typology for developing diagnostic and prognostic criteria. **Material and methods:** 63 patients (46 women and 17 men) who applied to the FSBRI MHRC from 2016 to 2019 were examined by a clinical psychopathological method. All patients were diagnosed with a depression being part of schizotypal disorder or histrionic personality disorder or mixed histrionic and schizoid personality disorder. **Results:** Clinical and psychopathological analysis of gender identity disorder occurring as a part of depressive episode showed its heterogeneity, varying severity, as well as a diverse relationship with other psychopathological disorders, which required an in-depth and detailed study. We have identified the following typological varieties: type 1 — GID as a part of depersonalization disorders, type 2 — GID as a part of dysmorphophobic disorders, type 3 — GID as a part of histrionic disorders. **Conclusions:** The obtained results give us the opportunity to suggest that the diagnosis of the disease, in which the gender identity disorder is detected, can help predict its further course and possible outcomes.

Keywords: gender dysphoria; depressive episode; gender identity disorder; depersonalization; dysmorphophobia; histrionic disorders.

For citation: Popova G.A. Gender Identity Disorder Arising as a Part of Nonpsychotic Forms of Endogenous Diseases and Personality Disorders (Clinical and Psychopathological Aspects). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(2):13–20. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-13-20>

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время клинико-психопатологическая дифференциация гендерной дисфории является крайне значимой и важной проблемой, об этом говорит ежегодно увеличивающееся число пациентов, обращающихся за помощью к специалистам как эндокринологического, хирургического, гинекологического, урологического, так и сексологического, психологического и психиатрического профилей [1–3].

За все время изучения феномена нарушения половой идентификации учеными было предложено множество вариантов различных классификаций этого состояния. На текущий момент в проекте Международной классификации одиннадцатого пересмотра (МКБ-11) весь блок F64 «расстройства половой идентификации» (в который входили расстройство гендерной идентичности в детском возрасте, транссексуализм и другие расстройства половой роли) заменен на новый диагноз «гендерное несоответствие», включающий детский и взрослый подтипы. Таким образом, понятия гендерной дисфории и трансгендерности объединяются. Также в МКБ-11 расстройство половой идентификации и транссексуализм перенесены из «расстройств личности и поведения в зрелом возрасте» в раздел «состояния, относящиеся к сексуальному здоровью». Это наиболее полно отражает современные тенденции и популярный взгляд на проблему на Западе. Среди отечественных психиатров, специалистов в этой области, наиболее актуальны несколько другие позиции. Так, Н.Д. Кибрик и М.И. Ягубов выделяют следующие варианты:

- 1) лица с транссексуализмом;
- 2) пациенты с гомосексуальной ориентацией и трансформацией полоролевого поведения, стремящиеся к соответствию с наиболее принимаемыми в данном обществе формами поведения;
- 3) пациенты, у которых стремление к смене пола является одним из проявлений психического заболевания, чаще всего шизофрении [5].

С.Н. Матевосян и Г.Е. Введенский выделяют, помимо истинного транссексуализма, нарушение половой идентичности при органических психических расстройствах, при расстройствах личности, при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра. Изучение особенностей формирования расстройств половой идентификации в группе больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра позволило С.Н. Матевосяну выявить три варианта развития расстройства половой идентификации с синдромом «отвергания» пола:

- 1) как одно из проявлений преморбида или самого эндогенного заболевания в детском возрасте;
- 2) как одно из проявлений эндогенного заболевания в пубертатном, постпубертатном и более позднем возрасте;
- 3) как проявление расстройства половой идентификации в сочетании с шизофреническим процессом [6].

Между тем, несмотря на непрестанно возрастающий у современного медицинского сообщества интерес к проблемам транссексуализма, гендерной дисфории, расстройства половой идентификации [4], в доступной нам литературе не встретилось исследований, в которых проводилось бы детальное изучение клинико-психопатологических особенностей и различий вариантов расстройства половой идентификации, возникающих в рамках депрессивных состояний. А также таких монографий, где было бы представлено их типологическое разделение.

Разработка четкой комплексной типологической оценки расстройств половой самоидентификации позволит с большей точностью выявлять, диагностировать и прогнозировать закономерности дальнейшего течения заболевания, его возможный исход и в соответствии с этим определить наиболее подходящие лечебно-диагностические процедуры и схемы психофармакологического воздействия, которые будут обеспечивать терапевтический успех.

Целью исследования было определение психопатологической структуры феномена нарушения половой самоидентификации на основании комплексного анализа в контексте нозологического разграничения и соотношения с конституциональными девиациями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель проф., д.м.н. А.Н. Бархатова) ФГБНУ НЦПЗ. Материалом настоящего исследования стали данные клинического обследования 63 пациентов, обратившихся в клинику ФГБНУ НЦПЗ амбулаторно или прошедших стационарное лечение за период с 2016 по 2019 г., из них 46 женщин и 17 мужчин.

Средний возраст пациентов на момент обращения составил $19,4 \pm 3,1$ года. У всех пациентов было диагностировано депрессивное состояние в рамках шизотипического расстройства, расстройства личности истерического и истеро-шизоидного круга (соответственно МКБ-10 диагнозы пациентов кодировались как F21.4, F60.4, F61.0).

Начало заболевания в исследуемой группе приходилось на возраст $14,2 \pm 2,1$ года. Возраст манифестации заболевания в выборке приходился на 11–18 лет.

Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. и одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Критерии включения:

- активная декларация недовольства гендерной принадлежностью;
- гомосексуальные предпочтения при выборе полового партнера;

- демонстрируемые фенотипические признаки противоположного пола (внешность и манера держаться, особенности поведения, привычки, присущие противоположному полу);
- РПС в рамках шизотипического расстройства;
- РПС в рамках декомпенсации расстройства личности;
- возраст от 16 до 55 лет включительно.

Критерии не включения:

- расстройство половой самоидентификации (РПС) в рамках острого психотического эпизода;
- РПС в рамках маскулинного женского гомосексуализма;
- РПС в рамках истинного транссексуализма;
- РПС в рамках органического поражения ЦНС различного генеза;
- РПС в рамках эндокринной патологии.

Методы исследования. В соответствии с целями и задачами исследования, основными методами были избраны феноменологический, клинко-психопатологический, клинко-катамнестический.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенный нами клинко-психопатологический анализ расстройства половой самоидентификации, протекающего в рамках депрессивных состояний, показал, что степень выраженности расстройства половой самоидентификации в структуре депрессивного эпизода колеблется от нестойких периодических включений в континуум основной симптоматики до субъективно ощущаемого как основной источник депрессивной симптоматики; и природа его возникновения имеет отчасти экзогенный характер и обусловлена информационным потоком, окружающим этих больных.

У изученных пациентов для построения значимой в прогностическом плане клинической дифференциации вариантов изучаемого нами расстройства, главным было выделение основного психопатологического синдрома, в рамках которого развивались нарушения самоидентификации, что и определило разделение обследуемых на три группы.

На основании анализа проявлений симптомокомплекса изучаемых нами расстройств в рамках эндогенных заболеваний были выделены следующие типологические разновидности:

- тип 1 — РПС в рамках деперсонализационных расстройств,
- тип 2 — РПС в рамках дисморфофобических расстройств,
- тип 3 — РПС в рамках расстройств истерического круга.

1-й тип — расстройство половой самоидентификации в рамках деперсонализационных расстройств

Данная типологическая разновидность была представлена группой из 15 пациентов (23,8%), 11 женщин и 4 мужчин. Средний возраст составил $19,8 \pm 3,6$ года,

манифестация депрессивного эпизода в $12,2 \pm 1,2$ года. Длительность заболевания к моменту обследования составила в среднем $6,8 \pm 3,2$ года.

Данный тип характеризовался развитием в 26,6% апатоадинамических, в 40% тревожных, в 33,3% тоскливых депрессий. Депрессивная симптоматика была представлена апатией, тоской с чувством безысходности, пессимистическими рассуждениями экзистенциальной тематики, подавленностью, адинамией, повышенной утомляемостью, раздражительностью, тревогой, идеаторными нарушениями, витальными проявлениями, пассивными суицидальными мыслями и аутоагрессивным поведением. У пациентов этой типологической группы в структуре депрессии отмечалась тенденция к формированию сверхценных построений, помимо фиксации на изучаемой нами тематике.

Во всех случаях депрессивная симптоматика сочеталась с деперсонализационными расстройствами, такими как психическая анестезия, искажение эмоционального восприятия, ощущение собственной измененности, отчуждение и затруднение мыслительных процессов; выявлялась соматопсихическая деперсонализация в виде отчуждения вторичных половых признаков, *menses* у женщин, аутопсихическая, — проявляющаяся в отчуждении восприятия собственного «Я» в рамках принадлежности к своему полу, а также аллопсихическая деперсонализация, заключающаяся в отчуждении восприятия себя в окружающем мире. Помимо этого, отмечались явления дереализации; диссоциативная симптоматика в виде нарушения интеграции между способностью самоосознания и возможности к управлению своими действиями.

Пациентами данной типологической группы нарушение половой самоидентификации в качестве жалобы не декларировалось. Представление о несоответствии самоощущения паспортному полу формировалось как результат рационализации переживаний и переработки ощущений и мыслей, возникших в рамках синдрома отчуждения. У пациентов не было сформировано представление о гендерных различиях, они воспринимали себя оторвано как от женского, так и от мужского, в зависимости от биологического пола, образа, испытывали дискомфорт от нахождения в собственном теле, связывали это с гендером, деперсонализационные расстройства фокусировались на этой тематике. Пациенты были убеждены, что общество им навязывает определенное полоролевое поведение, черты характера и занятия. В связи с отсутствием интереса к этим сторонам жизни, доходящим до неприятия, в сочетании с эмоциями страха и отвращения появлялись мысли об оправданности отнесения их к своему полу. Деперсонализационное отчуждение в рамках нарушения самоидентификации трактовалось пациентами как реакция на давление социума.

В силу деперсонализационной измененности, гипотимического радикала аффекта пациенты ощущали невозможность соответствия общепринятым нормам, чуждость им, страдали от этого, при попытках соци-

ализации испытывали дискомфорт в теле как чувство напряжения, стеснения. В связи с субъективным ощущением невозможности влиться в коллектив обособлялись от общества, между тем искали общения, находили собеседников в интернете, где могли поддерживать отношения, не испытывая неловкости за свое поведение, действия, движения.

У всех пациентов этой группы отсутствовал физический элемент сексуального влечения. Те пациенты, которые состояли в романтических отношениях, были заинтересованы в дружеском их аспекте, интимная сторона же не вызывала интерес, на близость соглашались по инициативе партнера, рационально оценивая этот аспект как важный для партнера, но не испытывая в нем необходимости.

Немаловажным представляется тот факт, что в структуре расстройства половой самоидентификации отсутствовал элемент демонстративности, «вызова обществу». Пациенты стремились быть неприметными, «затеряться в толпе».

В этой группе на фоне стабилизации состояния тематика полового самоопределения и недовольства своим полом становилась менее актуальной, нивелировалась аффективная окрашенность и в связи с уменьшением в состоянии удельного веса идеаторных нарушений, депрессивной рефлексии мысли об этом приобретали более нейтральное содержание, несмотря на то что определение себя как агендера или транссексуала сохранялось, удельный вес этих мыслей в ежедневных размышлениях существенно уменьшался, дальнейшего развития они не приобретали.

2-й тип — расстройство половой самоидентификации в рамках дисморфофобии

Вторая группа включила 21 пациента (33,3%), 14 женщин и 7 мужчин, средний возраст которых варьировал в пределах $18,9 \pm 2,7$ года, манифестация депрессивного эпизода в $14,6 \pm 2,5$ года. Длительность заболевания к моменту обследования составила $5,1 \pm 3,1$ года.

Во всех наблюдениях расстройство половой самоидентификации предъявлялось в качестве одной из основных жалоб, высказывавшейся как пациентами, так и их родственниками, часто выступавшими инициаторами обращения к психиатру. Однако, в ходе обследования на первый план выходили нарушения депрессивного круга, включавшие тоскливо-тревожные, апатоастенические расстройства, ангедонию, подавленность, нарушение витальных функций, аутоагрессивное поведение, суицидальные мысли. Тематика переживаний была достаточно однотипной: пациентов не удовлетворяла их внешность, они казались себе непривлекательными, находили изъяны как в лице, так и в фигуре, в весе, в качестве кожи. Дисморфофобические идеи сопровождалась пищевым поведением, направленным на похудание, а также аутоагрессией, которая касалась тематики снижения веса и проявлялась нарушением пищевого поведения, а также в нанесении самоповреждений. Локализация зависела от цели совершаемого действия; так, содержание аутоа-

грессии могло относиться к наказанию себя за внешние недостатки и тогда порезы наносились в области груди, бедер, лица, не удовлетворявших пациентов; могло исходить из идей самообвинения, могло быть отчасти демонстративным, и тогда самопорезы наносились в области предплечий, бедер. Дисморфофобические расстройства носили характер сверхценных, на высоте депрессивного состояния доходили до дисморфомании, но не достигали бредового уровня. Также у этих пациентов фигурировала характерологическая симптоматика истерического регистра в виде неустойчивой самооценки, внушаемости, потребности в привлечении внимания, чрезмерной озабоченности внешним видом и собственной привлекательностью, лабильности аффекта, эмоциональной незрелости, поверхностности взглядов.

Особенностями депрессивной симптоматики у этой группы пациентов была умеренная выраженность аффективной составляющей и отчетливым превалированием идеаторного компонента депрессивной триады, представленным трудностями концентрации внимания, сосредоточения, рассеянностью. Моторная заторможенность была представлена у 9 человек (42,8%). Также среди жалоб фигурировали плаксивость, ощущение «кома» в горле. Депрессивное состояние имело витальные характеристики: нарушение сна, снижение аппетита, сопровождавшееся потерей веса, наличие в состоянии суточных колебаний. Семь пациентов (33,3%) отмечали наличие суицидальных мыслей, что свидетельствовало о тяжести состояния, у двоих пациентов (9,5%) имели место суицидальные замыслы — в подробностях продумывали варианты ухода из жизни.

Необходимо добавить, что у всех пациентов в развитии дисморфофобической депрессии сыграли роль такие экзогенные факторы, как психогении — насмешки касательно внешних данных; роль изгоя/парии в кругу сверстников; имеющиеся в действительности, но сильно преувеличиваемые пациентами особенности внешности, лишний вес, своеобразие моторики, диспластичность. Манифестация дисморфофобической депрессии приходилась на пубертатный период, когда происходили гормональные изменения в организме, формировались вторичные половые признаки, изменялся характер взаимоотношений в среде сверстников.

Дисморфофобическая симптоматика вначале имела классические психопатологические черты, описанные такими авторами, как М.В. Коркина, А.М. Этингоф, П.В. Морозов и др. [7–9]. Пациенты начинали обращать повышенное внимание на свою внешность, в негативном ключе воспринимая особенности своего лица, фигуры. Это сопровождалось обостренным вниманием к реакциям на них окружающих, появлением неловкости и беспокойства при нахождении в обществе, сенситивными идеями отношения. В отличие от других работ о дисморфофобии, формирование убежденности в собственной непривлекательности у этих пациентов не опиралось на конкретную черту внешности, а имело более общий оттенок недовольства, критике подвергалась внешность в целом.

Идея недовольства собой модифицировалась в недовольство своим полом и убежденность, что в статусе представителя противоположного пола их внешность будет восприниматься как более привлекательная или же не будет иметь значения (например, считали, что большой нос выглядит некрасиво у женщины, но у транс-мужчины станет атрибутом маскулинности и т.д.). Для этих пациентов идея смены пола и изменение своего социального статуса представляла как решение проблемы недовольства своей внешностью, социально одобряемое в кругах молодежи, активно освещаемое в средствах массовой информации и имеющее оттенок оппозиционности, мятежа. Желание приобрести черты схожести с противоположным полом на фоне депрессивного аффекта трансформировалось в мысли о невозможности полного преобразования путем внешних изменений. В новом ключе дисморфобическая симптоматика у 11 пациентов (52,3%) модифицировалась в активное желание хирургической смены пола, достигала сверхценного уровня дисморфомании, когда настаивали на проведении психиатрической комиссии для разрешения назначения им заместительной гормональной терапии, смены паспорта и последующего хирургического лечения. Из них 6 пациентов (28,5% данной группы) начинали принимать гормональные препараты самостоятельно, находя их нелегальными путями и опираясь на рекомендации и советы по их приему в интернете. У остальных 10 обследуемых (47,6%) расстройство половой самоидентификации проявлялось только в поведении, направленном на маскирование внешних признаков своего пола. Так, у представителей женского пола это включало нарочитую сутулость, утягивание молочных желез, причем у 4 пациентов (19,0%) этой группы эта процедура носила отчасти характер самоистязания: утягивающие эластичные бинты носили и днем и ночью, не снимая, так как пациенты не хотели видеть собственную грудь или испытывали дискомфорт при снятии бинтов («не хотелось ее чувствовать», «она болела», «мешала спать», «болталась»); утягивали слишком сильно, не меняли бинты неделями, в связи с чем нарушалось кровоснабжение органа, на коже появлялись эрозии, опрелости, мог появляться неприятный запах, на который пациенты не обращали внимания. Также 6 пациенток (28,5%) при помощи одежды имитировали наличие мужских половых органов. Все пациентки этой типологической группы носили одежду мужского кроя или стиля «унисекс», одежда чаще всего была большего размера, скрывающая особенности фигуры. Также пациентки носили короткие стрижки, красили волосы в яркие цвета. Часто были приверженцами молодежных субкультур, что проявлялось в ношении массивных металлических и кожаных атрибутов, украшений.

У мужчин достижение соответствия женскому образу чаще всего заключалось в выборе одежды нейтрального в половом отношении стиля, ношении длинных волос, выщипывании и подкрашивании бровей. Более радикальных перемен во внешности избегали из бояз-

ни подвергнуться преследованию приверженцев консервативных взглядов на улице или в общественном транспорте. Впрочем, дома и в кругу друзей некоторые могли надевать платья, пользоваться макияжем. В отличие от пациентов с фетишистским трансвестизмом, сексуального возбуждения при этом не испытывали. Им нравилось ощущение преображения, приобретения новых, отличных от прежних гендерных характеристик. Таким образом, в этой типологической группе целью пациентов было скорее изменение своей вызывавшей негативные эмоции внешности, нежели достижение максимально возможного сходства с представителями противоположного пола.

Следует отметить, что у 4 пациентов (19,0%) сохранялась тематика дисморфобических расстройств, предшествовавших присоединению расстройства половой самоидентификации. Пациенты также продолжали соблюдать диету и стремились похудеть, но менялась фабула: заявляли, что для мужчин характерен узкий таз и худые бедра. Пациенты мужского пола стремились к снижению веса с целью приобрести грацильность, андрогинность, избавиться от излишне выпирающих мышц, подчеркивающих их маскулинность.

У 7 обследованных (33,3%) присоединялось нарочитое принятие тех частей тела, тех особенностей своей внешности, которые ранее казались отталкивающими, не соответствующими субъективным критериям красоты для этих пациентов. Пациенты утверждали, что во вновь приобретенной мужской роли их нос стал казаться им подходящим к лицу, излишняя ширина плеч также придавала мужественности, к которой они теперь стремились. Утверждали, что нравятся себе такими, какие они есть, проповедовали взгляды «бодипозитива» — социального течения тотального принятия себя и свободного самовыражения. Они уверяли, что в мужской роли их более не беспокоит лишний вес, акне, широкое лицо, высокий лоб, выпирающий подбородок.

В этой группе после окончания депрессии расстройство половой самоидентификации оставалось в неизменном виде, но в силу улучшения психического состояния доставляло меньший дискомфорт. Первоочередную значимость приобретало психофармакотерапевтическое лечение, вопрос хирургической смены пола в большинстве случаев отходил на второй план, отодвигаясь на неопределенный срок.

3-й тип — расстройство половой самоидентификации в рамках расстройств истерического круга

Третью группу составили 27 пациентов (42,8%), 21 женщина и 6 мужчин, средний возраст $19,5 \pm 3,1$ года, манифестация депрессивного эпизода в $14,0 \pm 1,7$ года. Длительность заболевания к моменту обследования составила $6,2 \pm 3,5$ года.

В данной группе причиной обращения к психиатру становились аффективные колебания, частые смены настроения без объективной причины, систематически возникающие истерические реакции с диссоциативной и конверсионной симптоматикой, которые могли

проявляться в виде припадков с плачем, криком, дрожью во всем теле, затруднением дыхания, ощущением «кома» в горле, анестезией в руках и ногах по типу «чулок и перчаток». Аффективные расстройства можно было отнести к легкой и средней степени тяжести, их проявления при легкой степени были представлены дисфорией, раздражительностью, тревогой, апатией, подавленностью, ангедонией, нежеланием делать что-либо. При средней степени тяжести депрессивные расстройства приобретали характер более затяжных, аффект носил преимущественно тревожный с большим удельным весом руминаций, дисфорический или апатический характер с высокой выраженностью вегетативных расстройств. Отмечались суточные колебания в состоянии, на утренние часы приходились такие симптомы, как идеаторная заторможенность, тревога, раздражительность, в течение дня их выраженность уменьшалась. Нарушения сна проявлялись чаще всего в трудностях засыпания, поверхностности, отсутствии чувства отдыха после сна. Отмечались также нарушения аппетита, не приводившие к значительным потерям в весе. Длительность депрессивных эпизодов не превышала 6 месяцев. Смена аффекта на гипертимический полюс сопровождалась приподнятым настроением, беспечностью, вспышками смеха, творческой активностью, по длительности не превышала нескольких часов — 1–2 дней.

Психопатическая симптоматика проявлялась протестным поведением, шантажом, аутоагрессивными действиями, разнвившимися по форме, проявлявшимися в нанесении поверхностных самопорезов, никогда не имевшем под собой истинных суицидальных мотивов, не доходящем до серьезных повреждений и всегда носящем демонстративный характер. Также аутоагрессия проявлялась пищевым поведением (ограничение себя в пище, переедания с последующей насильственной эвакуацией пищи), носящим не глубокий характер, никогда не доходящим до уровня расстройств, рассматривавшихся нами в группе дисморфофобии. Пациентам данной группы была присуща аггравация имевшихся в действительности симптомов, псевдология; так, например, заявления о наличии обманов восприятия, в дальнейшем не подтверждавшиеся, с целью привлечения внимания, прямого или опосредованного, через врача, воздействия на родственников. Помимо этого, у пациентов этой группы можно было отметить склонность к девиантному поведению, проявлявшемуся в заведении знакомств среди заведомо маргинальных группировок, употреблении алкоголя в больших количествах, но без формирования алкогольной зависимости, эпизодах употребления запрещенных психоактивных веществ. Нарастание социальной дезадаптации в виде снижения успеваемости в школе, отказа ходить на занятия, аутизации, дистанцирования от общества или же предпочтения рекреационного времяпрепровождения в ущерб полезному чаще всего и приводило к обращению к психиатру.

Позиционирование себя как представителя противоположного пола носило демонстративный характер,

главным было производимое впечатление, реакция и принятие окружающими в новой гендерной роли. Расстройство половой самоидентификации проявлялось у представителей женского пола во внешнем соответствии мужскому образу, они добивались внешнего сходства путем подбора нарочито мужской одежды, стрижки, говорили низким голосом, для чего некоторые начинали курить; придумывали мужские имена, просили обращаться к ним в мужском роде; в движениях появлялись наигранно мужские повадки, подражали героям мужчинам из фильмов: схоже театральнo курили, смотрели на собеседника прищурившись, меняли походку; ходили сутулившись, держа руки в карманах, и тому подобное. Также заводили романтические отношения с девушками, хотя до этого у всех пациенток имели место гетеросексуальные контакты.

Представители мужского пола говорили о себе в женском роде, представлялись женскими именами, в поведении становились жеманными, старались говорить более высоким голосом, меняли походку, активно жестикулировали в беседе, становились плаксивы в разговоре. Для внешнего соответствия женскому образу отращивали и окрашивали волосы, пользовались макияжем, делали маникюр. Следует отметить, что некоторые пациенты сохраняли гетеросексуальную относительно биологического пола ориентацию.

В этой типологической группе все пациенты в общении с врачом заявляли о желании смены пола, подробно и красочно описывали, какие операции выбрали для себя. Так, все пациенты этой группы считали необходимой операцией по коррекции молочных желез: женщины настаивали на мастэктомии, мужчины — на установке имплантов.

В этой группе степень выраженности вышеописанных проявлений расстройства половой самоидентификации была непостоянной, варьировала как в связи с аффективными колебаниями, так и в зависимости от внешних событий, прослеживалась связь с психотравмирующими факторами, такими как ссоры с родными, попытки принудить пациентов к нежеланным действиям. В те периоды, когда жизненная ситуация выравнивалась, или же оставаясь наедине с собой, пациенты могли вести привычный ранее образ жизни, но при появлении триггеров вновь возвращались к прежним заявлениям касательно своего гендера. В некоторых случаях целью представления в роли противоположного пола были манипуляции родственниками, в остальных — привлечение внимания.

ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках данного исследования среди всех пациентов, страдающих расстройствами половой самоидентификации, поступавших в отделение, выборку составили те пациенты, которые соответствовали критериям включения. В связи с тем, что изучалось расстройство, возникающее в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств лично-

сти, был предложен термин «расстройство половой самоидентификации» для отделения этих состояний от описанных ранее — гендерной дисфории и транссексуализма. Изученный вид патологии наблюдался в рамках шизотипического расстройства — псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения (по МКБ F21.4), а также истерического (F60.4) и смешанного (истеро-шизоидного) (F61.0) расстройства личности. Ограничениями данной работы стали малый объем выборки, отсутствие контрольной группы, а также сравнительно непродолжительный срок наблюдения. В связи с тем, что клинический материал охватывал только госпитализированных или обратившихся амбулаторно больных, можно предположить, что большее количество пациентов со сходной симптоматикой не обращаются за психиатрической помощью или обращаются к специалистам, занимающимся транссексуализмом, для прохождения медицинской комиссии для смены пола.

Однако, следует принять во внимание, что исследуемый контингент относится к диапазону подростково-юношеского возраста, периода, где высока вероятность атипичности и возрастной специфичности возникающих форм психической патологии. Для верификации сродства изучаемого феномена возрасту необходимо проведение отдельного длительного катамнестического наблюдения, позволяющего определить отдаленную динамику и исходы.

В связи с тем, что данная статья имеет целью описание типологических различий выделенных расстройств, клинические проявления течения изученных заболеваний не представлены.

Психопатологический анализ клинических наблюдений показал неоднородность проявлений симптомокомплекса нарушений половой самоидентификации, его вариативность по клиническим проявлениям и степени их выраженности, по закономерностям динамики течения заболевания. Что позволяет подтвердить предложенную нами гипотезу о различных механизмах формирования расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках эндогенных заболеваний.

Были проанализированы психопатологические особенности, варианты течения и динамики данного нарушения, взаимосвязь с депрессивным аффектом, а также корреляции наблюдаемого нами расстройства с психопатологическими нарушениями других регионов. В 1-й группе РПС проявлялся на фоне деперсонализационных нарушений, пациенты не стремились к смене пола, расстройство не претерпевало значимых изменений на выходе из депрессии. Во 2-й группе РПС проявлялся в рамках дисморфобических расстройств, на фоне улучшения состояния РПС становилось более эгосинтонным, пациенты придерживались сформированного за время депрессии образа жизни в качестве лица противоположного пола. В 3-й группе РПС развивался в рамках истерических расстройств, несмотря на яркость и демонстративность проявле-

ний, большинство пациентов в ремиссии отказывались от идеи смены пола, возвращались к привычному образу жизни. Полученные результаты представляются важными в вопросах дифференциальной диагностики, и могут служить для дальнейшего определения прогноза и выбора соответствующей тактики лечения таких пациентов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender Population Size in the United States: a Meta-Regression of Population-Based Probability Samples. *American Journal of Public Health*, 2017;107(2):1–8. DOI:10.2105/ajph.2016.303578
2. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, 2017;14(5):404–411. DOI:10.1071/sh17067
3. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender dysphoria — prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Front. Endocrinol.* 2014;(5):87–98. DOI:10.3389/fendo.2014.00087
4. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BPC. Gender Dysphoria in Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2016(12):217–247. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-021815-0930344.
5. Кибрик НД, Ягубов МИ, Журавель АП. Расстройства половой идентификации: ошибки диагностики и тактики ведения пациентов. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(4):63–69. Kibrik ND, Yagubov MI, Juravel AP. Rasstroystva polovoy identifikacii: oshibki diagnostiki i taktiki vedeniya pacientov. *Socialnaya i klinicheskaya psichiatriya*. 2017;27(4):63–69. (In Russ.).
6. Матевосян СН, Введенский ГЕ. Половая дисфория. М.: МИА. 2012:156–157. Matevosyan SN., Vvedenskiy GE. Polovaya disforiya. M.: MIA. 2012:156–157. (In Russ.)
7. Коркина МВ. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина. 1984:45–94. Korkina MV. Dismorfomaniya v podrostkovom i yunosheskom vozraste. M.: Medicine. 1984:45–49. (In Russ.).
8. Этингер АМ. Клинико-психопатологические особенности и типология юношеских дисморфобических депрессий. *Психиатрия*. 2003;(5):53–58. Etingof AM. Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti i tipologiya yunosheskih dismorfofobicheskikh depressiy. *Psihiatriya*. 2003;(5):53–58. (In Russ.).
9. Морозов ПВ. О клинической типологии дисморфобических состояний при юношеской шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1977;77(1):114–120. Morozov PV. O klinicheskoy tipologii dismorfofobicheskikh sostoyaniy pri yunosheskoy shizofrenii. *Jurnal nevropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1977;77(1):114–120. (In Russ.).

Сведения об авторе

Попова Галина Анатольевна, младший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0778-8764>

E-mail: lyanayaa@gmail.com

Information about the author

Galina A. Popova, Junior Researcher, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0778-8764>

E-mail: lyanayaa@gmail.com

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Попова Галина Анатольевна/Galina A. Popova

E-mail: lyanayaa@gmail.com

Дата поступления 24.01.2020
Received 24.01.2020

Дата рецензии 21.02.2020
Revised 21.02.2020

Дата принятия 29.05.2020
Accepted for publication 29.05.2020