

*На правах рукописи*

**Попова Галина Анатольевна**

**РАССТРОЙСТВО ПОЛОВОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИИ  
В РАМКАХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ ЭНДОГЕННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ**

14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки)

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук

Москва – 2020

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья».

**Научный руководитель:**

**доктор медицинских наук**

**Бархатова Александра Николаевна**

**Официальные оппоненты:**

**Ткаченко Андрей Анатольевич**, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.

**Шмилович Андрей Аркадьевич**, доктор медицинских наук, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии.

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Защита состоится «\_\_\_» ноября 2020г. в 11:00 на заседании диссертационного совета Д 001.028.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru>

Автореферат разослан «\_\_\_» октября 2020 года.

**Ученый секретарь**

**диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук**

**Никифорова Ирина Юрьевна.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** В последнее время, согласно исследованиям, проводившимся в Европе и США (Aitken M. et al. 2015, de Vries A. et al. 2015, Wierjes C., 2018) число пациентов с гендерной дисфорией, обращающихся за помощью, поддержкой и лечением, значительно возросло. Также, значительно увеличилось количество лиц, самостоятельно диагностирующих у себя транссексуализм или заявляющих о наличии гендерной дисфории (Kuuper L. et al., 2014; Van Caenegem et al., 2015). В этой связи, остается открытым вопрос, отражает ли повышение распространенности гендерной дисфории реальное изменение статистических данных или говорит о том, что принятие себя в рамках своего биологического пола становится более комфортным вариантом решения социальных проблем. Последнее, может являться причиной роста фактов общественного признания явления гендерной дисфории и ее депатологизации (FRA,2014, Keuzenkamp S. & Kuuper L., 2013), а также повышения уровня всеобщей осведомленности о терапии: как о психологической поддержке при социальном переходе из одного пола в другой, так и об оказываемой медицинской помощи (Coleman E. et al., 2012, Wylie K. et al.,2014).

Наряду с популяризацией явления трансгендерности в общественном сознании, все большее количество людей заявляют о собственной гендерной принадлежности как не константной характеристике, ставя под сомнение свой, полученный при рождении цисгендерный (конформный) статус, воспринимавшийся прежде как должное.

На сегодняшний день остается неясным, какой процент подростков и взрослых, идентифицирующих себя с трансгендером или другой гендерно-вариантной идентичностью сохраняют эту самоидентификацию на протяжении всей жизни. Известно, что за последние десятилетия многократно облегчился путь трансгендерного перехода (смены пола), существуют разнообразные варианты и степени того, насколько возможно изменение социальной роли, внешности и какой объем вмешательства можно

осуществить. Неизбежным следствием этого стал чрезмерно упрощившийся механизм получения медицинского согласия на проведение социальных, юридических и медицинских процедур, изначально созданных для выявления возможных ошибок диагностики и замедления процесса смены пола, включающего как необратимые манипуляции (операции по изменению половых органов, мастэктомия, феминизирующие и маскулинизирующие пластические операции на лице и т.д.), так и обратимые, но влияющие на системное функционирование организма (заместительная гормональная терапия), а также социальная смена пола, включающая социализацию в новой роли, изменение пола и имени в документах. Увеличивающееся количество пациентов с расстройствами других регистров, в рамках которых вторично возникает недовольство своим полом, проходят медицинскую комиссию и начинают процесс перехода, который им не показан (Калинченко С.Ю., 1998, Матевосян С.Н., 2008).

Кроме того, следует отметить участвовавшие за последние 10 лет случаи так называемой «внезапно начавшейся гендерной дисфории» (*rapid onset of gender dysphoria* - англ., Littman, L. 2018) среди подростков, не демонстрировавших ранее поведения, соответствовавшего бы устойчивому недовольству своим полом. Схожими в этих случаях оказывались личностные характеристики, такие как внушаемость, зависимость от чужого мнения, а также пребывание в среде, где обсуждается тематика несоответствия гендерной роли и есть представители ЛГБТ-сообщества (от англ. LGBT - lesbian, gay, bisexual, transsexual). Эти данные заставляют задуматься о долгосрочности диагноза гендерной дисфории у таких пациентов, возможности ошибок и увеличении процента лиц, сожалеющих о проведенной смене пола спустя несколько лет.

В связи с этим продолжение психопатологических исследований в отношении феномена нарушения половой самоидентификации в рамках эндогенных заболеваний и расстройств личности является необходимостью, диктуемой отсутствием единства в понимании, как самого термина, так и его границ, дискуссионностью основных признаков, критериев дифференциации и разграничения.

**Степень разработанности темы исследования.** Несмотря на высокую частоту встречаемости нарушений, искажений или инверсий полоролевой идентичности, возникающих в рамках эндогенных заболеваний и расстройств личности, среди представителей научного сообщества отсутствует единство в понимании вопросов этиологии, диагностики, вариаций течения и возможных исходов (Siomopoulos, V., 1974, Hill, D. B. et al., 2007, Drescher J., 2009, Meyer-Bahlburg H., 2009, Ross, C. A., 2009, Kamens S., 2011). Отсутствуют данные о корреляциях между психопатологической структурой проявлений эндогенных заболеваний и расстройств личности, и формой и стойкостью нарушений половой идентичности. Продолжение психопатологических исследований в отношении феномена нарушения половой идентичности в рамках эндогенных заболеваний и расстройств личности является необходимостью, диктуемой отсутствием единства в понимании, как самого термина, так и его границ, основных признаков, критериев дифференциации и разграничения.

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования было установление психопатологической структуры феномена нарушения половой самоидентификации на основании комплексного анализа его характеристик в контексте их нозологического разграничения и соотношения с конституциональными особенностями.

В соответствии с указанной целью были поставлены следующие **задачи:**

1. Изучение феноменологических и психопатологических особенностей расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности, с учетом динамики его формирования.
2. Разработка типологической дифференциации расстройств половой самоидентификации, выделение основных типологических разновидностей на основании сопряженности с другими психопатологическими компонентами.

3. Установление нозологической принадлежности психопатологических состояний, имеющих в своей структуре расстройства половой самоидентификации, и анализ особенностей течения данных заболеваний.
4. Изучение патопсихологических особенностей изучаемой когорты пациентов для установления возможных различий между типологическими группами.
5. Сопоставление нозологических форм с выделенными типологическими разновидностями расстройства половой самоидентификации для определения параметров, имеющих дифференциально-диагностическое и прогностическое значение.

**Научная новизна исследования.** Впервые, в отличие от проводимых ранее исследований гендерной дисфории и транссексуализма (Green R., 1987; Zucker K. J. et al, 1998, 2002; Meyer-Bahlburg H., 1999, 2002; Zucker K. J., 1999a, 1999b, 2003; Cohen-Kettenis P. T., 2001; Cohen-Kettenis P. T., 2003), проведено клинико-психопатологическое исследование пациентов с расстройством половой самоидентификации в рамках эндогенных заболеваний и расстройств личности, что позволило выявить новый тип расстройства, в связи с чем было предложено название «расстройство половой самоидентификации» (РПС) для сепарации от описанного ранее.

Несмотря на высокую частоту встречаемости нарушений, искажений или инверсий полоролевой идентичности, тесно спаянных с развитием депрессивных состояний, представители научного сообщества расходятся в понимании вопросов этиологии, диагностики, вариаций течения и возможных исходов (Siomopoulos, V. 1974, Hill, D. B. et al., 2007, Drescher J., 2009, Meyer-Bahlburg H., 2009, Ross, C. A., 2009, Kamens S., 2011). Отсутствуют данные о корреляциях между психопатологической структурой проявлений депрессивных состояний, формой и стойкостью нарушений половой идентичности.

Данный тип расстройств имеет существенные отличия как по структуре, механизму возникновения, так и по динамике течения. Помимо этого, в изученной когорте пациентов в структуре выделенного синдрома отмечалась неоднородность проявлений, где психопатологически различные

характеристики обнаруживали зависимость от основного заболевания, а также глубины и длительности депрессивной симптоматики. Формирующиеся взаимосвязи между внутренними составляющими синдрома и внешними проявлениями изучаемого расстройства потребовали подробного их изучения.

В результате проведенного исследования, впервые, в отличие от используемых ранее принципов систематики (Benjamin, 1966, 1967, Белкин А.И., 1972, 1991; Stoller, 1971, Doorn, Poortinga, & Verschoor, 1994; Freund, Steiner, & Chan, 1982; Bullough & Bullough, 1997; Cole, Denny, Eyler, & Samons, 2000; Бухановский А.О., 1994; Василенко Л.М., 1995; Кон И.С., 1989, 2004; Введенский Г.Е., 1994; Блюм Г., 1996; Ткаченко А.А., 1997, Бухановская О.А., 2018), был предложен принцип деления, ориентированный на основной психопатологический синдром, в рамках которого возникало расстройство половой самоидентификации. Были выделены три типологические группы: 1 - расстройство половой самоидентификации в рамках деперсонализационных расстройств, 2 - в рамках дисморфофобических расстройств, 3 - в рамках истерических расстройств. Положенный в основу типологического разделения синдромальный подход представляется клинически обоснованным.

В отличие от данных, представленных ранее (Beek T. et al., 2015, Littman, L. 2018), проведенное клинико-катамнестическое исследование позволило, оценить динамику изученного вида расстройств, а также верифицировать нозологическую принадлежность, что весьма значимо в контексте определения необходимости прохождения психиатрической комиссии для смены пола, а также длительного прогноза заболевания.

Впервые пациентам было проведено патопсихологическое обследование с привлечением различных методик, специфичных для выделенных синдромов, в рамках которых возникало расстройство половой самоидентификации, что позволило оценить структуру полового самосознания, полотипических установок, патохарактерологических особенностей личности у пациентов изученной выборки.

**Теоретическая и практическая значимость исследования.** В проведенном исследовании впервые найдено решение актуальной для клинической психиатрии задача клинико-психопатологического анализа расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности, его дифференциации от гендерной дисфории и транссексуализма. Выделение расстройства половой самоидентификации и изучение его психопатологических и динамических особенностей существенно расширяет дифференциально-диагностические возможности при квалификации эндогенных заболеваний, а также патологии личности. Определение типологических особенностей нарушения половой самоидентификации, различие в механизмах его возникновения, коррелирующих с психопатологической структурой синдрома, в рамках которого происходит его формирование, позволяет создать диагностическую модель, на основании которой должно осуществляться дальнейшее определение прогноза и выбора соответствующей тактики лечения. Своевременная диагностика имеет первостепенное значение при решении вопросов дальнейшей перспективы для данного контингента больных, при их обращении к психиатру с запросом о допущении к прохождению процедур по смене пола. На основании полученных в диссертационной работе данных будут представлены методические рекомендации по диагностике расстройства половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности. Методологические принципы, лежащие в основе этого исследования, могут быть использованы как в научной, образовательной, так и в практической деятельности врачей-психиатров.

**Методология и методы исследования.** В диссертационной работе осуществлялось формирование выборки пациентов с расстройством половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности, обратившихся в клинику ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П. Ключник) амбулаторно или прошедших стационарное лечение за период с 2016 по 2019 гг. Материалом настоящего исследования стали данные клинического обследования 63

пациентов, из них 46 женщин и 17 мужчин. Средний возраст обратившихся пациентов составил  $19.4 \pm 3.1$  года. У всех пациентов при первичном обращении было диагностировано депрессивное состояние в рамках шизотипического расстройства, расстройства личности истерического и истеро-шизоидного круга - по МКБ-10, диагнозы пациентов рубрифицировались как F21.4, F60.4, F61.0. Катамнестическая группа составила 42 пациента из числа пациентов клинической группы, наблюдавшихся после выписки или первичного обращения амбулаторно (или стационарно) в ФГБНУ НЦПЗ в период с 2016 по 2019 гг. Срок катамнеза составил 3 года. Средний возраст появления начальных признаков заболевания -  $12.3 \pm 2.45$  лет, средняя длительность заболевания к моменту первого обращения и обследования -  $5.7 \pm 3.1$  лет. Клинический метод обследования включал сбор субъективных и объективных анамнестических данных, обследование и тщательный психопатологический анализ научным сотрудником полученной информации. Для диагностической оценки использовались отечественные и международные (МКБ-10) критерии классификации.

**Критериями включения пациентов в исследование являлись:** возраст от 16 до 55 лет включительно; активная декларация недовольства гендерной принадлежностью; гомосексуальные предпочтения при выборе потенциального партнера; демонстрируемые фенотипические признаки противоположного пола (внешность и манера держаться, особенности поведения, привычки присущие противоположному полу); верифицированный диагноз по отечественной версии МКБ-10 диагноз шизотипического расстройства или расстройства личности, наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

**Критериями не включения в исследование являлись:** расстройство половой самоидентификации в рамках острого психотического эпизода; расстройство половой самоидентификации в рамках маскулинного женского гомосексуализма; расстройство половой самоидентификации в рамках истинного транссексуализма; расстройство половой самоидентификации в

рамках органического поражения ЦНС различного генеза; расстройство половой самоидентификации в рамках эндокринной патологии.

В соответствии с целями и задачами исследования в работе использовались феноменологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, патопсихологический и статистический методы исследования.

Патопсихологическое обследование осуществлялось совместно с Т.К. Пискаревой - аспирантом отдела медицинской психологии НЦПЗ РАМН (руководитель отдела — к.п.н. С.Н. Ениколопов) с использованием психологических диагностических методик и шкал: Опросник половых ролей С. Бэм (Bem Sex Role Inventory, Bem S.L., 1974), Кембриджская деперсонализационная шкала CDS (Sierra M., Berrios G., 2000; адаптация Лебедев С.В., 2005), («Фигура–Поза–Одежда» (Д.К. Саламова, С.Н. Ениколопов, Н.В. Дворянчиков, 2001), «Кодирование» (А.А.Ткаченко, Г.Е.Введенский, Н.В.Дворянчиков), «Сегменты» (Д. К. Саламова, Н. В. Дворянчиков, С. Н. Ениколопов), «Шкала удовлетворенности своим телом» О.А. Скугаревского) [81, 188, 24].

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 этическими стандартами Локального этического комитета ФГБНУ НЦПЗ (Протокол № 330 от 17 января 2017 года).

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Расстройство половой самоидентификации представляет собой самостоятельное психопатологическое образование гетерогенной структуры, демонстрирующее различия в зависимости от особенностей нозологических форм и конституционально-личностных особенностей.
2. Типологические разновидности обнаруживают прямое соответствие с клиническими проявлениями заболевания, в рамках которого они формируются, и могут рассматриваться как ведущие параметры дифференциальной диагностики и отсроченного прогноза.

3. Установленные патопсихологические характеристики демонстрируют тропность выделенным клинико-психопатологическим вариантам и подтверждают обоснованность типологического разделения.
4. Выделенные типологические разновидности расстройства половой самоидентификации, степень их выраженности и особенности динамики определяют характер и объем терапевтического вмешательства и профиль психологической и социальной коррекции.

**Достоверность научных положений и выводов** обеспечивается репрезентативностью выборки. Общее количество пациентов клинической группы - 63, из них 42 пациента катamnестической группы. У всех пациентов при первичном обследовании было выявлено депрессивное состояние с наличием в его структуре расстройства половой самоидентификации. Актуальность и комплексность методов исследования (феноменологический, клинико-психопатологический, клинико-катamnестический, патопсихологический и статистический) соответствуют поставленным задачам. Результаты подтверждены статистическим анализом.

**Основные положения** диссертации были представлены в виде докладов на научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского в ФГБНУ НЦПЗ (Москва, май 2018 г.), на Всероссийской школе молодых ученых в области психического здоровья (Кострома, апрель 2018), на семинаре европейской коллегии нейропсихофармакологии «ЕСНР» (Волгоград, март 2018). Апробация диссертации состоялась 22 июня 2020 года на научной конференции ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты данного исследования нашли применение в практической работе филиала ГБУЗ ПКБ № 1 ДЗМ «Психоневрологический диспансер №10», филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер №8», «Психоневрологический диспансер № 9», а также в работе амбулаторно-поликлинического отдела и отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ.

**Личный вклад автора в работу.** Работа выполнена автором на базе ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П. Ключник), в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – д.м.н. А.Н. Бархатова), на базе клинического отделения №5. Автором лично проведен поиск и анализ научной литературы по теме диссертации, оценена степень разработки проблемы исследования. Автором лично проведено клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое обследование 63 пациентов с расстройством половой самоидентификации. Автором лично разработан дизайн исследования, сформулированы критерии включения и не включения больных в исследование. Автором лично выполнен анализ полученных результатов, на основании чего был выделен новый термин «расстройство половой самоидентификации», создана оригинальная типология данного расстройства, показано нозоспецифическое и прогностическое значение выделенных типологических разновидностей. На основании проведенной работы, автор лично сформулировала положения, выносимые на защиту, обосновала полученные решения, сформулировала научные рекомендации и выводы, подготовила публикации по теме исследования. Полученные результаты были оформлены автором в виде диссертационной работы.

**Апробация диссертации** состоялась 22 июня 2020 года на научной конференции ФГБНУ НЦПЗ.

**Публикация результатов исследования.** Основные результаты исследования изложены в 6 научных публикациях, 2 из которых - в научных журналах, рецензируемых ВАК.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 218 страницах машинописного текста (основной текст - 207 страниц, приложение – 11 страниц) и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы, содержащего 215 наименований (из них отечественных - 68, иностранных - 147), приложения. Работа иллюстрирована 15 таблицами, 3 рисунками и 3 клиническими примерами.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании проведенного исследования были получены данные о феноменологических и клинико-психопатологических особенностях расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках шизотипического расстройства и расстройств личности, что позволило выделить данный феномен из контекста гендерной дисфории и описывать его отдельно. Расстройство половой самоидентификации квалифицировалось как сверхценная идея, различной степени выраженности, но не достигающая бредового уровня и имеющая тематикой самоопределение в границах своего пола. Пациентам было присуще: преподнесение себя в роли лица противоположного пола; установка на борьбу за признание в этой роли; ощущение своей чуждости в обществе и желание быть принятым в новом облике; убежденность в том, что в этой роли повысится качество жизни. Было установлено, что степень выраженности данного расстройства варьируется от нестойких эпизодических включений в континуум основной симптоматики до субъективно ощущаемого пациентом как главный источник депрессии; природа его возникновения имеет отчасти экзогенный характер и, во многом, обусловлена информационным потоком, окружающим этих больных.

На основании анализа проявлений симптомокомплекса изучаемых расстройств в рамках шизотипического расстройства и расстройств личности были выделены следующие типологические разновидности: тип 1 – расстройство половой самоидентификации в рамках деперсонализационных расстройств, тип 2 – в рамках дисморфофобических расстройств, тип 3 – в рамках расстройств истерического круга. Изучение закономерностей течения исследуемых заболеваний показало, что расстройство половой самоидентификации во всех случаях развивалось в рамках депрессивного состояния.

В первой типологической группе расстройство половой самоидентификации было представлено в рамках деперсонализационных расстройств. Группу составили 15 пациентами (23.8% от общего числа), из

них 11 женщин и 4 мужчины, средний возраст  $19.8 \pm 3.6$  лет, возраст появления начальных признаков заболевания составил 11-14 лет. Для первой типологической группы было характерно становление изучаемого расстройства на фоне депрессий тоскливой, тревожной или апато-адинамической структуры. Значимым признаком оказалось отсутствие у пациентов субъективного дискомфорта от искажения половой самоидентификации, в силу чего отсутствовала его внешняя декларация.

Представление о несоответствии самоощущения паспортному полу формировалось как сверхценная идея в рамках сложной депрессии с устойчивыми явлениями деперсонализации. Расстройство половой самоидентификации становилось результатом рационализации переживаний и переработки ощущений и мыслей, возникших в рамках синдрома отчуждения. У пациентов не было сформировано представление о гендерных различиях, они воспринимали себя отлично как от женского, так и от мужского образа, испытывая дискомфорт от нахождения в собственном теле, деперсонализационные расстройства фокусировались на этой тематике. Пациенты заявляли о своем несоответствии общепринятым нормам, чуждости им, у всех представителей этой группы отсутствовал физический элемент сексуального влечения.

Динамика картины расстройства половой самоидентификации претерпевала следующие изменения: по мере редукции интенсивности деперсонализационных расстройств, тематика гендерного самоопределения и недовольства своим полом становилась менее актуальной, и, несмотря на сохраняющееся определение себя как человека с агендерной или транссексуальной идентичностью, нивелировалась аффективная окрашенность, изменялось отношение к теме гендера. В структуре шизотипического расстройства нарушение половой самоидентификации появлялось на фоне уже развившегося депрессивного эпизода, спустя некоторое время после его манифестации. По мере нарастания деперсонализационной симптоматики проявления расстройства половой самоидентификации отходили на второй план. В дальнейшем, по мере стабилизации аффекта в состоянии уменьшалась выраженность идеаторных

нарушений, депрессивной рефлексии, мысли о гендерном несоответствии приобретали более нейтральное содержание, их удельный вес в ежедневных размышлениях существенно уменьшался, дальнейшего развития не приобретали. При усугублении состояния и повторном развитии деперсонализационной депрессии, вновь приобретали актуальность мысли об отчуждении собственного пола.

Ремиссии при шизотипическом расстройстве отличались низким качеством, с сохранением психопатоподобной симптоматики, нарастанием социальной дезадаптации, негативных изменений личности. При истеро-шизоидном расстройстве личности пациенты по выходе из депрессии придерживались агендерных или транссексуальных установок, однако на фоне стабилизации аффективного фона острота тематики гендерного самоопределения сглаживалась, вместе с чем актуализировались социальные взаимодействия, на первый план выходили образовательные и трудовые приоритеты. У пациентов данной клинической группы отмечались краткосрочные психогенно спровоцированные депрессивные эпизоды и истерические реакции.

Вторая типологическая группа – расстройство половой самоидентификации в рамках дисморфофобических расстройств была представлена 21 пациентом (33.3% наблюдений), из них 12 женщин и 5 мужчин, средний возраст  $18.9 \pm 2.7$  лет. Средний возраст появления начальных признаков заболевания -  $12.52 \pm 3.23$  лет. Для этой группы пациентов было характерно формирование изучаемого расстройства на фоне атипичных депрессий сложной структуры, с отчетливым преобладанием идеаторного компонента над аффективным и моторным. Структура депрессивного эпизода отличалась полиморфностью проявлений. Имеющиеся дисморфофобические идеи сопровождалась нарушением пищевого поведения, идеями самообвинения, аутоагрессией. Нанесение самоповреждений могло быть следствием как дисморфофобической симптоматики, так и идей самообвинения или носить демонстративный характер, в зависимости от чего менялась локализация самоповреждений. Расстройство половой самоидентификации у пациентов данной группы

выступало в качестве одной из основных жалоб. Формирование убежденности в собственной непривлекательности не опиралось на конкретные детали облика, критике подвергалась внешность в целом. На фоне дисморфофобических переживаний формировалась сверхценная идея недовольства своим полом и убежденность, что в качестве представителя противоположного пола их внешность будет восприниматься социумом более позитивно. У 10 обследуемых (47.6%) расстройство половой самоидентификации проявлялось только в поведении, направленном на маскирование внешних признаков своего пола путем смены стиля одежды, причёски и т.д. Остальным 11 пациентам (52.3%) на фоне депрессивного аффекта внешние изменения желаемого удовлетворения не приносили, казались недостаточными. В связи с этим, возникала уверенность в необходимости хирургической смены пола, дисморфофобия достигала сверхценного уровня дисморфомании. В данной группе целью было изменение своей, вызывавшей неприятие, внешности, а не достижение сходства с представителями противоположного пола. У 4 пациентов (19.0%) сохранялась тематика дисморфофобических расстройств, предшествовавших присоединению расстройства половой самоидентификации, у 7 обследованных (33.3%) при формировании нового внешнего облика присоединялось нарочитое принятие тех частей тела и особенностей своей внешности, которые ранее казались непривлекательными.

По выходу из депрессии в этой типологической группе расстройство половой самоидентификации, сформированное в рамках шизотипического расстройства, сохранялось, преобразовываясь из жалобы в новый образ жизни - в роли транссексуала (7 пациентов - 21.8%). Пациенты продолжали предпринимать действия для дальнейшей смены пола. Также, была выделена подгруппа из 4 человек (12.5%), у которых на фоне становления ремиссии дисморфофобическая тематика полностью редуцировалась и преобразовывалась в принятие себя, своей агендерности или гомосексуальности, эти пациенты довольствовались своей внешностью и произведенными изменениями во внешнем облике и к смене пола не стремились.

Динамика расстройства половой самоидентификации при истеро-шизоидном расстройстве личности на протяжении периода наблюдения разделялась следующим образом: почти у половины пациентов (42.1% наблюдений) отмечались фазные аффективные колебания депрессивного полюса, возникавшие аутохтонно. В рамках этих фаз усиливалось ощущение несоответствия биологического пола психологическому, на фоне этого искали способы сменить пол, начинали прием заместительной гормональной терапии. При стабилизации аффективного фона и улучшении состояния у 26.3% пациентов расстройство половой самоидентификации сохранялось, приобретало эгосинтонный характер - принимали себя в роли представителей противоположного пола. Несмотря на то, что несоответствие паспортному полу не вызывало столь сильного эмоционального дискомфорта, пациенты продолжали придерживаться сформированных взглядов и поведения. В качестве послабления симптоматики у 15.7% пациентов выступило согласие на перенесение срока начала процесса перехода на неопределенное время или отказ от хирургической смены пола.

Третья типологическая группа - расстройство половой самоидентификации в рамках истерических расстройств (27 пациентов, 42.9% наблюдений), из них 21 женщина и 6 мужчин, средний возраст  $19,5 \pm 3.1$  лет, возраст появления начальных признаков заболевания составил  $12.1 \pm 2.3$  лет. Для этой группы было характерно формирование нарушения половой самоидентификации на фоне аффективных расстройств, представленных дисфорией, раздражительностью, тревогой, апатией, подавленностью, ангедонией. Сопутствующая разнообразная психопатоподобная симптоматика проявлялась протестным поведением, шантажом, склонностью к девиантному поведению, аутоагрессивными действиями, не достигающими до уровня расстройств, характерных для пациентов второй типологической группы. Нарастание социальной дезадаптации, аффективные колебания, систематически возникающие истерические реакции с диссоциативной и конверсионной симптоматикой приводили к обращению к психиатру. Расстройство половой самоидентификации проявлялось во внешнем соответствии образу

противоположного пола, заявляемом желании смены пола. Позиционирование себя как представителя противоположного пола носило демонстративный характер, главным было производимое впечатление, реакция и принятие окружающими в новой гендерной роли. Степень выраженности расстройства половой самоидентификации была непостоянной, варьировала как в связи с аффективными колебаниями, так и в зависимости от внешних событий, прослеживалась связь с психотравмирующими факторами. В некоторых случаях целью представления в роли противоположного пола были манипуляции родственниками, в остальных - привлечение внимания.

В рамках шизотипического расстройства нарушение половой самоидентификации при яркой выраженности проявлений в рамках аффективных эпизодов, по выходе у 7 пациентов (21.9%) – теряло актуальность, редуцировалось. Пациенты, удовлетворенные произведенным на окружение эффектом, возвращались к привычному образу жизни, однако при возникновении конфликтных ситуаций и снижении аффекта – могли вновь вернуться к тематике смены пола в качестве средства манипуляции. У 4 пациентов (12.5%) – симптоматика сохранялась на весь период катамнестического наблюдения. Поведение становилось более эксцентричным, активность становилась более узко направленной, отмечалось нарастание апатии и аутизации, усиливались эмоциональная холодность, равнодушие по отношению к близким.

Среди пациентов, у которых нарушение половой самоидентификации, возникло в структуре истеро-шизоидного расстройства личности, у 10.5% полностью редуцировалось на фоне лечения, у 10.5 % возникало в ситуационно обусловленном контексте и имело целью манипуляцию родными.

При истерическом расстройстве личности у всех пациентов расстройство половой самоидентификации редуцировалось полностью, гротескность проявления истерических черт в рамках пубертатной декомпенсации теряла актуальность, однако оставались черты психического инфантилизма и истерический тип реагирования. За период последующего

катамнестического наблюдения не происходило дальнейшего личностного и эмоционально-волевого снижения. Сохранялись аффективные расстройства легкой и средней степени тяжести, чаще реактивной природы, однако повторного появления признаков расстройства половой самоидентификации в период наблюдения не происходило.

Для определения патопсихологических особенностей изучаемого расстройства у изученной группы пациентов было проведено психологическое исследование с применением различных методик, в ходе которого были определены статистически достоверные различия между типологическими группами. Для расстройства половой самоидентификации в рамках деперсонализационных расстройств было характерно отсутствие идентификации как со своим, так и с противоположным полом в связи с недостаточностью дифференциации образов половых ролей в сознании, трудностями определения границ собственного Я, отрицательным самоотношением. Расстройства половой самоидентификации у этих пациентов представляют собой лишь одно из проявлений дезинтеграции личности в целом. Такой тип половой идентичности можно охарактеризовать как недифференцированный. У пациентов с расстройством половой самоидентификации в рамках дисморфофобических расстройств, также, не происходит идентификация ни с одной половой ролью, которые, однако, представлены в сознании достаточно дифференцированно. Сверхценные идеи собственной непривлекательности сопровождаются отвержением своей сексуальности и всех областей личностной идентичности, связанных с межполовым взаимодействием. Изначальное местоположение переживаний в сфере телесного приводит к поиску способов обозначения своих ощущений. Характерное для истинного транссексуализма переживание нахождения «не в своем теле» находит отклик у таких пациентов и позволяет в некоторой степени снять внутреннее напряжение через идентификацию с транссексуалами. Однако истинная транссексуальная идентичность у них не формируется в связи с отсутствием идентификации с противоположной гендерной ролью на эмоциональном уровне. Поэтому их половую идентичность можно назвать псевдотранссексуальной. Пациенты с

расстройством половой самоидентификации в рамках расстройств истерического круга идентифицировали себя с противоположной половой ролью крайне поверхностно, в большей степени на когнитивном, чем на аффективном уровне. В целом, их половой конфликт продиктован с одной стороны эмоциональной незрелостью, стремлением выделиться и показать свою уникальность, а с другой – особым вниманием к собственной сексуальной сфере как источнику повышения значимости своей личности. Их понимание трансгендерности, как и степень развитости представлений о половых стереотипах являются очень скудными, односторонними, что свидетельствует о недостаточной сформированности половой идентичности.

### **Заключение**

Результаты исследования, основанные на изучении репрезентативной клинической когорты, позволяют сформулировать следующие выводы:

1. Расстройство половой самоидентификации, возникающее в рамках шизотипического расстройства и расстройств личности, выявило значительную гетерогенность как психопатологической картины, так и клинических проявлений, реализующихся в закономерностях течения и динамике.

2. Феномен расстройства половой самоидентификации представлен:

- убеждением сверхценного уровня в наличии гендерной дисфории, имеющей тематикой самоопределение в границах своего пола;
- декларацией себя в роли лица противоположного пола с установкой на борьбу за признание;
- социальной депривацией, обусловленной содержанием сверхценной идеи.

3. Установленные различия в психопатологической структуре расстройства половой самоидентификации позволяют выделить следующие типологические варианты, обнаруживающие различия по характеру и степени выраженности проявлений и течению:

3.1 Расстройство половой самоидентификации в рамках деперсонализационных расстройств, проявляется преимущественно чувством «отчуждения» биологического пола;

3.2 Расстройство половой самоидентификации в рамках дисморфофобических расстройств проявляется недовольством своей внешностью и устойчивым стремлением к осуществлению трансгендерного перехода;

3.3 Расстройство половой самоидентификации в рамках истерических расстройств, проявляется нарушением поведения с диссоциативными проявлениями, демонстративностью с целью манипуляции и эпатажа.

4. Анализ нозологической принадлежности депрессивных состояний, имеющих в структуре расстройство половой самоидентификации, показал, что данное расстройство встречается в рамках следующих заболеваний:

4.1 Шизотипическое расстройство (F21.4), экзацербация

4.2 Расстройства личности (истеро-шизоидное (F61.0) и истерическое (F60.4)), декомпенсация

5. Сопоставление нозологических форм и типологических разновидностей расстройства половой самоидентификации обнаружило существенные различия, имеющие дифференциально-диагностическое и прогностическое значение.

5.1. В рамках шизотипического расстройства нарушение половой самоидентификации выявлялось в структуре депрессий (апатических, тревожных, тоскливых, дисфорических), отличающихся полиморфизмом, дисгармоничностью симптоматики, сочетанием сверхценных образований, явлений деперсонализации, дисморфофобии, конверсионной симптоматики и квазипсихотических эпизодов. Депрессии имели тенденцию к затяжному течению, отмечалось низкое качество ремиссий с нарастанием социальной дезадаптации, негативных изменений личности с преобладанием волевых нарушений, на фоне которых постепенно сглаживалась выраженность феномена расстройства половой самоидентификации.

5.2. При истеро-шизоидном расстройстве личности (F61.0) феномен нарушения половой самоидентификации отмечался на этапе декомпенсации в виде депрессивных состояний (дисморфофобических, тревожно-апатических, тоскливых). Расстройство половой самоидентификации носило более устойчивый характер, чем в двух других группах, в ремиссиях у

большинства пациентов его проявления сохранялись. Социальная адаптация за изученный период времени оставалась на достаточно высоком уровне.

5.3. При истерическом расстройстве личности (F60.4) феномен нарушения половой самоидентификации отмечался в состоянии декомпенсации в рамках депрессий с большим удельным весом истерических проявлений наряду с дисфорическими расстройствами. Феномен отличался наименьшей устойчивостью, его длительность не превышала срока периода дезадаптации. Социальная адаптация у пациентов этой группы оставалась на высоком уровне.

6. Выявлены закономерности формирования расстройства половой самоидентификации у личностей, преморбидно относимых к кластерам А и В (по DSM-5).

6.1. В рамках шизотипического расстройства по преморбидным характеристикам пациенты разделялись на мозаичных шизоидных, сенситивных шизоидных и истерошизоидных личностей.

6.2. В рамках истеро-шизоидного расстройства личности преморбидно пациенты относились к истерошизоидным и мозаичным шизоидным личностям.

6.3. В рамках истерического расстройства личности все пациенты относились к истерическому кластеру.

7. Патопсихологическое исследование пациентов с расстройством половой самоидентификации, возникающим в рамках депрессивных состояний, показало нарушение у этих пациентов дифференциации образов половых ролей в сознании, отвержение своей сексуальности и областей личностной идентичности, связанных с межполовым взаимодействием, а также, эмоциональную незрелость, присущую этим пациентам, стремление выделиться и, в связи с этим, проявление повышенного внимания к собственной сексуальной сфере как источнику повышения значимости своей личности.

**Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы.** Диагностика расстройства половой самоидентификации и его отделение от истинного транссексуализма представляются значимыми в контексте определения необходимости психофармакотерапевтического лечения и в целях решения вопроса о показаниях для прохождения медицинской комиссии по смене пола. Типологическое разделение расстройства половой самоидентификации может служить основополагающим для прогнозирования динамики состояния, а также того, краткосрочным или длительным будет данное расстройство в контексте основной симптоматики. Диагностику расстройства половой самоидентификации должно дополнять патопсихологическое обследование, которое позволит повысить достоверность оценки состояния. Комплексное лечение пациентов с данным расстройством помимо психофармакотерапии должно включать психотерапевтическое лечение.

Результаты проведенного исследования могут быть рекомендованы для использования в качестве методического пособия при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, а также клинических психологов, работающих в психиатрических больницах и диспансерах.

Дальнейшее изучение расстройства половой самоидентификации представляется целесообразным как в контексте определения длительности данных расстройств в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности, так и в целях продолжения изучения его взаимодействия с сопряженной симптоматикой, их взаимного влияния и видоизменений с течением времени, а также соотношения с актуальными веяниями социальных течений. Интересным представляется изучение данного контингента пациентов совместно с психотерапевтами и сексопатологами и с привлечением дополнительных методов диагностики (генетических, биологических).

**Список работ, опубликованных по теме диссертации****Статьи в журналах, рецензируемых ВАК:**

1. **Попова Г.А.** Становление понимания феномена расстройства половой идентификации / Г. А. Попова // Психиатрия, 2019; 17(3) С. 51-61.
2. **Попова Г.А.** Расстройства половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности (клинико-психопатологический аспект) / Г. А. Попова // Психиатрия, 2020; 18(2) С. 13-21.

**Статьи в других периодических изданиях:**

1. **Ляная Г.А. (Попова Г.А.)** Нарушения половой самоидентификации в структуре депрессивного эпизода при эндогенных психических расстройствах и расстройствах личности / Г.А. Ляная (Г. А. Попова) // Материалы 4-й Костромской Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья. - г. Кострома, М.: «САМ полиграфист», 2018. - С. 30-34.
2. **Ляная Г.А. (Попова Г.А.)** Феномен половой самоидентификации при психической патологии у женщин / Г.А. Ляная (Г. А. Попова) // Материалы XIV Юбилейной Всероссийской школы молодых психиатров "Суздаль-2019" - г. Суздаль, 2019. - С.203-206.
3. **Ляная Г.А. (Попова Г. А.)** Расстройство половой самоидентификации у женщин / Г.А. Ляная (Г. А. Попова) // Материалы Всероссийского научно-практического конгресса «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус», - СПб.: Альта Астра, 2018. - С. 105-107.
4. **Lyanaaya G.A. (Popova G.A.)** Gender identity disorder as a symptom of endogenous diseases / G.A. Lyanaaya (G.A. Popova) // Abstract for the ECNP Seminar 2018. - С. 59.