

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научный центр психического здоровья»

*На правах рукописи*

**Попова Галина Анатольевна**

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

14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки)

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель –  
доктор медицинских наук  
А.Н. Бархатова

Москва – 2020

## Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Обзор литературы.....	20
1.1 Исторический аспект проблемы изучения нарушений половой идентификации.....	20
1.2 К вопросу классификации расстройств половой идентификации.....	27
1.3 Актуальное состояние проблемы.....	32
1.4 Актуальные вопросы патогенеза.....	38
Глава 2 Характеристика материала и методы исследования.....	42
2.1 Критерии отбора пациентов в исследование.....	42
2.2 Общая характеристика материала.....	44
2.3 Методы исследования.....	48
Глава 3 Общая характеристика и клинико-психопатологическая дифференциация расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках депрессивных состояний.....	51
3.1 Общая характеристика клинических проявлений расстройства половой самоидентификации.....	53
3.2 Клинико-типологическая дифференциация расстройства половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности.....	60
3.2.1 Клинико-психопатологическая характеристика группы наблюдений расстройства половой самоидентификации 1 типа - в рамках деперсонализационных расстройств.....	63
Наблюдение 1.....	67
3.2.2 Клинико-психопатологическая характеристика группы наблюдений расстройства половой самоидентификации 2 типа - расстройство половой самоидентификации в рамках дисморфофобии.....	82
Наблюдение 2.....	88

3.2.3 Клинико-психопатологическая характеристика группы наблюдений расстройства половой самоидентификации 3 типа - в рамках расстройств истерического круга.....	102
Наблюдение 3.....	106
Глава 4 Клинические особенности расстройства половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности .....	119
4.1 Общая характеристика клинических особенностей расстройства половой самоидентификации.....	119
4.2 Клинические особенности расстройства половой самоидентификации в рамках шизотипического расстройства.....	127
4.3 Клинические особенности расстройства половой самоидентификации в рамках истеро-шизоидного расстройства личности.....	136
4.4 Клинические особенности расстройства половой самоидентификации в рамках истерического расстройства личности.....	144
Глава 5. Патопсихологическое исследование расстройства половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности.....	151
5.1 Результаты патопсихологического исследования.....	151
5.2 Интерпретация результатов исследования личностных особенностей у пациентов с РПС.....	162
5.3 Интерпретация результатов исследования половой идентичности и полоролевых стереотипов групп пациентов.....	164
Заключение.....	169
Выводы.....	184
Список литературы.....	187
Приложение.....	208
Приложение 1 Методики психологического исследования.....	208

## Введение

Расстройство половой идентификации - желание жить и восприниматься окружающими как лицо противоположного пола, обычно сопровождаемое ощущением дискомфорта от своего анатомического пола или чувством неуместности своей половой принадлежности [49]. Транссексуализм является крайней формой данного расстройства, при которой пациенты настаивают на «трансгендерном переходе» - смене пола путем приема заместительной гормональной терапии и проведении хирургических операций. Распространённость транссексуализма в мире, по данным различных авторов (Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова, 2011), колеблется от 1:40 000 до 1:100 000 населения [21].

## Актуальность

Число пациентов с гендерной дисфорией, обращающихся за помощью, поддержкой и лечением, значительно возросло в последнее время согласно исследованиям, проводившимся в Европе и США (Aitken et al. 2015, de Vries et al. 2015, Wierjes C., 2018) [70, 107, 203]. Также, значительно возросло количество людей, самостоятельно диагностирующих себя как транссексуалов или заявляющих о наличии гендерной дисфории. Популяционные исследования, проведенные в Дании Kuiper L., & Wijzen C. в 2014 на большой выборке населения, показали, что 4.6% человек, зарегистрированных при рождении как мужчины и 3.2% зарегистрированных как женщины, заявили о своей «амбивалентной гендерной идентичности» (равносильная самоидентификация как с противоположным полом, так и с полом, определенным при рождении) и 1.1% мужчин и 0.8% женщин заявили об «инконгруэнтной гендерной идентификации» (самоидентификации с более высоким сродством к противоположному полу, нежели к полу, определенному при рождении) [145]. Сходные результаты были получены и Van Caenegem

et al. в 2015 году, представившими результаты двух исследований, проведенных в Бельгии с целью изучения гендерной амбивалентности и гендерной инконгруэнтности, одно – на выборке основного населения, второе – на представителях сексуальных меньшинств [207].

Возросшее количество пациентов с гендерной дисфорией и гендерной инконгруэнтностью в последнее десятилетие может быть объяснено рядом взаимосвязанных факторов: возросшим количеством транссексуалов, открыто заявляющих о себе по телевидению и в кино; также, тот факт, что о них говорят в средствах массовой информации, в общественном сознании становится все более распространенным явлением и, вероятно, будет способствовать хотя бы частичной дестигматизации транссексуалов; в том числе широкая распространенность информации о гендерной дисфории и гендерной инконгруэнтности в Интернете и других каналах коммуникации также вносит свой вклад в дестигматизацию; несомненно увеличившийся уровень осведомленности о возможности проведения биомедицинского лечения (Coleman et al., 2012, Wylie et al., 2014); а также, постепенное развитие общественной толерантности к транссексуалам (FRA, 2014, Keuzenkamp & Kuiper, 2013) [103, 204, 141, 139].

Более того, чем более распространенным становится явление транссексуализма в общественном сознании, тем большее количество людей задумывается о собственной гендерной принадлежности как не константной характеристике, следовательно, некоторые могут почувствовать инконгруэнтность и возможно, поставить под сомнение свой полученный при рождении цисгендерный (конформный) статус, который прежде всегда воспринимался как должное.

Процент людей, сообщающих об амбивалентности и инконгруэнтности их половой идентификации, в вышеупомянутых исследованиях оказался непредвиденно высоким. Также, в них отмечено существование людей, идентифицирующих и представляющих себя как «недвоичные» (вне гендерной дихотомии мужчины/женщины). Остается неясным, сколько из них

обратятся за помощью и лечением по поводу гендерной дисфории. Тем не менее, многие транс-индивидуумы обращаются за медицинской помощью и решают начать гормональное лечение и подвергнуться операциям по смене пола для облегчения их половой дисфории. Некоторые пациенты считают хирургическую коррекцию пола единственным приемлемым вариантом дальнейшего существования (Beek et al., 2015), в то время как другие не видят необходимости в маскулинизации или феминизации их тела и считают достаточными изменение самовыражения и социальной гендерной роли [80].

Эпидемиологические и квазиэпидемиологические исследования за последние несколько десятилетий могут помочь оценить утверждения в DSM-III и DSM-III-R, что «транссексуализм» является «редким» или «казуистическим» [73,72]. По данным, обобщенным Arcelus et al. в 2015 году, статистика такова: 1:14 705 взрослых мужчин и 1:38 461 взрослых женщин относят себя к транссексуалам [75]. Учитывая тенденцию последних лет, было сделано предположение, что распространенность гендерной дисфории еще возросла, и, вероятно, именно поэтому в DSM-5 распространенность оценивается среди взрослых мужчин между 5 и 14 на 1000 (0,015–0,014) и среди взрослых женщин между 2 и 3 на 1000 (0,002–0,003) [74]. Остается неясным, однако, отражает ли повышение распространенности гендерной дисфории реальное изменение статистических данных или говорит о том, что непринятие себя в рамках своего биологического пола становится более комфортным вариантом решения социальных проблем. Это может являться причиной общественного признания явления транссексуализма и его депатологизации, а также повышения уровня всеобщей осведомленности о терапии: как о психологической поддержке при социальном переходе из одного пола в другой, так и об оказываемой медицинской помощи (больше специалистов, которые обеспечивают гормональную терапию и хирургическое лечение).

Недавние исследования, использовавшие более широкое определение «прецедентности» (а именно, самоидентификация пациента как трансгендера

или ««гендерно неопределенного») являются примечательными и значимыми, и могут быть признаком того, что гендерная дисфория получила признание в обществе. Если приблизительно 1 к 200 взрослых людей в США идентифицируют себя с трансгендерами, это уже перестает оцениваться как редкость - процент схож с процентом взрослых американцев, являющихся «веганами» (наиболее строгая форма вегетарианства, исключая потребление продуктов животного происхождения). Действительно, в современной социальной жизни Интернет сообщества, например, Facebook, предлагают более 70 недвоичных гендерных опций. Однако есть одна критическая методологическая проблема, требующая дополнительного научного исследования; а именно стабильность трансгендерной или недвоичной гендерной идентичности. Непонятно, однако, какой процент подростков и взрослых, которые сейчас идентифицируют себя с трансгендером или другой гендерно-вариантной идентичностью, сохранит эту самоидентификацию на протяжении всей жизни.

В DSM-IV постулировалось, что «бред принадлежности к другому полу» редко встречается при шизофрении, но это утверждение идет вразрез с исследованиями, показывающими, что около 25% пациентов с шизофренией испытывают расстройство половой идентификации в определенный момент их жизни (Gittleson N. et al., 1966; Connolly F. et al., 1971; Lukianovicz L., 1995; Campo J. et al., 2003) [119,104,150,98]. В соответствии с этим, для диагностики расстройства половой идентичности (ранее называемого «транссексуализм»), в DSM-III требовалось, чтобы симптомы «не были вызваны другим психическим расстройством, таким как шизофрения». В более поздних изданиях DSM этот критерий исключения был упразднен. Тем не менее, когда дело доходит до диагностических критериев для дифференциальной диагностики других расстройств, включающих образ тела (например, дисморфофобическое расстройство), в DSM-IV подчеркивается, что сопутствующие психиатрические диагнозы должны быть исключены. В DSM-IV отмечается, что пропуск этого критерия исключения создает возможность

того, что шизофрения и расстройство половой идентификации могут сосуществовать у одного и того же пациента, но добавляется, что такая коморбидность маловероятна.

Сегодня известно, например, что молодые представители сексуальных меньшинств (особенно женщины), демонстрируют заметные колебания в их сексуальной ориентации (например, от гомосексуализма к бисексуализму или от сексуально недифференцированных к гомосексуализму или даже от гомосексуализма к гетеросексуализму), так что можно предположить, что гендерная идентичность может показать аналогичные колебания. Недавние результаты исследований сексуальной идентичности показали, что с возрастом такие колебания возникают реже, поэтому было бы логично предположить, что колебания гендерно-вариативной идентичности будут встречаться у подростков и у молодых людей.

Что касается изучения соотношения пациентов с расстройством половой идентификации у мужчин и женщин в России, то данные Бухановского А.О., а также данные ЭНЦ РАН (Эндокринологический научный центр Российской академии наук), и Адамяна Р.Т., существенно отличались от аналогичных данных, полученных зарубежными исследователями [6,1]. По данным Бухановского А.О. соотношение составляло 1:4,1, где преобладающее большинство – женщины. По данным ЭНЦ РАН соотношение мужчин к женщинам составляло 1:3.

По данным отделения андрологии и урологии ЭНЦ РАМН, за один год в отделение обратились 83 пациента с расстройством половой идентификации, 48 мужчин и 35 женщин. Из них диагноз «транссексуализм» на основании психиатрического обследования уже был установлен ранее 33 мужчинам и 28 женщинам, 22 пациента были направлены для консультации психиатра (18 мужчин, 4 женщины) с диагнозом «нарушение половой идентичности». Соотношение пациентов с гендерной дисфорией (мужчины: женщины) составило 1,4:1, с транссексуализмом – 1,2:1. По данным Московского Городского Психоэндокринологического Центра, одного из ведущих



учреждений, оказывающих помощь лицам с расстройствами половой идентификации, за период с 2001 по 2006 год с целью решения вопроса о смене пола в Центр обратились 235 человек (из них 133 мужчины, 102 женщины, соотношение 1,3:1). В результате диагноз «транссексуализм» был подтвержден у 85 человек (72 женщины, 13 мужчин, соотношение 5,5:1). У 158 (71 мужчина и 87 женщин, соотношение 1:1,2) пациентов диагноз «транссексуализм» подтвержден не был, а расстройства половой идентичности среди этой группы пациентов распределились следующим образом: при заболеваниях шизофренического спектра - 54 (37 мужчин, 17 женщин); при органических психических заболеваниях – 37 (17 мужчин, 20 женщин); при расстройствах личности - 61 (12 мужчин и 49 женщин); расстройство половой идентификации неуточненное – 6 (5 мужчин и 1 женщина). Обращает на себя внимание, что в мужской популяции отличаются большей неоднородностью данных нарушений с более частой, по сравнению с женщинами, встречаемостью коморбидных психических расстройств.

В связи с тем, что за последние десятилетия многократно облегчился путь «трансгендерного перехода» (смены пола), существуют разнообразные варианты и степени того, насколько возможно изменение социальной роли, внешности и какого уровня вмешательства в работу организма можно осуществить. Неизбежным следствием стал чрезмерно упрощившийся механизм получения медицинского согласия на проведение социальных, юридических и медицинских процедур, изначально созданных для выявления возможных ошибок диагностики и замедления процесса перехода, 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 социальный переход, включающий социализацию в новой роли, замену пола в документах, изменение имени. 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. За последние 10 лет участились случаи «внезапно начавшейся гендерной дисфории» (rapid onset of gender dysphoria - англ., Littman, L. 2018) среди подростков, за которыми родители раньше не замечали поведения, соответствовавшего бы устойчивому недовольству своим полом [147]. Схожими в этих случаях были личностные характеристики, такие как внушаемость, зависимость от чужого мнения, а также нахождение в коллективе, где тематика транссексуализма обсуждается и есть представители ЛГБТ-сообщества (от англ. LGBT - lesbian, gay, bisexual, transsexual). Эти данные заставляют задуматься о долгосрочности диагноза гендерной дисфории у таких пациентов и возможном увеличении процента сожалеющих о проведенной смене пола спустя несколько лет.

#### **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) [191, 127, 111, 163, 184, 136]. 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.

**Гипотеза:**

Расстройство половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности является собой отличное от гендерной дисфории и транссексуализма психопатологическое образование, имеющее различные варианты течения и коррелирующее с сопутствующей симптоматикой, что определяет необходимость психофармакотерапевтической интервенции, предваряющей обращение данных пациентов к специалистам по смене пола.

**Цель:**

Установление психопатологической структуры феномена нарушения половой самоидентификации на основании комплексного анализа его характеристик в контексте их нозологического разграничения и соотношения с конституциональными особенностями.

**Задачи исследования:**

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, проведено клинико-психопатологическое исследование пациентов с расстройством половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности, что позволило выявить новый тип расстройства, в связи с чем было предложено название «расстройство половой самоидентификации» для сепарации от описанного ранее. Данный тип расстройств имеет существенные отличия как по структуре, механизму возникновения, так и по динамике течения. Помимо этого, у изученной группы пациентов в структуре выделенного синдрома отмечалась неоднородность проявлений, психопатологически различные характеристики в зависимости от основного заболевания, глубины депрессивной симптоматики, на фоне которой оно развивалось. Формирующиеся взаимосвязи между внутренними составляющими и внешними проявлениями изучаемого феномена потребовали подробного изучения, в результате чего, в соответствии с ведущим синдромом, в рамках которого возникало расстройство половой самоидентификации, были выделены три типологические группы: 1 - Расстройство половой самоидентификации (РПС) в рамках деперсонализационных расстройств, 2 - РПС в рамках дисморфофобических расстройств, 3 - РПС в рамках истерических расстройств. Положенный в основу типологического разделения синдромальный подход представляется клинически обоснованным. Проведенное клинико-катамнестическое исследование позволяет оценить динамику, а также нозологическую принадлежность изученного вида расстройств у пациентов, что значимо в

контексте определения необходимости прохождения психиатрической комиссии для смены пола, прогноза заболевания и определения тактики поведения со сходными клиническими случаями. Проведенное патопсихологическое обследование позволило оценить структуру полового самосознания, полотипических установок, патохарактерологических особенностей личности у пациентов изученной выборки.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

На основании проведенного исследования удалось получить данные о расстройстве половой самоидентификации, проанализировать и описать его характеристики, что позволяет расширить границы понимания данного феномена. Выделение расстройства половой самоидентификации и изучение его психопатологических особенностей вносит вклад в динамическое изучение аффективной психопатологии, шизотипического расстройства, а также патологии личности. Определение типологических особенностей нарушения половой самоидентификации, различие механизмов его возникновения в зависимости от синдрома, в рамках которого происходило его формирование, позволило создать диагностическую модель, на основании которой должно осуществляться дальнейшее определение прогноза и выбора соответствующей тактики лечения таких пациентов. Своевременная диагностика имеет первостепенное значение в контексте решения дальнейшей судьбы пациента при обращении к психиатру с целью определения необходимости прохождения процедуры 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, так и в практической деятельности врачей-психиатров.

## **Методология и методы исследования**

В диссертационной работе осуществлялась 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 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 всесторонне тщательное изучение врачом-психиатром полученной информации для наиболее точной квалификационной оценки состояния. Для диагностической оценки использовались отечественные и международные (МКБ-10) критерии классификации.

**Методы исследования:** феноменологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, патопсихологический и статистический.

### **Критерии включения:**

- 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);
- РПС в рамках шизотипического расстройства;
- РПС в рамках декомпенсации расстройства личности;

**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.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Расстройство половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности гетерогенно в своих проявлениях в зависимости от типологической группы, при этом, выявляются корреляции между особенностями психопатологической структуры изучаемого расстройства и психопатологическими состояниями, в рамках которых они развиваются.
2. Выделение типологических разновидностей расстройства половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности по основному синдрому, в структуре которого происходит их развитие, представляется клинически обоснованным.
3. Установленные патопсихологические характеристики демонстрируют тропность выделенным клинико-психопатологическим вариантам и подтверждают обоснованность типологического разделения.

4. Выделенные типологические различия в проявлениях расстройства половой самоидентификации, степени их выраженности и особенностях динамики определяют диагностическую и прогностическую значимость, а также характер и объем терапевтического вмешательства и психологической коррекции.

#### **Степень достоверности результатов проведенных исследований.**

Достоверность научных положений и выводов, сформулированных в диссертации, не вызывает сомнений и обеспечивается репрезентативностью выборки. Общее количество больных 63, катамнестическая группа пациентов формировалась из клинической когорты, ее составили 42 пациента. Состояние, служившее причиной обращения к психиатру, включало расстройство половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности. Актуальность и комплексность методов исследования (феноменологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, патопсихологический и статистический) соответствуют поставленным задачам. Результаты подтверждены статистическим анализом.

#### **Публикация результатов исследования.**

**Основные результаты** исследования изложены в 6 научных публикациях (в том числе 2 из которых - в научных журналах, рецензируемых ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации).

Попова Г.А. Становление понимания феномена расстройства половой идентификации / Г. А. Попова // Психиатрия, 2019; 17(3) С. 51-61. 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:**

Ляная Г.А. (Попова Г.А.) Нарушения половой самоидентификации в структуре депрессивного эпизода при эндогенных психических расстройствах и расстройствах личности / Г.А. Ляная // Материалы 4-й Костромской Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья. - г. Кострома, М.: «САМ полиграфист», 2018. - С. 30-34.

Lyanaaya G.A. (Popova G.A.) Gender identity disorder as a symptom of endogenous diseases / G.A. Lyanaaya // абстракт опубликован в сборнике материалов ECNP Seminar 2018 - С. 59.

Ляная Г.А. (Попова Г.А.) Расстройство половой самоидентификации у женщин / Г.А. Ляная // тезисы опубликованы в сборнике материалов Всероссийского конгресса «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус», 2018 - С. 105-107.

**Основные положения диссертационной работы и обобщенные данные представлены в виде докладов:** 17 апреля 2018 года на 4-й Костромской Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья; 25 мая 2018 года на ежегодной конференции молодых ученых ФГБНУ НЦПЗ, посвященной памяти А.В. Снежневского.

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

**Личный вклад автора в работу.** Работа выполнена автором на базе ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П.Клюшник), в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – профессор, 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 разработан дизайн исследования, сформулированы критерии включения и исключения больных в исследование. Автором лично проведено клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое обследование 63

пациентов с расстройством половой самоидентификации. 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. Благодаря проведенной работе, автор лично сформулировал положения, выносимые на защиту, обосновал полученные решения, сформулировал научные рекомендации и выводы, подготовил публикации по теме исследования. Полученные результаты были оформлены автором в виде диссертационной работы.

### **Практические рекомендации:**

1. Выявление расстройства половой самоидентификации в структуре непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств позволит определить необходимость назначения психофармакотерапии и отложить вопрос о прохождении медицинской комиссии.
2. Определение типологической разновидности расстройства половой самоидентификации может быть значимой при определении прогноза данного расстройства в структуре основного заболевания.
3. Раннее выявление расстройства половой самоидентификации школьными психологами, терапевтами, педиатрами, детскими психиатрами в поликлиниках и превентивное направление таких пациентов к психиатрам и психотерапевтам может предотвратить дальнейшее усугубление симптоматики РПС и прохождение пациентами медицинской комиссии для решения вопросов о смене пола и назначении заместительной гормональной терапии.
4. Диагностику расстройства половой самоидентификации дополняет патопсихологическое обследование, которое позволяет повысить достоверность клинических данных.

## **Внедрение**

Результаты данного исследования нашли применение в практической работе психиатрической клинической больницы №1 им. Алексеева, филиал «Психоневрологический диспансер №8», «Психоневрологический диспансер № 9» и «Психоневрологический диспансер №10».

### **Объем и структура работы.**

Работа изложена на 218 страницах машинописного текста (основной текст – 196 страниц, список литературы – 22 страницы) и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и приложения. Первая глава посвящена истории изучения расстройства половой идентификации, анализу работ отечественных и зарубежных психиатров, занимавшихся этим вопросом. Во второй главе дается описание общей характеристики материала и методов исследования. В третьей главе проводится типологическая дифференциация расстройства половой самоидентификации и приводятся 3 клинических наблюдения, иллюстрирующих выделенные типологические варианты. В четвертой главе описываются шизотипическое расстройство, расстройство личности истеро-шизоидного и истерического круга, в рамках которых возникает расстройство половой самоидентификации. В пятой главе проводится анализ данных патопсихологического обследования пациентов с расстройством половой самоидентификации. В заключении проводится обсуждение результатов, полученных в исследовании, их теоретической и практической значимости. Завершает текст диссертации раздел «выводы». Библиографический указатель содержит 215 наименований (из них отечественных - 68, иностранных - 147). В приложении содержатся методики психологического исследования.

## 1. Обзор литературы

Биологический пол — это морфофункциональная характеристика организма, включающая его специфические репродуктивные особенности и свойства, по которым можно отличить самцов от самок. В настоящее время наиболее объективной и целостной считается схема половой принадлежности, предложенная американским сексологом Джоном Мани [167]. Схема учитывает сложный путь формирования пола в процессе индивидуального развития и опирается на восемь критериев пола. Сюда относятся шесть биологических составляющих: генетический, гонадный, внутриутробный гормональный пол, внутренний морфологический пол, половая дифференциация головного мозга, пубертатный гормональный (внешний морфологический) пол. Остальные две составляющих связаны с психологическими и социальными факторами — воспитанием и самоидентификацией.

### 1.1 Исторический аспект проблемы изучения нарушений половой идентификации

Со времен Геродота в мировой литературе встречались описания людей, ведущих образ жизни, не соответствующий своему полу. Геродот, а следом за ним Гиппократ, пытались найти объяснение «скифской болезни», как назвал ее Геродот, один видел ее в божественном гневе, другой же - в импотенции.

В мировой истории на протяжении многих веков тематика пола, половых отношений, различий между мужчинами и женщинами являлась неизменно актуальной и, наверное, как никакая другая - драматичной. В силу разделения социальных ролей, сложившихся религиозных и культуральных установок, определяющим жизненный уклад концептом около 6000 лет назад стал патриархат, а с конца XVIII- начала XIX века все более широкое распространение стало получать феминистское движение, привнесшее в обиход понятие «сексизм» и такие его составляющие как биологический эссенциализм, гендерная поляризация, андроцентризм, гендерные

стереотипы. До середины 20-го века, а в некоторых государствах и до наших дней, в правовых системах считались преступными и потому преследовались законом гомосексуальные отношения и другие девиации полового поведения. Соответственно с этим, изучение данного вопроса в определенной степени было табуировано, подвергалось жесточайшей критике, воспринималось негативно в обществе и иногда, также, преследовалось законом.

Следует признать, что исследование вопроса расстройства половой идентификации чрезвычайно сложно, так как в различных культурах и сообществах модели поведения мужчин и женщин существенно различаются. С начала XIX века в записях исследователей, изучавших коренное население Северной и Южной Америки, Аляски, Африки, Балкан и других отдаленных от европейской цивилизации мест, представали данные о нетрадиционном распределении мужских и женских ролей. Так, на Аляске и Мадагаскаре красивые женоподобные представители мужского пола с детства воспитывались в рамках женской ценностной системы, в дальнейшем одевались в женские наряды, выщипывали волосы на лице, занимались традиционно женскими занятиями, выступали в роли наложниц. Полученные данные позволили этнографу Malinowski В. в 1929 г. и антропологу Mead М. в 1931-1933 гг., сделать вывод об отсутствии природной заданности, а лишь о культурной детерминированности мужских и женских поведенческих стереотипов [151, 155].

Одним из наиболее важных вопросов в изучении половых расстройств предстает **гендерная дисфория**, которая подразумевает под собой активное недовольство собственным полом и отрицание накладываемых обществом стереотипов поведения, что предшествует возникновению проблем с социальной адаптацией. .

Собственно, история изучения феномена гендерной дисфории относится в большей степени ко второй половине XX века, но нельзя не учитывать тот факт, что еще в XIX веке, когда только зарождалась сексология как наука, в описаниях случаев отклонений полового поведения часто встречались и

пациенты, которые в настоящее время относятся к выделенной группе – транссексуалов (люди, чья гендерная идентичность противоположна приписанному при рождении полу).

Карл-Генрих Ульрихс в 1860-х годах поднял тему «третьего пола», в своих философских трудах он доказывал, что, когда мужчина испытывает физическое влечение к мужчине, это значит, что в его мужском теле живет женская душа [205]. Такие люди («уранисты»), по его мнению, не могли по обычной классификации быть отнесены ни к мужскому, ни к женскому полу. И в силу врожденности этого состояния не могут караться по закону. Отто Вейнинггер в 1902 году в книге «Пол и характер», также, рассуждал о бисексуальности всех живых существ, о том, что между женским и мужским полом есть переходные формы, обосновывал это уже с натурфилософских позиций [200]. Теории К. Ульрихса суммировал и развил Эдвард Карпентер в своей книге «Промежуточный пол» в 1908 году [26].

Немецкой школе Вильгельма Гризингера приписывается патологизация гомосексуализма и схожих явлений [123]. Его приемник, Карл Вестфаль в 1876 году выпустил монографию, в которой описывал пациентку, «с сексуальными чувствами изменённой направленности» как «увлекающуюся мальчишескими играми» и «любящую одеваться как мальчик» [202]. Вестфаль переименовал то, что ранее называлось «педерастией», в «сексуальную инверсию» и настаивал на том, что это заболевание, психическая патология, и таких пациентов следует лечить, а не подвергать уголовному преследованию. Это послужило началом эры терапии половых девиаций, их лечили как психотерапевтически (Фрейд З., Крафт-Эбинг Р.), так и медикаментозными средствами, имевшимися в распоряжении у психиатров того времени [56, 30].

Вслед за К. Вестфалем, в 1886 году, Рихард фон Крафт-Эбинг публикует всемирно известную книгу «Половая психопатия», в которой впервые полно и подробно предложены исследования половых девиаций и транссексуализма, приведены клинические случаи, а также результаты

лечения таких пациентов с применением гипноза. В своей работе автор использовал термины «превратное половое ощущение», «эффеминация» и «вирагиния» и объяснял возникновение этого феномена тем, что зачатки обоих полов «накладываются друг на друга», что препятствует развитию одного прочного, резко выраженного характера. Отделяя этих пациентов от гомосексуалистов («урнингов»), он писал, что эта особенность психической организации, граничащая с феминизмом или маскулинизмом, встречается только во вполне развитых случаях; само по себе превратное половое ощущение вовсе не связано с психической болезнью. В качестве лечения автор предлагал гипнотерапию, однако признавал, что успех в приведенных им в качестве примеров клинических случаях, основан не на действительном излечении, а на «известной дрессировке, достигнутой внушением» с целью социализации.

Не менее значительной фигурой в истории изучения половых девиаций был Магнус Хиршфельд, занимавшийся вопросом популяризации проблем гомосексуализма, трансвестизма и транссексуализма [128]. В 1987 году он основал Научный гуманитарный комитет (Wissenschaftlich-humanitäres Komitee, WhK), целью создания которого была защита прав гомосексуалистов. В своих работах М. Хиршфельд постулировал следующее: «между абсолютной женщиной и абсолютным мужчиной существует бесконечное количество градаций и комбинаций. Гермафродиты, трансвеститы, гомосексуалисты являются необходимой естественной нитью, соединяющей два полюса: мужчину и женщину». В 1919 году он основал Институт исследования сексуальности, для создания достаточной базы данных для своих исследований. Именно он в 1923 году впервые ввел термины «трансгендеризм», «трансвестизм», «транссексуализм» как подкатегорию гомосексуализма, его классификация была основана на сексуальном поведении, а не на гендере, и включала 5 категорий: гетеросексуалы, бисексуалы, гомосексуалы, нарциссизм и асексуальный трансвестизм. Благодаря ему термин трансвестизм стал широко использоваться и границы

его значений расширились. Так, в 1928 г. Генри Хэвлок Эллис в своей работе «Исследования психологии сексуальности» предложил разделение таких пациентов на две группы: к первой он отнес людей, одевающихся как противоположный пол; во вторую группу он включил людей, относящих себя к противоположному полу [115].

В начале XX века в научной литературе все чаще стали публиковаться описания пациентов, настаивавших на проведении операций кастрации у мужчин, удаления молочных желез, матки и яичников у женщин. Об этом писали Mühsam R. (1921), Abraham F. (1931), Huelke H. (1949), Wálinger J. (1967), Hamburger C. (1952) [169, 69, 133, 198, 126]. Ключевой же фигурой в истории изучения расстройств половой идентификации является Гарри Бенджамин, который в 1954 году для описания того, что составляет суть страдания и дискомфорта у этих больных, предложил термин «гендерная дисфория» [83]. Он утверждал, что транссексуалы представляют собой группу, отличную от транссвеститов и гомосексуалистов. Хотя он признал, что совпадение между группами возможно, он высказался против объединения их в одну группу «сексуальной патологии», поскольку каждое из этих состояний требовало различного подхода к лечению.

В «Транссексуальном феномене» Г. Бенджамин также оспорил доминировавший на тот момент психологический подход к лечению транссексуальности [84]. Он утверждал, что психоанализ не уменьшает желание сменить пол, а лишь заставляет пациентов подавлять свои желания. Вместо этого Г. Бенджамин выступал за заместительную гормональную терапию и хирургическое вмешательство для пациентов, по мнению медицинских экспертов, соответствующих диагностическим критериям транссексуализма. В 1970-х годах он создал Международную ассоциацию гендерной дисфории Гарри Бенджамина (HBIGDA), разработавшую стандарты диагностики, лечения и клинического ведения таких пациентов, в значительной степени основанные на исследованиях Г. Бенджамина.



В свою очередь в разработанной Г. Бенджамином классификации расстройств половой идентичности («шкала Бенджамина», подобная шкале Альфреда Кинси, классифицировавшей сексуальную ориентацию) (Sex Orientation Scale, SOS, 1966), указывалось на наличие тесной связи между сексуальной ориентацией индивида и его гендерным самоопределением, при этом вводилось предположение, что транссексуал может иметь только гетеросексуальную относительно психического пола ориентацию. В связи с отсутствием достаточного количества экспериментальных данных по трансгендерным мужчинам (Female-to-male, FtM) Г. Бенджамин сконцентрировал исследовательскую работу только на трансгендерных женщинах (Male-to-Female, MtF) и трансвеститах [85].

Психиатры конца XX века, в частности, С. Н. Матевосян, выступали с критикой относительно научного подхода Г. Бенджамина, указывая, что критерии отбора пациентов, имеющих право на гормональную терапию и операции, чрезмерно суровы и произвольны, и отсекают значительную часть пациентов, нуждающихся в такой помощи, от получения адекватного лечения. Они утверждали, что транссексуал может иметь любую сексуальную ориентацию - как гетеросексуальную, так и бисексуальную или гомосексуальную относительно его психического пола [45]. Lukianovicz L. (1959 г.) считал, что транссексуализму свойственно неустанно прогрессирующее, злокачественное течение, и каждый шаг навстречу этим пациентам, каждая новая проведенная операция или официальное подтверждение их статуса влечет за собой новый, еще более далеко идущий запрос [150].

Многие психиатры XX века ставили под сомнение само существование явления транссексуализма, считали его искусственным, ятрогенным феноменом. Pauly I. и Edgerton M. (1986 г.) также писали в своих работах, что транссексуализм — это патологическое состояние, которое маскирует собой психическое заболевание, и утверждали, что транссексуализм является исключительно ятрогенным состоянием в том отношении, что «прогресс в

хирургической технике сделал возможной реализацию фантазий о сексуальном перевоплощении» [174].

В 1970-е годы в Европе был отмечен рост количества операций по смене пола. Полученные в этот период результаты и их оценка показали ограниченность возможностей хирургического лечения. Это послужило причиной того, что в 1960-1980-е годы (Knorr N.J., 1968; Hoenig J. et al., 1971; Markland C., 1975; Money J., 1977; Edgerton M. T, 1984) [142, 129, 152, 167, 113] проводимых операций стало значительно меньше (Sorensen T., 1980; Kaczynski A. et al., 1989) [194, 137], чаще врачи стали отказывать в хирургическом лечении, предлагая другие варианты реабилитации (Meerlo J. A. 1967; Ross M.W., 1986; Kuiper B. et al., 1988; Stein M. et al., 1990) [155, 182, 143, 194]. Так, Barlow D.H. в 1973 году в своей научной статье описывал проведенное им и его командой успешное излечение пациента от транссексуализма путем психосоциальной интервенции и предложил этот метод в качестве альтернативы операционному лечению в случае желания пациента [77].

Кроме того, нельзя игнорировать тот факт, что ряд пациентов, перенесших операции, испытали сожаление по поводу перенесенной операции. Они сообщали о таких причинах, как игнорирование окружением, разрыв отношений с родственниками, о том, что в их представлении лечение должно было стать «решением», например, гомосексуализма или способом принятия самого себя, но, оглядываясь назад, сожалели о диагнозе и лечении.

Помимо оперативного вмешательства важной составляющей процесса смены пола является длительный (пожизненный) прием заместительной гормональной терапии. Но в ходе многочисленных исследований было установлено, что при длительном воздействии повышенных концентраций экзогенных гормонов противоположного пола, используемых для заместительной гормональной терапии, в женском и мужском организмах значительно повышается риск возникновения опухолеподобных процессов и опухолей (Edgerton M.T. 1983; Dörner G., 1988; Калинин С.Ю. и др., 2009; Михайличенко В.В. и др., 2013) что говорит о необходимости более четкого

понимания врачами обоснованности проведения подобного лечения и о целесообразности комплексного ведения таких пациентов [112, 110, 31, 50].

## **1.2 К вопросу классификации расстройств половой идентификации.**

Классификации расстройств половой идентификации вводились различными учеными, изучавшими этот феномен (Benjamin H., 1966, 1967; Walinder J., 1968; Stoller R., 1971; Белкин А.И., 1972; Person E. et al., 1974; Bentler P. M., 1976; Buhrich N. et al., 1978, 1979; Freund K. et al., 1982; Кон И.С., 1989, 2004; Doorn C. D. et al., 1994; Бухановский А.О., 1994; Василенко Л.М., 1995; Введенский Г.Е., 1994; Bullough V. et al., 1997; Ткаченко А.А., 1997; Cole S. S. et al., 2000) [84, 85, 199, 196, 4, 175, 86, 92, 93, 118, 34, 35, 109, 9, 11, 94, 60, 102].

На протяжении многих лет диагноз гендерной дисфории (и его ранние вариации: расстройство половой идентичности у детей и транссексуализм) вызывает противоречия из-за рассмотрения его не только как психического расстройства в связи с диагностическими критериями, но и как мишень терапевтического лечения (использование медикаментозных – гормональная терапия - и инструментальных – хирургическая коррекция – подходов), а также за его связь с явлением гомосексуализма (Bem S.L., 1993; Richardson J., 1996, 1999; Feder E. , 1997; Isay R., 1997; Menvielle E. J., 1998; Minter S., 1999; Bartlett N. et al., 2000; Ehrensaft D., 2001; Moore S., 2002; Rosenberg M., 2002; McCarthy L., 2003) [81, 178, 179, 116, 134, 160, 166, 79, 114, 168, 182, 153]. И хотя эти вопросы никоим образом не решены, они были темой многократных исследований и дискуссий (например, Green R., 1987; Zucker K. J. et al., 1998, 2002; Meyer-Bahlburg H. F. L., 1999, 2002; Zucker K. J., 1999a, 1999b, 2003; Cohen-Kettenis P. T., 2001, 2003) [122, 208, 211, 161, 162, 209, 210, 212, 99, 101].

Основные тенденции во взглядах на расстройства половой идентификации в классификациях психических и поведенческих расстройств претерпели значительные изменения с момента введения психиатрического диагноза «расстройство половой идентичности» (транссексуализм у взрослых

и расстройство половой идентичности у детей) в DSM-III в группу психосексуальных расстройств в 1980 году. Так, в DSM-III-R (1989 год) расстройства половой идентичности, включая транссексуализм, были перенесены из класса сексуальных расстройств в класс «расстройств, обычно впервые проявляющихся у детей и подростков». Присутствовавшая там рубрика «расстройство половой идентичности у подростков и взрослых нетранссексуального типа», описывавшая состояния дискомфорта от переживания нежелательности своего пола, сопровождающиеся переодеванием и соответствующим поведением, но без требований хирургической и гормональной коррекции, из DSM-IV (1994 год) была удалена. Однако появилась группа «неспецифицированных расстройств половой идентичности», в которой описывались интерсексуальные состояния (например, синдром андрогенной нечувствительности), сопровождающиеся дисфорией пола; транзиторное, связанное со стрессом, переодевание; устойчивая поглощенность мыслями о кастрации или пенэктомии без желания приобретения половых характеристик другого пола. Также, в DSM-IV расстройства половой идентичности были возвращены в группу расстройств психосексуальных, однако исчезло их разделение на транссексуализм и расстройство идентичности в детстве, остались лишь «расстройство половой идентичности у детей» (302.6) и «расстройство половой идентичности у юношей и взрослых» (302.85) (Pincus H. A. et al., 1992) [177]. У взрослых индивидов эти расстройства подразделялись авторами по направленности сексуального влечения (на мужчин, женщин, и мужчин и женщин, ни на тех, ни на других).

В DSM-5 (2013 год) этот диагноз переместился из категории сексуальных расстройств в отдельную категорию и был переименован из расстройства гендерной идентичности в гендерную дисфорию, после многочисленных критических выступлений касательно того, что первый термин был стигматизирующим. Гендерная дисфория определена как «аффективная/когнитивная неудовлетворённость личности своим

предписанным полом (обычно устанавливается с рождения и рассматривается как пол рождения)» (Американская Психиатрическая Ассоциация, 2013). Был введен критерий продолжительности не менее 6 месяцев. Американская психиатрическая ассоциация заявила, что гендерное несоответствие – это не то же самое, что половая дисфория, и половой нонконформизм сам по себе не является психическим расстройством (Davy Z. et al., 2018) [105]. Важным элементом половой дисфории является наличие клинически значимого дистресса, связанного с состоянием.

В описании гендерной дисфории также отмечается «стойкая убежденность в наличии у себя типичных чувств и реакций противоположного пола (или любого другого пола, отличного от документально установленного)». В Стандартах медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам (Standards of Care - WPATH World Professional Association for Transgender Health, SOC-7) также подчеркивается, что причисление себя к какому-то другому полу, отличному от мужского или женского, может являться не выражением автономности индивида и его свободы самовыражения, но и симптомом психического расстройства (Gomez-Gil E. et al., 2009; Murad M. H. et al., 2010) [121, 170]. Возможные состояния, явившиеся причиной для развития гендерной дисфории, включают тревогу, депрессию, причинение себе вреда, оскорбления и пренебрежение со стороны окружения, семьи в анамнезе, поведенческую персеверацию, злоупотребление алкоголем или наркотиками, сексуальные проблемы, личностные нарушения, расстройства пищевого поведения, психотические расстройства и расстройства аутистического характера (Bockting W. O. et al., 2006; Robinow O., 2009; Nuttbrock L. et al., 2010) [89, 180, 172].

В другой международной классификации, МКБ-9 (1975 год), половые расстройства были объединены в одну рубрику «Половые извращения и нарушения» под шифром «302», где все функциональные сексуальные расстройства представлены лишь одной категорией «Фригидность и

импотенция» [48]. В МКБ-10 (1989 год) половые расстройства были представлены в двух рубриках – расстройства, связанные с физиологическими нарушениями (F52) и расстройства зрелой личности (F64, F65, F66) [49]. В рубрике «расстройства половой идентификации» был выделен транссексуализм, отдельно указываются критерии расстройств половой идентичности у детей и транссвестизма двойной роли.

Значительный пересмотр классификации ожидается и в предстоящем МКБ-11, в котором это состояние будет названо «гендерное несоответствие» и будет представлено в рубрике «состояния, связанные с сексуальным здоровьем».

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

Проблема идентичности подростка подчеркивалась Э. Эриксоном [65]. Он исходил из того, что психосоциальное развитие индивида проходит восемь стадий, которые характеризуются сильными и слабыми сторонами, а также психосоциальным кризисом. Подростки в возрасте 12 лет и старше характеризуются ролевыми смещениями и эго–идентичностью. Им надо собрать воедино появляющиеся знания о себе (какие они дети, чем они занимаются, какое хобби имеют и др.) и интегрировать эти многочисленные образы себя в личную идентичность.

Р. Столлер видел гендерную идентичность как ощущение мужественности или женственности, чувство принадлежности к тому или иному полу [196]. Ее становление он относил к первым 2-3 годам жизни ребенка, эту составляющую пола он назвал ядерной. На это ядро половой идентичности, впоследствии, в ходе роста, взаимодействия с окружающим миром, наслаиваются социальные и психологические конструкты, поведенческие шаблоны, привитые культуральными обычаями, а также, самопознание и влияющие на него факторы внутренних переживаний и переработки индивидуально значимых происшествий (Тайсон Р. и др., 1998)

[58]. Таким образом формируется полоролевая идентичность, сексуальная ориентация.

Расстройство половой идентичности определяется как нарушение единства поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определенному полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли (Кон И. С., 1988) [35]. Нарушения половой идентификации возникают в определенные периоды развития, так, чрезмерная идентификация мальчика с матерью, а дочери - с отцом, может привести к феминизации и маскулинизации соответственно (Куттер П., 1997), Эдипов комплекс и комплекс Электры, «кастрационная» тревога, ведущая к маскулинизации женского поведения и феминизации мужского (Фрейд З.), воспитание детей в неполных семьях, чрезмерная привязанность матери к ребенку или другие нарушения взаимодействия с родителями; отношение значимых взрослых к половой принадлежности ребенка, эпизоды сексуальной фрустрации, ведущие к искажению восприятия различий между полами [38, 61].

Обобщая взгляды Столлера Р. (1979), Персона Е. и Овэзи Л. (1974), Кернберг О. (2004) заявляет, что идентификация индивида с полом, противоположным биологическому, не зависит от генетических, гормональных или физиологических отклонений. Центральной проблемой же является воздействие бессознательного отношения обоих родителей, стимулирующее создание у ребенка чувства дискомфорта относительно его или ее пола [32].

Гендерная роль — это публичное выражение своей индивидуальности как мужчины или женщины. Нотман М. и Надельсон К. (1995) описывают гендерную роль как «культурально выстроенную концепцию, касательно ожиданий, межличностных отношений и поведения, которые считаются подходящими для каждого пола в соответствующей культуре» [172].

Хотя люди с шизофренией часто испытывают дефицит в профессиональном и межличностном функционировании, такой дефицит может иметь особенно значимые последствия для мужчин, чей гендер предполагает меньше

вариантов занятости, будучи сосредоточен в основном на работе, - чем для женщин, социальная активность которых включает не только работу, но и предполагает роль матери или домохозяйки.

**1.3 Актуальное состояние проблемы изучения расстройств половой идентификации** Fisk N.M. в 1974 году в спектр гендерных расстройств включал женственный гомосексуализм у мужчин, гипермаскулинный - у женщин, трансвестизм у обоих полов, а также подгруппу пациентов, которых описывал как неадекватных пассивно-зависимых личностей с легким или умеренным трансвеститским фетишем и социопатов, стремящихся стать «профессиональными» транссексуалами и таким образом снискать славу, популярность и богатство; а также психотических пациентов, которых следует лечить психиатрам [117].

LaTorre R.A. в 1979 году предположил, что у мужчин и женщин с шизофренией может быть нарушено представление о половой идентификации, различиях между гендерными ролями, и представил модель, в которой нарушение гендерной идентификации выступает в качестве главного стрессового фактора в диатез-стресс теории шизофрении [146]. В качестве доказательства своей теории он провел сравнение пациентов, болеющих длительное время, с диагностированными недавно и пациентами психиатрического профиля, не страдающими шизофренией. А также, было проведено сравнение с не госпитализированными пациентами так как LaTorre R.A. выдвинул предположение о наличии корреляции между сроком госпитализации и представлением о гендерной роли у пациентов. Ученый объяснил эту теорию ятрогенным эффектом госпитализации, в ходе которой у пациентов появляется более фемининный паттерн поведения.

Исследование проведенное Нидерландской группой ученых (Joost à Campo, M.D. et al., 2003), которые хотели выяснить, насколько достоверно можно отличить расстройство половой идентичности от идентификации с противоположным полом, вторичной к другим психиатрическим расстройствам, показало, что в 39% из 584 случаев расстройство половой



идентичности рассматривалось в качестве первичного диагноза, в 61% выступало вместе с другими психическими расстройствами и в 75% из них было интерпретировано как вторичное, по отношению к расстройствам личности, патологии аффекта, диссоциативным нарушениям и психотической симптоматике [98]. Это исследование показало отсутствие однозначности в понимании врачами проблемы гендерной дисфории, ее дифференциальных диагностических критериев в рамках психопатологического континуума.

В исследовании, проведенном De Vries A. в 2011 году, оценивавшему наличие коморбидности и проводившему сравнение данных относительно среза популяции, было выявлено, что больше 2/3 подростков с гендерной дисфорией не имели психической коморбидности, 32% подходили под критерии одного или более коморбидного психического расстройства, что в среднем, больше, чем в срезе популяции [105]. Превалировали эмоциональные расстройства, также наблюдалась социальная фобия, расстройства поведения. Другие исследования (Di Ceglie D. et al., 2002; Grossman A. et al., 2007) показывали превалирование агрессии, депрессии, суицидальных мыслей и попыток [107, 127].

Отечественная история изучения расстройства половой самоидентификации берет свое начало с конца 60-х и начала 70-х годов прошлого столетия. Следует отметить, что в медицинских классификациях того периода, которыми пользовались отечественные психиатры, диагноз «транссексуализм» как отдельная нозологическая единица представлен не был. В связи с чем, данных о распространенности транссексуализма и других расстройств половой идентичности за указанный период не имеется. Первые исследования в области изучения феномена транссексуализма в нашей стране принадлежат Белкину А.И. [4].

Бухановский А.О. (1985) оценивал транссексуализм как эндогенную конституциональную личностную аномалию, и выделял такие основные симптомы транссексуализма как: 1) инверсия половой идентичности; 2)

инверсия половой социализации личности; 3) инверсия психосексуальной ориентации [7].

К производным симптомам транссексуализма он относил: 1) симптом «отвергания» пола; 2) многообразные проявления психосоциальной дезадаптации; 3) аутодеструктивное поведение, включающее в себя как суицидальную, так и конкурирующую с ним транссексуальную установку на изменение пола.

Он отмечал, что транссексуальная установка на изменение пола имеет различную степень выраженности — от образных представлений и воображения до выраженного решения о необходимости смены пола.

Васильченко Г.С. в 1977 году выделял «ядерные» и «краевые» варианты транссексуализма и придерживался мнения, что если «ядерный» тип практически не зависит от влияний микросоциальной среды и без смены пола адаптации не поддается, то «краевые» формы отличаются мягкостью течения и оцениваются как внешне компенсированные и социально адаптированные при сохранности в то же время у пациентов ощущения принадлежности к противоположному полу [12]. Он считал, что в основе «краевых» вариантов лежат менее грубые, иногда значительно смягченные нарушения половой дифференцировки структур мозга в пренатальном онтогенезе, и выделял два варианта компенсации и социальной адаптации «краевых» транссексуалов. Компенсация по конформному типу, при которой постоянная борьба со своим «пороком», между потребностью и зависимостью от мнения окружающих ведет к дисгармонии личности, ее патохарактерологическому формированию даже без психопатологической отягощенности. И компенсация по типу трансформации полового влечения, при котором внешне правильное сексуальное влечение сочетается с личностными чертами, свойственными противоположному полу.

Пирогов Д. Г. в 2004 году, исследуя нарушения половой идентичности у молодых женщин, выделил три группы: 1) женщины с истинным транссексуализмом; 2) женщины с транссексуальными установками, не

достигающими уровня транссексуализма; 3) гомосексуальные женщины с синдромом «отвергания» пола [54]. Причем, во второй и третьей группах, по его мнению, у пациенток можно путем психотерапевтического лечения скорректировать и даже нивелировать желание смены пола. По его данным на фоне синдрома «отвергания» пола достоверно чаще встречаются эмоциональные расстройства в виде депрессий с астеническим и тревожным компонентами (36%), суицидальные мысли и намерения (24,5%).

Григорьева Т.Н. (2005) рассматривала нарушение половой идентификации и выделяла следующие нозологические группы: 1) транссексуализм; 2) нарушения половой идентификации в рамках трансвестизма двойной роли, фетишистского трансвестизма и расстройства полового созревания, сопровождающегося формированием гомосексуального типа влечения; 3) синдром нарушения половой идентификации в рамках эндогенных заболеваний [17]. К проявлениям нарушения половой идентификации автор относила расстройства полового самосознания, явления деперсонализации, идеи полового метаморфоза сверхценного и бредового характера, бредовые идеи ипохондрического содержания, аффективные расстройства, представленные тревожной и тревожно-депрессивной симптоматикой; дисморфофобические и дисморфоманические переживания с половой тематикой. При описании расстройства половой идентификации, автор указывала, что в рамках нарушения полового созревания установка на изменение пола формируется с началом пубертатного периода у лиц, сомневающихся в своей половой принадлежности, по типу информационного озарения. А в рамках эндогенных заболеваний - клиническая картина развивается с началом пубертата или в более позднем возрасте по типу информационного озарения, а идеи полового метаморфоза носят бредовый характер.

В диссертационной работе Е.А. Гребенюк (2008) исследуется психосексуальный дизонтогенез у женщин с органическими психическими

расстройствами [16]. Для женщин с половой дисфорией характерны менее выраженные изменения личности по органическому типу, на первый план выступают сверхценные идеи смены пола, а реактивные субдепрессии и психопатоподобное поведение патогенетически связаны с полоролевым конфликтом, в то время как для пациенток без половой дисфории более характерно быстрое нарастание психоорганической симптоматики с формированием психопатоподобного и депрессивного синдромов, которые были связаны, скорее, с органическими психическими, а не с психосексуальными расстройствами. Выраженность и распространенность нарушений половой идентичности достоверно преобладает в группе женщин с половой дисфорией, причем ее патогенез у женщин с органическими психическими расстройствами связан с искажением физического Я.

Кулиш С.Б. (2009) в своей диссертационной работе рассматривала расстройство половой идентификации у пациентов с шизофренией [37]. С.Б. Кулиш считает, что проявления синдрома половой дисфории у мужчин с шизофренией условно можно представить в виде нарушений психического и физического «Я». Нарушения физического «Я» можно разделить на восприятие собственного тела (как мужское; как женское, но «с дефектами»; или как уродливое); и отношение к нему, которое тоже будет различным: от равнодушно-отстраненного до негативного. К нарушениям психического «Я» можно отнести как ощущение своей половой принадлежности, так и отсутствие ощущения принадлежности к тому или иному полу. Ощущение собственной половой принадлежности, в свою очередь, можно разделить на следующие варианты (типы половой дисфории): ощущение принадлежности к противоположному полу («Я - женщина»); сомнения в собственной половой принадлежности: («Я - не мужчина и не женщина»); («Я - и мужчина и женщина»); 3) желание соответствовать или принадлежать к противоположному полу при «правильном» осознании своего пола («хочу быть как женщины»).

Результаты данного исследования представляются интересными, однако ограничены по той причине, что в своей работе Кулиш С.Б. рассматривала только мужчин.

Матевосян С.Н. и Введенский Г.Е. (2012) проведя обширное исследование пациентов с половой дисфорией, выявили расстройства шизофренического спектра у 32%, что позволило им предположить, что в проводимых ранее исследованиях имела место гиподиагностика шизофрении или (вслед за Карповым А.С., 2002) - гипердиагностика транссексуализма [45, 27]. Интересным представляется тот факт, что среди исследованных ими женщин, преобладал диагноз шизотипического расстройства (82%). Среди пациентов с шизофренией они выделили три варианта развития расстройства половой идентификации.

Первый вариант был представлен как одно из проявлений преморбиды или самого эндогенного заболевания в детском возрасте, когда нарушения аутоидентификации отмечались уже в раннем детском возрасте в виде недифференцированности и особой пластичности самосознания, что проявлялось как в характере игровой деятельности, так и в других поведенческих паттернах.

Второй вариант развития расстройства половой идентификации заключался в проявлении эндогенного заболевания в пубертатном, постпубертатном и более позднем возрасте, стержневым синдромом являлся паранойяльный бред трансформации в лицо противоположного пола;

А при третьем варианте расстройство половой идентификации формировалось в сочетании с шизофреническим процессом, как коморбидное состояние.

Описания расстройства половой самоидентификации в сочетании с расстройствами личности в мировой литературе в полной мере отсутствуют, однако, взгляд на эту проблему можно найти в исследовательской работе Матевосяна С.Н. и Введенского Г.Е. (2012). Их работа лишь частично затрагивала вопрос коморбидности расстройства личности и нарушений

половой идентификации. Ими было выявлено, что среди мужчин превалировало истерическое и истеро-параноидное расстройство личности, а среди женщин - шизоидное, истеро-шизоидное, шизоидно-параноидное и параноидное расстройство личности.

#### **1.4 Актуальные вопросы патогенеза расстройства половой идентичности.**

Что касается этиологии, то за всю историю изучения транссексуализма и сходных расстройств было рассмотрено огромное количество теорий, касательно как причин возникновения, так и возможностей выявления предикторов и профилактики. Проводились исследования нейроанатомических изменений в пренатальном периоде, так как выдвигалась гипотеза о возможном нарушении процессов половой дифференциации гениталий, происходящей в первом триместре беременности и половой дифференциации мозга, начинающейся во второй половине беременности (Андреев А.С., 1993; Геодакян В.А., 1993; Swaab D.F., 2007) [2, 15, 197]. Одна из гипотез заключалась в том, что происходят изменения в нейрональной дифференциации в гипоталамических сетях (Berglund H. et al., 2008) [87]. Другое исследование по результатам МРТ головного мозга транссексуальной женщины (MtF) выявило сходство скорлупы (putamen) чечевицеобразного ядра с женским, чей объем больше обычного для мужчин (Luders E. et al., 2009) [148].

Однако результаты этих исследований не были однозначными, и в них не учитывались пациенты с поздним началом расстройства половой идентификации, у которых не отмечались данные симптомы в детстве (Meuser-Bahlburg H. F. L., 2009) [163].

Гендерная дисфория отличается от нарушений полового развития, таких как хромосомные аномалии или врожденная гиперплазия надпочечников, отсутствием анатомической или физиологической неопределенности в отношении пола индивидуума; скорее есть субъективная неудовлетворенность этим (Michel A., 2001) [164].

Хотя ни в одном исследовании систематически не изучалась распространенность бреда при шизофрении, содержащего идеи половой принадлежности, имеется большое количество отдельных описаний случаев в научных работах (Caldwell C. et al., 1991; Joost a Campo H. et al., 2001; Bhargava S. C. et al., 2002; Borrás L. et al., 2007; Baltieri D. A. et al., 2009; Urban M. et al., 2010) [96, 97, 88, 91, 76, 206]. В некоторых из этих случаев после антипсихотического лечения сообщалось об ослаблении (Baltieri D. A. et al., 2009) или разрешении (Joost a Campo H. et al., 2001) половой дисфории, в то время как в других случаях происходило ослабление шизофренической симптоматики, а признаки расстройства половой идентификации сохранялись, что может говорить о другом патогенезе, отличающемся от шизофренического. В этих работах высказывается предположение, что между больными шизофренией, теми, кто страдает половой дисфорией, и теми, чья феноменология полностью не вписывается ни в одну из этих категорий, существует некая смежная неизученная зона. Эта ситуация осложняется тем фактом, что многие исследователи рассматривают оба диагноза как взаимоисключающие (M. Hoshiai M. et al., 2010), что может привести к недооценке, связанной с полом психопатологии при шизофрении [132].

Что же касается более тонких проявлений нарушения половой идентификации при шизофрении, то ряд исследований обращался к этой проблеме, хотя они в значительной степени основаны на проективных методах психологической оценки. Доказательства нарушения гендерной роли и гендерной идентичности в этих исследованиях включают искажения или упущения анатомических особенностей при выполнении задания нарисовать человеческие фигуры (Burton A. et al., 1964; Ries H. A. et al., 1966), снижение удовлетворенности частями тела у пациентов мужского пола с шизофренией (McClelland D. C. et al., 1968) и неподходящие ответы в психологические тесты мужественности-женственности (Miller H. B. et al., 1969; Kayton R. et al., 1972) [95, 180, 154, 165, 138].

Полученные результаты об изменении половой дифференциации мозга послужили поводом выдвинуть теорию о том, что некоторые структуры мозга могут демонстрировать схожие физиологические изменения при шизофрении (Nopoulos P. C. et al., 2001; Gur R. E. et al., 2004) [171, 125]. По результатам этих исследований мужчины демонстрируют «феминизированный» паттерн, а женщины - «маскулинизированный» паттерн, что приводит к предположению, что сама шизофрения может быть связана с атипичным развитием мозга, возможно, вызванным пренатальным гормональным дисбалансом (Mendrek A., 2007; Mendrek A. et al., 2011) [158,159]. Тем не менее, существуют важные различия в структуре мозга у пациентов с этими расстройствами: толщина коры головного мозга увеличивается у транссексуальных женщин (MtF) (E. Luders E. et al., 2012), в то время как доказано, что шизофрения связана с уменьшением толщины коры вне зависимости от пола (Schultz C. C. et al., 2010; Sprooten E. et al., 2013) [149, 185, 193]. Это говорит о том, что, даже если оба расстройства связаны с общими путями развития нервной системы, изменения, наблюдаемые при расстройстве половой идентификации, являются менее выраженными и более специфичными для региона, чем те, которые наблюдаются при шизофрении.

Таким образом, изучение данных научной литературы по вопросу расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках эндогенной патологии и расстройств личности, показывает, что эта проблема не получила однозначной оценки до сих пор. Во многом этому способствует весьма спорное отношение к таким пациентам в мире, тенденция к гиподиагностике в силу возрастающей популярности движения за права и повышение толерантности в обществе к представителям сексуальных меньшинств, что влечет за собой во многих случаях приравнивание формы патологии к норме и последующую неправильную оценку состояния таких пациентов и разрешение на коррекцию пола. В зарубежных работах по этой теме стоит отметить сохраняющуюся тенденцию к более поверхностному изучению психопатологии этого явления, что вызвано более прагматичным



подходом к исследованиям, призванным оценить распространенность и улучшить возможности социализации. На протяжении всей истории изучения этого вопроса исследователи, как в нашей стране, так и за рубежом, высказывали различные версии того, что выступает в качестве первопричины в механизме возникновения расстройства половой самоидентификации. Высказываемые версии не имеют весомой доказательной базы, что заставляет исследователей вновь и вновь возвращаться к изучению данной темы. Несмотря на высокую частоту встречаемости нарушений полоролевой идентичности, тесно спаянных с развитием эндогенного заболевания и динамики расстройства личности, в научной литературе, по сути, отсутствует его детальное описание. При этом, нет очевидных корреляций между психопатологической структурой проявлений эндогенного заболевания, формой и стойкостью нарушений половой идентичности, хотя ранее была описана высокая тропность этих проявлений к явлениям «классических» неврозо- и психопатоподобных расстройств.

## **Глава 2. Методы исследования и характеристика материала.**

## 2.1 Критерии отбора и методы исследования.

Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель - проф., д.м.н. А.Н. Бархатова, директор – проф., д.м.н. Т.П. Ключник) ФГБНУ «Научного центра психического здоровья» за период 2016-2019 гг.

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

При планировании данной работы, в связи с особенностями изучаемого расстройства, появилась потребность в уточнении критериев отбора пациентов. В МКБ-10 перечисляются несколько расстройств, связанных с гендерной идентичностью: транссексуализм (F64.0) - желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, обычно сопровождаемое желанием операции и гормонального лечения; расстройства половой идентичности в детском возрасте (F64.2) - постоянные и интенсивные расстройства по поводу назначенного пола, проявившиеся до полового созревания.

В ходе исследования возникло понимание того, что исследуемое расстройство, отличается от описанных в МКБ-10 и другими авторами, в связи с чем было выбрано новое определение - *расстройство половой самоидентификации*, обозначающее недовольство своим полом, возникающее в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности. Расстройство половой самоидентификации рассматривалось как сверхценная идея, не достигающая бредового уровня, различной степени выраженности и имеющая тематикой самоопределение в границах своего пола. Преподнесение себя в роли лица противоположного пола с установкой на борьбу за признание, ощущение своей чуждости в обществе или желание

быть принятым в новом облике с убежденностью в том, что в этой роли повысится качество жизни.

Учитывались такие факторы, как:

- отсутствие в анамнезе каких-либо указаний на гендерную дисфорию или неопределённость гендерного самоопределения до наступления пубертатного периода;
- возникновение размышлений о гендерном несоответствии в период пубертата в рамках депрессивного эпизода;
- частичная объективно приемлемая выводимость этих переживаний из жизненной ситуации (трудности во взаимоотношениях со сверстниками, неудовлетворенность собственным внешним видом, неблагоприятная обстановка в семье, круг общения, включающий членов ЛГБТ сообщества)

В соответствии с этими дополнениями был выстроен следующий перечень критериев.

**Критерии включения:**

- 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);
- расстройство половой самоидентификации (РПС) в рамках шизотипического расстройства;
- РПС в рамках декомпенсации расстройства личности;

**Критериями не включения стали:**

- РПС бредового регистра 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.

## 2.2 Общая характеристика материала.

Материалом настоящего исследования стали данные клинического обследования 63 пациента (46 женщин и 17 мужчин), обратившихся в клинику ФГБНУ НЦПЗ амбулаторно или прошедших стационарное лечение за период с 2016 по 2019 гг. У всех этих пациентов при первичном обследовании было выявлено депрессивное состояние, с наличием в его структуре расстройства половой самоидентификации. После выписки из стационара пациенты продолжали наблюдаться амбулаторно для формирования катamnестических данных и оценки динамики, исхода и, в соответствии, с этим установить нозологию, в рамках которой отмечалось депрессивное состояние.

Особенностью нашего исследования стала уникальность выборки, в связи с тем, что данная тематика нарушений становится все более актуальной и количество данных пациентов возрастает. Таким образом, катamnестическая группа пациентов формировалась из клинической когорты, ее составили 42 пациента. Срок катamnеза составил от 3 и более лет ( $5.8 \pm 3.0$ ).

Для определения роли факторов, влиявших в каждом из рассмотренных случаев на становление расстройства половой самоидентификации, был изучен преморбидный личностный склад пациентов, так как было выдвинуто предположение, что патохарактерологическая «почва» была определяющей в становлении изучаемого расстройства и проявлялась в виде сочетания инфантильных черт, таких как внушаемость, незрелость суждений, а также ощущение инаковости, (относящееся либо к драматическому кластеру переживаний, либо к деперсонализационному, либо к дисморфофобическому). Это привело к тому, что поступающая из интернета информация вызвала ощущение тождества, и расстройство половой самоидентификации сформировалось на почве депрессивного состояния и получило дальнейшее развитие. Преморбид оценивался как: нормальный личностный склад, склад, относящийся к кластеру А (необычные, или эксцентричные расстройства) и относящийся к кластеру В (театральные, эмоциональные, или колеблющиеся

расстройства) (DSM-5). Отличия в преморбидном складе пациентов выделенных клинических групп явились статистически достоверными ( $p < 0.05$ ).

Подробный анализ семейного, социально-трудового статуса больных показал, что большинство пациентов учились в высших учебных заведениях или же получали среднее специальное образование, статистически достоверных различий между клиническими группами выявлено не было ( $p > 0.05$ ).

При нозологической оценке были выделены следующие диагностические единицы, в рамках которых развивалось расстройство половой самоидентификации: Шизотипическое расстройство (F21.4), Расстройство личности истерическое (F60.4), Расстройство личности мозаичное - истеро-шизоидное (F61.0).

**Таблица 2.1 Распределение пациентов по нозологиям**

Нозология	Шизотипическое расстройство		Истерическое расстройство личности		Расстройство личности истеро-шизоидное		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
<b>Общая когорта</b>	32	50.8	12	19.0	19	30.2	63	100

**Таблица 2.2 Сопоставление пациентов по полу в клинических и типологических группах.**

тип	Шизотипическое расстройство		Истеро-шизоидное РЛ		Истерическое РЛ	
	м	ж	м	ж	м	ж
1 тип	2	8	2	3	-	-
2 тип	6	5	1	9	-	-
3 тип	4	8	-	4	2	9

**Таблица 2.3 Сопоставление социально-трудового статуса пациентов в клинических группах**

	1 группа		2 группа		3 группа		Итого	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего пациентов	32	50.8	19	30.1	12	19.0	63	100
<b>Уровень полученного образования</b>								
Среднее неполное	6	54.5	4	36.4	1	9.1	11	100
Полное среднее образование	8	80.0	1	10.0	1	10.0	10	100
Среднее специальное образование	4	40.0	2	20.0	4	40.0	10	100
Неоконченное высшее образование	14	45.2	12	37.5	6	19.3	32	100
Хи-квадрат Пирсона=5,3, $p=0,508$								
<b>Профессиональный статус</b>								
Учатся/работают	21	45.6	16	34.8	9	19.6	46	100
частичная занятость без снижения квалификации	2	100.0	-	-	-	-	2	100
частичная занятость со снижением квалификации	2	40.0	3	60.0	-	-	5	100
Не учатся/не работают	7	100.0	-	-	-	-	7	100
Хи-квадрат Пирсона=12,1, $p=0,059$								

1 группа – шизотипическое расстройство

2 группа – истеро-шизоидное расстройство личности

3 группа – истерическое расстройство личности

**Таблица 2.4а Сопоставление семейного статуса пациентов в клинических группах**

	1 группа		2 группа		3 группа		Итого	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Проживает с родителями	12	80	15	71	16	59	43	100
Живет один	2	13	4	19	7	26	18	100
Живет с партнером	1	7	2	10	4	15	7	100
Хи-квадрат Пирсона=2,1, $p=0,721$								

**Таблица 2.4б**

	1 группа		2 группа		3 группа		Итого	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Состоит в гетеросексуальных отношениях	1	6	0	0	7	27	8	100
Состоит в гомосексуальных отношениях	6	40	6	29	5	19	17	100
Никогда не состоял в отношениях	4	27	9	42	9	33	22	100
Одинок	4	27	6	29	6	22	16	100
Хи-квадрат Пирсона=9,4, $p=0,153$								

**Таблица 2.5 Сопоставление пациентов по особенностям преморбиды.**

	1 группа		2 группа		3 группа		Итого	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Нормальный	2	13	3	14	6	22	11	100
Кластер А	12	80	7	33	7	26	26	100
Кластер В	1	7	11	52	14	52	26	100
Хи-квадрат Пирсона=13,6, $p<0.01$								

### **2.3 Методы исследования:**

В соответствии с целями и задачами исследования, основными методами были избраны феноменологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, патопсихологический и статистический.

Использование **феноменологического** метода обследования больных подразумевало всестороннее исследование и определение особенностей деперсонализационного, дисморфофобического и истерического круга расстройств, в рамках которых проводился анализ расстройства половой самоидентификации. Целью этого углубленного изучения было желание показать новые вариации, которые приобретали изученные большим количеством ученых до нас (Shovron H., 1946, Меграбян А.А., 1962, Нуллер Ю.Л., 1981, Simeon D., 1995, Sierra M., 1998, Краепелин Е., 1915, Phillips K, 1994, Hollander E, 1993, Коркина М.Б., 1965, Семке В.Я., 1988, Якубик А., 1982) расстройства в сочетании с РПС, а также определение глубины психопатологических расстройств для возможности прогнозирования возможных вариантов дальнейшего развития изучаемого состояния [192, 47, 52, 190, 187, 143, 176, 130, 36, 55, 68].

**Клинико-психопатологический** метод включал личное обследование пациента, оценку анамнестических данных, психического статуса, как на момент первичного обследования, так и в динамике, сбор объективных данных у родственников, ознакомление с доступной документацией из других стационаров, а также подробное соматическое и неврологическое обследование пациентов, которые находились на лечении в стационаре. Параклинические методы включали лабораторные исследования, оценку электрокардиографию, электроэнцефалографию, компьютерную томографию, эндокринологический профиль.

Применение **клинико-катамнестического** метода исследования подразумевало под собой использование ряда параметров, по которым проводилось сравнение данных анамнеза и катамнеза. Основными



параметрами были: клиническая картина заболевания на момент обследования, социальное положение, трудовая занятость, а также течение и исходы перенесенных эпизодов заболевания.

**Патопсихологический** метод применялся 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, S.L. Bem, 1974), Кембриджская деперсонализационная шкала CDS (Sierra, Berrios, 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].

**Статистический** метод включал в себя обработку данных с использованием статистических программ SPSS 23.0. Для данных, относящихся к шкале отношений, использовался t-критерий Стьюдента и критерий корреляции Пирсона. Для данных, представленных в номинативной шкале, использовались таблицы сопряженности и критерий хи-квадрат Пирсона. Проверка нормальности распределения данных осуществлялась при помощи критерия Колмогорова-Смирнова.

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.

Полученные данные сопоставимы с предлагаемыми в литературных источниках, посвященных нарушениям гендерной идентификации, а также эндогенным заболеваниям и расстройствам личности, и являются репрезентативными. Характеристики типологических особенностей,

результатов детального изучения особенностей динамики и исходов представлены в последующих главах.

### Глава 3

#### **Общая характеристика и клинико-психопатологическая дифференциация расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности.**

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 профиля (Meerwijk E. L., Sevelius J. M., 2017, Judge C., O'Donovan C., 2014, Zucker K. J., 2017) [157, 135, 215].

Разработка четкой комплексной типологической оценки расстройств половой самоидентификации позволит с большей точностью определять психический статус пациентов, устанавливать диагноз и прогнозировать закономерности дальнейшего течения заболевания, его возможный исход и, в соответствии с этим, подобрать наиболее правильные и узконаправленные лечебно-диагностические процедуры, и схемы психофармакологического воздействия, которые будут обеспечивать больший терапевтический успех. Между тем, несмотря на непрестанно возрастающий у современного медицинского сообщества интерес к проблемам транссексуализма, гендерной дисфории, нарушений половой идентификации (Zucker, K. J., Lawrence, A. A., & Kreukels, B. P. C., 2016) в доступной нам литературе не встретилось исследований, в которых проводилось бы детальное изучение клинико-психопатологических особенностей и различий вариантов расстройства половой идентификации, возникающего в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности, и было бы представлено их типологическое разделение [214].

Анализ полученного в ходе исследования материала показал неоднородность проявлений симптомокомплекса нарушений половой самоидентификации, вариативность его клинических проявлений и степени их выраженности, по закономерностям динамики течения заболевания. Исследование было ориентировано на определение факторов, имеющих ключевое значение в вопросе установления тенденции персистирования изучаемого расстройства и определения вариантов взаимодействия с дальнейшей динамикой течения заболевания, а также понимания прогностической роли расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности.

Проведенное исследование позволило установить, что типологическое разделение должно производиться исходя из выделения расстройства половой самоидентификации из более сложного психопатологического симптомокомплекса, в рамках которого оно формируется.

### **3.1. Общая характеристика клинических проявлений расстройства половой самоидентификации.**

В рамках проведенного исследования были изучены 63 случая возникновения расстройства половой самоидентификации в рамках депрессивных состояний. На основании произведенного анализа можно было выделить характеристики, которые наблюдались в каждом исследованном случае, что дает нам право рассматривать их как **общие для всех выделенных типов расстройства половой самоидентификации.**

Первым, что следует отнести к особенностям выборки, является **молодой возраст** пациентов, обратившихся за помощью. Средний возраст составил  $19.4 \pm 3.1$  года. Также, во всех типологических группах исследованных пациентов преобладали пациенты женского пола женский пола, соотношение мужчин и женщин составило:17:46.

**Психический инфантилизм** (Личко А. Е., 1985), имел место во всех выделенных группах, проявляясь эгоцентризмом, несамостоятельностью, повышенной внушаемостью (Козловская Г.В., 2012), впечатлительностью, незрелостью суждений [41, 33]. Во всех случаях инфантилизм носил парциальный личностный характер (Макушкин, Е.В., 2002), отмечался с начального школьного возраста, когда при отсутствии формальных признаков сниженного интеллекта, у пациентов возникали трудности адаптации в школе, которые проявлялись неусидчивостью, возбудимостью, расторможенностью, повышенной отвлекаемостью, протестным поведением, отказом от выполнения необходимых требований, но не приводили к обращениям к врачу [44]. Также отмечалась повышенная истощаемость, аффективная лабильность в виде вспышек раздражительности или плаксивости, вызванная переутомлением. В связи с неустойчивым когнитивным функционированием успеваемость была неровной. У детей старшего возраста черты незрелости эмоционально-волевой сферы «перекрывались» поведенческими реакциями в рамках пубертатного криза и обуславливались физической и эндокринной

перестройкой в организме. Реакции оппозиции, склонность к девиантному поведению, также возникавшие в этот период, становятся трудными для квалификации их в рамках проявлений утрированного пубертата или начальных проявлений процессуальных заболеваний. Реакции отказа проявлялись в сфере общения, учебы, были свойственны пациентам с дисморфофобическим и истерическим типом исследуемого расстройства. Реакцией отказа можно отчасти объяснить наблюдавшийся феномен отречения от собственного пола и внешности по дисморфофобическим соображениям и выбор новой идентичности противоположного пола, которую наделяли характеристиками, которыми не обладали до того, например, уверенностью в себе, общительностью. Реакции имитации выражались в стремлении походить на избранного пациентом лица из окружения, или знаменитость. Пациенты перенимали манеру одеваться, увлечения, мировоззренческие взгляды, пытались копировать мимику и поведение.

Начало заболевания в исследуемой группе приходилось на возраст  $12.3 \pm 2.45$  лет. Начальные признаки возникали за несколько лет до манифестации и имели различную степень выраженности. Застенчивость, неловкость, появлявшиеся в обществе людей, стеснение при необходимости находиться на публике, предшествовавшая этому тревога, нередко включавшая вегетативные компоненты в виде тахикардии, повышенного потоотделения, ощущения нехватки воздуха, тошноты, расстройства пищеварения. Очерченный депрессивный эпизод предварили также мысли о недостатках собственной внешности, личностных качеств, о собственной малой ценности, об отношении к ним окружающих людей, их симпатиях или антипатиях. Циклотимоподобные аффективные колебания отмечались у 35 (55.5%) пациентов, проявлялись снижением настроения на период длительностью от нескольких дней до недели, сменявшимся эутимией или повышенным аффектом, длившимся, как правило, не дольше 2-3 дней. Также, к проявлениям начальных признаков заболевания можно отнести появление интереса к социально не одобряемым развлечениям, являющимся толчком к

развитию деструктивных форм поведения. Выбор хобби, приводящих к социальной изоляции, а также к инвертированию суточного ритма, например, компьютерные игры или просмотр видеороликов в интернете; заведение друзей, оказывающих пагубное влияние на их интересы и времяпрепровождение, склоняющих пациентов к употреблению алкоголя и запрещенных веществ; нанесение татуировок и пирсинга.

**Склонность к формированию сверхценных образований** отмечалась до манифестации депрессивного эпизода и возникала в рамках начальных проявлений болезни. Сверхценные идеи формировались как настойчиво всплывающие и выходящие на первый план в виде аффективно окрашенных воспоминаний о событиях, вызвавших такие эмоции, как досада, гнев, стыд, разочарование (Wernicke С., 1892, Bleuler E., 1911) [201, 89]. Отмечалась связь клинических проявлений сверхценных построений с этапами взросления, на фоне которых они разворачивались, а также их нестойкость и малая выраженность проявлений (Цуцукловская М.Я. и соавт., 1986; Этингоф А.М., 2004) [63, 67]. Так, тематикой переживаний чаще всего были: отношения в семье, потеря близких (бабушек или дедушек, вносящих большой вклад в воспитание), неприятие в кругу сверстников, ссора с лучшими друзьями, любовные отношения.

Манифестация в виде депрессивного эпизода в выборке обследованных пациентов была отмечена в возрасте 11-18 лет, депрессивные расстройства развивались постепенно, чаще всего были затяжными и имели особый характер поведенческих проявлений. У всех пациентов менялся внешний облик, стиль одежды становился более нейтральным, «бесполом», «унисекс», или же приобретал черты противоположного пола. При углублении депрессивной симптоматики у больных снижалась продуктивность, сужался круг интересов, внешний вид становился неряшливым, одежда - объемной, мешковатой, невзрачной, преобладали темные тона. Содержание идеи недовольства своим полом носило полиморфный характер, имело различные

поводы, разнилось в зависимости от типологической группы, а также аффективного состояния и сопутствующих расстройств по степени выраженности, уровню разработки, наличию или отсутствию флюктуации его проявлений, а также по степени социальной дезадаптации. Так, на высоте состояния, идея недовольства своим полом могла достигать выраженности дисморфоманической убежденности сверхценного уровня в необходимости проведения операции смены пола и поиском путей к осуществлению задуманного. В случаях менее выраженного гендерного недовольства, пациенты могли заявлять о желании смены пола, но, помимо построения планов, активных действий для достижения этого не предпринимали. Объясняя свое бездействие либо социальным остракизмом, а именно отсутствием понимания и негативным отношением к транссексуалам в текущих социальных условиях и обусловленным этим страхом перед взаимодействием с людьми в желанном качестве. Также, высокой стоимостью оперативной коррекции пола и недостаточным финансовым благополучием, в иных случаях субъективным недоверием к отечественной медицине, недостаточно, по их мнению, развитой в этом направлении. Помимо этого, в качестве причины отказа от реализации идеи изменения пола пациенты называли сложность формального «перехода», связанную с бюрократическими нюансами, а именно необходимостью сбора большого количества врачебных заключений, прохождением комиссии, замены документов. Наиболее частой причиной, по которой большинство откладывало смену пола, выступал возраст, так как 25 пациентов (39.6%) на момент обращения не достигли совершеннолетия.

Помимо основной, рассматриваемой в данном исследовании, тематики сверхценных идей, также у испытуемых определялись следующие варианты сверхценных построений в рамках депрессивного круга расстройств: наблюдавшаяся у 12 пациентов (19.0%) *любовная* фабула, у 17 (26.9%) - *дисморфофобическая* фабула, тематикой которой было недовольство собой, внешностью, весом. Стоит отметить, что среди этих пациентов наблюдалась



фиксация на снижении веса - так, у 6 обследуемых (9.5%) стремление похудеть носило дисморфофобический характер, у 8 (12.6%) - было связано с желанием соответствовать андрогинному образу, походить на представителя противоположного пола (уменьшить в объемах бедра, грудь).

В отличие от бреда трансформации в лицо противоположного пола у пациентов *не было фабулы перевоплощения*, превращения, приобретения новых, не свойственных им до этого черт или характеристик, не встречалось и других бредовых, галлюцинаторных или кататонических расстройств. У пациентов не отмечалось усложнения конструкции сверхценных идей, ассоциированной с тематикой половой самоидентификации. В достаточной степени сохранялись рефлексия и критика к переживаниям, касающимся смены пола.

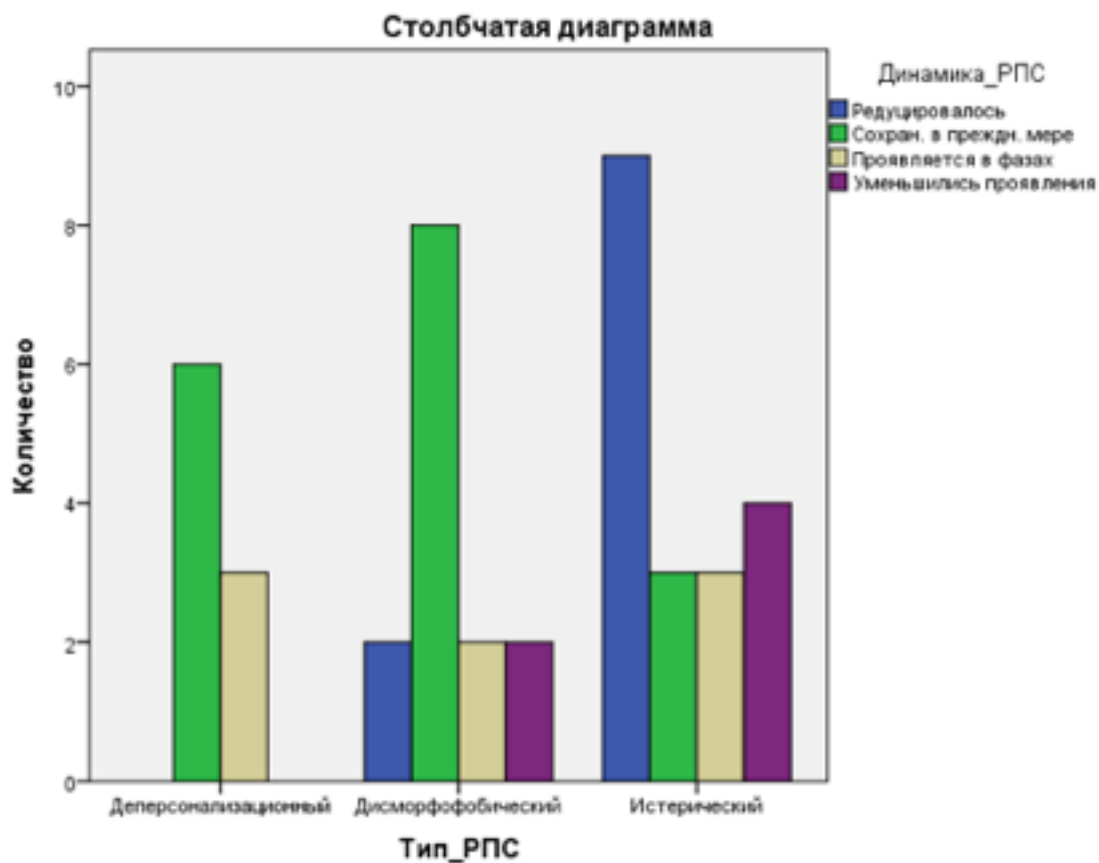
У 17 пациентов (26.9%) выявлялись *сенестопатические расстройства*, которые в основном имели локализацию, совпадающую с тематикой недовольства своим полом, так, у некоторых представителей отмечались болезненные ощущения в груди, в половых органах, у части мужчин отмечалось субъективно приятное ощущение набухания молочных желез, которое требовало дифференциальной диагностики с побочными эффектами приема антипсихотических препаратов.

Следующей общей для всех групп характеристикой был **симптом «половой мимикрии»** (Бухановский А.О., 1994г.), выражающийся стремлением замаскировать половые органы и вторичные половые признаки [9]. Однако в данном исследовании «половая мимикрия» приобретала вид подражания поведению, присущему транссексуалам, описанному в литературе. В частности, все пациенты, целью которых было убедить врача в наличии у них гендерной дисфории и добиться подтверждения необходимости смены пола, утверждали, что с детства задумывались о том, что «было бы лучше», если бы они родились с телом другого пола. Пациенты настаивали на том, что всегда предпочитали одежду и игрушки, традиционно соотносимые с

противоположным полом; говорили о неприятии сверстников одного с ними пола и их интересов, при том, что подтверждением родственников эти заявления не сопровождалось. Само же описание ощущения несоответствия своему полу носило однотипный, расплывчатый, весьма бедный в изложении характер, при попытке врача углубиться в проблему часто реагировали агрессивно или старались сменить тему разговора, будучи не в силах дать более подробные ответы на вопросы.

По мере редукции депрессии на фоне улучшения состояния, феномен расстройства половой самоидентификации претерпевал изменения в зависимости от группы, о чем будет подробно изложено в разделе клинического описания каждой из групп. Так, в группе с возникновением изучаемого расстройства на фоне деперсонализационной симптоматики, по мере того, как снижалась ее интенсивность, тематика полового самоопределения и недовольства своим полом становилась менее актуальной, и, несмотря на то, что определение себя как агендера или транссексуала сохранялось, - нивелировалась аффективная окрашенность и изменялось отношение пациентов к данному вопросу. В группе с возникновением расстройства половой самоидентификации в рамках дисморфофобической симптоматики, изучаемое расстройство оставалось в неизменном виде, но в силу улучшения психического состояния доставляло меньший дискомфорт, первоочередную значимость приобретало психофармакотерапевтическое лечение и поддержание психического благополучия после перенесенного депрессивного состояния, вопрос хирургической смены пола в большинстве случаев отходил на второй план, отодвигаясь на неопределенный срок. В группе, где формирование расстройства половой самоидентификации происходило в рамках истерической симптоматики, по мере улучшения состояния у части пациентов изучаемое расстройство нивелировалось на этапе нахождения в стационаре, у других сохранялось в качестве средства манипуляции и шантажа родных. В ходе анализа полученных данных была выявлена статистически значимая связь между типом РПС и его динамикой.

При истерическом типе РПС динамика более позитивная: значительно больше случаев редуцирования РПС; при деперсонализационном и дисморфофобическом – симптоматика чаще сохраняется в прежней мере.



### **3.2. Клинико-типологическая дифференциация расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности.**

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) заменён 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, преобладают другие взгляды. Так, Кибрик Н.Д. и Ягубов М.И. 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 [28]. Матевосян С.Н. и Введенский Г.Е. 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 Матевосяну С. Н. выявить три варианта

развития расстройства половой идентификации с синдромом «отвергания» пола: 1) как одно из проявлений преморбиды 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.

Проведенный клинико-психопатологический анализ расстройства половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности, показал его неоднородность, различную степень выраженности, а также разнообразные соотношения с другими психопатологическими расстройствами, что потребовало подробного исследования. Было установлено, что степень выраженности расстройства половой самоидентификации, возникающего на фоне депрессивного эпизода, колеблется от нестойких периодических включений в континуум основной симптоматики до субъективно ощущаемого как главный 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 расстройства, главным было выделение основного психопатологического синдрома, в рамках которого развивались нарушения самоидентификации, что и определило разделение обследуемых на **три** принципиально разные **группы**. При этом, учитывался также целый ряд сопряженных с психопатологической структурой клинических проявлений, таких как сочетание с расстройствами других психопатологических регистров, закономерности динамики.

Таким образом, на основании всестороннего анализа проявлений симптомокомплекса изучаемых расстройств в рамках депрессивных состояний были выделены следующие устойчивые вариации,

квалифицированные как типологические разновидности: **тип 1 – расстройство половой самоидентификации в рамках деперсонализационных расстройств, тип 2 – расстройство половой самоидентификации в рамках дисморфофобических расстройств, тип 3 – расстройство половой самоидентификации в рамках расстройств истерического круга.** Остановимся подробнее на каждой из групп.

### **3.2.1 Клинико-психопатологическая характеристика группы наблюдений расстройства половой самоидентификации 1 типа - в рамках деперсонализационных расстройств**

Данная типологическая разновидность была представлена 15 пациентами, 11 женщинами и 4 мужчинами, средний возраст которых составил  $19.8 \pm 3.6$  лет, возраст появления начальных признаков заболевания составил 11-14 лет, первый депрессивный эпизод развился в  $12.2 \pm 1.2$  года. Длительность заболевания к моменту обследования составила в среднем  $6.8 \pm 3.2$  лет.

Данный тип характеризовался развитием в 4 случаях апато-адинамических (26.6% данной группы), в 6 случаях тревожных (40% данной группы), в 5 случаях (33.3% данной группы) тоскливых депрессий. По глубине депрессии клинически разделялись на среднетяжёлые (отмечались у 11 пациентов - 73,3%) и тяжелые (отмечались у 4 пациентов - 26,6%). Депрессивная симптоматика была представлена апатией, тоской с чувством безысходности, подавленностью, адинамией, повышенной утомляемостью, раздражительностью, тревогой, отмечались пессимистические рассуждения экзистенциальной тематики. Идеаторные нарушения депрессивного круга были представлены заторможенностью, трудностями концентрации внимания, рассеянностью. Тревожные и тоскливые депрессии на высоте состояния сопровождались витальными компонентами в виде нарушения сна, снижения аппетита вплоть до его отсутствия. Расстройства сна проявлялись в виде трудностей засыпания, частых ночных пробуждений, отсутствия чувства отдыха после сна, а также в виде инверсии цикла сна и бодрствования. У 8 пациентов этой группы (53,3%) выявлялись пассивные суицидальные мысли, проявлявшиеся в высказываниях «хочется уснуть и не проснуться», «исчезнуть, как будто меня стерли», «если бы что-то произошло, и я умер». У 7 пациентов (46,6%) отмечалось аутоагрессивное поведение, проявлявшееся в нанесении самопорезов в области предплечий, тушении зажженных сигарет о

кожу рук или ног. Причинение себе болевых ощущений могло совершаться с целью испытать «хоть какие-то эмоции» при психической анестезии, а также с целью заглушения душевных страданий физическими.

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, а также *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, а именно ощущения измененности, нереальности окружающего мира; диссоциативная симптоматика в виде нарушения интеграции между самоосознанием и способностью к управлению своими действиями.

У пациентов этой типологической группы в структуре депрессии отмечалась тенденция к формированию сверхценных построений. Помимо фиксации на тематике гендерной принадлежности, которая проявлялась постоянным анализом своих поступков, привычек, движений соотносимо с полом. Также, имели место *ипохондрические* сверхценные построения, в связи с чем, например, начинали педантично следить за своим здоровьем, приемом препаратов, постоянно мысленно оценивать свое психическое состояние. Кроме того, отмечалось *любовное* содержание сверхценных образований, фабула которых касалась, в основном, предмета влюбленности, взаимоотношений с ним, полного погружения в его убеждения с принятием его увлечений, мировоззрения. Если же отношения были окончены - мысленно возвращались к обстоятельствам разрыва, вспоминали содержание всех разговоров, рефлексировали на тему возможного изменения хода событий,



придавали в некоторых случаях особое значение датам, цифрам, сопровождавшим эти события.

**Пациентами данной типологической группы нарушение половой самоидентификации в качестве жалобы не предъявлялось.** 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, воспринимали себя оторванно от биологического пола, 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. В качестве традиционно относимых к женским чертам были женственность, кокетство, интересы, в большой степени связанные с привлечением мужского внимания, такие как уход за внешностью, интерес к макияжу, одежде, подчеркивающей фигуру, аксессуарам, необходимость отслеживания модных тенденций, того, что популярно в обиходе у круга общения, а именно в классе, университете. К женским обязанностям пациенты относили также заведение семьи, детей, создание и обустройство домашнего очага и уюта. В рамках характерных для мужского пола выступали такие гендерные стереотипы как мужественность, брутальность, необходимость брать инициативу в свои руки, выступать на лидерских позициях, амбициозность и склонность к соревнованию, борьбе, увлечение силовыми видами спорта. В связи с отсутствием интереса, доходящим до неприятия, в сочетании с эмоциями страха и отвращения к этим сторонам жизни, появлялись сомнения в обоснованности отнесения их к своему полу.

В силу деперсонализационной измененности, гипотимического радикала аффекта, пациенты ощущали невозможность соответствовать общепринятым нормам, чуждость им. Стили поведения окружающих казались

неестественными применительно к ним. Пациенты страдали от этого, при попытках социализации испытывали дискомфорт в теле, чувство напряжения, стеснения. В связи с субъективным ощущением невозможности влиться в коллектив, они 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 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», «слиться с потоком», «стать частью целого», для чего сутулились, закрывали волосами лицо, выбирали одежду темных или нейтральных тонов, больших размеров, мешковатую, скрывающую тело и телодвижения, предпочитали носить джинсы, объемные футболки, толстовки с капюшонами. Часто у пациентов обоих полов отмечалось пренебрежение внешним видом, равнодушие к одежде. Так, могли ходить в одном и том же комплекте вещей неделями, не заботясь о чистоте одежды; игнорировали гигиенические процедуры, посещали парикмахерские, только если длина волос начинала доставлять дискомфорт; пациенты женского пола часто стриглись коротко из соображений удобства.

Наблюдение № 1 (1 типологическая группа – РПС в рамках деперсонализационных расстройств)

Пациентка Н-ва С. Я., 1997 г.р.

Поступила в клинику ФГБНУ НЦПЗ 12.09.2016, выписана 12.12.2016.

**Из анамнеза:** (со слов больной, ее матери, данных медицинской документации)

**По линии отца:**

О деде и бабушке сведений нет.

Отец, 56 лет, высшее образование, бизнесмен, владеет строительной компанией. По характеру жёсткий, холодный, волевой, решительный. С матерью больной состоял в браке несколько месяцев, расставание произошло до рождения пациентки по инициативе отца. После рождения ребенка исправно платил алименты, около раза в полгода-год навещал дочь, во время визитов с дочерью общался мало, решал организационные вопросы, в дальнейшем поддерживал формальные отношения. Через несколько лет переехал в Москву, завел семью и детей. Употребляет алкоголь ежедневно в небольших количествах. Сейчас отношения также формальные, оплачивает обучение и содержание дочери.

Брат по отцу, 30 лет, страдает от панических атак в течение полугода.

Сестра, 17 лет, уехала в Пятигорск, учится в медицинском колледже. По характеру спокойная, тихая, слабохарактерная.

**По линии матери:**

Дед, участвовал в ВОВ, работал шахтером. По характеру был добрый, заботливый, терпеливый. Воспитывал дочь самостоятельно. Умер в преклонном возрасте от неуточненной соматической болезни.

Бабушка страдала алкоголизмом, из-за чего развелась с мужем по его инициативе, ушла из семьи. Переехала в другой город, судьбой семьи не интересовалась, связь не поддерживала.

Мать, 55 лет, высшее образование, товаровед, работает бухгалтером. По характеру мягкая, уравновешенная, формальная. В воспитании дочерей придерживалась стратегии вседозволенности при условии подчинения наложенным ею требованиям, так, нужно было вовремя приходить домой вечером и получать хорошие отметки в школе. Близких, доверительных отношений с пациенткой не поддерживала. Перенесла несколько депрессивных эпизодов, один из которых, после развода с мужем, длился около года, лечилась амбулаторно у психиатра.

Сестра по матери, 30 лет. Неоконченное высшее образование. Проживает в Америке. Жесткая, решительная, цепкая. Чтобы получить американское гражданство, заключила фиктивный брак с американцем, злоупотреблявшим ПАВ и нуждавшемся в деньгах.

Родилась от нормально протекавшей беременности, в срок. Проживала с матерью и сестрой. Помнит себя с 3-4 лет. В ДДУ пошла в 3 года, адаптировалась легко, но часто не хотела туда идти, так как не нравилось рано вставать, плакала. В саду дружила в основном с мальчиками. Предпочитала активные, подвижные игры, в которых стремилась быть лидером, устанавливать правила игры. Любила быть в центре внимания. Когда играли в "семью", ей всегда доставалась роль отца, с готовностью исполняла её. Любила читать, любимой книгой были "Денискины рассказы". Из рассказов матери знает, что во время ссор с ней несколько раз уходила из дома, однажды была найдена спящей на пороге. Была своевольной, часто устраивала истерики, падала на пол, билась руками и ногами, помнит, как несколько раз во время такой истерики выгибалась в дугу, опираясь на голову и пятки.

В школу пошла в 6 лет. Адаптировалась без труда, подружилась, в основном, с мальчиками. Учиться нравилось, получала хорошие оценки. Предпочитала гуманитарные науки, любимым предметом была география, так как была простой для понимания, интересной, нравилась её красочность. В свободное время играла в компьютерные игры, читала фантастическую литературу, гуляла с друзьями. С 6 лет до 16 занималась тхэквондо, выбрала

этот вид спорта для себя сама. Занятия нравились, так как «выплёскивала там накопившуюся энергию, разряжалась». Занимала призовые места, получила чёрный пояс, после чего бросила спорт, потеряв интерес. Недолгое время в начальной школе ходила в театральную кружок, делала успехи, но вскоре бросила, так как стало скучно. В 3 классе стала замечать, что, когда отец приезжал к ним, чтобы решить организационные и материальные вопросы по её содержанию, он заигрывал с матерью, целовал её. Боялась этих визитов, ревновала мать к отцу, испытывала к нему отвращение. С того времени перестала общаться с мальчиками, они вызывали раздражение, избегала их компании, общалась только с девочками. Тогда же отметила, что ей стала нравиться учительница параллельного класса, подолгу могла смотреть на неё, восхищалась её красотой. В начале 4 класса после ссоры с одноклассницей, в ходе которой выбила ей зуб, сказала матери, что больше не вернётся в эту школу, была переведена в другую, где её после тестирования перевели сразу в 5 класс. Адаптировалась легко, но в 6 класс вернулась в прежнюю школу по настоянию матери из-за более сильной программы обучения.

Менструации с 12 лет. Установились сразу, регулярные, безболезненные. С 3-4 класса поняла, что её привлекают девушки, отнеслась к этому спокойно. Девушки привлекали женственностью, внешними данными, ярким поведением, противопоставляла их себе, ощущая себя мужественной, брутальной, хотелось в отношениях с девушками опекать, заботиться о них, защищать, «быть мужчиной».

С 11 лет начала курить, с 12 - с компанией школьных друзей начала курить марихуану около 1-2 раз в неделю. На фоне употребления становилась веселой, чувствовала расслабление. С 13 лет начала алкоголизироваться (выпивала около 1-2 банок алкогольных коктейлей). Начались проблемы с учителями, дисциплиной. Часто прогуливала школу, ссорилась с учителями, перечила им, выходя к доске, могла начать бросаться предметами, ударяла кулаками в стену, уходила с уроков, громко хлопая дверью. Тогда стала отмечать эпизодические (около 1-2 раз в полгода) периоды сниженного

настроения, когда в течение 2 недель была подавленной, раздражительной, ходила в капюшоне. Нравилось, что привлекает своим видом внимание окружающих, в то же время не хотелось ни с кем общаться. Дома резала кожу предплечий для привлечения внимания матери, в частых ссорах с ней хватала нож, приставляла его к рукам, грозила самоубийством, в конце каждой ссоры уходила из дома, иногда на сутки, но каждый раз после ухода возникала тревога, боялась за мать, звонила ей, говорила, куда идёт и когда вернётся. Когда больная была в 8 классе, на её глазах матери стало плохо, после этого отмечала появление эпизодов беспричинной тревоги, длившейся весь день, в эти дни по много раз звонила матери, проверяла, все ли у неё в порядке, образно представляла, как матери становится плохо. Также, отмечались состояния, когда теряла контроль над собой, становилась агрессивной, не управляя своими действиями, ломала, крушила все вокруг, дралась, после окончания этих состояний не помнила, что происходило.

После 9 класса из-за проблем с дисциплиной её отказались брать в 10 класс, перешла в другую школу. В новом коллективе "странивала" одноклассников, нравилось наблюдать за разворачивающимися конфликтами, между тем, со всеми детьми сохраняла дружеские отношения. Училась полгода, после чего учителя настояли на её исключении из-за её влияния на других детей. Перешла в новую школу, там увлеклась математикой, делала успехи.

В том же году, 15 лет, на фоне употребления марихуаны стали возникать состояния, при которых мир казался нереальным, появлялась пелена перед глазами, "как после визита к окулисту", также появлялось ощущение внутренней измененности. Эти состояния сохранялись 1-2 дня. В 10 классе подружилась с девочкой, с которой через некоторое время начали встречаться. Привлекла внешностью, а также схожестью интересов. Вступили в интимную связь, совместно мастурбировали. В отношениях с ней выступала в мужской роли, защищала, оберегала партнершу. По её настоянию прекратила приём марихуаны.

Окончила школу с 1 тройкой, сдала ЕГЭ на 192 балла. После окончания школы в 2014 году решила поступать на географический факультет в МПГУ, но так как не поняла условий приема и не принесла вовремя аттестат, не поступила. Отказалась поступать в другие места, снизилось настроение, винила себя в том, что не поступила и теряет год, стала раздражительной, появилась тревога за будущее. Ходила в автошколу, на курсы массажа. Летом ездила в молодежные лагеря.

В декабре 2014 года, в один из дней на фоне сниженного настроения возникло состояние, сходное с тем, которое испытывала на фоне приёма марихуаны. Видела мир через пленку, «как будто ещё не проснулась и вытолкнули на улицу», «как будто отдельно от мира», вне времени. По поводу этого состояния ничего не предпринимала, считала, что это пройдет со временем.

Стала задумываться о том, что в отношениях с окружающими ей ближе и больше подходит мужская роль, обдумывала это спокойно, несколько отстраненно. Присматривалась к себе, находила свои движения, голос, привычки более мужскими нежели женскими. Стала задумываться о распределении ролей в обществе, не чувствовала себя соответствующей женскому образу, казались странными, неестественно жеманными действия, совершаемые знакомыми девушками, испытывала дискомфорт в теле при мысли, что от нее ждут сходного поведения. Стала одеваться в одежду темных цветов, большего размера, толстовки с капюшонами, широкие брюки, выбирала одежду стиля унисекс, так как не чувствовала себя причастной к женскому полу, не хотелось, чтобы ее замечали на улице. Между тем, мыслей о том, чтобы изменить пол, стать мужчиной, пройти ряд оперативных вмешательств для большего соответствия мужскому образу не возникало, устраивало свое тело, тот уровень взаимоотношений, которого достигала с избранницами.

Весной 2015 впервые отметила повышение артериального давления до 180/100 мм рт.ст., сопровождавшееся учащением пульса, усиленным потоотделением

и тревогой, страхом смерти. Вызвала СМП, был назначен каптоприл с положительным эффектом. В дальнейшем, панические состояния с повышением артериального давления стали возникать каждый день, была госпитализирована в терапевтическое отделение, где после обследования был выставлен диагноз «ВСД», провела в больнице 10 дней, выписалась без улучшения. В больнице стало казаться, что мир изменился, вокруг неё идёт спектакль, что окружающие разыгрывают роли, что родители на самом деле - чужие люди, а она - приемная дочь. Казалось, что тело не свое, мысли в голове ей не принадлежат. Это состояние длилось около недели. После выписки время проводила, в основном дома, состояние улучшилось, панические атаки стали возникать реже, выровнялось настроение. По совету кардиолога в больнице обращалась к народной целительнице, после чего состояние улучшилось. Панические атаки не возникали. Мысли о несоответствии женскому образу сохранялись в прежней мере. Была активной, общительной, знакомилась с новыми людьми. Начала ходить в институт, с учебой справлялась, но сохранялось ощущение «дереализации», с частотой около 1 раза в месяц возникали панические атаки. В ноябре в клубе на фоне приема алкоголя и курения марихуаны, возникла сильная тревога, по рассказам знает, что угрожала окружающим воображаемым пистолетом, была агрессивной, не помнила этого. Сходный случай имел место в декабре. В общежитии вместе с друзьями попробовала мефедрон (амфетамин), на фоне приема которого стала очень активной, повысилось настроение, но ощущение измененности окружающего мира не ушло.

Весной 2016 года, когда ехала на электричке к отцу, на фоне ровного настроения внезапно стало тяжело дышать, «зажало горло», не могла глотать, появилась сильная тревога, повышенная потливость, металась по вагону, искала помощи. Состояние редуцировалось самопроизвольно в течение 40 минут. Провела у отца неделю, так как боялась повтора этого состояния, постоянно проверяла, может ли она глотать. По возвращении в общежитие состояние вновь ухудшилось, перестала выходить из комнаты, около недели



не вставала, не умывалась, не разговаривала ни с кем, не ела и не пила, соседки по комнате кормили с ложки детским питанием. Через неделю позвонила матери, попросила найти ей психотерапевта. Обратились к частному врачу, был назначен феназепам 0.5мг/сут., мirtазапин. Принимала феназепам и каждый раз перед выходом из дома. Уменьшилась тревога, смогла вернуться к занятиям в университете. Настроение было ровным. Начала в интернете знакомиться с девушками, искала определенные типажи, ассоциировавшиеся у нее с женским полом: слабых, хрупких, младше ее, доверчивых - противопоставляла их себе. Вступала с ними в романтические переписки, целью которых было влюбить в себя, а потом жестоко бросить, получала удовольствие от этого, нравилась их беспомощность.

В апреле 2016 года поняла, что не сможет продолжать обучение, так как состояние вновь ухудшилось, появились трудности концентрации внимания, ощущение, что голова «мутная». По совету лечащего врача обратилась в 12 ПБ и была госпитализирована, находилась в стационаре 20 дней, был проведен курс лечения галоперидолом в/м, выписана с рекомендацией приема сердолекта, мirtазапина, анафранила. Вернулась в Пятигорск. На фоне терапии ушли трудности сосредоточения, уменьшилась тревога, не возникали панические атаки. Время проводила в общении с девушкой, матерью. С друзьями виделась редко, так как раздражала необходимость общения с ними, считала эти встречи изматывающими. В сентябре вернулась в Москву. В связи с сохраняющимся ощущением «дереализации» обратилась в НЦПЗ, 12.09.2016 была госпитализирована.

**Психический статус:** Выглядит соответственно возрасту, одета в стиле унисекс, в футболку и спортивные штаны. Волосы длинные, забраны в хвост на затылке, на висках выбриты согласно молодежной моде. Выражение лица спокойное, мимика адекватна теме беседы, глазной контакт с врачом не поддерживает, смотрит перед собой, но иногда взглядывает исподлобья, проверяя реакцию на свои слова, усмехается. В движениях резка, несколько мужеподобна. Держится с вызовом. Голос громкий, интонационно

насыщенный. На вопросы отвечает подробно, по существу. Иногда непоследовательна в своих ответах, противоречит сама себе в высказываниях.

Предъявляет жалобы на "дереализацию" («как будто все во сне», «как бы отстаю от времени»), ощущение, что отделена от окружающего мира, видит его через пленку, сохраняющееся постоянно, не меняющее интенсивность в течение дня. Говорит о том, что иногда «как бы отстраненно, как сторонний наблюдатель» задумывается о своем поведении, жестах, внешности, которые кажутся ей совсем не женскими, а брутальными, между тем, недовольства своей внешностью не испытывает. Задумывается об этом с позиции условности определения ролевых установок, испытывает дискомфорт от необходимости соблюдения правил в рамках своего пола, хочет избежать ожиданий общества, в связи с чем носит одежду в стиле унисекс, укрывается в толстовки большего размера, капюшоном закрывает лицо.

Также жалуется на эпизодическое повышение АД до цифр 180-170/100, появляющуюся при этом сильную тревогу, тахикардию, головокружение, ощущение нехватки воздуха, страх смерти, сумасшествия, того, что умрет "бесславно", на глазах у людей. Из-за этого перестала ездить на общественном транспорте. Эти состояния снимала приемом капотена и феназепамом. Отмечала трудности концентрации внимания, сосредоточения, обрывы и наплывы мыслей, ощущение пустоты в голове. Наличие суицидальных мыслей не отрицала, но конкретных планов не строила.

На фоне лечения постепенно выровнялось настроение, перестала беспокоить тревога, стала ездить в домашние отпуска на метро, не боясь развития панической атаки. Восстановились когнитивные функции, стала много читать, готовилась к продолжению обучения в институте. Ближе к концу госпитализации уменьшилось ощущение нереальности происходящего, в течение большей части дня не замечала его. Мысли о гендерном несоответствии и тягостные переживания о рамках поведения, в которые ее

ставит общество, отступили на задний план, утратили яркую эмоциональную окраску.

**Соматическое состояние:** Правильного телосложения. Достаточного питания, ИМТ=25. Кожные покровы: на предплечье - татуировка. Температура: 36,6. Костных повреждений не обнаружено. Периферические л/у не увеличены. Зев обычной окраски. Жалоб со стороны дыхательной системы нет. Дыхание свободное, 17 в мин. При перкуссии легких звук легочный, дыхание везикулярное, выслушивается над всеми отделами легких. Перкуторно размеры сердца не увеличены, аускультативно тоны сердца звучные, патологических шумов не выслушивается, А/Д 133/85 мм рт. ст. Р=92 уд. в мин., ритмичный, нормального наполнения. Со стороны ЖКТ жалоб нет. Язык чистый, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех отделах, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, мочеиспускание не нарушено. **Консультация терапевта от 15.09.16:** при осмотре грубой органической патологии со стороны внутренних органов не выявлено. **Бактериологические исследования от 13.09.16:** HBs Ag, anti-HCV total, SyphilisRPR, diphtheria, возб. сальмонеллезом, дизентерии - не обнаружены. **Б/х анализ крови от 22.11.16:** альбумины 47.7 г/л, общий белок 67 г/л, АСТ 9 е/л, АЛТ 8 е/л, мочевины 3.7, холестерин 4.0 мкм/л, глюкоза 5.8 мм/л, билирубин 5.3 мк/л. **Гормональные исследования от 26.10.16:** Пролактин 417.9 мМЕ/л. **Общ. ан. крови от 25.10.2016:** WBC  $7.7 \times 10^9/L$ , RBC  $4.79 \times 10^{12}/L$ , HGB 136g/L, HCT 0.388, MCV 85.8fL, MCH 28.4pg, MCHC 351g/L, с/я 66%, п/я 3%, эоз. 2%, лимфоциты 24%, моноциты 5%, СОЭ 5 мм/ч. **Общий анализ мочи от 25.10.16:** желт, неполн. прозр., удельный вес-1025, реакция 7.0, белок 0,075 г/л, глюкоза кетоновые тела - abs, эпителий плоск.-ед. в пр., лейкоциты ед. в пр., слизь- неб. кол-во, бакт.- нет. **ЭКГ от 25.10.16** - синусовый ритм 83 уд/мин, вертикальное положение ЭОС, при сравн. с ЭКГ от 13.09.2016: миграция водителя ритма по предсердиям. Брадикардия (54 уд./мин.); нормальное положение ЭОС.

**Консультация офтальмолога** от 13.09.16 – ОУ- без патологии. **Осмотр акушера-гинеколога** от 25.10.2016: Пр. здорова. **Неврологическое состояние:** Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глазные щели равновеликие, D=S. Фотореакция живая. Движения глазных яблок не ограничены, D=S, безболезненны. Нистагма нет. Тонус мышц удовлетворительный. Чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. **Консультация невролога 14.09.16:** Нейровегетативная дисфункция затянувшегося пубертатного периода. **КТ от 28.09.16:** Наружная и внутренняя сообщающаяся гидроцефалия (ЭД =2,1мЗв). **Консультация психолога 14.09.16:** на первый план при исследовании больной выходит нарушение мышления в виде разноплановости, а также компенсаторное смещение половой идентичности на фоне социальной дезадаптации.

**Катамнез:** После выписки из НЦПЗ в декабре 2016 года чувствовала себя удовлетворительно, принимала поддерживающую терапию, посещала институт, общалась с друзьями. Рассталась с близкой подругой, с которой поддерживала длительные отношения на расстоянии. На фоне разрыва отмечала снижение настроения, апатию, тоску по прекратившимся отношениям, редуцировавшиеся самопроизвольно спустя пару недель. Продолжала периодически посещать ночные клубы лесбийской направленности в компании друзей, где заводила новые знакомства с девушками, довольствовалась лишь общением в стенах клубов, от продолжения отношений отказывалась.

В мае 2017 года в связи с усилением тремора пальцев рук амбулаторно была уменьшена доза перициазина, на этом фоне состояние изменилось, вновь появилось ощущение нереальности происходящего вокруг, замедленности и отстраненности собственных действий по сравнению с остальным миром, вновь актуализировались мысли о том, что ее действия, поступки больше присущи мужскому стилю поведения, что собственный пол ей чужд и неприятен. В метро вновь стала появляться тревога, принимала феназепам

каждый раз при выходе из дома. Нарушилась концентрация внимания, появилось ощущение «каши в голове», рассеянность, сон нарушился по типу удлинения его периода, нарушился аппетит. Вновь стала эпизодически употреблять алкоголь, в эти дни не принимала препараты. Амбулаторно была скорректирована схема, увеличена доза венлафаксина до 150мг, назначен амантадин. В июле фон настроения был приподнятым, постоянно ощущала подъем энергии, взбудораженность, раздражительность, искала конфликтов, знакомилась с девушками, легко влюблялась в них, бросала прием препаратов, употребляла алкоголь. Сохранялось ощущение нереальности происходящего, но говорила, что это перестало ее беспокоить, «привыкла», задумывалась об отсутствии женственности и присутствии у нее мужских черт эпизодически, чаще ситуационно. Была уменьшена доза венлафаксина до 75мг, увеличена доза арипипразола до 30 мг. Настроение оставалось приподнятым, но стала спокойнее, продуктивнее, несколько удлинился период сна, в тот же период стали возникать состояния, когда внезапно появлялась тревога, неприятная «легкость» в ногах, не чувствовала под собой землю, также ощущала «пустоту» в голове, двоение в глазах. Принимала феназепам, после этого состояние улучшалось. Была уменьшена доза венлафаксина до 37.5, добавлен кветиапин 50 мг. Снизилось настроение, появилась апатия, стало неинтересно на занятиях в вузе, не могла себя заставить ходить на занятия, появились мысли о том, что ей нужно бросить вуз, сменить профессию. Время проводила в общении с друзьями, через месяц состояние еще ухудшилось, выросла апатия, практически перестала выходить из общежития, лежала целыми днями в постели, много курила, ежедневно употребляла крепкие алкогольные напитки. Постоянно ощущала «ком» в горле, по вечерам появлялась тревога, боялась, что из-за «кома» ночью задохнется. Нарушился сон, спала около 2-3 часов в сутки, практически ничего не ела. Обратилась к врачу, было рекомендовано стационарное лечение. 19.12.2017 была госпитализирована. После выписки из НЦПЗ на фоне приема поддерживающей терапии чувствовала себя удовлетворительно до мая 2018

года. В период вне стационарного лечения сохранялось стабильное состояние с незначительными циклотимоподобными колебаниями при полном восстановлении социальной и учебной адаптации. С клишированной симптоматикой, сочетающей в себе депрессивные жалобы, конверсионные расстройства и РПС, пациентка поступала в июне, октябре 2018 года, январе 2019 года. Во время стационарного лечения в октябре в связи с недостаточной эффективностью психофармакотерапии прошла курс электросудорожной терапии. После выписки настроение было ровным, однако сохранялось ощущение нереальности окружающего, усиливавшееся при искусственном освещении. Регулярно навещала врача, принимала лекарства нерегулярно, так как периодами казалось, что уже выздоровела, иногда хотела употребить алкоголь и пропускала прием лекарств из-за этого. Ездил летом в Пятигорск к матери, тяготилась ее опекой, стремилась остаться в одиночестве, из дома практически не выходила, так как боялась встретить знакомых, которые могли при встрече обратить внимание на то, что она располнела. В августе вернулась в Москву и приступила к учебе в вузе, однако на фоне учебных нагрузок состояние вновь ухудшилось.

**Амбулаторный осмотр 02.09.2019:** Выглядит соответственно возрасту, одета в молодежном стиле, в кофту свободного кроя и джинсы с кедами. Волосы распущены по плечам, чистые, немного растрепаны. Макияжем не пользуется. Сидит наклонившись вперед, оперев локти на бедра, смотрит исподлобья, в глаза собеседнику. В движениях резка, несколько мужеподобна. Выражение лица спокойное, мимика обеднена. Голос средней громкости, интонационно насыщенный. Речь в обычном темпе. Отвечает по существу, подробно. В беседе пассивна.

В состоянии отмечает сниженное настроение с беспредметной тревогой на протяжении всего дня, ощущаемой в груди как дискомфорт, беспокойство, не достигающей до уровня паники. Для облегчения состояния принимает алкоголь, так как «феназепам не помогает» справиться с этим состоянием. Также, жалуется на равнодушие к прежде волновавшим ее вопросам, таким

как собственное состояние здоровья, внешний вид, вес. Много времени проводит за бесцельными размышлениями в пессимистическом ключе о своей жизни, будущем, учебе в вузе, мысли в голове «разматываются одна за другой», постоянно присутствует ощущение, что «не додумала мысль до конца». Также, беспокоят трудности сосредоточения, концентрации внимания. Ощущение нереальности, неестественности окружающего мира присутствует только в вечернее время и при включенном электрическом свете, относится к этому нейтрально, «привыкла». Аппетит отсутствует, ест через силу, один раз в день, при виде еды испытывает отвращение. Постоянно ощущает «ком» в горле. Курит около 20 сигарет в день. Сон нарушен по типу укорочения его промежутков, спит около 6 часов в день, каждую ночь снятся кошмары о том, как мать попадает в беду, просыпается в страхе, не сразу успокаивается. Наличие суицидальных мыслей отрицает.

#### **Анализ случая:**

Настоящее состояние можно квалифицировать как депрессию тревожно-апатической структуры, с сохранением явлений дереализации, диффузной тревогой, не доходящей до уровня панических атак, с витальными проявлениями в виде нарушения сна и аппетита. Депрессивная триада представлена преимущественно тимическим компонентом, идеаторный и моторный компоненты не выражены. Психопатоподобная симптоматика представлена в виде своеобразия жизненных установок и мировоззрения, эмоциональной холодности, жестокости, расстройства влечений в виде склонности к асоциальным поступкам, легкости формирования зависимости от алкоголя или транквилизаторов, протестного поведения, а также конверсионной симптоматики в виде ощущения «кома» в горле, трудностей при глотании, изменения или отсутствия чувствительности в теле. Большой удельный вес в состоянии имеют когнитивные нарушения в виде тревожных руминаций, трудности сосредоточения и концентрации внимания.

Начало заболевания в подростковом возрасте с аффективных колебаний циклотимического уровня и психопатоподобной симптоматики. Манифестация в 17 лет в виде экзогенно спровоцированной затяжной депрессии, в дальнейшем углубившейся за счет деперсонализационных расстройств, которые были представлены дереализацией, алло- и аутопсихической деперсонализацией.

Расстройство половой самоидентификации формировалось в рамках деперсонализационных расстройств в депрессивном эпизоде. Такие деперсонализационные расстройства как ощущение собственной измененности, отчуждение черт характера, поведения, проявилось в рамках гендерного самоопределения. РПС характеризовалось рефлексией и интеллектуальной разработкой темы полового самоопределения, гендерных взаимоотношений, сопоставлением себя с представительницами своего пола с выявлением отличий.

В дальнейшем, к состоянию присоединились панические атаки, вегетативные расстройства. На высоте состояния однократно имел место субпсихотический эпизод, протекавший с острым чувственным бредом инсценировки, обошедшийся после проведенного лечения.

Дальнейшее течение заболевания в виде аффективных фаз обоих полюсов, протекавших с доминированием деперсонализационных и конверсионных расстройств. Депрессивные состояния отличались глубиной, наличием пассивных суицидальных мыслей, витальными проявлениями в виде нарушения сна и аппетита. Имели место эпизоды помрачения сознания - диссоциативной амнезии. Фазный тип течения с сохранением в ремиссиях деперсонализационной и конверсионной симптоматики, дает нам право говорить об эндогенной природе заболевания.

Преморбидно акцентуированная личность со смешанными проявлениями. С детских лет отмечалась эмоциональная лабильность, склонность к раздражительности, проявлявшейся вспышками гнева, истерическими



реакциями; тревожность, демонстративность. В подростковом возрасте появились нарушения поведения, преимущественно в виде импульсивности, искажением побуждений в виде дипсомании, злоупотребления ПАВ, аутоагрессивных действий, манипулятивного поведения, гомосексуального нарушения влечений.

Наследственность отягощена патохарактерологическими особенностями отца, алкоголизмом по материнской линии, а также депрессивными состояниями у матери пациентки.

Таким образом, исходя из имеющихся анамнестических данных и состояния пациентки на момент катамнестического обследования, состояние можно квалифицировать как полиморфную депрессию в рамках **шизотипического расстройства, протекающего с аффективными фазами, континуальной деперсонализационной симптоматикой и расстройством половой самоидентификации. F21.4.**

### **3.2.2. Клинико-психопатологическая характеристика группы наблюдений расстройства половой самоидентификации 2 типа - расстройство половой самоидентификации в рамках дисморфофобии.**

Вторая группа включила 21 пациента, 12 женщин и 5 мужчин, средний возраст на момент включения в исследование варьировался в пределах  $18.9 \pm 2.7$  лет. Средний возраст появления начальных признаков заболевания был  $12.52 \pm 3.23$  лет, манифестация депрессивного эпизода в  $14.6 \pm 2.5$  лет. Длительность заболевания к моменту обследования составила  $5.1 \pm 3.1$  лет.

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. В ходе обследования расстройство половой самоидентификации оказывалось не превалирующим симптомом. На первый план выходили нарушения депрессивного круга, включавшие тоскливо-тревожные, апато-астенические 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 сопровождалось пищевым поведением, направленным на похудание, а также аутоагрессией, которая касалась как тематики снижения веса, и проявлялась в виде ограничений в питании, изнуряющих физических нагрузок, а также, булимических приступов, проявлявшихся систематическими перееданиями, насильственной эвакуацией содержимого желудка, приемом слабительных или мочегонных средств, препаратов для похудения. Аутоагрессивное поведение проявлялось также в нанесении себе укусов, побоев, поверхностных самопорезов в области предплечий, плеч, бедер, груди. Локализация зависела от цели совершаемого действия, так, содержание аутоагрессии могло относиться к наказанию себя за

внешние недостатки. В этом случае порезы наносились в области груди, бедер, лица, не удовлетворявших пациентов. Нанесение самоповреждений могло быть следствием идей самообвинения, могло быть отчасти демонстративным, и тогда самопорезы наносились в области предплечий, бедер. Дисторфофобические расстройства носили характер сверхценных, доходили до уровня дисторфомании на высоте депрессивного состояния. Также, у этих пациентов выявлялась 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, которая была представлена апатией, ангедонией, тревогой, касавшейся преимущественно социально обусловленных ситуаций, не достигающей до уровня панических атак, а также подавленностью. Отчетливым было превалирование идеаторного компонента депрессивной триады, так, все пациенты данной группы жаловались на трудности концентрации внимания, сосредоточения, рассеянность, основной причиной этого называли постоянные мысли о недовольстве собой, о невозможности преобразования в желаемый образ и о трудностях во взаимоотношениях с окружающими. Моторная заторможенность была представлена у 9 человек (42,8%). Столь характерное для пациентов с депрессиями ощущение тоски не было распространено среди пациентов этой группы. Они описывали жалобы при помощи таких определений как тяжесть в груди, в теле, физический дискомфорт, внутреннее напряжение. 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. Наблюдались следующие варианты нарушений сна: сон по типу поверхностного, не приносящий пациентам

ощущения отдыха, сон с трудностями засыпания, когда получалось уснуть лишь под утро, а также отмечался инвертированный суточный ритм, когда пациенты бодрствовали по ночам и спали днем. Суточные колебания в состоянии, отмечавшиеся у 13 пациентов (61,9%) в рассматриваемой группе, проявлялись у 3 (14,2%) отчетливым ухудшением с доминированием в мыслях денотата сверхценности в утренние часы и улучшением к вечеру, у остальных (47,6%) - наоборот, к вечеру нарастали тревога, апатия, ощущение угнетенности, безысходности. 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. У остальных суицидальные мысли носили пассивный характер и проявлялись в размышлениях о том, что «было бы лучше», если бы они умерли, «если бы заснуть и не проснуться».

Необходимо добавить, что у всех пациентов в начале развития дисморфофобической депрессии формировались идеи отношения, так, обостренно воспринимали замечания касательно внешних данных; придавали большое значение имеющимся в действительности, но сильно преувеличиваемым ими особенностям внешности, лишнему весу. 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 Коркина М.В. (1984 г.), Этингоф А.М. (2004 г.), Морозов П.В. (1977 г.) и др. 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, мыслями о том, что их не замечают, или считают недостойными внимания, или относятся к ним с

пренебрежением. 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.

Недовольство своим внешним видом модифицировалось 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 (одежды, стрижки и макияжа). В новом ключе недовольство своей внешностью у 11 пациентов (52.3% данной группы) модифицировалось в активное желание хирургической смены пола, достигала сверхценного уровня дисморфомании. Пациенты 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 груди с целью скрыть молочные железы, 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. Шесть пациенток (28.5%) при помощи одежды имитировали наличие мужских половых органов. Все пациентки этой типологической группы носили одежду мужского кроя или стиля «унисекс» (джинсы, мужские футболки, клетчатые рубашки поверх, толстовки с капюшоном, кроссовки большего размера, грубые, под стать мужским или мужские, ботинки), 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 (узких джинсов, свитеров крупной вязки, кардиганов, рубашек с цветочным принтом и т.д.), ношении длинных волос, выщипывании и подкрашивании бровей. Более радикальных перемен во внешности избегали из боязни подвергнуться преследованию приверженцев консервативных взглядов в обществе незнакомых людей. 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 преобразования, приобретения новых, отличных от прежних, гендерных характеристик.

Также, 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 дисморфофобических расстройств, предшествовавших присоединению расстройства половой самоидентификации, а именно: пациенты также продолжали соблюдать диету и стремились похудеть, но менялась фабула. Заявляя, 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.

К вышеописанному, 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. Они утверждали, что во вновь приобретенной мужской роли их нос стал казаться им подходящим к лицу, излишняя широта плеч также придавала мужественности, к которой они теперь стремились. Пациенты говорили о том, 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.

Наблюдение № 2 (2 типологическая группа – РПС в рамках дисморфофобических расстройств)

Пациентка Юр-о Е. М., 1999 г.р.

Поступила в клинику ФГБНУ НЦПЗ 14.02.2018, выписана 15.04.2018.

**Из анамнеза (со слов больной, ее матери, данных медицинской документации):**

**По линии отца:**

Дед, имел среднее образование, работал на заводе. По характеру был незлобивым, трудолюбивым, общительным. Умер в возрасте 74 лет от соматической патологии.

Бабка, имела школьное образование, занималась ведением домашнего хозяйства. По характеру была доброй, радушной, хозяйственной. Умерла в возрасте 65 лет от соматической патологии.

Отец, 56 лет, среднее образование, слесарь-механик, по характеру добрый, миролюбивый, тихий, уравновешенный, общительный. В воспитании дочери участия не принимал. Когда мать просила съездить с ней на море, так как врачи рекомендовали морской воздух в связи с ослабленным иммунитетом, говорил «а почему я? Я не могу, я боюсь».

**По линии матери:**

Бабка имела среднее образование, работала секретарем, по характеру была жесткой, жестокой, требовательной и бескомпромиссной в вопросах воспитания. Умерла в возрасте 76 лет от соматической патологии.

О деде сведений нет, умер в возрасте 37 лет от соматической патологии.

Мать, 56 лет, по образованию химик-микробиолог, работает по профессии, по характеру жесткая, требовательная, сложная в общении, взрывная, склонна к дисфорическим вспышкам, закрытая, придерживается консервативных взглядов, верующая. С дочерью отношения всегда были формальными, доверительное общение не складывалось, так как пациентке всегда казалось, что мать не проявляла достаточной теплоты и понимания к ней, а лишь



требовала соблюдения установленных правил. С подросткового возраста пациентки в семье часто стали возникать конфликты, мать могла проявлять физическую агрессию по отношению к дочери в виде пощечин. Обращалась к психиатру в связи с депрессивными состояниями, истерическими реакциями, получает терапию.

Пациентка родилась от первой беременности, в возрасте матери 36 лет, роды самостоятельные, в срок. При рождении - 7 баллов по шкале Апгар. В связи с незаращением пупочного кольца была госпитализирована в отделении патологии новорожденных, где находилась в течение 2 недель, в этот период был диагностирован сальмонеллез, была переведена в инфекционную больницу в отделение реанимации, где провела 21 день. После выписки субфебрилитет сохранялся на протяжении 3 месяцев, после чего состояние стабилизировалось. В дальнейшем был выставлен диагноз: синдром пирамидной недостаточности, проходила лечение массажами с эффектом. По характеру в раннем детстве была беспокойной, не отпускала от себя мать, начинала кричать и плакать, если теряла ее из виду. В детстве часто болела простудными заболеваниями.

Посещала ДДУ с трех лет, адаптировалась вначале с трудом, часто плакала, ходила не охотно. После переезда с семьей в Липецк в возрасте 4 лет и смены детского сада адаптировалась несколько лучше, но друзей завести не смогла. По характеру была тихой, тревожной, стеснительной, ранимой, надолго запоминала нанесенные ей обиды. Занимать себя дома одна не могла, требовала, чтобы мать развлекала ее, в ДДУ же охотно участвовала в коллективных играх, общалась с другими детьми на позиции активного участника игр, лидером быть не стремилась.

В школу пошла в 6 лет, адаптировалась с трудом, долго не могла найти общий язык с одноклассниками. В начальных классах дети дразнили ее из-за лишнего веса, обзывали, часто возвращалась из школы в слезах. Успеваемость в начальных классах была хорошей, стремилась учиться на «пятерки», так как мать упрекала за другие оценки. Испытывала интерес лишь на уроках

рисования и черчения, к остальным предметам была равнодушна. Некоторое время посещала секцию бальных танцев по инициативе матери, но тренировки не любила, так как была недостаточно пластична в сравнении с другими, настояла на прекращении занятий. Впоследствии, уже в средней школе, 3 года занималась плаванием, негативных эмоций к этому виду спорта не испытывала, но больше нравилось общаться с другими учениками в перерывах, нежели плавать.

В 6 классе сменила школу, так как отношения с одноклассниками в старой школе не наладились и еще усугубились. В новой школе в первое время общалась со всем классом, но через несколько недель круг общения сузился до 2-3 девочек, объясняла это себе тем, что все потеряли к ней интерес, узнав ближе. Была болезненным ребенком, из-за частых простудных заболеваний пропускала уроки, с удовольствием проводила время дома за просмотром ТВ и компьютерными играми.

Менструации с 14 лет, нерегулярные, возникали около одного-двух раз в полгода, обращались по этому поводу к гинекологу, рекомендовавшему подождать до 16-ти лет, когда в связи с отсутствием установившегося цикла были назначены гормональные препараты. На фоне приема цикл восстановился, принимала их около полугода, после чего по рекомендации гинеколога препарат был отменен и цикл вновь нарушился, менструации появлялись раз в три месяца. Интерес к противоположному полу появился с начальной школы, когда влюбилась в одноклассника. Своих чувств не раскрывала, так как ее стремления к общению он не поддерживал, сильных переживаний в тот период не отмечала.

Когда с началом взросления появилось акне, возникло недовольство своей внешностью, замечала, что дети в классе вновь стали издеваться над ней, иногда не хотела идти в школу из-за этого. Сопутствовавшие признаки взросления – округление бедер, появление груди - также восприняла негативно, отнеслась к этому как к «еще одному предательству» организма. В подростковом возрасте изменилась по характеру, стала более оппозиционно

настроена в отношении матери, перестала прилагать усилия в школе, редко выполняла поручения по дому, дома часто возникали конфликты на этой почве. В старшей школе успеваемость ухудшилась, получала преимущественно тройки и четверки.

С 2016 года за мыслями о недовольстве собственной внешностью последовали мысли о недовольстве своим полом, когда разглядывала себя в зеркале казалось, что ей «больше бы подошло» родиться мужчиной. При общении в интернете стала представляться как «Дима», объясняла знакомым, что «чувствует несоответствие паспортному полу». В школе рассказала о своих переживаниях двум подругам, с остальными продолжала общение в женском роде.

После окончания 11 класса в связи с тем, что не высказывала конкретных предпочтений относительно того, чем хочет заниматься в будущем, по настоянию матери поступила в университет на экономический факультет.

Летом 2017 года увидела в интернете параметры модельной внешности, отметила, что подходит под описание по всем пунктам, кроме бёдер, которые были шире на 2 см. Так как хотела попробовать себя в роли манекенщицы, отправила своё портфолио в модельное агентство, где ей подтвердили, что нужно уменьшить объём бёдер на 2 см, а также вылечить акне. Вес на тот момент составлял 55 кг. Начала ограничивать себя в еде, сначала сократила количество потребляемого мучного и сладкого, но это не привело к желаемому результату, затем стала активно заниматься спортом, бегала, ездила на велосипеде, через некоторое время начала изнурять себя спортом, так, проезжала по 20 км в день, если позволяла себе съесть кусочек печенья - винила себя, сразу же начинала выполнять физические упражнения. К осени 2017 года стали возникать эпизоды «срывов», когда съедала большое количество еды без разбора. За месяц прибавила в весе 12 кг (65), после этого села на жесткую («питьевую») диету, когда пила бульоны и кефир и ничего не ела, за 2 недели сбросила 15 кг (52), после чего вновь начались срывы с

перееданием, но после срывов начала вызывать у себя рвоту, если казалось, что организм очистился от еды не до конца, принимала бисакодил.

В первые два месяца в университете было интересно, адаптировалась в новом коллективе, посещала занятия. После переезда из родного города, избавившись от материнского контроля, сделала короткую мужскую стрижку, «тоннели» в ушах. Двум одноклассницам, с которыми поддерживала неформальное общение, рассказала о том, что считает себя мужчиной, просила называть «Люци» (имя героя японского аниме фильма). В ноябре из-за нарастающей апатии, постоянно сниженного настроения, пессимизма, недовольства собой, того, что пищевое поведение полностью вытесняло остальные аспекты из жизни, практически перестала ходить в университет. Когда же приходила на занятия, не понимала материал, так как отстала по программе, испытывала трудности сосредоточения. Было тяжело усваивать новую информацию, по много раз могла перечитывать страницу и не понимать, что на ней написано. С утра чувствовала себя несколько лучше, была мотивация идти на лекции, но через некоторое время нарастала тревога, недовольство собой, ощущение пустоты внутри, уходила с занятий, шла в магазин, где покупала еду и в общежитии съедала ее и вызывала рвоту. Первую сессию сдала нормально, так как ей простили прогулы, часть оценок поставили «просто так» по ее просьбе. В январе вновь начала учиться, около двух недель ходила в университет, было желание учиться, не возникало эпизодов переедания. Спустя две недели вновь «сорвалась» и переела, после чего прекратила ходить вовсе. На протяжении двух месяцев каждый день начинался с похода в магазин, где воровала, так как не было денег, большое количество еды, по приходу в общежитие съедала ее, вызывала рвоту. Так могло продолжаться до 6 раз в день, также, принимала до 10 таблеток бисакодила. Воровала еду у соседок по комнате, в связи с чем они стали считать и подписывать купленное ими, начали относиться к пациентке с презрением, из-за чего, также, страдала, пыталась возмещать то, что съедала из их запасов, но отношения не восстановились.

В январе познакомилась в интернете с молодым человеком из Латвии, представилась ему в мужском роде, завязалось сначала дружеское, впоследствии переросшее в романтическое, общение. Когда начали разговаривать по телефону, он понял по голосу, что она девушка, но с пониманием отнёсся к тому, что она позиционировала себя как мужчина.

В марте 2017 года на 3 дня ездила в Латвию к возлюбленному, провели эти дни вместе, чувствовала себя счастливой, эпизодов переедания не возникало. По возвращении состояние вновь ухудшилось.

Устроилась на работу кассиром в магазин, так как хотела накопить денег для переезда к молодому человеку. С обязанностями справлялась, но работала недолго, так как в один из дней не вышла на смену, перепутав расписание, за что была оштрафована начальством. Спустя месяц уволилась по собственному желанию. Проводила большую часть времени в общезитии, продолжала переедать и вызывать рвоту каждый день. В июне вновь ездила к молодому человеку. По обоюдному желанию вступили в интимные отношения, испытала удовольствие от близости, но была фрустрирована тем, что находилась в пассивной, женской, роли. Предполагалось, что проведут вместе 3 недели, но из-за возникшего на почве ее пола конфликта с матерью возлюбленного, вернулась домой через 10 дней. Продолжала общаться с молодым человеком по интернету. До конца лета состояние оставалось неизменным. Осенью приступила к учебе на 2 курсе, 3 недели ходила на занятия, не возникало приступов переедания, хотела «начать новую жизнь», но так как не понимала программы, не успевала за своим курсом, винила себя в этом, вновь выросла апатия, перестала посещать занятия. Вес снизился до 44 кг, но не отмечала изменений во внешности, оставалось недовольство собой, казалась себе слишком толстой. В ноябре ее матери позвонили из деканата и сообщили, что пациентка в очереди на отчисление, мать, считавшая, что дочь отлично справляется с учебой, приехала в Москву, оформила дочери академический отпуск и настояла на госпитализации в ПНД в Липецкой области. Пациентка проходила стационарное лечение на протяжении месяца, эффекта от

получаемой терапии не отметила, продолжала вызывать рвоту после еды. Рассталась с молодым человеком, так как не ощущала достаточной поддержки с его стороны. После выписки обратилась в НЦПЗ для дальнейшего лечения. 02.2018 была госпитализирована.

**Психический статус:** Выглядит младше своих лет, одета опрятно, в молодежном стиле «унисекс»: в футболку яркой расцветки, клетчатую рубашку поверх, джинсы. Волосы окрашены в пепельный блонд, острижены коротко, по молодежной моде, пользуется гелем для укладки, челка приподнята «хохолком». Сидит слегка ссутулившись, позу на протяжении беседы не меняет, не жестикулирует. Макияжем не пользуется. На лице множественные акне. Мимика обеднена. В начале разговора говорит о том, что устала рассказывать о своем состоянии, отвечает неохотно. В беседе, будучи спрошена, как к ней обращаться, просит называть «Люци», объясняет это тем, что считает себя мужчиной. Говорит о себе чаще в мужском роде, иногда забывается и переходит на женский. На вопросы отвечает по сути, после небольших пауз, кратко, чаще односложно. Голос тихий, монотонный.

Жалуется на сниженное настроение, подавленность, тревогу, апатию, плаксивость, ощущение «внутренней пустоты», физического и морального дискомфорта, которые пытается заглушить с помощью еды. В еде неразборчива, в моменты таких приступов съедает все, что находит в доме, так, однажды ела разбавленную водой муку. Может съесть до 2-3 кг еды за один раз, прекращает есть, лишь когда начинает испытывать боль и чувство распиравания в животе, тогда вызывает рвоту. Если и после этого остается ощущение переполненности желудка, принимает до 10 таблеток слабительного препарата (бисакодил). Иногда принимает фуросемид, когда кажется, что лицо выглядит отекившим. Рассказывает о том, что испытывает недовольство своим полом, хочет изменить его, поменять паспортное имя. Объясняет попытки ограничения себя в еде тем, что не хочет располнеть в бедрах, так как у мужчин таз должен быть узким. Отмечает суточные колебания в настроении: с утра чувствует себя несколько бодрее, днем же

нарастает апатия, появляется подавленность и тревога. Сон не нарушен. Наличие обманов восприятия и суицидальных мыслей отрицает. Соглашается с тем, что в последнее время снизилась успеваемость, появились трудности концентрации внимания. Критика к состоянию формальная, говорит о том, что главной целью стационарного лечения является желание отдохнуть от матери и конфликтов с ней.

За время стационарного лечения перенесла левостороннюю нижнедолевую пневмонию, по поводу которой получала курс лечения цефтриаксоном 1.0мг в/м на протяжении 7 дней.

В больнице быстро адаптировалась, легко нашла общий язык с пациентками своего возраста, с одной из них завела романтические отношения: (ходили, взявшись за руки, вместе слушали музыку и смотрели фильмы). На фоне проводимого лечения постепенно выравнивался фон настроения, перестали беспокоить тревога, ощущение «внутренней пустоты», ушли мысли о недовольстве своим весом, своей внешностью, нормализовался аппетит. Сохранялись идеи о недовольстве своим полом, выражала желание изменить паспортный пол и имя, пройти операции по смене пола, но соглашалась с тем, что эти манипуляции стоит отложить до полного выздоровления. В отделении была общительна с другими пациентами, активна, занималась рукоделием, ходила на ЛФК, прогулки, в домашние отпуска. При выписке собиралась пройти обучение на парикмахера, устроиться на работу. Наличие обманов восприятия и суицидальных мыслей отрицала.

**Соматическое состояние:** Правильного телосложения. Пониженного питания, ИМТ=19. Кожные покровы: на лице множественные акне, на внутренней поверхности бедра - ожог. Температура: 36,6. Костных повреждений не обнаружено. Периферические л/у не увеличены. Зев обычной окраски. Жалоб со стороны дыхательной системы нет. Дыхание свободное, 16 в мин. При перкуссии легких звук легочный, дыхание везикулярное, выслушивается над всеми отделами легких. Перкуторно размеры сердца не увеличены, аускультативно тоны сердца звучные, патологических шумов не

выслушивается, А/Д 134/83 мм рт. ст. Р=86 уд. в мин., ритмичный, нормального наполнения. Со стороны ЖКТ жалоб нет. Язык чистый, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех отделах, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул со склонностью к запорам, мочеиспускание не нарушено.

**Консультация терапевта от 01.04.19:** Реконвалесценция после левосторонней пневмонии. Железодефицитная анемия. **Бактериологические исследования от 18.02.19:**

HBs Ag, antiHCV total, SyphilisRPR, diphtheria, возб. сальмонеллезов,

дизентерии - не обнаружены. **Гормональное исследование от 02.04.2019:**

Пролактин 2696.1 мМЕ/л, пост-ПЭГ 2397.4 мМЕ/л, Тестостерон 1.48 нмоль/л, 4.4 пмоль/л, FSH 3.09 пмоль/л, ДНЕА-S 4.8 мкмоль/л, LH 10.48 МЕ/л. **Б/х**

**анализ крови от 02.04.19:** альбумины 38.5 г/л, общий белок 64 г/л, АСТ 16 е/л, АЛТ 13 е/л, мочевины 4.3, холестерин 3.9 мкм/л, глюкоза 4.6 мм/л, билирубин 4.1 мк/л. **Б/х анализ крови от 23.03.2019:** Железо 6.7 мкмоль/л.

**Общ. ан. крови от 06.02.2019:** WBC  $7.1 \times 10^9/L$ , RBC  $4.46 \times 10^{12}/L$ , HGB 131g/L, HCT 0.389, MCV 87.2fL, MCH 29.4pg, MCHC 337g/L, PLT  $221 \times 10^9/L$ , с/я 72%, п/я 1%, эоз. 0%, лимфоциты 22%, моноциты 5%, СОЭ 12 мм/ч. **Общий анализ**

**мочи от 02.04.19:** с/желт, полн. прозр., удельный вес-1020, реакция 6.0, белок 0,040 г/л, глюкоза, кетоновые тела - abs, эпителий плоск. – ед. в пр-те, лейкоциты ед. в пр-те, слизь- не обнаруж., соли-нет, бакт.-незн. кол-во. **ЭКГ от 15.02.19:** - синусовый ритм, ЧСС 68 уд/мин, вертикальное положение ЭОС.

Нарушение проведения по правой ножке пучка Гиса. Нарушение реполяризации нижней ст. левого желудочка. **Консультация гинеколога от**

**28.03.2019:** Дисфункция яичников. Вторичная аменорея. **Рентгенография грудной клетки от 07.02.2019:** Рентгенологические признаки левосторонней н/долевой пневмонии. **Консультация офтальмолога от 15.02.19:** –

OU- миопия, астигматизм слабой степени. **Неврологическое состояние:** Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глазные щели равновеликие, D=S. Фотореакция живая. Движения глазных яблок не ограничены, D=S,



безболезненны. Нистагма нет. Тонус мышц удовлетворительный. Чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. **Консультация невролога от 15.02.19:** Нейро-вегетативная дисфункция в рамках основного заболевания. **КТ от 15.03.2019:** Патологические изменения головного мозга не выявлены.

**Амбулаторная консультация 20.08.2019:** После выписки из НЦПЗ весной 2018 года регулярно принимала поддерживающую терапию, вернулась в Липецк, к родителям. Проводила время по большей части в своей комнате, общаясь по интернету с новыми друзьями, которых завела в больницу, пыталась найти работу, но после трех собеседований, на которых получила отказ, прекратила поиски. Просила мать отпустить ее в Москву, чтобы начать учебу на парикмахера, но мать не соглашалась, боясь отпускать ее одну. Из-за часто возникавших дома скандалов на этой почве, вновь снизилось настроение, начала переедать, вызывать рвоту, такое поведение приносило краткосрочное успокоение. В дальнейшем, нашла в интернете клинику в Санкт-Петербурге, занимающуюся психотерапией нарушений питания, хотела пройти курс лечения, но получила отказ в связи с тем, что принимала психофармакотерапию. Несмотря на это, уехала в Санкт-Петербург, перед отъездом написала матери прощальное письмо, в котором подробно рассказывала, где остановится, и предупреждала о том, что не нужно ехать вслед за ней. Проживание финансировал отец. В Санкт-Петербурге, вдали от дома, состояние несколько улучшилось, контролировала пищевое поведение, устроилась на работу - раздавала на улице листовки, завела нескольких друзей. Познакомилась с девушкой, также наблюдавшейся у психиатра по поводу депрессий, вступила в романтические отношения, переехала жить к ней. Прекратила прием лекарств. Эпизодически ненадолго приезжала в Липецк к родителям, так как дома сразу начинались скандалы с матерью из-за ее состояния, образа жизни и нежелания лечиться. После этих скандалов появлялась тревога, уходила из дома, употребляла алкоголь, передала,

вызывала рвоту. Зимой 2019 года вновь приступила к учебе в вузе в Москве, ходила в вуз неохотно, так как было сложно влиться в коллектив, не были интересны предметы, с учебой справлялась с трудом. В феврале в связи с трудностями в учебе, вновь начала переедать, затем резко ограничила количество потребляемой пищи, за полтора месяца вес снизился на 6 кг, в этот период отмечала подъем настроения, легкость в теле, прилив сил, ближе к концу этого периода появилась слабость, быстрая истощаемость, вновь актуализировалось булимическое поведение, вес восстановился до исходного. Приняла решение бросить учебу, вновь вернулась в Санкт-Петербург к возлюбленной, устроилась на работу в салон красоты помощником парикмахера. Фон настроения выровнялся, справлялась с обязанностями. В один из визитов к родителям, в Липецк, согласилась на уговоры матери и приехала в Москву, обратилась в НЦПЗ на консультацию.

**Психическое состояние на момент осмотра:** выглядит младше своих лет, одета опрятно, в стиле «унисекс». Волосы коротко острижены, окрашены в «блонд» с разноцветными прядями. На лице множественные акне, глаза подведены черным карандашом. Мимика обеднена. Речь в обычном темпе, голос тихий, интонационно модулированный. На вопросы отвечает по сути заданного, кратко. Разговаривает с врачом неохотно. Говорит о себе в мужском роде, когда описывает «гендерную дисфорию», и в женском - когда рассказывает о событиях из жизни, делает это неосознанно, забываясь.

Целью визита называет желание матери, говорит о том, что не видит необходимости в лечении, так как ухудшения ее состояния связаны с конфликтами с матерью и непониманием в семье, а «от лекарств только хуже и вес набирается». Настроение оценивает как «обычное». В ходе беседы соглашается с тем, что не вполне довольна своим состоянием, так как около двух-трех раз в месяц переедает и вызывает рвоту. Часто отмечает появление мыслей о недовольстве собой, своим телом, гендерной ролью, признает, что по-прежнему думает о смене паспортных данных и «верхней операции» (хирургического удаления молочных желез), но откладывает прохождение

комиссии из-за нежелания заниматься сбором необходимых бумаг, общаться с разными врачами. Состоит в романтических отношениях с девушкой, физический компонент влечения отсутствует, живет у нее, отношения носят дружеский характер. Периодически на фоне стрессовых ситуаций употребляет алкоголь, на фоне приема чувствует себя «комфортнее, более раскрепощенно». Сон не нарушен. Когнитивных нарушений не выявлено. Наличие суицидальных мыслей или желания причинить себе боль отрицает.

### **Анализ случая**

На момент осмотра определяется состояние компенсации расстройства личности истеро-шизоидного круга, с сохранением достаточного уровня социального и трудового функционирования. К проявлениям редуцированной психопатической симптоматики можно отнести расстройство половой самоидентификации, расстройство влечений гомосексуальной направленности, эпизоды нарушения пищевого поведения и злоупотребления алкоголем, связанные со стрессовыми ситуациями, эмоциональную лабильность, слабость волевого контроля, инфантильность, демонстративность, незрелость суждений.

Начало заболевания можно отнести к подростковому возрасту (14 лет), когда на фоне гормональной перестройки организма, формирования вторичных половых признаков углубились патохарактерологические черты, появились расстройства гипотимического полюса циклотимического уровня в виде симптоматики дисморфофобической тематики. Манифестация в 16 лет с экзогенно спровоцированной актуализации дисморфофобических идей, их углубления и приобретения ими сверхценного характера, развития депрессивного состояния, на фоне чего сформировались нарушения пищевого поведения, вначале имевшие вид анорексии, а затем булимии. Вслед за появлением дисморфофобических расстройств возникла идея недовольства

собственным полом, которая впоследствии развилась и приобрела форму расстройства половой самоидентификации.

Расстройство половой самоидентификации возникло в рамках дисморфофобии, проявлялось неприятием себя в женской роли, представлением перед окружающими в роли противоположного пола, ношением короткой стрижки, утягивающего белья и одежды стиля «унисекс» для придания себе сходства с противоположным полом, заведение романтических связей с девушками и исполнение в отношениях с ними мужской роли. Уровня дисморфомании в данном случае состояние не достигало, так как пациентка не проявляла активных действий в отношении смены пола и довольствовалась произведенными ею внешними изменениями. К истинной гендерной дисфории в рамках транссексуализма данное состояние нельзя относить, так как отчетливо прослеживается очередность возникновения симптоматики: на фоне дисморфофобической депрессии развилось расстройство половой самоидентификации, носившее, также, отчасти демонстративный и протестный характер, не имевшее под собой трансгендерной подоплеку (несоответствия самоощущения и ожиданий окружающих), высказываемые жалобы касались недовольства собой, внешними характеристиками, четких представлений о гендерной дисфории у пациентки сформировано не было.

Течение заболевания в виде повторных депрессивных состояний с превалированием дисморфофобической симптоматики сверхценного уровня, с нарушениями пищевого поведения, в виде анорексии и булимии, а также расстройством половой самоидентификации. Депрессивная симптоматика была представлена идеями самообвинения, тревогой, апатией, повышенной истощаемостью, физической и моральной слабостью, раздражительностью, когнитивными нарушениями в виде трудностей сосредоточения и концентрации внимания, нарушением аппетита.

Личность больной является собой сочетание черт истерического и шизоидного круга, достигающих уровня психопатии. Патохарактерологические особенности в виде тревожности, психастении, мнительности, злопамятности отмечались с детства. По мере редукции аффективных расстройств снизилась интенсивность проявлений расстройства половой самоидентификации, что также свидетельствует в пользу его сродства дисморфофобии. На фоне прекращения лечения и актуализации дисморфофобических расстройств идея недовольства своим полом приобретала прежнюю интенсивность, в дальнейшем, на фоне стабилизации состояния расстройство половой самоидентификации с желанием произведения перманентных изменений во внешности приобрело второстепенное значение, однако позиционирование себя в мужской роли сохранилось в неизменном виде.

В раннем постнатальном периоде перенесла тяжелое соматическое заболевание, которое целесообразно рассмотреть в качестве органически неблагоприятного фона.

Наследственность отягощена депрессивным расстройством матери.

Таким образом, состояние можно квалифицировать как истеро-шизоидное расстройство личности в стадии компенсации, с сохранением расстройства половой самоидентификации сверхценного уровня в рамках дисморфофобической симптоматики. F61.0.

### **3.2.3. Клинико-психопатологическая характеристика группы наблюдений расстройства половой самоидентификации 3 типа - в рамках расстройств истерического круга.**

Третью группу составили 27 пациентов, средний возраст  $19,5 \pm 3.1$  лет, возраст появления начальных признаков заболевания составил  $12.1 \pm 2.3$  лет, манифестация депрессивного эпизода в  $14.0 \pm 1.7$  лет, соотношение представителей женского пола к мужскому составило: 21:6. Длительность заболевания к моменту обследования составила  $6.2 \pm 3.5$  лет.

Причиной обращения становились аффективные колебания как гипо-, так и гипертимического полюса, 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.

Декомпенсация по психопатическому типу выражалась протестным поведением, шантажом, аутоагрессивными действиями, разнившимся по форме, проявлявшимися в нанесении поверхностных самопорезов, никогда не имевшем под собой истинных суицидальных мотивов и не доходившем 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 доходившим до уровня расстройств, рассматривавшихся в группе дисморфофобии. 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. Пациентам данной группы была присуща аггравация имевшихся в действительности симптомов, псевдология, так, например, заявления о наличии обманов восприятия, в дальнейшем не подтверждавшееся, с целью привлечения внимания, прямого или опосредованного, через врача, воздействия на родственников.

Инфантильность, присущая этим пациентам, в этой группе проявлялась крайним эгоцентризмом, неспособностью сдерживать проявления эмоций, следовать требованиям и предписаниям, незрелостью взглядов, внушаемостью, формированием симбиотической привязанности к друзьям.

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: 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 театрално курили, смотрели на собеседника прищурившись, меняли походку, ходили ссутулившись, 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 эти пациенты сохраняли гетеросексуальную относительно биологического пола сексуальную 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.

Степень выраженности вышеописанных проявлений интересующих нас расстройств 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 оставались 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. В ходе общения с врачом иногда признавали, что подобное поведение носит демонстративный характер, однако от него не отказывались.

Разнообразная психопатоподобная симптоматика была неглубокой и выявляла четко прослеживаемую связь с актуальными веяниями поп-культуры. Так, расстройства поведения носили поверхностный характер, например, алкоголизации, эпизоды булимического поведения происходили на глазах у родственников. Нанесение поверхностных самопорезов совершалось как подражание знаменитостям, а также нарочито напоказ, с выставлением на всеобщее обозрение фотографий совершенного; или же нанесение самопорезов совершалось в унисон с друзьями; также самопорезы могли представлять собой слова на коже предплечий или бедер; нередко пациенты писали слова или рисовали своей кровью на зеркале в ванной с целью последующей демонстрации друзьям. Во внешнем облике пациентов также во всех случаях прослеживалось отражение их «послания» обществу: знаки принадлежности к субкультурам; пациенты женского пола предпочитали подчеркнута мужской, агрессивный стиль одежды, вместе с тем, выгодно подчеркивающий особенности фигуры; мужская манера держаться также носила гротескный оттенок. Стоит отметить, что пациенты этой группы в разговоре часто переходили в речи от первого лица на склонения, присущие своему биологическому полу.

Наблюдение № 3 (3 типологическая группа – РПС в рамках истерических расстройств)

Пациентка С-а В. В., 2001 г.р.

Поступила в клинику ФГБНУ НЦПЗ 06.07.2018, выписана 02.08.2018.

**Из анамнеза (со слов больной, ее матери и сестры, данных медицинской документации):**

**По линии отца:**

О деде сведений нет, так как отец пациентки с ним не общается.

Бабка 75 лет, работала на фабрике, в настоящее время на пенсии. Отмечаются возрастные нарушения памяти и заострение характерологических особенностей.

Отец 56 лет, высшее медицинское и спортивное образование. Работает преподавателем плавания. По характеру скрытный, рефлексирующий, внешне мало эмоциональный, увлекается психологией, книгами о саморазвитии. Со старшей дочерью не общается, так как считает, что она «сидит на шее», с младшей дочерью поддерживает теплые отношения.

**По линии матери:**

Бабка 70 лет, врач-лаборант, в настоящее время на пенсии. По характеру строгая, педантичная, трудолюбивая. Страдает бронхиальной астмой.

Дед 75 лет, высшее техническое образование, работал инженером, в настоящее время на пенсии. По характеру самоуверенный, властный, щепетильный.

Мать 55 лет, инженерное и юридическое образование, не работает, посвятила себя воспитанию детей и семье, домохозяйка. По характеру тревожная, заботливая, эмоциональная, веселая, активная. Воспитывала детей в условиях гиперопеки. На фоне появления проблем с психическим здоровьем младшей дочери перенесла тревожную депрессию легкой степени тяжести.

Сестра 30 лет, высшее экономическое образование, не работает. С детства страдает эпилепсией, наблюдается эпилептологом, получает лечение антиконвульсантами. Эпилептические припадки отмечались до 14 лет. По характеру эгоистичная, холодная, малообщительная, в беседе обстоятельная, склонная к резонерству, угодничеству. После окончания института устроилась на работу по профессии, но не выдержав распорядка и нагрузки, не справлялась с обязанностями, была уволена спустя 3 месяца. С тех пор не работала, сидела дома, время проводила за общением в социальных сетях, иногда встречалась со старыми друзьями из вуза, считала, что сможет прожить не работая, так как скоро выйдет замуж за «богатого восточного мужчину», в то же время, для поиска будущего мужа также ничего не предпринимала. Около полугода назад стала отмечать, что у нее «забирают энергию через соцсети», испытывала неприятные ощущения в голове «как будто из водяного пистолета стреляют в висок», снизилось настроение, стала сонливой, раздражительной. На фоне лечения нейрелептиком состояние улучшилось, перестали беспокоить идеи отношения и сенестопатии, стала активнее, общительнее, завела романтические отношения со старым знакомым, пыталась устроиться на работу, но безуспешно, так как не была готова к условиям труда.

Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности. Раннее развитие согласно возрастным показателям. По характеру в детстве была открытой, общительной, активной, обидчивой. В детстве любила наряжаться в платья, надевать яркие резинки, браслеты, завязывать банты в волосах, также, строила домики из простыней, подолгу сидела внутри, испытывала чувство защищенности. Много времени проводила на даче, так как ровесников среди соседей не было, большую часть времени играла в одиночестве, обладала богатым воображением, любила представлять себя различными животными, рыла норы в снегу, играла с плюшевыми игрушками, которых считала одушевленными. Боялась темноты, казалось, что дерево за окном

может ожить и превратиться в чудовище. Этот страх сохранялся до 13 лет. До 11 лет страдала энурезом. Эпизодически отмечалось сноговорение.

В школу пошла в 7 лет, адаптировалась нормально. Любимыми предметами были литература и биология. Много времени уделяла чтению, предпочитала фантастику, приключенческие романы. Любила рисовать, когда в школе ей сказали, что у нее хорошо получается, стала уделять этому больше времени, посещала кружок. Копировала образы из страшилок, мультиков, придумывала своих персонажей. В 5 классе поступила в гимназию с профильными классами, учиться было интересно, успеваемость была отличной, легко справлялась с большими нагрузками в школе, посещала дополнительные занятия по английскому языку, рисованию. В коллективе адаптировалась в течение первого месяца, завела подруг среди одноклассниц, охотно участвовала в общественной деятельности школы.

С 11 лет несколько поменялась по характеру стала более скрытной, холодной в общении с родными, отмечались вспышки раздражительности, участились ссоры с матерью. После школы часто не хотела возвращаться домой, представляя грядущие ссоры.

Менструации с 12 лет, установились не сразу. Протекали болезненно, сопровождалась аффективными колебаниями, раздражительностью. Физического компонента влечения к лицам противоположного или своего пола не испытывала, не мастурбировала. В 5 классе появились мысли о том, что не нравится собственная внешность, а именно, форма носа: казался слишком длинным, не нравилась горбинка. Отчетливого снижения настроения на этом фоне не отмечала, но избегала собственных фотографий, иногда отвлеченно думала о пластической операции по его коррекции. Из-за постоянно возникавших конфликтов с преподавателем математики (считала, что учитель неправильно объясняет материал, не понимала предмет, поэтому на уроках демонстративно рисовала, рвала свои тетради, писала левой рукой) мать однократно отвела ее к психологу. С 11 увлекалась книгами про Шерлока Холмса, благодаря этому полюбила казавшийся до этого некрасивым

собственный нос, стала носить клетчатые кепки, коллекционировала курительные трубки. С 14 лет увлеклась Данте, в нем привлекла его сентиментальность, склонность к самоанализу, саморазвитию, любознательность.

Отметила раскол между тем, что внутри себя испытывает грусть, внешне же веселится и смеется. В том же году стала подолгу анализировать свои действия, мысли, вместе с друзьями на волне популярных обсуждений в интернете, также, обсуждали тематику гендера, гендерной дисфории, ЛГБТ сообщества, придумала себе несколько «субличностей». Выделяла Холмса, девочку Николь, скромную, тихую и любящую читать, сатанёнка Люсю, активную, эгоистичную, шаловливую. Использовала эти образы в ролевых играх, обсуждала это с друзьями, у которых тоже были свои субличности. Постоянно анализировала свои действия, читала соответствующую литературу, стала задумываться о том, что существует лишь она, это неоспоримо, существование же других людей под вопросом, так как они могут быть плодом ее воображения. Исходя из этого, старалась вести себя более эгоистично, между тем, полностью заглушить голос совести мешало правило «относись к людям так, как хотел бы, чтобы они относились к тебе». Проходила в интернете психологические тесты, на основании результатов стала считать себя амбиквальной, т.е. сочетающей в себе черты как интроверта, так и экстраверта.

В тот же период стала задумываться над тем, как люди соотносят себя с представителями своего и противоположного пола, нравилось думать о том, что у нее нет пола, что она «усредненная». В какие-то дни чувствовала себя в большей степени девочкой, в другие – мальчиком, на поведении это никак не отражалось, менялось только самоощущение. Впоследствии появлялись мысли о том, что хотелось бы иметь мужской пол, так как в этой роли чувствовала бы себя комфортнее, была бы привлекательнее. В начале 8 класса завела романтические отношения с мальчиком, тогда мысли о гендере отступили на задний план, подумала, что романтические отношения «наладят

жизнь и то, что в ней не устраивает», встречались около 3 месяцев, расстались по причине того, что мальчик настаивал на интимных отношениях, к которым пациентка была не готова, боялась этого. После разрыва продолжительного снижения настроения не отмечала.

Зимой 2016 года без внешних причин снизилось настроение, испытывала подавленность, грусть, мысли носили пессимистический характер, ничего не приносило радость, не хотелось ни с кем общаться, стала заходить в интернете на «депрессивные» страницы, форумы, начала наносить самопорезы с целью наказания себя за лень, недостаточную продуктивность в учебе. Выкладывала фотографии своих порезов в интернет-группы соответствующей тематики. В тот период стала представлять, что у нее есть «субличность», с мировоззрением, отличным от ее собственного, которая издевалась, насмехалась над пациенткой. Разговаривала с ней в зеркале, но чаще в голове, полностью ее от себя не отделяла, но казалось, что различается интонация, построение фраз. Субличность могла одновременно и ругать, и хвалить пациентку. Также, возникло ощущение, что все происходит как в компьютерной игре, собственные движения воспринимались отстраненно, окружающие – как декорация к ее жизни. Из-за этого стала более эгоистично себя вести, отметила, что стала холоднее в общении с близкими.

В тот же период, когда показалось, что жить стало «особенно тяжело и невыносимо», перед зачетом в школе и после ссоры с матерью, решила покончить жизнь самоубийством, искала на Википедии варианты ухода из жизни. Привлек внимание способ с внутривенным введением воздуха, купила в аптеке шприц, пошла в школу, заперлась в туалете, написала предсмертную записку, ввела воздух в вену, но в состоянии ничего не изменилось. После этого подумала «и что теперь?» и пошла домой. В январе 2017 года впервые после ссоры с матерью развилась паническая атака с чувством нехватки воздуха, ощущением сжатия горла, страхом сойти с ума, в дальнейшем атаки повторялись несколько раз. Весной состояние несколько улучшилось, но часто

возникало ощущение несоответствия внутренней грусти собственной внешней веселости.

В детстве любила наряжаться в платья, затем в средней школе стал не важен внешний вид, затем хотелось носить мужскую одежду. Последние полгода стала тщательно подбирать одежду, основываясь на своем чувстве стиля. Предпочитала брюки, футболки, рубашки, кроссовки - стремилась к «гендерно-нейтральному» облику, однако в одежде проскальзывали броские детали. Просила мать разрешить ей сшить красный плащ как у Данте, хотела носить его в повседневной жизни. Сделала короткую стрижку.

В 2017 году в связи со сниженным настроением, мыслями о недовольстве собственным полом, обращалась по инициативе родных к различным специалистам, в начале к гинекологам, затем к психиатрам. Принимала Citalopramum (дозировку не помнит) в течение года без значительного эффекта. В дальнейшем - Aripiprazolum 10-15 мг. Последние 2-3 недели перед госпитализацией принимала Olanzapinum 10мг, Sertralinum 150 мг. На фоне приема стала задаваться вопросом о том, ядерная ли форма транссексуализма у нее, или, может быть, эти мысли возникают на фоне депрессии. В связи с появившимися сомнениями согласилась обратиться на консультацию в НЦПЗ и была стационарирована.

**Психическое состояние:** Выглядит соответственно возрасту. Одет в стиле унисекс: в светлую футболку, клетчатую рубашку, белые джинсы и белые босоножки. Макияжем не пользуется. Волосы острижены по мужской моде, растрепаны. На лице следы расчесов. На руках шрамы от множественных самопорезов и ожогов сигаретами. Движения диспластичные, иногда поводит шеей. Сидит несколько ссутулившись, жестикуляция практически отсутствует. Мимика однообразная, часто усмехается, вне связи с темой беседы. Голос средней громкости, в обычном темпе, интонационно модулированный. На вопросы отвечает по сути, подробно. Представляется именем «Паша», говорит о себе в мужском роде.

Предъявляет жалобы на сниженное настроение, его перепады, тоску, невозможность заставить себя что-либо делать. Также, говорит о желании наказать себя, в связи с чем наносит самопорезы. Говорит о том, что в настоящее время позиционирует себя «скорее, как агендер, нежели как транссексуал», как считала ранее, появились сомнения относительно необходимости пластических операций по удалению вторичных половых признаков, несмотря на то, что испытывает «психологический дискомфорт» от их наличия. Хочет, чтобы врачи помогли разобраться с этим. Сон в норме, аппетит несколько повышен на фоне приема зипрексы. Наличие суицидальных мыслей отрицает.

**Соматическое состояние:** Правильного телосложения. Пониженного питания, ИМТ=21. Кожные покровы: на руках и ногах множественные следы самопорезов, ожогов сигаретами, на лице – следы расчесов. Температура: 36,6. Костных повреждений не обнаружено. Периферические л/у не увеличены. Зев обычной окраски. Жалоб со стороны дыхательной системы нет. Дыхание свободное, 17 в мин. При перкуссии легких звук легочный, дыхание везикулярное, выслушивается над всеми отделами легких. Перкуторно размеры сердца не увеличены, аускультативно тоны сердца звучные, патологических шумов не выслушивается, АД 93/63 мм рт. ст. Р=64 уд. в мин., ритмичный, нормального наполнения. Со стороны ЖКТ жалоб нет. Язык чистый, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех отделах, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, мочеиспускание не нарушено.

**Консультация терапевта от 11.07.18:** При осмотре грубой органической патологии со стороны внутренних органов не выявлено. **Бактериологические исследования от 09.07.18:** HBs Ag, anti-HCV total, SyphilisRPR, diphtheria, возб. сальмонеллезом, дизентерии - не обнаружены. **Б/х анализ крови от 16.07.18:** альбумины 41.8 г/л, общий белок 69 г/л, АСТ 23 е/л, АЛТ 48 е/л, мочевины 4.2 ммоль/л, холестерин 5.1 ммоль/л, глюкоза 5.0 ммоль/л, билирубин 7.9 мкмоль/л.



**Гормональные исследования от 26.07.2018:** Пролактин 3056.4 мМЕ/л, пост-ПЭГ 2985.0 мМЕ/л. **Общ. ан. крови от 16.07.2018:** WBC  $6.4 \times 10^9/L$ , RBC  $3.96 \times 10^{12}/L$ , HGB 124g/L, HCT 0.334, MCV 84.3fL, MCH 31.3pg, MCHC 371g/L, PLT  $309 \times 10^9/L$ , с/я 35%, п/я 4%, лимфоциты 51%, моноциты 6%, эоз 4%, баз 0%, СОЭ 6 мм/ч. **Общий анализ мочи: (16.07.18)** желт, неполн. прозр., удельный вес-1025, реакция 6.5, белок 0,032 г/л, глюкоза, кетоновые тела abs, эпителий плоск.-незн., лейкоциты ед. в пр, слизь, соли, бакт.- нет. **Конс. акушера-гинеколога от 18.07.2018:** virgo. **ЭКГ от 09.07.18:** - синусовая брадикардия, ЧСС 53 уд/мин, вертикальное положение ЭОС. Признаки синдрома ранней реполяризации желудочков. **Неврологическое состояние:** Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глазные щели равновеликие, D=S. Фотореакция живая. Движения глазных яблок не ограничены, D=S, безболезненны. Нистагма нет. Тонус мышц удовлетворительный. Чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексy живые, D=S. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. **Консультация невролога от 09.07.18:** На момент осмотра данных за очаговые поражения нервной системы не выявлено.

**Динамическое наблюдение:** на фоне проводимой терапии (Trifluoperazinum до 7.5 mg, Venlafaxinum до 75 mg, Gabapentinum до 600 mg) выровнялся фон настроения, стала более активной, перестала наносить самоповреждения, ушли трудности сосредоточения. Пришла к выводу, что мысли о транссексуализме имеют болезненную природу, решила смириться с женской социальной ролью, перестала называть себя в мужском роде. На фоне проводимой терапии отмечались побочные явления в виде скованности в мышцах туловища, в связи с чем к терапии были добавлены Viperidenum 4 mg, Amantadinum 100 mg, а также появились выделения из молочных желез, был рекомендован прием Cabergolinum (Достинекс) и наблюдение у эндокринолога по м/ж. При выписке строила адекватные планы на будущее, собиралась продолжить учебу в школе.

**При катamnестическом обследовании 15.08.2019:** После выписки из НЦПЗ чувствовала себя удовлетворительно, исправно принимала поддерживающую терапию. Амбулаторно консультировалась в НЦПЗ. Осенью приступила к учебе в школе, готовилась к сдаче ЕГЭ, собиралась поступать на факультет веб-дизайна в ГУ-ВШЭ, ходила на подготовительные курсы, учеба нравилась, справлялась с нагрузками как в школе, так и на курсах, получала высокие результаты. Отмечала ухудшение состояния в периоды перед началом менструального цикла, становилась раздражительной, плаксивой. Вопросом гендерного самоопределения больше не задавалась, иногда вспоминала о прошлых убеждениях, но относилась к этим воспоминаниям как к чему-то давно забытому и ошибочному. Продолжала задумываться о сути вещей, задаваться философскими вопросами смысла жизни, эмоций, любви, жизненных позиций, но отмечала, что легко отвлекается от этих мыслей, обдумывает их лишь в то время, когда ничем не занята, чаще перед сном. Проявляла романтический интерес к двум одноклассникам - мальчику и девочке, не могла решить, кто ей больше нравится и нужно ли вовлекаться в романтические отношения с кем-либо из них, по прошествии двух-трех месяцев, решила, что не будет инициировать общение ни с одним из них. Полностью посвятила свое время учебе. Так как сдавала по настоянию матери экзамен не только по нужным ей двум предметам, но и по английскому языку, набрала достаточное количество баллов для поступления помимо выбранного ею факультета, также в МГИМО на факультет журналистики, куда и подала документы, поддавшись на уговоры матери о том, что в этом месте пациентка получит более универсальное образование. После чего около двух недель настроение оставалось нестабильным, часто плакала, устраивала матери истерики, винила ее в оказываемом давлении. Была убеждена, что в МГИМО ей не понравится. После длительных раздумий решила посвятить свое свободное от занятий в вузе время изучению финского языка и работе, чтобы через год поступить в финский вуз на специальность, связанную с компьютерной графикой. После принятия этого решения успокоилась,

сфокусировалась на достижении этой цели. В то же время познакомилась в интернете на сайте интеллектуальной игры с девушкой на два года старше ее, завязалась дружба, делала попытки наладить романтические отношения, но взаимностью не пользовалась.

**Психическое состояние:** выглядит соответственно возрасту, одета опрятно, в платье и кардиган, на ногах босоножки. Волосы до плеч, распущенные, чистые. На ресницах тушь. Кожа лица чистая, без следов повреждений. Мимика соответствует теме беседы, когда речь заходит о выборе места учебы на глаза наворачиваются слезы, но в ответ на улыбку врача улыбается. Говорит о себе в женском роде. Несколько демонстративна, хочет произвести на врача благоприятное впечатление, получает удовольствие от разговора и внимания к себе. На вопросы отвечает вдумчиво, по сути заданного, подробно. В ходе разговора отмечается своеобразие мыслительной продукции пациентки, богатый лексикон.

Активных жалоб не предъявляет, довольна своим состоянием, считает настроение «стабильно хорошим» на протяжении длительного времени. Переживания, касающиеся поступления в вуз, болезненными не считает, говорит о том, что испытывает необходимость в отдыхе после трудного года, хочет переключиться, рассказывает о планах на оставшиеся летние дни. О самоощущении в рамках гендера говорит, что перестала задумываться об этом, стало комфортно с самой собой, что стала «рефлектировать» и задумываться на философские темы меньше, чем раньше, и на «более близкие к жизни темы», такие как «любовь». Вместе с тем, отмечает, что главным в жизни считает самореализацию и построение успешной карьеры в интересной для нее области, от которой хочет получать удовольствие. Романтические же отношения ставит на второе место в списке своих потребностей. Когнитивных трудностей не отмечает. Сон и аппетит в норме.

### **Анализ случая**

Состояние на момент осмотра определяется как терапевтическая ремиссия после перенесенного депрессивного эпизода у личности истеро-шизоидного

круга. Депрессивное состояние характеризовалось атипией классической триады, а именно: выраженность идеаторного компонента превалировала над выраженностью тимического и моторного компонентов. Депрессия не сопровождалась витальным компонентом, отсутствовал суточный ритм. Наиболее субъективно значимыми жалобами были когнитивные нарушения, проявлявшиеся амбивалентностью, навязчивой непродуктивной рефлексией, невозможностью отвлечься от «разматывающихся» мыслей. Рефлексия, носившая черты синдрома «метафизической интоксикации», а именно, оторванность тематики переживаний от реальной жизни, поглощенность отвлеченными размышлениями, непродуктивность, в то же время не достигала его уровня. Патохарактерологические особенности пациентки представлены сочетанием черт шизоидного и истерического кругов. Проявлениями шизоидных черт явились аутизация, эмоциональная холодность по отношению к близким, рационализация эмоций, а также аутистическая направленность и своеобразие увлечений. Проявлениями истерических черт явились демонстративность, склонность к драматизации и самодраматизации, преувеличению переживаемых эмоций, эмоциональная лабильность и склонность к истерическим реакциям, демонстративным актам аутоагрессии. В рамках расстройств депрессивного круга отмечалось расстройство половой самоидентификации сверхценного уровня, проявлявшееся на высоте состояния недовольством собственным гендером и убежденностью в необходимости смены пола, на фоне психофармакотерапии сменившееся сомнениями касательно необходимости хирургической коррекции пола, и к моменту госпитализации в НЦПЗ трансформировавшееся в менее эмоционально окрашенное представление о себе как об агендере (отказ от гендерной идентичности как таковой).

Начало заболевания относится к пубертатному периоду (12 лет) с увлечения психологией, бесплодной рефлексии, углубления артистической направленности интересов, появления элементов деперсонализационных расстройств, учащения развития истерических реакций и внутрисемейных

конфликтов. Манифестация в 16 лет с аутохтонного развития депрессивного состояния с подавленностью, аутизацией, эпизодами панических атак, суицидальными мыслями, аутоагрессией, носившей демонстративный характер, незавершенной суицидальной попыткой. Стала задумываться о своей половой принадлежности, приняла решение, что является транссексуалом, настаивала на ношении мужской одежды с элементами вычурности, короткой стрижке. Получала лечение у психиатров с недостаточным эффектом.

Расстройство половой самоидентификации в данном случае развилось в рамках расстройств истерического круга. Недовольство своим полом достигло максимальной степени выраженности на фоне депрессивного состояния и приобрело сверхценный характер. Проявления выражались в мысленной фиксации на этой теме в ущерб другой интеллектуальной продукции, позиционировании себя в мужской роли в общении с близкими друзьями, родными, смене гардероба, прически. Обращали на себя внимание проявления демонстративности с элементами вычурности во внешнем виде пациентки, большой удельный вес в колебаниях аффекта реакций протеста. На фоне терапии и становления ремиссии расстройство половой идентификации нивелировалось постепенно через фазу аффективно-нейтрального самоопределения как агендера, что также свидетельствует в пользу эндогенного механизма возникновения гендерной дисфории.

Наследственность психопатологически отягощена эпилепсией у старшей сестры.

Таким образом, исходя из имеющихся анамнестических данных и состояния пациентки на момент катамнестического обследования состояние можно квалифицировать как ремиссию после перенесённого депрессивного эпизода с расстройством половой самоидентификации в рамках расстройства личности истеро-шизоидного круга. F61.0

В ходе рассмотрения клинико-психопатологических особенностей расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках депрессивных состояний, были проанализированы клиническая картина, особенности течения и динамики данного нарушения, выявлены значимые различия как в симптоматике расстройства в зависимости от типологической группы, в степени выраженности клинических проявлений, динамике, времени возникновения в картине заболевания, в рамках которого формировалось рассматриваемое расстройство половой самоидентификации, а также существенные отличия, которые наблюдались в корреляции наблюдаемого расстройства с психопатологическими нарушениями других регистров. Полученные результаты дают нам возможность предположить, что диагностика заболевания, в рамках которого выявляется расстройство половой идентификации, может помочь спрогнозировать его дальнейшее течение и возможные исходы, что представляется крайне важным в связи с актуальностью данного расстройства и учащения обращения таких пациентов к врачам других профилей. Для подтверждения этого предположения был проведён анализ клинико-катамнестически изученных больных (63 человека), с длительностью катамнеза от 3 лет, результаты которого представлены в IV главе.

## **Глава 4. Клинические особенности расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности.**

### **4.1 Общая характеристика клинических особенностей расстройства половой самоидентификации.**

Проведенное исследование показало, что расстройство половой самоидентификации во всех случаях формировалось на фоне измененного аффекта. Аффект был представлен депрессивными состояниями различной глубины и структуры. Таким образом, одной из основных задач данного исследования была оценка особенностей течения и исхода депрессивных состояний, манифестирующих в юношеском возрасте с симптоматикой расстройства половой самоидентификации.

При нозологической квалификации изученных случаев использовался клинико-катамнестический метод, учитывались такие параметры как типологическая разновидность, возраст появления начальных признаков заболевания, возраст манифестации.

Несмотря на то, что осведомленность населения о депрессивных расстройствах в целом, а также о высоком риске развития депрессивных состояний в юношеском возрасте непрерывно растет, вопрос выявления этих состояний по-прежнему является актуальным и сложным в реализации. Это связано во многом с тем, что для юношеского возраста характерны атипичия и полиморфность симптоматики, аффективная триада часто недостаточно представлена клинически, а на первый план выходят расстройства, характерные для периода пубертата. К ним относятся поведенческие, когнитивные, соматовегетативные нарушения, а также сверхценные образования, которые вкуче создают фасад, скрывающий за собой аффективную симптоматику, что влечет за собой неказание необходимой

помощи таким пациентам (Цуцуйковская М.Я. И соавт., 2000г., Этингер А.М., 2004, Олейчик И.В., 2011г.).

В подростковом возрасте происходит гормональная перестройка организма, половое созревание, резкое изменение внешнего облика, формирование вторичных половых признаков, а также психическое взросление. Этим объясняется тематика ключевых психических расстройств в этот период: дисморфофобия с неприятием происходящих в теле изменений; взаимоотношения с противоположным полом в новых ролях на фоне взросления; сравнение себя с представителями своего пола; усиление зависимости от чужого мнения; поиск идеалов. Переосмыслению подвергаются внутрисемейные отношения. Также, становятся актуальными философские поиски, личностное становление. Основными проявлениями нарушений, характерных для данного периода являются: аффективная лабильность с резкой сменой аффекта, вспыльчивостью, конфликтностью; самонаблюдение с рефлексией, сопоставлением себя и других людей и анализом своих действий и отношения к себе; а также протестное поведение со склонностью к расширению границ дозволенного, совершению асоциальных поступков, поиску новых ощущений и, как следствие, - заведение знакомств в асоциальной среде, употребление алкоголя, психоактивных веществ.

Клиническая группа пациентов состояла из 63 наблюдений, которые распределились на три группы согласно диагностированному заболеванию: Шизотипическое расстройство (F21.4) - 32 пациента (50.8%), Расстройство личности истерического круга (F60.4) - 12 пациентов (19.0%), Расстройство личности истеро-шизоидного круга (F61.0) - 19 пациентов (30.2%).

Выделение и диагностирование истеро-шизоидного расстройства личности, а не «смешанного РЛ» было обусловлено присутствием у этих пациентов черт соответствующих истерическому и шизоидному типам, что представляется важным в контексте установления вариантов динамики, определения



подходов к лечению и предикции развития заболевания в динамике и возможностей компенсации (Личко А.Е.). Описание сочетания истерических черт с шизоидными можно найти в работах Дубницкого Л.Б. 1972 г., Мазаревой Н.А. 1979 г., Максимовой М.Ю. 2002 г., Смулевича А.Б. 2007 г. [22, 42, 43, 57]. В структуре личности данного конституционального типа шизоидные черты сочетались с истерическими, такими как внешняя ориентированность эмоциональных проявлений, склонность к фантазированию, потребность в признании, увлечение яркими и необычными хобби.

**Таблица 4.1. Сопоставление клинической и катamnестической групп по диагнозам.**

Диагнозы (МКБ-10)	Клиническая группа n=63		Катamnестическая группа n=42	
		%		%
Шизотипическое расстройство F21.4	32	50.7	20	47.6
Истеро-шизоидное РЛ F61.0	19	30.2	14	33.3
Истерическое РЛ F60.4	12	19.1	8	19.1

**Таблица 4.2 Диагноз и тип РПС**

Тип РПС	Истерический		Дисморфофобический		Деперсонализационный	
	N	%	N	%	N	%
	27	100	21	100	15	100
Диагноз						
Истерическое РЛ	13	48	0	0	0	0
Истеро-шизоидное РЛ	4	15	10	48	5	33
Шизотипическое расстройство	10	37	11	52	10	67
Хи-квадрат Пирсона=23,4, $p < 0.001$						

**Таблица 4.3. Дизонтогенез.**

Тип РПС	Истерический		Дисморфофобический		Деперсонализационный	
	N	%	N	%	N	%
	27	100	21	100	15	100
Тип дизонтогенеза						
Нет	14	52	8	38	3	20
Задержанный	10	37	8	38	5	33
Ускоренный	1	4	2	10	0	0
Искаженный	2	7	3	14	7	47
Хи-квадрат Пирсона=12,5, $p=0,052$						

**Таблица 4.4. Наследственность.**

Тип РПС	Истерический		Дисморфофобический		Деперсонализационный	
	N	%	N	%	N	%
	27	100	21	100	15	100
Наследственность						
Не отягощена	7	26	8	38	2	13
Отягощена шизофренией	3	11	0	0	2	13
Отягощена афф-м расстройством	9	33	7	33	5	33
Отягощена алкоголизмом	3	11	3	14	1	7
Отягощена несколькими заболеваниями	5	19	3	14	5	33
Хи-квадрат Пирсона=6,6, $p=0,573$						

**Таблица 4.5. Патохарактерологические особенности у родственников 1-ой степени родства.**

Тип РПС	Истерический		Дисморфофобический		Деперсонализационный	
	N	%	N	%	N	%
	27	100	21	100	15	100
Патохарактерологические особенности у родственников						
Есть	24	89	18	86	13	87
Нет	3	11	3	14	2	13
Хи-квадрат Пирсона=0,1, $p=0,944$						

Анализ изучаемой выборки позволил выявить в анамнезе дизонтогенез у 36 (57.1%) пациентов, среди них имели место искаженный (у 9 - 25.0%), задержанный (у 23 - 63.8%) и ускоренный (у 4 - 11.1%) типы. При анализе разновидностей дизонтогенеза статистически значимой связи выявлено не было. При истерическом типе РПС наиболее часто в анамнезе выявлялся нормальный онтогенез, при деперсонализационном – искаженный. У 25 пациентов (39,6%) в анамнезе имелись указания на минимальную мозговую дисфункцию в анамнезе, как в рамках перинатальной патологии, а именно легкая степень гипоксии мозга при родах, так и сотрясения головного мозга в постнатальном периоде, не обнаруживающие признаков последствий в настоящем.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями отмечалась в 90.4% случаев, и в данном исследовании имеет значение не только в виде наличия наследственных предпосылок к психическому неблагополучию, но и как микросредовой фактор. Отношения в семье, как между родителями, так и к ребенку по мнению многих исследователей имеют прямое значение для рассматриваемой патологии (Bandini E., 2011) [77], так как крайне важным, общим для всех типологических групп, аспектом явилось наличие особенностей в семейных отношениях и процессе воспитания. Статистически значимых отличий между группами по психическим заболеваниям, наблюдавшимся у родственников пациентов, выявлено не было ( $p=0,573$ ).

Часть пациентов воспитывалась в неполных семьях или же, имея родителей, воспитывались другими родственниками в связи с занятостью на работе или поверхностным отношением к воспитанию. У других - члены семьи злоупотребляли алкоголем, страдали диагностированными психическими заболеваниями или обладали патохарактерологическими особенностями пограничного уровня. Немаловажной деталью в анамнезе обследованных пациентов было воспитание в условиях гиперопеки.

В пубертатный период у пациентов возникали трудности в общении с родственниками и проявлялись в виде протестного поведения с демонстративностью, раздражительностью, скрытностью, шантажным, аутоагрессивным поведением.

Изучение закономерностей течения исследуемых заболеваний показало, что расстройство половой самоидентификации во всех случаях развивалось в рамках манифестной депрессии. Манифестные депрессивные состояния характеризовались атипичной структурой, полиморфизмом проявлений. Депрессивная триада была представлена преимущественно тимическим и идеаторным компонентами с меньшей выраженностью моторного. Аффективная составляющая имела черты тревожных, апато-адинамических, тоскливых, раздражительных, астенических депрессий, часто - с витальным компонентом. Также, у пациентов отмечались суицидальные мысли, в основном носившие пассивный характер. На фоне аффективных расстройств возникали сверхценные идеи как тематики гендерного самоопределения, так и дисморфофобической, ипохондрической, любовной.

Исследование показало, что в формировании феномена расстройства половой самоидентификации ключевое значение имел экзогенный фактор. Привычной «средой обитания» и основным источником поступающей информации у этих пациентов являлся интернет, как в силу возраста, социальных реалий и тенденций, так и в силу личностных особенностей. Интернет являлся способом развлечения, общения, образования и, таким образом, имел определяющее значение в формировании мировоззрения. Такой источник информации подразумевает под собой определённую искусственную среду, в которой формировалась личность. При любом из рассматриваемых типов расстройства половой самоидентификации у пациентов возникали переживания неопределённого характера, с которыми будучи не в силах справиться сами, искали ответы в интернете, где, в связи с распространённостью тематики гомосексуализма, транссексуализма,

подробных описаний жизненных ситуаций людей, страдающих этими проблемами, пациенты находили ответы на часть своих вопросов, отклик других заинтересованных, понимание и возможность социализации в этом ограниченном закрытом обществе людей, где необходимо было играть по определенным правилам, соответствовать актуальному для этого сообщества кругу интересов, чтобы примкнуть и стать его частью. В этой атмосфере у пациентов формировалась мысль о несоответствии своего биологического пола желаемому. Таким образом, влияние среды опосредованно сказывалось на формировании личностных и патохарактерологических особенностей, которые в свою очередь определяли специфику становления доманифестного периода клинической картины.

У всех пациентов отмечалась выраженная в разной степени социальная дезадаптация, проявлявшаяся в трудностях взаимодействия с окружающим миром, со сверстниками, с представителями противоположного пола. У 29 пациентов (46.0%) сложности в общении, аутизация отмечались с детства, когда они неохотно шли на контакт с другими детьми, предпочитали проводить время в одиночестве, играя в самостоятельные игры, у остальных 34 (54.0%) пациентов нарушения социальной адаптации возникали позже, преимущественно в пубертатном периоде, в 12-14 лет, когда они по причине лишнего веса, или других особенностей внешности, или по непонятной самим пациентам причине, становились объектами насмешек, оскорблений, подвергались остракизму со стороны одноклассников, сверстников. В связи с изменением социальных отношений, пациенты замыкались в себе, искали причины того, почему не могут влиться в коллектив; почему у них расходятся интересы с большинством одноклассников; почему, в отличие от сверстников, их не привлекает романтическая сторона отношений, а также, из-за чего они не чувствуют соответствия самоощущения с доминирующими в обществе гендерными стереотипами, не соответствуют образу актуальных кумиров.

Для того чтобы определить, имеются ли существенные различия в дифференциальном диагнозе и прогнозе расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности, помимо определения типа расстройства половой самоидентификации, было проведено сравнение в рамках нозологии, где учитывались такие параметры, как наследственная отягощенность, особенности преморбидного склада, динамика течения и данные катамнестического обследования.

## **4.2 Клинические особенности расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках шизотипического расстройства.**

Группа пациентов с диагнозом «Шизотипическое расстройство», у которых было диагностировано расстройство половой идентичности составила 32 человека (50.8%), из них 19 девушек, 11 юношей. Средний возраст начала заболевания составил  $14.1 \pm 1.6$  лет. Средний возраст на момент обращения к психиатру составил  $18.6 \pm 2.0$  лет.

По типу раннего онтогенеза были выделены те, у кого не отмечалось нарушений в развитии (40.7%) и те, у кого выявлялись признаки задержанного (10 - 31.2%) и искаженного (9 - 28.1%) дизонтогенеза.

Разделение по типологическим группам составило: 10 пациентов (31.2%) в 1 типологической группе - расстройств половой самоидентификации в рамках деперсонализационных расстройств, 11 (34.4%) - во 2 группе - в рамках дисморфофобических расстройств, 11 (34.4%) - в третьей группе - в рамках истерических расстройств.

Преморбидный личностный склад больных оценивался как: мозаичные шизоиды (10 - 31.2%), сенситивные шизоиды (10 - 31.2%), истерошизоиды (12 - 37.6%) (подразделение в соответствии с Максимовой М.Ю., 2002).

*Патологическое фантазирование* в детстве отмечалось у 18 (56.2%) пациентов, проявлялось у 3 (9.3%) - в виде представления себя в роли животных, в ходе таких игр изображали зверей, издавали присущие им звуки, вовлекали членов семьи в игру, просили кормить их с пола, делали «норы» из сподручных предметов. с трудом и нежеланием отвлеклись от игры, игра могла продолжаться до нескольких недель. У 8 (25%) патологическое фантазирование проявлялось в виде создания альтернативных вселенных, причем, строительству «визуальной» стороны мира (зданиям, улицам, структурному подразделению городов) уделяли гораздо больше внимания и времени, нежели сюжетным линиям и персонажам. Героями чаще всего

становились уже существующие персонажи мультфильмов, комиксов, фильмов, книг. Придуманное часто переносили на бумагу. Увлекались рисованием, в творчестве превалировала тематика японских комиксов «анимэ», человеческие портреты, а также анималистические мотивы.

У 21 (65.6%) пациентов в детстве отмечались *невротические проявления*, такие как тики, детские фобии, страхи. Тематикой выступали как классические - страх темноты, засыпать в одиночестве, так и вычурные: «страхолюдного зайца», «бабая», изображения головы в передаче по телевизору, любых водоемов, так как казалось, что они наполнены огромными змеями. Эти вычурные страхи также расценивались как проявления шизофренического процесса, как это ранее было описано в работах ведущих отечественных детских психиатров (Сухарева Г.Е., 1937, Башина В.М., 1980, Козлова И.А., 1998), отмечалась дисгармония между наличием этой невротической симптоматики и отсутствием невротических характерологических черт у этих пациентов [57, 3, 29].

С раннего детского возраста пациенты были не способны к эмпатии, отсутствовало понимание эмоций других людей, были не восприимчивы к невербальным способам коммуникации, мимике, жестам. В связи со сложностью взаимоотношений со сверстниками, вызванной как несоответствием интересов, так и в силу отсутствия физической ловкости, оказывались изгоями во всех социальных группах, членами которых становились, начиная с детских дошкольных учреждений, и далее в школе, университете и в коллективе на работе. Социализировались успешно лишь в компании аутсайдеров (англ. outsider — посторонний, изгой), объединяясь с ними по остаточному принципу или же по узкой специфике интересов, но основной круг общения формировали в интернете, причем, как правило, найденные ими друзья проживали в других городах и иногда даже странах, и вероятность личных встреч была минимальна или вовсе исключена. В 7-8 классе менялся режим жизни, бодрствовали по ночам, играли в компьютерные



игры, в то время как днем спали, в связи с чем отмечалось снижение посещаемости и успеваемости.

Расстройство половой самоидентификации, возникающее в рамках **шизотипического расстройства**, характеризовалось рядом **отличительных клинических признаков**. Так, инициальный этап проявлялся у 9 пациентов (28.1%) нарастанием *аутизации* с появлением склонности к сверхценным увлечениям, носившим отвлеченный характер, с фантазированием, которое занимало все свободное время, сужением круга общения до виртуальных друзей. У 10 (31.3%) - инициальный этап проявлялся *психопатоподобной* симптоматикой в виде оппозиционности, конфликтности, раздражительности, преимущественно по отношению к родным, демонстративным негативизмом и истерическими реакциями. У 13 (40.6%) в инициальном периоде преобладали *аффективные расстройства* преимущественно депрессивного спектра, с эпизодами «светлых промежутков».

Депрессивный эпизод, служивший чаще всего причиной обращения к врачу, проявлялся в этой группе многогранностью, полиморфизмом и дисгармоничностью симптоматики. Депрессивная триада носила черты атипичности, соотношение тимического и идеаторного компонентов было неравнозначным, *превалировал идеаторный компонент*, моторная составляющая была представлена редко, у 5 (15.6%) пациентов. Аффект преимущественно носил характер апатического, с тревогой, раздражительностью, реже отмечалась тоска. Симптоматика была представлена нежеланием делать что-либо, потерей смысла выполнении каких-либо социальных обязанностей, пессимистическими рассуждениями о своей жизни, о грядущем. Сенситивные идеи отношения, чаще всего, имели форму обвинения родителей в собственных неудачах, в недостаточном выполнении ими родительских функций, недостатке внимания с их стороны. Дисгармоничность депрессивного аффекта также проявлялась в своеобразии идей собственной малой значимости, сочетавшихся с завышенной

самооценкой, идеями недооцененности, своей исключительности. У пациентов отмечались эпизоды панических атак, соматических и вегетативных жалоб. Полиморфизм симптоматики определялся сочетанием разнообразных расстройств, а именно сверхценных образований, деперсонализации, дисморфофобии, конверсионной симптоматики, а также гипнагогических галлюцинаций, симптома разматывания воспоминаний. Необходимо подчеркнуть, что субсиндромальная психотическая симптоматика никогда не достигала выраженности очерченного психотического эпизода, сверхценные расстройства не достигали бредового уровня.

Часто отмечалось несоответствие между предъявляемыми жалобами и поведением. Так, при жалобах на безрадостность, ангедонию, апатию, декларируемые пассивные суицидальные мысли, пациенты вели достаточно активный образ жизни, успешно социализировались в узких кругах приятелей, разделявших их увлечения, часто своеобразной или даже вычурной направленности (игры, мультфильмы, шитье костюмов, повторяющих образы героев комиксов, костюмированные фотосессии, поделка игрушек, татуировки, пирсинг).

Суицидальные мысли в депрессии выявлялись у 14 пациентов (22.2%), носили пассивный характер, суицидальные попытки совершали 4 пациента (12.5%), причем в трех случаях - демонстративно и в одном - импульсивно.

Характерными в плане проявления патологических особенностей были взаимоотношения с предметами романтического интереса: прослеживалась выраженная инфантильность в виде страха перед физическими отношениями, отсутствия физического компонента влечения, чему придумывали различные причины и искали объяснение в интернете, привлекая различные термины. Причиной заведения романтических отношений с представителями своего пола часто являлись реакции с резидуальными расстройствами, после того как столкнулись с пренебрежительным отношением или отказом в прошлом со

стороны представителей противоположного пола и не сумев это забыть, заводили гомосексуальные отношения с друзьями под властью актуальных тенденций в среде сверстников, позиционируя себя как пан- или бисексуалов.

*Выход из депрессии и становление ремиссии* проявлялись сохранением психопатоподобных нарушений поведения, имевших изначально характер депрессивных, в виде аутоагрессивных тенденций, но утративших аффективную составляющую. Так, наносили самопорезы «по привычке», или «чтобы доставить удовольствие другу», или «нравился вид льющейся крови», злоупотребляли алкогольными напитками. Внешний вид приобретал более вычурный характер, нежели имел первоначально, постепенно стирались присутствовавшие до того, субъективно крайне важные границы между мужским и женским в образе, так, представительницы женского пола, ранее носившие только мужскую одежду, начинали носить платья, использовали яркий лак для ногтей, нелепый макияж. Проявлялось равнодушие к внешнему виду, реже стригли волосы, не меняли одежду неделями.

Расстройства мышления, сохранявшиеся на этапе ремиссии после перенесенного депрессивного состояния, имели дефицитарный характер, проявлялись в виде соскальзываний, шперрунгов, наплывов мыслей, озвучивания мыслей, музыки в голове, амбивалентности, касавшейся как сиюминутных ежедневных решений, так и более глобальных взглядов: гендерного самоопределения, отношения к жизни, своему состоянию.

У 28.1% отмечалось сохранение астенической симптоматики, повышенной физической и психической истощаемости: пациенты не выдерживали нагрузок на учебе и на работе, не справлялись с психологическим давлением ожидания от них результатов, давали реакцию отказа (Иконников Д.В., 2005), в связи с чем оставляли учебные заведения, занимаемые трудовые позиции и длительные промежутки времени находились на иждивении у семьи, дома или в больницах [23].

По данным катamnестического обследования (21; 65.6%) по длительности манифестного депрессивного состояния пациенты распределились следующим образом: < года (2; 6.2%), один год (5; 15.6%), > одного года (20; 62.5%), > двух лет (4; 12.5%).

Динамика картины расстройства половой самоидентификации в рамках шизотипического расстройства претерпевала следующие этапы. Расстройство половой самоидентификации появлялось на фоне уже развившегося депрессивного эпизода, спустя некоторое время от его начала. Затем, в рамках *деперсонализации* расстройство половой самоидентификации отходило на второй план при большей выраженности деперсонализационной симптоматики, в дальнейшем, по выходе из депрессии, ощущение чуждости биологического пола сохранялось в прежней мере. Однако на фоне уменьшения в состоянии удельного веса идеаторных нарушений, депрессивной рефлексии, мысли о недовольстве гендерной принадлежностью 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.

В рамках *дисморфофобии* расстройство половой самоидентификации приобретало характер сверхценного образования, которое по выходе из депрессии сохранялось, преобразовываясь из жалобы в новый образ жизни - в роли транссексуала 7 (21.8%). В этой связи начинали предпринимать действия для дальнейшей смены пола: прохождения психиатрической комиссии, для замены имени и пола в паспорте, что считали необходимым для признания социумом и, в первую очередь, родителями, их новой роли, а также начинали прием заместительной гормональной терапии, строили планы по дальнейшему преобразованию тела, так, все пациенты данной группы планировали мастэктомию, часть 5 (15.6%) - изменение черт лица для придания большего

сходства с желаемым образом, часть 6 (18.5%)- операцию по изменению половых органов. За период наблюдения лишь 2 пациента (6.2%) прошли медицинскую комиссию и сменили имя и пол в паспорте, отчасти в связи с тем, что обратились в возрасте до 18 лет, отчасти, в связи с нехваткой материальных средств.

Среди этих пациентов была выделена подгруппа из 4 человек (12.5%), в которой на фоне становления ремиссии после перенесённого депрессивного эпизода формировалась *установка на «бодипозитив»*, в рамках которой дисморфофобическая тематика трансформировалась в «принятие себя» в роли агендера или гомосексуала, или «вступление на дорогу познания себя», к дальнейшему преобразованию тела не стремились, довольствовались произведенными изменениями во внешнем виде, причёске, поведении.

В рамках *расстройств истерического круга* расстройство половой самоидентификации при яркой выраженности проявлений в аффективных эпизодах, по выходе у 7 пациентов (21.9%) – редуцировалось, теряло актуальность, 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, эти пациенты продолжали жить в образе лица противоположного пола, начинали прием заместительной гормональной терапии, на фоне чего отмечали физическое преображение в желаемом направлении, были довольны произведенными изменениями. В дальнейшем, словесно изъявляли желание юридически и хирургически продолжить процесс «перехода», однако в этих направлениях действий не предпринимали. Становились более пассивными, неряшливыми, уделяли меньше времени собственной внешности и здоровью. Романтических отношений не заводили, продолжали проживать с родителями.

В данной клинической группе социальная адаптация претерпевала наиболее существенные изменения за период исследования. Так, отмечалось усиление патологических черт характера, становились более нетерпимыми, раздражительными, иногда агрессивными. Поведение становилось более эксцентричным, отмечалось нарастание апатии и аутизации, усиливались эмоциональная холодность, равнодушие по отношению к близким. Активность пациентов становилась более узко направленной, предпочитали заниматься своими увлечениями в ущерб учебе и работе, обеспечение своих нужд вызывало у них незначительный интерес, с легкостью брали деньги у родных, друзей, жили за чужой счет.

*Психопатологическая наследственная отягощенность* имела место в 27 (84.4%) случаях. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра были диагностированы у родственников первой степени родства у 8 (25%) пациентов; большой удельный вес имели патохарактерологические особенности психопатического уровня у одного или обоих родителей - 27 (84.4%); аффективные расстройства у родителей - 14 (43.7%); алкоголизм - 14 (43.7%); родственники второй степени родства, страдающие шизофреноподобными расстройствами 3 (9.4%), а также расстройствами аффективного спектра - 5 (15.6%).

Таким образом, особенностями расстройства половой самоидентификации, возникшего в рамках шизотипического расстройства, можно считать:

- Возникновение на фоне депрессивного аффекта различной степени выраженности;
- Встречаемость во всех трех группах;
- Отсутствие корреляции с депрессивной симптоматикой после окончания манифестной депрессии;
- Различная степень выраженности проявлений, как поведенческих - придание облику чудаковатого оттенка при попытке соответствовать

противоположному полу, прохождение комиссии для смены паспортного пола, так и физического - путем бесконтрольного приема заместительной гормональной терапии;

- Приобретение в некоторых случаях причудливой формы - «бодипозитива»;
- Преимущественная стойкость описанной симптоматики на фоне терапии, однако в некоторых случаях отмечались частичная редукция, некоторое видоизменение;
- Снижение социальной адаптации за время наблюдения.

### **4.3 Клинические особенности расстройства половой самоидентификации, возникающего в рамках истеро-шизоидного расстройства личности.**

Группу с диагностированным «Истеро-шизоидным расстройством личности» составили 19 пациентов (30.1%). Из них 3 мужчин и 16 женщин. Средний возраст на момент манифестации депрессивного эпизода составил  $14.8 \pm 2.8$  лет. Средний возраст на момент обращения к врачу составил  $18.7 \pm 2.9$  лет.

Пациенты с этим диагнозом наблюдались в трех типологических группах. По количественному соотношению: в 1 типологической группе 5 (26.3%), во 2 группе - 10 (52.6%), в 3 группе - 4 (21.1%). У всех пациентов по степени выраженности патохарактерологических особенностей был диагностирован *психопатический уровень* расстройств.

*По типу раннего онтогенеза* пациенты данной группы распределялись следующим образом: нормальный (31.6%), ускоренный - (21.1%), задержанный (47.3%). Наряду с этим в 47.3% отмечались патологические эпизоды, а именно детские страхи, эпизоды снохождения, сноговорения, энуреза.

Пациенты этого конституционального типа с раннего детства отличались впечатлительностью, эмоциональной лабильностью со склонностью к реактивным истерическим состояниям, капризностью, своенравностью. С того же возраста отмечались трудности адаптации в коллективе, заводили ограниченное количество друзей, чаще не имели друзей вовсе, формировали круг общения среди родных, в качестве ближайшего друга предпочитая мать. Эмоциональные контакты с окружающими носили противоречивый характер, проявляли большую привязанность и зависимость от семьи, и, в первую очередь, матери, в то же время могли проявлять холодность и безразличие к близким. Отличались выраженным эгоцентризмом, были болезненно самолюбивы и имели склонность к завышенной самооценке. Наряду с этим, предъявляли к себе, зачастую, непомерные требования, от чего страдали. Такие черты как стеснительность,



робость в общении, обидчивость и мнительность сочетались с упрямством и стремлением к достижению своих целей, для чего в ход шли обман, демонстративная эмоциональность, инсценирование.

С раннего возраста у части пациентов отмечались высокие интеллектуальные способности, хорошая память, так, запоминали наизусть детские сказки и стихи, задавали взрослым сложные вопросы, интересовались законами мироустройства. Большинство пациентов данной группы обладали богатым воображением. В качестве партнеров для игр предпочитали членов семьи или же играли сами с собой, к общению с другими детьми не стремились. Игры в основном носили характер интеллектуальных, пациенты представляли свои путешествия сквозь время и пространство, создавали убежища из подручных средств и воображали себя кем-то другим, в то время как с детскими игрушками практически не играли. В возрасте 5-6 лет появлялся интерес к чтению, предпочитали сказки, фантастику, а также произведения с яркими эксцентрическими героями. При чтении погружались в происходящее в книге, сочиняли новые сюжетные линии, представляли себя на месте главных героев. Рано переходили к чтению произведений, рассчитанных на более взрослую аудиторию, погружались в изучение более узких направлений интересовавших их областей знаний.

*Препубертатный возрастной криз (7-8 лет)* проявлялся усилением трудностей адаптации в новом коллективе, уязвимостью и подверженностью насмешкам, попадали в зависимость от чужого мнения. В этот период отмечалась склонность к формированию сверхценных увлечений, так, коллекционировали предметы интереса, формировали стойкую дружескую привязанность.

*В пубертатный период* появлялись отчетливые характерологические изменения личности. Больные считали себя недооцененными, казалось, что их уникальность и исключительность несправедливо умаляются или не замечаются окружающими. Наряду с этим, появлялась протестность, раздражительность, возникало недовольство родительским влиянием и

опекой. Кроме того, заострялись чувствительные черты с ранимостью, стремлением к одиночеству, сочетавшихся с протестным поведением, проявлявшимся нарочитым неповиновением учителям с оглядкой на одноклассников, бахвальством перед друзьями.

Так как в силу личностных особенностей легче давалось общение в письменной форме, общение с друзьями происходило главным образом в интернете, в ходе этого общения часто преувеличивали, придумывали увлекательные детали своей жизни, истории про себя в угоду собеседникам.

*Психический инфантилизм* был парциальным и неглубоким в проявлениях. Так, инфантилизм выступал в качестве почвы для реализации определенного набора реакций на этапе пубертатного периода. Особенно ярко это выражалось в сфере влечений, а именно, в виде отставания психоэмоционального сексуального созревания. В силу доминирования таких черт как чувствительность и демонстративность, пациенты стремились соответствовать сверстникам, и активно придумывали различные вычурные причины, по которым не испытывают интереса к противоположному полу; или же, вовлекаясь в романтические отношения, остро реагировали на попытки сексуальных взаимодействий; или же не испытывая влечения, но боясь потерять избранника, изображали получение удовольствия, в действительности не испытывая ни влечения, ни удовлетворения.

Пубертатный период сопровождался появлением интереса к философии, установлением и принятием достоверных для них истин, выбором подходящего мировоззрения, решением вопросов справедливости. Углубленный анализ собственных переживаний, эмоций, взглядов с их оценкой занимал большое количество времени. Пациенты становились менее общительными, предпочитали уединение. Самоанализ часто приводил к снижению настроения, в этот же период отмечалось появление аффективных колебаний, носивших неглубокий характер, относившихся к циклотимическому уровню, в 31.6% были стертыми, не определяемыми самими пациентами.

Характерным для пациентов данной группы был оттенок демонстративности, который имели обостренные поиски смысла жизни и своего места в мире. Пациентам было свойственно завышенное самомнение, чувство собственной исключительности, также, избирали неординарные варианты самовыражения. На фоне снижения настроения и обостренного ощущения неприятности социумом они избирали вычурные способы самоубийства, в красках обдумывали возможности ухода из жизни, но никогда всерьез их не осуществляли.

Склонность к формированию сверхценных образований, присущая данной группе с детства, в пубертатный период углублялась и приобретала вид сверхценных идей, формировавшихся на фоне неглубоких аффективных колебаний, в гипотимических фазах. Тематика соответствовала «классическим» для подросткового возраста (Гурьева В.А., 1979): собственной неполноценности, недооцененности; дисморфофобические идеи, касающиеся общего недовольства внешним видом, весом, лицом. Помимо этого, была выявлена *любовная тематика*, которая подразумевала под собой фиксацию на предмете влюбленности, когда особое значение приобретали детали: пациенты начинали замечать цифры, даты, точное время, имевшие отношение к возлюбленным и соотносившиеся со значимыми событиями [18]. Также, отмечалась *ипохондрическая тематика*, проявлявшаяся тем, что пациенты начинали уделять чрезмерное внимание физиологическим процессам, происходящим в организме, выискивать у себя несоответствия с установленной ими самими «нормой»; задумывались о возможном наличии у них психических или соматических заболеваний. Структура сверхценных образований представляла собой неустойчивую конструкцию из идеи и аффекта, причем больший удельный вес приходился на долю аффекта и по мере улучшения фона настроения, становились менее выраженными проявления сверхценных образований. Идеи отличались неразработанностью, полиморфизмом и непостоянством, поверхностными обоснованиями и практически полным отсутствием интерпретативного компонента. Также, в

данной группе нередко были истерические реакции на фоне субъективно значимых событий, в виде аффективных всплесков с плачем, смехом, криком, а также конверсионной симптоматики, проявлявшейся дрожью во всем теле, ощущением «кома» в горле.

Возникновение и *развитие депрессивного состояния в большинстве случаев (57.9%) было эндогенным*, в остальных случаях - эндореактивным, что подразумевает под собой наличие события, расцениваемого пациентом как послужившее началом, однако уровень произведенного эффекта, глубина и длительность реакции оказывались несопоставимы. В качестве инициальных событий пациенты называли: конфликты с родителями, друзьями, возлюбленными, успеваемость в учебном заведении, необходимость выбора специальности в старших классах. Длительность депрессивных состояний варьировала от 3 месяцев до 3 лет. Глубина депрессий оценивалась как среднетяжелая, отмечался неправильный суточный ритм, присутствовал витальный компонент в виде нарушения сна, аппетита.

*Депрессии разделялись на дисморфофобические - 52.6%, тревожно-апатические - 31.6%, тоскливые - 15.8%.* Дисморфофобические депрессии проявлялись стойко сниженным настроением, сверхценными идеями собственной непривлекательности, не достигающими бредового уровня, поглощенностью этой темой, депрессивными руминациями, поведением, направленным на маскировку субъективно неприятных частей тела или лица. Тревожно-апатические депрессии проявлялись симптоматикой, сочетавшей в себе тревожный и апатический компоненты, у этих пациентов на фоне возникавших конфликтов и неблагоприятно складывавшихся для них обстоятельств формировались депрессивные состояния с тревогой, не доходившей до уровня панических атак, раздражительностью, нежеланием чем-либо заниматься, протестным поведением, направленным на родных.

*Тоскливые депрессии* были представлены преимущественно тимическим компонентом триады, пациенты отмечали тоску, подавленность, предавались размышлениям о безрадостности и бесперспективности дальнейшего

существования в качестве представителя своего пола, также, снижалась успеваемость в учебе, социальная активность. Были представлены витальные проявления депрессии в виде нарушения сна, аппетита, расстройств работы пищеварительного тракта.

*Суицидальные мысли* имели место в 42.1% случаев, сопровождались аутоагрессивным поведением, носившим демонстративный и шантажный характер. Пациенты наносили поверхностные самопорезы в области предплечий, бедер, не имевшие под собой цели навредить здоровью. 10.5% пациентов женского пола наносили самопорезы в области груди, в качестве демонстрации гендерной дисфории.

При присоединении идеи недовольства своим полом и, как следствие, развитию расстройства половой самоидентификации как одного из проявлений дисморфофобии, жалобы концентрировались на желании смены пола и сопровождались поведением, направленным на изменение внешнего вида, в соответствии с новым самоопределением. Истерические черты, присущие пациентам данного конституционального типа проявлялись в своеобразном понимании пациентами феномена транссексуальности, а именно в поверхностности, так как информацию о нем получали из общения в интернете; преподнесении жалоб в драматическом ключе, с манипулятивными установками, в попытках внешне соответствовать желаемому образу.

**Динамика расстройства половой самоидентификации** в данной группе на протяжении катамнестического периода разделялась следующим образом: у некоторых пациентов (42.1%) 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 выравнивании аффективного фона и улучшении состояния пациентов у 26.3% 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 дискомфорта, пациенты продолжали вести образ жизни, присущий противоположному полу, носить соответствующую одежду, принимать гормональные препараты. Единственным послаблением симптоматики у 15.7% была отсрочка начала процесса перехода на неопределенное время или отказ от хирургической смены пола.

У другой части пациентов (36.8%) в ответ на неблагоприятные жизненные ситуации возникали реактивные состояния, чаще краткосрочные - от 3-6 часов до нескольких дней, включавшие депрессивные и истерические.

Среди пациентов, у которых расстройство половой самоидентификации, возникло в рамках истерических расстройств, у 10.5% полностью редуцировалось на фоне лечения, у 10.5 % возникало в ситуационно обусловленном контексте и имело целью манипуляцию родными.

В связи с достаточно кратким сроком катамнестического наблюдения когорты, других вариантов реактивных состояний, а также других вариантов динамики расстройства личности истеро-шизоидного круга выявлено не было. Нарастания дезадаптации за указанный период времени также не отмечалось.

*Все пациенты были социально адаптированы,* получили среднее школьное образование, 10.5% получили среднее специальное образование и нашли работу по специальности, 57.9% поступили в высшее учебное заведение, 15.8% бросили вуз и устроились на работу менеджерского профиля.

*Наследственная отягощённость* имела место у всех пациентов, ее составили: шизофрения у членов семьи в 5.2% случаев, расстройства аффективного круга у родителей и близких родственников в 26.3% случаев, патохарактерологические особенности у одного или обоих родителей в 89.5% случаев. А также, родственники второй степени родства, страдающие шизофреноподобными расстройствами (5.2%), алкоголизмом (26.3%), и расстройствами аффективного спектра (10.5%).

Таким образом, особенностями расстройства половой самоидентификации в рамках декомпенсации расстройства личности истеро-шизоидного круга можно считать:

- Возникновение на фоне декомпенсации в виде депрессивного эпизода преимущественно средней степени тяжести;
- Встречаемость во всех трех типологических группах;
- Длительность расстройства в большинстве случаев превышала длительность депрессивного эпизода, РПС сохранялось в периоде компенсации;
- Расстройство половой самоидентификации отличалось достаточной глубиной, проявлялось, помимо внешних перемен, у части пациентов началом приема заместительной гормональной терапии, а также планированием хирургических операций, однако на момент катамнестического исследования ни один пациент не прошел оперативной смены пола; у двух пациентов РПС полностью редуцировалось на фоне лечения;
- Социальная адаптация за изученный период времени оставалась на достаточно высоком уровне.

#### **4.4 Клинические особенности расстройства половой самоидентификации, протекающего в рамках истерического расстройства личности.**

Группу с диагнозом «истерическое расстройство личности» составили 12 (19.0%) пациентов, из них 3 мужчин и 9 женщин. Средний возраст манифестации депрессивного эпизода  $13,4 \pm 1,4$ . Средний возраст на момент обращения к психиатру составил -  $19,5 \pm 4,3$  лет.

Все пациенты с диагнозом «истерическое расстройство личности» относились только в типологической группе 3 - расстройства половой самоидентификации в рамках истерических расстройств. По степени выраженности патохарактерологических особенностей все больные в этой группе были отнесены к психопатическому уровню.

По типу раннего *онтогенеза* пациенты делились на тех, у которых был установлен нормальный (66.7%) и задержанный (33.3%) типы дизонтогенеза.

Пациентам с возраста 3-4 лет были присущи такие черты характера как эгоцентричность, демонстративность, жажда внимания, которого добивались любыми способами, как с помощью демонстративного поведения (в виде плача, крика, падений на землю), если им уделялось недостаточно внимания, или шантажа, если не получали желаемого; так и устраивая представления, прочтения стихов, театральные переодевания для публики из членов семьи, а также людей из окружения. Также, пациентам данной клинической группы были присущи такие характерологические черты как впечатлительность, аффективная лабильность, гипертрофированные проявления эмоций, фантазирование, склонность к псевдологии. Фантазирование в отличие от других групп носило характер ярких, драматических историй, в которых они являлись центральным действующим лицом. Фантазии, которыми делились с окружающими, носили, в основном, демонстративный характер, с целью произведения впечатления, получения эмоциональной реакции, обсуждения. Стоит отметить, что увлечения носили романтический оттенок, предпочитали рисование, изучение животных, до позднего подросткового возраста и старше



отмечалась привязанность к детским игрушкам. Однако обследуемые пациенты даже в области изучения любимых предметов и хобби были достаточно поверхностны, их привлекала возможность произведения впечатления на окружающих рассказом об увлечении больше, чем погружение в предмет или совершенствование навыка. Пациентам присущи были такие черты характера как лень, слабость волевого контроля, невозможность систематического и длительного психического напряжения, необходимого для достижения хороших результатов в учебе, работе или какой-либо иной деятельности. Пациенты были озабочены социальным положением в коллективе, взаимоотношениями с окружающими, производимым ими впечатлением и созданием запоминающегося образа. В том числе, в школьный период неоднократно симулировали соматические заболевания с целью пропуска неинтересных, по их мнению, занятий.

Психический инфантилизм носил парциальный характер, проявлялся реакциями, свойственными более раннему возрастному периоду, избыточностью эмоциональных проявлений. У 33.3% пациентов отмечалась задержка психоэмоционального аспекта психосексуального развития.

К подростковому возрасту черты задержки психосексуального развития приобретали более выраженный характер. Пубертатный период характеризовался тем, что присутствовавшая до этого аффективная лабильность приобретала вид неразвернутых аффективных фаз циклотимического уровня с преобладанием депрессий. Учебная и социальная адаптация существенно не нарушались. Делинквентность у пациентов данной группы проявлялась в негрубых проступках, а именно, в прогулах занятий, эпизодах употребления алкогольных напитков или наркотических веществ в компании друзей. Периоды с повышенной общительностью, социальной активностью, продуктивностью, сменялись периодами эмоционального спада, когда предпочитали живому общению - интернет, испытывали грусть, тоску, апатию, отмечалось появление мыслей о непризнанности их талантов, ощущали нехватку внимания, вовлекались в сложные и, часто, заведомо

обреченные романтические отношения. Заведение романтических отношений в раннем пубертатном возрасте имело целью соответствие ожиданиям общества, произведения впечатления на сверстников, но при этом, эмоциональной вовлеченностью не сопровождалось. Инфантильность, присущая всем пациентам с истерическими чертами личности, наносила свой отпечаток на выбор привязанностей, так, выбирали людей значительно старше них по возрасту, знакомясь с ними в интернете на форумах своеобразной тематики, или же выбирали сверстников, отношения с которыми носили скорее дружеский характер. В отношениях были достаточно холодны, главным для них было самоутверждение, особое положение в глазах пассии, внимание.

Истерические реакции, отмечавшиеся в этом возрасте приобретали характер манипулятивных, часто с шантажным поведением, вычурными демонстративными суицидальными попытками, такими как подход к окну, находясь в окружении других людей, которые могли бы остановить от прыжка; прием нескольких таблеток с обезболивающим или другим терапевтическим действием, с последующим псевдологическим преувеличением количества таблеток и оказываемого эффекта. Нанесение самоповреждений, которое носило исключительно демонстративный характер, имело целью шантаж или привлечение внимания родителей, друзей к своим эмоциональным переживаниям; серьезных физических травм пациенты себе не наносили.

Также, отмечались нестойкие дисморфофобические идеи, касавшиеся типичных для своего возраста тем, таких как вес, черты лица, рост, фигура. В связи с этим отмечались короткие периоды нарушения питания, но всегда лишь в рамках реакции имитации (Личко А.Е. 1982 г., Скугаревская Е.И. 2006 г.), не имевшие серьезных последствий для здоровья [40, 56].

Сексуальное влечение как к представителям противоположного, так и своего пола в этой группе было выражено слабо или не выражено вовсе, соответствовало описанному в работах о психопатологии подросткового

возраста (Семке В.Я. 1988 г., Личко А.Е., 1982 г.), а именно у пациентов отсутствовало стремление к половой близости, избегали этой темы из боязни ущемить самолюбие в связи с недостатком сексуального опыта, отсутствием желания его приобретать или прошлыми неудачами в этой сфере общения [55, 40]. Особенностью выборки стало то, что отсутствие сексуального влечения пациентами объяснялось различными причинами, соответствующими гендерной дисфории, так например, «асексуальностью» или испытываемым «отвращением» к своим половым органам по причине их несоответствия желаемым органам противоположного пола.

Период декомпенсации расстройства личности, приводившей к обращению к психиатру, проявлялся развитием аффективной фазы или углублением патохарактерологических черт. Депрессивные проявления, несмотря на драматическую демонстративную окраску, относились к циклотимическому уровню. Конверсионная и диссоциативная симптоматика выражались ощущением нехватки воздуха, истерического кома в горле, анестезии верхних и нижних конечностей по типу «перчаток и носков», и, у двоих пациентов, - истерическими болями в половых органах. Психопатическая симптоматика проявлялась также усилением и учащением демонстративных аффективных реакций, что происходило на фоне психотравмирующей ситуации (внутрисемейные конфликты, недоброжелательное отношение со стороны коллектива, ссора с друзьями или возлюбленными), неблагоприятных жизненных ситуаций. В связи с невозможностью найти выгодный и приемлемый для пациента способ решения этих ситуаций, возникал внутренний конфликт, находивший выход в снижении настроения, возникновении истерических состояний, проявлявшихся в виде плаксивости, аффективных вспышек с гневом, раздражительностью, вербальной и физической агрессией в адрес окружающих, а также появления суицидальных мыслей и шантажных суицидальных попыток или демонстративных самоповреждений.

О наличии *суицидальных мыслей* заявляли 41.6% пациентов, суицидальных попыток в этой группе не было. Аутоагрессивное поведение отмечалось у 25.0%, проявлялось в нанесении поверхностных самопорезов в области предплечий, носили сугубо демонстративный характер, наносились в связи с психотравмирующей ситуацией: в ходе ссор с родными, после совершения ошибки в деятельности, в связи с ощущением позора в присутствии других людей. В дальнейшем предъявлялись в манипулятивных целях. Стоит отметить, что представители женского пола наносили самопорезы также в области груди, демонстрируя таким образом неприятие вторичных половых признаков.

*Расстройство половой самоидентификации* у этих пациентов возникало в рамках расстройств истерического круга, и носило неглубокий характер, несмотря на аффективную заряженность, экспрессивное выражение жалоб со слезливостью и театральностью в представлении, заявляемое желание смены пола, проведения хирургических операций. Также, проявлениями изучаемого расстройства были: внешний облик, копирующий противоположный пол, с применением соответствующих ему атрибутов, попытки поведенческого соответствия, изменения стиля жизни, заведения гомосексуальных отношений или псевдологические заявления о их наличии. Жалобы на неприятные ощущения в половых органах, описываемые словами: «неприятно, чего-то не хватает, болит, распирает», впоследствии оказывались псевдологическими. Симптоматика во всех случаях была изменчивой, пациенты были в большой степени подвержены влиянию поступающей к ним из внешнего мира информации.

*Динамика расстройства половой самоидентификации* коррелировала с динамикой психопатической симптоматики, достигая максимума при ухудшении состояния, нарастании депрессивного аффекта, в речи пациентов появлялись категоричные высказывания о необходимости немедленного прохождения психиатрической комиссии для установления диагноза «транссексуализм», о невыносимости дальнейшего существования в

гендерной роли, предписанной с рождения. Далее, у части пациентов (33.3%) на протяжении периода нахождения в стационаре эта симптоматика постепенно нивелировалась. Характерным для данной группы было то, что госпитализация служила поводом для улучшения внутрисемейных отношений, пациенты получали больше внимания и поддержки, разрешались конфликты с близкими, усугублявшие состояние до лечения. На фоне терапии выравнивался аффективный фон и снижалась интенсивность психопатических нарушений. Все это вкуче приводило к уменьшению выраженности проявлений недовольства своим полом. Таким образом, за время госпитализации расстройство половой идентификации полностью редуцировалось у 16.6%, у другой части пациентов, у которых изучаемое расстройство служило средством манипуляции, через некоторое время после выписки симптоматика актуализировалась после внешних провокаций.

По данным катamnестического исследования (12 пациентов) длительность декомпенсации с сохранением расстройства половой самоидентификации распределилась следующим образом: 3 месяца - 50.0%, 6 месяцев - 25.0%, до 1 года - 25.0%.

На протяжении катamnестического наблюдения *расстройства половой самоидентификации у всех пациентов редуцировалось*, проявления, свойственные пубертатному возрасту, постепенно теряли актуальность, однако свойственные им черты психического инфантилизма и истерический тип реагирования оставались. За этот период не происходило дальнейшего личностного и эмоционально-волевого снижения. Аффективные колебания легкой и средней степени тяжести, чаще реактивной природы, имели место, однако утяжеления симптоматики в период наблюдения не происходило.

Нарадания дезадаптации не отмечалось, *все пациенты были социально адаптированы*, часть (50.0%) поступила в ВУЗы и успешно проходили обучение, одна пациентка (8.3%) бросила ВУЗ и устроилась на работу, часть (16.6%) - после окончания школы получили среднее специальное образование

и устроились на работу. Двое (16.6%) избрали творческие специальности и занимались искусством.

*Наследственная отягощенность* отмечалась в 11 (91.6%) случаях, ее составили: шизофрения у членов семьи в 8.3% случаев, расстройства аффективного круга у родителей и близких родственников в 33.3% случаев, патохарактерологические особенности у одного или обоих родителей в 75.0% случаев. А также, родственники второй степени родства, страдающие шизофреноподобными расстройствами (16.6%), и расстройствами аффективного спектра (25.0%).

Таким образом, расстройство половой самоидентификации в рамках декомпенсации истерического расстройства личности проявлялось следующими характерными особенностями:

- Возникновение на фоне депрессивных расстройств легкой и средней степени тяжести;
- Соответствие лишь 3 типологической группе - РПС в рамках истерических расстройств;
- Длительность не превышала срока периода дезадаптации;
- Во всех изученных случаях расстройство половой самоидентификации было не стойким, не приводило к хирургической смене пола и, в некоторых случаях, в изученный период полностью редуцировалось;
- Сохранение социальной адаптации на высоком уровне за изученный период времени.

## **Глава 5. Патопсихологическое исследование расстройства половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности.**

Одним из важных подходов к изучению психических заболеваний, в дополнение к клиническому методу исследования, является патопсихологическое обследование пациентов. Его использование дает возможность составить психологический профиль исследованных пациентов, а также проверить результаты клинического обследования. Была выдвинута гипотеза о том, что выделенные типологические группы будут различаться по определенным психологическим чертам (психопатологическим, гендерному типу личности, самооценке). Для исследования патохарактерологических особенностей личности, структуры полового самосознания, полотипических установок и подтверждения обоснованности типологического разделения были применены следующие методики: Опросник половых ролей С. Бэм (Bem Sex Role Inventory, S.L. Bem, 1974), Кембриджская деперсонализационная шкала CDS (Sierra, Berrios, 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).

Психологическое обследование проводилось совместно с Т.К. Пискаревой – сотрудником отдела медицинской психологии НЦПЗ РАМН (руководитель – к.п.н. С.Н. Ениколопов).

### **5.1 Результаты патопсихологического исследования**

Психологическое исследование проводилось с применением следующих методов: тестовые, проективные и статистические.

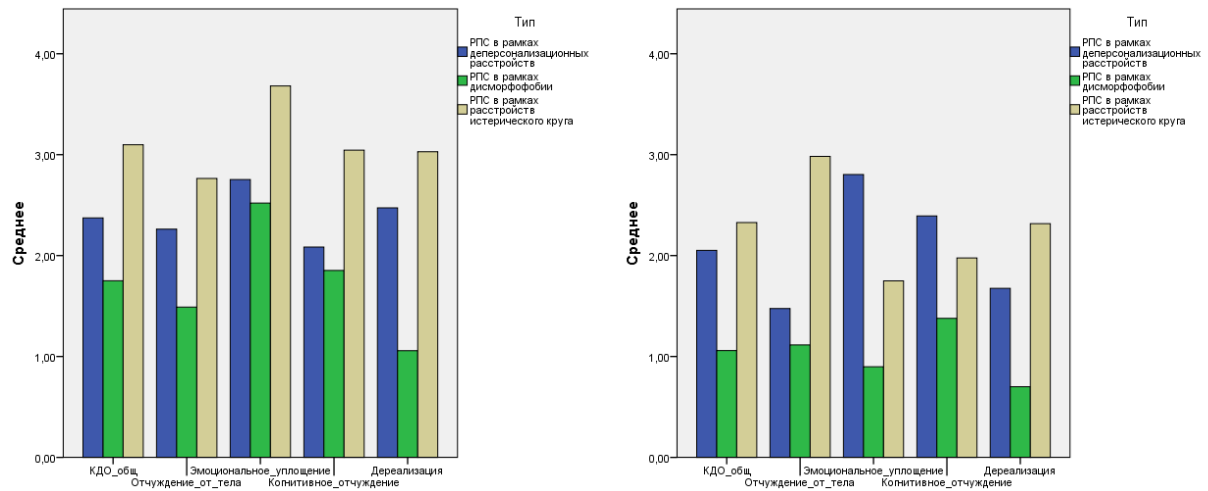
Анализ нормальности распределения данных при помощи теста Колмогорова-Смирнова показал, что результаты выполнения всех методик генеральной выборкой подчиняются закону нормального распределения

( $p > 0,05$ ), что позволило использовать параметрические методы анализа данных для сравнения групп. Для внутригруппового анализа были использованы непараметрические методы.

Особенности протекания психопатологических процессов у выделенных групп исследовались при помощи Кембриджской деперсонализационной шкалы, проективных методик. Симптомы деперсонализации являются одними из ключевых при нарушениях половой идентичности. В исследуемых группах полученный суммарный балл по степени деперсонализации/дереализации был значительно выше нормативного (48, по С.В. Лебедев, 2005) [39].

При помощи  $t$ -критерия Стьюдента для независимых выборок была обнаружена большая выраженность деперсонализационной симптоматики у женщин по сравнению с мужчинами ( $t = 2,318$ ;  $p = 0,024$ ). Подгруппа с РПС в рамках дисморфофобии имела наиболее низкие баллы по всем шкалам. У женщин деперсонализация наиболее проявлялась в группе с РПС в рамках расстройств истерического круга, а у мужчин пациенты подгруппы с РПС в рамках деперсонализационных расстройств имели наиболее высокие из всех баллы по двум субшкалам: «Эмоциональное оцепенение» и «Искажения восприятия». Женщины значительно отличались от мужчин по шкалам: «Эмоциональное оцепенение» ( $t = 2,845$ ;  $p = 0,006$ ), «Отчуждение от окружающего мира» ( $t = 1,835$ ;  $p = 0,071$ ).





**Рис. 1. Результаты выполнения Кэмбриджской деперсонализационной шкалы женщинами (слева) и мужчинами (справа).**

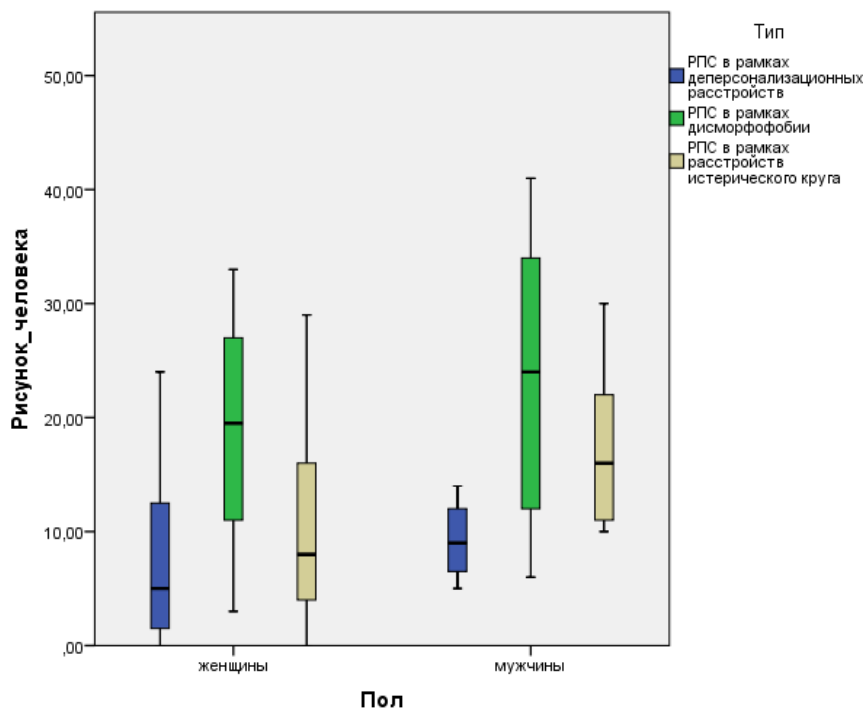
Таким образом, выделенные подгруппы по механизму формирования РПС различаются по силе и качеству проявления у них деперсонализационной симптоматики.

В методике «Проективный рисунок человека» анализировались следующие показатели:

- Общий балл (по Венгер А.Л., 2003), отражающий степень выраженности негативной симптоматики, очерченность личностных границ [14].
- Пол и возраст изображенного человека
- Описание социальной жизни человека на рисунке (семья, друзья, интимные связи)
- Отдельные детали изображения и характеристики рисовки:
  - Шизоидные черты: скошенный в сторону взгляд или отсутствие черт лица, расположение фигуры боком или спиной, прижатые к телу или спрятанные в карманах руки у нарисованного человека.
  - Демонстративные черты: прорисованные ресницы, пышные прически, украшения, необычные детали одежды.
  - Черты инфантильности: большой размер головы относительно тела в изображении, приписывание детских черт и занятий при описании нарисованного человека.

- Депрессивное состояние: мелкий размер рисунка, расположение изображения в углу листа; трудности описания жизненных целей и смыслов нарисованного человека.
- Агрессивные черты: открытый рот, изображение зубов, ногтей, привнесение атрибутов агрессивности – ножей, шипов, рогов.
- Неуверенность в себе: если у нарисованного человека были маленькие неустойчивые ступни или короткие тонкие ноги, а также при отсутствии ног.
- Конфликты в сексуальной сфере: прикрытие области гениталий объектами или руками изображенного человека, отделение нижней половины туловища чертой с сильным нажимом на карандаш, изображение фаллических символов на рисунке.

По общему баллу за рисунок человека было обнаружено различие на уровне тенденции между мужчинами и женщинами ( $t = -1,805$ ;  $p = 0,076$ ).



**Рис. 2. Результаты выполнения пациентами методики «Проективный рисунок человека», балльная оценка.**

Наиболее высокий общий балл *по рисунку человека* как среди мужчин, так и среди женщин набрала подгруппа с РПС в рамках дисморфофобии, а наименьший – с РПС в рамках деперсонализационных расстройств. Женщины

значительно чаще изображали на проективном рисунке человека противоположного биологического пола, чем мужчины ( $\chi^2 = 24,644$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,000$ ). Наиболее свойственно это было пациентам истерической подгруппы.

Между женщинами и мужчинами не было выявлено значимых различий по частоте представленности отдельных патохарактерологических черт в проективных рисунках ( $\chi^2=0,402$ ,  $df=1$ ,  $p=0,818$ ). Отдельные патохарактерологические черты были выделены в рисунках по бинарному принципу (есть/нет) и вынесены в таблицу 1.

**Таблица 1. Анализ выполнения испытуемыми методики «Проективный рисунок человека» (%)**

	РПС в рамках деперсонализационных расстройств	РПС в рамках дисморфофобии	РПС в рамках расстройств истерического круга	Всего
Шизоидные черты	86,7	90,5	55,6*	74,6
Демонстративность	33,3	47,6	59,3	49,2
Тревожность	60	71,4	63	65,1
Инфантильность	33,3	42,9	48,1	42,9
Психическая неустойчивость	93,3	90,5	100	95,2
Депрессивное состояние	46,7	42,9	37,0	41,3
Агрессия	40,0*	9,5	11,5	17,5

Неуверенность в себе	60	81	51,9	63,5
Конфликты в сексуальной сфере	66,7**	38,1**	85,2**	65,1

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$  по  $\chi^2$

Наиболее часто встречающимся симптомом во всех группах была психическая неустойчивость. Группы значимо различались по представленности шизоидных черт, агрессии и конфликтов в сексуальной сфере.

Для подгруппы с РПС в рамках деперсонализационных расстройств было характерно сочетание шизоидных черт с агрессией на фоне тревожного либо депрессивного состояния.

В подгруппе с РПС в рамках дисморфофобии шизоидные черты часто сопровождалась неуверенностью в себе, высокой тревожностью и психической неустойчивостью. У них наиболее редко встречались конфликты в сексуальной сфере.

Для подгруппы с РПС в рамках расстройств истерического круга характерна повышенная демонстративность, психическая неустойчивость и наиболее частые конфликты в сексуальной сфере.

*Исследование феминности и маскулинности* при помощи опросника половых ролей С. Бэм показало преобладающую андрогинность как для женщин с РПС, так и для мужчин ( $-1 < IS < 1$ ). Результаты выполнения мужчинами и женщинами данного опросника значимо различаются по критерию Манна-Уитни ( $U = 230,0$ ;  $p = 0,013$ ). Мужчины с РПС оказались значимо более склонны к проявлению феминных черт, чем женщины.

**Таблица 2. Средний индекс IS по результатам выполнения опросника половых ролей Бэм.**

	Женщины	Мужчины
--	---------	---------

РПС в рамках деперсонализационных расстройств	-0,7599 ± 0,7068	0,7948 ± 0,2743
РПС в рамках дисморфофобии	0,0996 ± 0,8443	0,4901 ± 0,6015
РПС в рамках расстройств истерического круга	0,6056 ± 0,8235	1,1416 ± 0,5847
Всего	0,1250 ± 0,9580	0,7917 ± 0,5851

Анализ внутригрупповых различий показал значимые различия в группе женщин ( $\chi^2 = 14,524$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,001$ ) и отсутствие значимых различий в группе мужчин ( $\chi^2 = 3,525$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,172$ ). Последний результат может быть связан с меньшим размером выборки мужчин.

В обеих группах к ближе к феминному полюсу оказались больные с РПС в рамках расстройств истерического круга. Больные РПС в рамках деперсонализационных расстройств показали равную степень преобладания черт противоположного (желаемого пола). Пациенты РПС в рамках дисморфофобии обеих групп были наиболее близки к полюсу андрогинности. Предполагалось, что степень маскулинности/феминности будет связана с результатами выполнения других методик. Была показана умеренная корреляция феминности с баллом по рисунку человека ( $r = 0,420$ ;  $p = 0,001$ ), а также слабая корреляция маскулинности с общим баллом по КШД ( $r = 0,256$ ;  $p = 0,043$ ), дереализацией ( $r = 0,304$ ;  $p = 0,015$ ) и эмоциональным уплощением ( $r = 0,309$ ;  $p = 0,014$ ).

Таким образом, феминность связана с лучшей способностью ориентироваться в своем теле и своей личности, в то время как маскулинность связана с проявлением деперсонализационной и дереализационной симптоматики.

*Отношение к половым ролям и к себе* исследовалось при помощи проективной методики «Кодирование». Был проведен анализ рисунков пациентов и их описаний для выявления бессознательных половозрастных

установок. В результате для каждого пациента выявлен преобладающий тип отношения к половым ролям и к себе (таблица 3).

**Таблица 3. Отношение женщин с РПС к половозрастным ролям по методике Кодирование, %**

		РПС в рамках деперсонализации за- ционных расстройств	РПС в рамках дисморфофобии	РПС в рамках расстройств истерического круга	Всего
Отношение к категории «Мужчина»	положительное	0	50	52,4	39,1
	отрицательное	0	7,1	9,5	6,5
	амбивалентное	54,5	42,9	33,3	41,3
	нейтральное	45,5	0	4,8	13
Отношение к категории «Ребенок»	положительное	9,1	35,7	33,3	28,3
	отрицательное	27,3	21,4	38,1	30,4
	амбивалентное	9,1	28,6	4,8	13,0
	нейтральное	54,5	14,3	23,8	28,3
Отношение к	положительное	9,1	28,6	42,9	30,4

категории «Женщин а»	отрицатель ное	18,2	7,1	19,0	15,2
	амбивалент ное	9,1	57,1	33,3	34,8
	нейтрально е	63,6	7,1	4,8	19,6
Отношени е к категории «Я»	положитель ное	9,1	0	42,9	21,7
	отрицатель ное	54,5	42,9	19,0	34,8
	амбивалент ное	36,4	57,1	38,1	43,5
	нейтрально е	0	0	0	0

Таким образом, для женщин с РПС в рамках деперсонализационных расстройств характерно амбивалентное и нейтральное отношение к образу мужчины, нейтральное отношение к образу женщины и ребенка и отрицательное отношение к себе. У них отмечалось нечеткое разграничение половых ролей в сознании, отсутствие эмоциональной идентификации как с мужской, так и с женской половой ролью.

Для женщин с РПС в рамках дисморфофобии свойственно положительное и амбивалентное отношение к категориям «мужчина», «ребенок» и «женщина» и - отрицательное и амбивалентное – к «Я». Данные пациентки имели достаточно оформленные гендерные стереотипы, идентификация с которыми была затруднена в связи с резко отрицательным самоотношением.

Женщины с РПС в рамках расстройств истерического круга относились к категориям «мужчина» и «женщина» положительно и амбивалентно, к «ребенок» – положительно, отрицательно и нейтрально, а к «Я» – положительно и амбивалентно. Эти пациентки давали зачастую полярные

оценки всем категориям, акцентируя внимание в основном на преимуществах и недостатках той или иной роли. Они также не идентифицировали себя ни с мужчинами, ни с женщинами, что было связано, в первую очередь с нежеланием принимать все, и положительные, и отрицательные аспекты половой роли.

Мужчины значительно отличались только по отношению к женской половой роли ( $\chi^2 = 17,224$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0,001$ ), которую воспринимали преимущественно положительно (Таблица 4).

**Таблица 4. Отношение мужчин с РПС к половозрастным ролям по методике Кодирование, %.**

		РПС в рамках деперсонализации расстройств	РПС в рамках дисморфобии	РПС в рамках расстройств истерического круга	Всего
Отношение к категории «Мужчина»	положительное	0	57,1	33,3	30,1
	отрицательное	25,0	14,3	50,0	29,8
	амбивалентное	75,0	28,6	16,7	40,1
	нейтральное	0	0	0	0
Отношение к категории	положительное	25,0	14,3	66,7	35,3
	отрицательное	25,0	28,6	0	17,6



«Ребенок»	амбивалентное	0	0	16,7	5,9
	нейтральное	50,0	57,1	16,7	41,2
Отношение к категории «Женщина»	положительное	25,0	85,7	50	53,6
	отрицательное	0	0	33,3	11,1
	амбивалентное	25,0	14,3	16,7	18,7
	нейтральное	50,0	0	0	16,6
Отношение к категории «Я»	положительное	0	0	33,3	11,1
	отрицательное	25,0	85,7	0	36,9
	амбивалентное	25,0	14,3	66,7	35,3
	нейтральное	50,0	0	0	16,7

Мужчины с РПС в рамках деперсонализационных расстройств демонстрировали амбивалентное отношение к категории «мужчина» и нейтральное к категориям «ребенок», «женщина» и «Я». Их самописание ограничивалось атрибутивными признаками, не отражающими принадлежность к какой-либо социальной или гендерной группе, что характерно для недифференцированной самоидентичности.

Мужчины с РПС в рамках дисморфофобии положительно относились к категориям «мужчина» и «женщина», нейтрально – к «ребенок» и отрицательно к «Я». Таким образом, при сохранных представлениях о

гендерных стереотипах, эти пациенты не достигали идентификации с половой ролью в связи с отрицательным самоотношением.

Мужчины с РПС в рамках расстройств истерического круга относились положительно к категориям «мужчина», «ребенок» и «женщина» и амбивалентно к «Я». У них также были достаточно сформированы половые стереотипы, однако их двойственность отношения к себе (Я – самый хороший и Я – самый плохой) не позволяли принять ни мужскую, ни женскую половую роль.

Анализ пересечения рисунков категории «Я» с остальными показал значительно более частое совпадение изображений «Я» – «Женщина» в группе мужчин по сравнению с изображениями «Я» – «Мужчина» в группе женщин ( $\chi^2 = 12,188$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0,007$ ). В группе женщин чаще всего встречались пересечения категорий «Я» – «Ребенок» (10,86%), что характерно для незрелой идентичности. При этом также наблюдались совпадения рисунков категорий «Мужчина» и «Женщина» (6,52%).

В группе мужчин встречались совпадения «Я» – «Ребенок» встречались реже (5,88%). Однако у них намного чаще пересекались категории «Мужчина» и «Женщина» (23,5%), что указывает на низкую дифференцированность половых ролей в сознании пациентов.

На основании полученных данных психологического исследования были выделены основные особенности полового самосознания и психопатологические черты пациентов с РПС.

## **5.2. Интерпретация результатов исследования личностных особенностей у пациентов с РПС.**

Результаты по Кэмбриджской Деперсонализационной Шкале (Sierra, Berrios, 2000, адаптация Лебедев С.В., 2005) отражают выраженность симптоматики по четырем субшкалам: «отчуждение образа собственного тела», «эмоциональное оцепенение», «искажения восприятия» и «отчуждение от окружающего мира» (Sierra M. et al, 2005) [189]. У пациентов с РПС была выявлена значительная выраженность деперсонализационной симптоматики,

в особенности у женщин. Среди этой группы наиболее высокие баллы по всем шкалам набрали пациентки с РПС рамках расстройств истерического круга, а наиболее низкие – с РПС в рамках дисморфофобии. Среди мужчин больные подгруппы с РПС в рамках деперсонализационных расстройств превосходили остальных по шкалам «эмоциональное оцепенение» и «искажение восприятия», а больные с РПС рамках расстройств истерического круга – по шкалам «отчуждение образа тела» и «отчуждение от окружающего мира». Пациенты с РПС в рамках дисморфофобии также имели наиболее низкие баллы по шкалам деперсонализации. Таким образом, можно заключить, что для РПС рамках расстройств истерического круга деперсонализация становится результатом интерпретации конверсионной симптоматики как свидетельства нахождения в «неправильном» теле. Возможно, это связано со склонностью таких больных драматизировать, преувеличивать свои страдания. РПС в рамках дисморфофобии характеризуется невысоким уровнем деперсонализации, что позволяет предположить компенсаторный характер этих симптомов. Данные больные, будучи недовольны определенными деталями своей внешности, которые имеют для них сверхценный характер, отвергают свою половую роль, считая себя недостойными ее. Ассоциирование себя с противоположным полом служит способом сохранения целостности своей личности, как бы позволяя иметь «дефекты» внешности и при этом не быть осуждаемыми.

*Исследование личностных характеристик пациентов при помощи проективных тестов показало значительную выраженность психопатологических черт у всех групп. Для подгруппы с РПС в рамках деперсонализационных расстройств было характерно сочетание шизоидных черт с агрессией на фоне тревожного либо депрессивного состояния. Такая склонность к сочетанию активных и пассивных оборонительных реакций говорит о недостаточной интегрированности самоидентичности, постоянном поиске границ собственного Я, трудностях идентификации с социальными и гендерными ролями.*

В подгруппе с РПС в рамках дисморфофобии шизоидные черты часто сопровождались неуверенностью в себе, высокой тревожностью и психической неустойчивостью. У них наиболее редко встречались конфликты в сексуальной сфере. Эго этих пациентов было травмировано сверхценными идеями о собственной непривлекательности, что приводило к снижению самооценки собственной идентичности, в том числе половой.

Для подгруппы с РПС в рамках расстройств истерического круга характерна повышенная демонстративность, психическая неустойчивость и наиболее частые конфликты в сексуальной сфере. Их стремление выделяться, быть в центре внимания, приводит к поиску способов продемонстрировать собственную уникальность. Эти пациенты, по-видимому, не случайно выбирают смену пола в качестве одного из таких способов: изначальная фиксированность на собственной сексуальности вместе с сомнениями, порожденными индивидуальным опытом, делают эту сферу для них крайне уязвимой.

### **5.3. Интерпретация результатов исследования половой идентичности и полоролевых стереотипов групп пациентов**

Современные концепции рассматривают половую идентичность как совокупность множества факторов: полотилических установок, коррелирующего с полом поведения, интересов, физических атрибутов и т.д. (Ениколопов С. Н., Дворянчиков Н.В., 2001) [24]. В данном исследовании был использован ряд методов, в том числе проективных для изучения идентификации с половой ролью, отношения к половым ролям и к образу Я.

У подавляющего большинства исследованных пациентов была выявлена андрогинность, которая, однако, отличается от адаптивной андрогинности, характерной для общей популяции. Сочетание в себе одновременно мужских и женских черт является ресурсом для успешной модификации своего поведения в соответствии с требованиями ситуации (Бэм С., 2004) [5]. Пациенты давали скудные описания своим маскулинным и феминным качествам, давали мало ответов по каждой шкале, что говорит о бедности

аффективной сферы, поверхностности самоанализа. Результаты всех подгрупп по тесту половых ролей Бэм свидетельствуют о дезадаптивном сочетании личностных черт. При этом мужчины с РПС оказались значимо более склонны к проявлению феминных черт, чем женщины маскулинных. Одним из объяснений этому факту служит теория личностной беспомощности (Циринг, Д.А., 2009), согласно которой субъективное переживание собственной слабости, незащитности связано с большей выраженностью фемининных характеристик, не зависимо от пола [62]. Известно, что при расстройствах шизофренического спектра (Каган В.Е., 2000; Демидова Л.Ю. и др., 2018), а также расстройствах личности (Н.В. Дворянчиков, В.Н. Макавьева, З.Д. Новикова, 2018) в гендерной идентичности больных часто преобладают черты противоположного пола [25, 20, 19]. Однако далеко не каждый такой пациент страдает от РПС. По-видимому, нарушение половой идентификации у них связано не только с собственным несоответствием интериоризированным полоролевым стереотипам, но и с другими структурами самосознания.

Сравнение подгрупп по степени выраженности маскулинности и феминности показало, что пациенты с РПС рамках расстройств истерического круга обоих полов сообщают о наибольшей выраженности у себя женских черт. Характерные для истерического расстройства личности эмоциональная подвижность, инфантильность, театральность в культуре чаще связываются с проявлением феминности.

Ответы пациентов с РПС в рамках деперсонализационных расстройств в большей степени соответствовали чертам желаемого пола. Характеризуя себя, больные давали минимальное число ответов, демонстрировали бедность эмоционального словаря, затруднялись выделить у себя черты характера. Все это свидетельствует о недостаточно глубокой и осознанной половой идентификации связанной с низкой дифференцированностью личностной идентичности.

Пациенты с РПС в рамках дисморфофобии обеих групп были наиболее близки к полюсу андрогинности. С точки зрения теории инкультуральных гендерных линз (С. Бем, 2004; С.Н. Ениколопов, Н.В. Дворянчиков, 2001), их гендерная идентичность была наиболее адаптивной из всех рассматриваемых подгрупп.

Исследование отношения к различным половым ролям при помощи методики «Кодирование» показало, что для женщин с РПС в рамках деперсонализационных расстройств характерно амбивалентное и нейтральное отношение к образу мужчины, нейтральное отношение к образу женщины и ребенка и отрицательное отношение к себе. Это доказывает недостаточность интериоризации половых ролей в ходе сексуального онтогенеза, что приводит к трудностям эмоциональной идентификации. В этой группе практически не встречались пересечения образов категории «Я» с другими. Отрицательное самоотношение этих пациенток еще больше затрудняет идентификацию со своим полом, ведет к отказу от половой идентичности.

Мужчины этой подгруппы демонстрировали амбивалентное отношение к категории «мужчина» и нейтральное к категориям «ребенок», «женщина» и «Я». Для них также характерна низкая дифференцированность половых ролей в сознании, отсутствие стремления к идентификации, выражающееся в нейтральном самоотношении. Это наиболее дезадаптивный вариант гендерной идентичности, сопоставимый по негативным для личности последствиям с маргинальным типом этнической идентичности (Лопухова, 2013).

Как для женщин, так и для мужчин с РПС в рамках дисморфофобии свойственно положительное и амбивалентное отношение к категориям «мужчина» и «женщина» и - отрицательное и амбивалентное – к «Я». Гендерные стереотипы данных пациентов были в достаточной степени интериоризированы, однако дисморфофобные идеи о собственной непривлекательности делали их «недостойными» своей половой роли.

Вместе с тем противоположная роль также не принималась на эмоциональном уровне, пациенты считали, что находятся где-то посередине, не могут быть приняты обществом, что еще более усугубляло их отрицательное самоотношение.

Пациенты с РПС в рамках расстройств истерического круга демонстрировали преимущественно положительное отношение к половым ролям и амбивалентное - к себе. Несмотря на достаточную оформленность полоролевых стереотипов, их описания ролей носили в основном поверхностный, атрибутивный характер. Они акцентировали внимание на «выгодах» и «недостатках» полов, что затрудняло эмоциональную идентификацию с какой-либо одной ролью. При описании себя эти пациенты давали полярные ответы, драматизировали свои переживания, использовали вычурные, гротескные образы в качестве ассоциаций, тем самым указывая на собственную уникальность и отказываясь принимать традиционную гендерную роль.

Таким образом, на основании проведенного исследования были выявлены значимые отличия как в самоопределении, так и в понимании гендерных различий у пациентов в зависимости от типологической группы.

РПС в рамках деперсонализационных расстройств характеризуется отсутствием 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. РПС у этих пациентов представляют собой лишь одно из проявлений дезинтеграции личности в целом. Такой тип половой идентичности можно охарактеризовать как недифференцированный.

У пациентов с РПС в рамках дисморфофобии также не происходит идентификация ни с одной половой ролью, которые, однако, представлены в сознании достаточно дифференцированно. Сверхценные идеи о собственной непривлекательности приводят к отвержению 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 такими людьми. 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 РПС 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 гендерных стереотипах являются очень скудными, односторонними, что свидетельствует о бедности личности, недостаточной сформированности половой идентичности.



## Заключение

Актуальность исследования нарушения половой идентификации, возникающего в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности, определяется высокой частотой встречаемости этих состояний, а также недостаточной изученностью психопатологической структуры и прогностической роли.

В связи с тем, что данный вид патологии сформировался сравнительно недавно, у исследователей в настоящее время не существует однозначного мнения на эту патологию (Hill, D. B. et al., 2007, Drescher J., 2009, Meyer-Bahlburg H., 2009, Kamens S., 2011, Ross, C. A., 2009, Littman, L. 2018) [127, 111, 163, 136, 184]. Это связано с тем, что не было проведено достаточное количество лонгитудинальных исследований таких состояний, на основании которых можно было бы сформулировать достоверные выводы касательно природы возникновения, нозологического разграничения вариантов данного расстройства, глубины симптоматики, корреляции ее с другими психопатологическими структурами в рамках заболевания, а также влияния этого симптомокомплекса на качество жизни, социальную адаптацию. Актуальным является вопрос о длительности этого расстройства в структуре основного заболевания, его опосредованном влиянии на соматическое здоровье, в связи с переменами во внешнем облике и приеме заместительной гормональной терапии, которые сопровождают данное расстройство, и, в соответствии с этим, нерешенными остаются вопросы о прогностических вариантах развития и исходах заболевания.

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

В диссертационной работе осуществлялось формирование выборки пациентов с расстройством половой самоидентификации, возникающего 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 было диагностировано расстройство половой самоидентификации 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 от 3-х и более лет ( $5.8 \pm 3.0$ ). 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 подразумевал под собой сбор субъективных и объективных анамнестических данных, обследование и всесторонне тщательное изучение врачом-психиатром полученной информации для наиболее точной квалификационной оценки состояния. Для диагностической оценки использовались отечественные и международные (МКБ-10) критерии классификации.

Методами исследования стали: феноменологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, патопсихологический и статистический методы.

Критериями включения в исследование стали: заявляемое недовольство гендерной принадлежностью, гомосексуальные предпочтения при выборе

полового партнера; демонстрируемые фенотипические признаки противоположного пола (внешность и манера держаться, особенности поведения, привычки присущие противоположному полу); шизотипическое расстройство; состояние декомпенсации расстройства личности; возраст от 16 до 55 лет включительно. Критериями не включения стали: расстройство половой самоидентификации в рамках острого психотического эпизода; в рамках маскулинного женского гомосексуализма; в рамках истинного транссексуализма; в рамках органического поражения ЦНС различного генеза; в рамках эндокринной патологии.

Расстройство половой самоидентификации рассматривалось как *сверхценная идея, не достигающая бредового уровня*, различной степени выраженности и имеющая тематикой самоопределение в границах своего пола. Пациентам были присущи: 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 расстройства половой самоидентификации варьируется от нестойких эпизодических включений в континуум основной симптоматики до субъективно ощущаемого пациентом как основной источник депрессивной симптоматики; и природа его возникновения имеет отчасти экзогенный характер и, во многом, обусловлена информационным потоком, окружающим этих больных.

Диагностическое распределение пациентов происходило согласно вариантам динамики течения, а именно, при появлении в ходе течения заболевания и сохранении в ремиссии негативной симптоматики, выставлялся диагноз: Шизотипическое расстройство (F21.4) - 32 пациента (50.8%), при ремиссиях хорошего качества, отсутствии признаков социальной дезадаптации выставлялись диагнозы: Расстройство личности истерического круга (F60.4) - 12 пациентов (19.0%), Расстройство личности истеро-шизоидного круга (F61.0) - 19 пациентов (30.2%).

**Изучение закономерностей течения исследуемых заболеваний показало, что расстройство половой самоидентификации во всех случаях развивалось в рамках манифестной депрессии.** Манифестные депрессивные состояния характеризовались атипичной структурой, полиморфизмом проявлений. Депрессивная триада была представлена преимущественно тимическим и идеаторным компонентами с меньшей выраженностью моторного. Аффективная составляющая имела черты тревожных, апато-динамических, тоскливых, раздражительных, астенических депрессий, часто - с витальным компонентом, а также суицидальными мыслями. На фоне аффективных расстройств возникали сверхценные идеи как исследуемой, так и дисморфофобической, ипохондрической, любовной тематики.

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 – расстройство половой самоидентификации в рамках дисморфофобических расстройств, тип 3 – расстройство половой самоидентификации в рамках расстройств истерического круга.**

Для первой типологической группы - расстройство половой самоидентификации в рамках деперсонализационных расстройств (15 пациентов, **23.8% наблюдений**) было характерно формирование на фоне депрессий средней и тяжелой степени, тоскливой, тревожной или апато-динамической структуры. Для пациентов данной типологической группы характерным признаком становилось отсутствие субъективного дискомфорта от искажения половой самоидентификации, которое никогда не декларировалось в качестве жалобы. Представление о несоответствии самоощущения паспортному полу формировалось как сверхценная идея в

рамках сложной депрессии с деперсонализацией. 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, воспринимали себя отлично как от женского, так и от мужского образа, испытывали дискомфорт от нахождения в собственном теле, связывали это с гендером, деперсонализационные расстройства фокусировались на этой тематике. Пациенты ощущали свое несоответствие общепринятым нормам, чуждость им. У всех пациентов этой группы отсутствовал физический элемент сексуального влечения. В структуре расстройства половой самоидентификации данной группы отсутствовала демонстративность.

Динамика картины расстройства половой самоидентификации претерпевала следующие изменения: по мере того как снижалась интенсивность деперсонализационных расстройств, тематика гендерного самоопределения и недовольства своим полом становилась менее актуальной, и, несмотря на то, что определение себя как агендера или транссексуала сохранялось, нивелировалась аффективная окрашенность, и изменялось отношение пациентов к данному вопросу. В структуре шизотипического расстройства изучаемое расстройство появлялось на фоне уже развившегося депрессивного эпизода, спустя некоторое время от его начала. Затем, расстройство половой самоидентификации отходило на второй план при большей выраженности деперсонализационной симптоматики, в дальнейшем, по выходе из депрессии, в связи с уменьшением в состоянии удельного веса 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, высоким удельным весом 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 реактивные состояния, включавшие депрессивные и истерические.

Таким образом, для группы пациентов с расстройством половой самоидентификации, реализующимся в рамках деперсонализационного регистра, определяющим признаком являлось чувство отчуждения от биологического пола, от половых ролей, а также гендерных различий. Анализ наблюдений дал возможность выделить ряд признаков, позволяющих отнести выявленные расстройства к спектру деперсонализационных нарушений, проявляющихся полисимптоматическим развитием, гиперболизацией гендерных различий и их социокультурного значения. Клиническая картина данного типологического варианта определялась широким диапазоном аффективной симптоматики гипотимического уровня, по мере стабилизации которой редуцировались деперсонализационные расстройства, ассоциированно с чем происходило нивелирование расстройства половой самоидентификации. Относительно периода становления медикаментозной ремиссии, явления гендерной дисфории претерпевали регрессионное развитие, становились все более очевидными, стереотипными, стертыми и могли быть квалифицированы как резидуальная деперсонализационная симптоматика в рамках стабилизации аффективного фона. Во всех случаях деперсонализационные расстройства формировались в рамках взаимодействия с аффективным регистром, что определяло фасадную симптоматику основного психического заболевания.

Для второй типологической группы - расстройство половой самоидентификации в рамках дисморфофобии (21 пациент, 33.3% наблюдений) было характерно формирование на фоне атипичных депрессий сложной структуры средней и тяжелой степени, с отчетливым преобладанием идеаторного компонента над аффективным и моторным. Расстройство половой самоидентификации предъявлялось пациентами в качестве одной из основных жалоб. Формирование убежденности в собственной непривлекательности у этих пациентов носило тотальный характер: критике подвергалась внешность в целом. Недовольство собой модифицировалась в сверхценную идею недовольства своим полом и убежденность, что в качестве представителя противоположного пола их внешность будет восприниматься более позитивно. Желание приобрести черты схожести с противоположным полом на фоне депрессивного аффекта трансформировалось в мысли о невозможности полного преобразования путем внешних изменений. В новом ключе дисморфофобическая симптоматика у 11 пациентов (52.3%) модифицировалась в активное желание хирургической смены пола, достигала сверхценного уровня дисморфомании. У остальных 10 обследуемых (47.6%) расстройство половой самоидентификации проявлялось только в поведении, направленном на маскирование внешних признаков своего пола. У пациентов этой типологической группы целью было изменение своей, вызывавшей неприятие, внешности, а не достижение сходства с представителями противоположного пола. Среди пациентов этой группы у некоторых сохранялась тематика дисморфофобических расстройств, предшествовавших присоединению расстройства половой самоидентификации, у части пациентов при формировании нового внешнего облика присоединялось нарочитое принятие тех частей тела и особенностей своей внешности, которые ранее казались непривлекательными.

В рамках шизотипического расстройства расстройство половой самоидентификации в этой типологической группе по выходе из депрессии сохранялось, преобразовываясь из жалобы в новый образ жизни - в роли

транссексуала 7 (21.8%). В этой связи начинали предпринимать действия для дальнейшей смены пола. Также, была выделена подгруппа из 4 человек (12.5%), в которой на фоне становления ремиссии дисморфофобическая тематика трансформировалась в принятие себя в роли агендера или гомосексуала, к дальнейшему преобразованию тела не стремились, довольствовались произведенными изменениями во внешнем облике.

Динамика расстройства половой самоидентификации при истеро-шизоидном расстройстве личности на протяжении периода наблюдения разделялась следующим образом: у некоторых 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 выравнивании аффективного фона и улучшении состояния пациентов у 26.3% 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 позиции, установленной в депрессивную фазу. 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.

Таким образом, для пациентов данной типологической группы было характерно недовольство биологическим полом, вторичными половыми признаками, достигающее до сверхценного уровня. На фоне аффективных нарушений гипотимического уровня, преимущественно атипичной структуры, развивалась дисморфофобическая симптоматика с постепенным формированием сверхценной идеаторной фиксации на недостатках собственной внешности. В дальнейшем, происходила постепенная



трансформация доминирующей дисморфофобической идеи в сверхценное недовольство своим полом, ассоциированно с убежденностью в несоответствии текущей внешности гендерным стереотипам. В этой группе у части пациентов было отмечено, что дисморфофобические явления подвергались переоценке и трансформировались в утрированное принятие внешних изъянов в рамках новой социально-половой роли. У другой части пациентов отмечалось сохранение дисморфофобических нарушений с преобразованием сверхценной идеи соответственно новой социальной роли. Стоит отметить, что ни в одном из обследованных случаев не отмечалось формирование бредовых конструкций. В данной типологической группе, основываясь на катамнестическом исследовании, расстройство половой самоидентификации на фоне стабилизации аффективного фона не претерпевало существенных изменений, приобретая вид континуального течения, сохраняя психопатологическую картину сверхценного образования, сформированного в рамках перенесенного аффективного эпизода.

Для третьей типологической группы - расстройство половой самоидентификации в рамках истерических расстройств (27 пациентов, **42.9%** наблюдений) было характерно возникновение на фоне депрессий легкой и средней степени тяжести. Аффективные расстройства были представлены дисфорией, раздражительностью, тревогой, апатией, подавленностью, ангедонией, нежеланием делать что-либо. Разнообразная психопатоподобная симптоматика была неглубокой, проявлялась протестным поведением, шантажом, склонностью к девиантному поведению, аутоагрессивными действиями, не достигающими до уровня расстройств, характерных для пациентов второй типологической группы. Нарастание социальной дезадаптации 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 во внешнем соответствии образу

противоположного пола, заявляемом желании смены пола. 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, отмечалось нарастание апатии и аутизации, усиливались эмоциональная холодность, равнодушие по отношению к близким. Активность пациентов становилась более узко направленной.

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, проявления, свойственные пубертатному возрасту, постепенно теряли актуальность, однако черты психического инфантилизма и истерический тип реагирования оставались. За период катамнеза не происходило дальнейшего личностного и эмоционально-

волевого снижения. Аффективные колебания легкой и средней степени тяжести, чаще реактивной природы, имели место, однако утяжеления симптоматики в период наблюдения не происходило.

Таким образом, в третьей типологической разновидности расстройство половой самоидентификации в рамках расстройств истерического спектра, аналогично предыдущим типологическим группам, обнаруживало связь с аффективной симптоматикой гипотимического уровня, причем аффективная насыщенность истерических расстройств усиливалась вместе с интенсивностью депрессивного аффекта: при большей выраженности последнего, феномен расстройства половой самоидентификации также достигал максимума интенсивности. Однако, данная типологическая разновидность отличалась тем, что в качестве основания для развития расстройства половой самоидентификации в ней выступали доминирующие истерические патохарактерологические реакции, определяемые личностными особенностями пациента. Явления гендерной дисфории имели меньшую связь с аффектом, то есть депрессивный аффект выступал скорее, как катализатор истерических личностных расстройств, а феномен расстройства половой самоидентификации, возникающий в качестве истерической патохарактерологической реакции под влиянием депрессивного аффекта, по мере редукции последнего претерпевал регрессионное течение и сохранялся в виде психологически понятных доминирующих образований. Данная типологическая группа отличалась транзиторными явлениями расстройства половой самоидентификации, основанными на истерических патохарактерологических реакциях, носящими манипулятивную и шантажную смысловую структуру, направленную на получение от окружающих требуемого внимания и понимания. Во многих обследованных случаях отмечалось развитие истерических реакций до уровня конверсионных расстройств, в некоторых случаях отмечалось присоединение истерических алгий. Стоит отметить, что истерические реакции в обследованной когорте пациентов не выявляли развития диссоциативного регистра расстройств.

Таким образом, установка смены пола ни в одном из обследованных случаев не доходила до этапа прямого воздействия на физиологические функции организма, сохраняясь в рамках характерологических реакций. По мере стабилизации аффективного фона, нивелирования истерических явлений, отмечалось редуцирование расстройства половой самоидентификации до полного его исчезновения.

Для определения роли факторов, влиявших в каждом из рассмотренных случаев на становление расстройства половой самоидентификации, был изучен преморбидный личностный склад пациентов, предполагая, что определяющим влиянием на становление изучаемого расстройства была патохарактерологическая «почва» в виде сочетания инфантильных черт, таких как внушаемость, незрелость суждений, а также ощущение инаковости (относящееся либо к драматическому кластеру переживаний, либо к деперсонализационному, либо к дисморфофобическому), что привело к тому, что поступающая извне информация вызвала ощущение тождества, за чем последовало дальнейшее развитие на почве депрессивного состояния. Преморбидные личностные особенности оценивались как: нормальный личностный склад, склад, относящийся к кластеру А (необычные, или эксцентричные расстройства) и относящийся к кластеру В (театральные, эмоциональные, или колеблющиеся расстройства) (DSM-5). Отличия в преморбидном складе пациентов выделенных клинических групп явились статистически достоверными ( $p < 0.05$ ).

К общим закономерностям течения расстройства половой самоидентификации можно отнести наличие статистически значимой связи между психопатологическими типами расстройства половой самоидентификации и их динамикой ( $p < 0,05$ ). При деперсонализационной и дисморфофобической типологической разновидности симптоматика гендерной дисфории чаще сохранялась в прежней мере, а при истерическом типе определялась преимущественно положительная психопатологическая динамика, так отмечалось значительно больше случаев редуцирования

расстройства половой самоидентификации. Также, типологическая разновидность статистически значимо связана с установленным клиническим диагнозом ( $p < 0.001$ ): дисморфофобическая и деперсонализационная разновидности расстройства половой самоидентификации встречались при шизотипическом расстройстве и истеро-шизоидном расстройстве личности, но не были характерны для истерического расстройства личности. Немаловажным является тот факт, что типологическая разновидность расстройства половой самоидентификации статистически значимо связана с желанием смены пола ( $p < 0.05$ ): в деперсонализационной типологической группе пациенты не высказывали такого желания, в то время как в дисморфофобической и истерической типологических группах пациенты при обращении ко врачам-психиатрам настаивали на необходимости смены пола. 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 такими людьми. 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 стереотипов являются очень скудными, односторонними, что свидетельствует о бедности личности, недостаточной сформированности половой идентичности.

Таким образом, результатами клинико-психопатологического исследования пациентов с расстройством половой самоидентификации, возникающим в рамках депрессивных состояний, являются выявленные различия как в психопатологических проявлениях, степени выраженности, так и в динамике течения и возможных исходах. Эти различия позволили сформировать типологическую модель, имеющую диагностическое и прогностическое

значения, а также определить взаимосвязь между расстройством половой самоидентификации и заболеваниями, в рамках которых возможно его образование, что может иметь значение для определения мишеней коррекционной терапии.

## Выводы

Результаты исследования, основанные на изучении репрезентативной клинической когорты (63 наблюдения), позволяют сформулировать следующие выводы:

- Расстройство половой самоидентификации, возникающее в рамках шизотипического расстройства и расстройств личности, выявило значительную гетерогенность как психопатологической картины, так и клинических проявлений в закономерностях течения и динамике.
- Проявления расстройства половой самоидентификации представлены:
  - 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.
- Выявленные различия в 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, проявляющееся преимущественно чувством «отчуждения» биологического пола;

3.2 Расстройство половой самоидентификации в рамках дисморфофобических расстройств, проявляющееся недовольством своей внешностью и, в связи с этим, желанием смены пола и принятием другого облика;

3.3 Расстройство половой самоидентификации в рамках истерических расстройств, проявляющееся демонстративным поведением, копированием внешних атрибутов, присущих противоположному полу с целью манипуляции и эпатажа в социуме.



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);

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

5. Сопоставление нозологических форм и типологических разновидностей расстройства половой самоидентификации обнаружило существенные отличия, которые имеют дифференциально-диагностическое и прогностическое значение.

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

5.2. При истеро-шизоидном расстройстве личности (F61.0) феномен нарушения половой самоидентификации фиксировался на этапе декомпенсации в виде депрессивных состояний (дисморфофобических, тревожно-апатических, тоскливых). Расстройство половой самоидентификации носило более глубокий характер, 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

аффективных нарушений, которые были представлены депрессиями с большим удельным весом истерических реакций, дисфорических проявлений, отличались наименьшей длительностью и глубиной, расстройство половой самоидентификации носило поверхностный, демонстративный характер, 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 пациенты относились к истерическому кластеру.

7. Патопсихологическое исследование пациентов с расстройством половой самоидентификации 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.

## Список литературы

1. Адамян, Р.Т. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в лечении транссексуализма: Дис. ... док. мед.наук: 14.00.27 / Р.Т. Адамян. М. - 1996. - 201 с.
2. Андреев, А.С. Клинико-биологическое исследование инверсии психосексуальной ориентации у мужчин: автореф. дис. ... канд. мед.наук. / А.С. Андреев. М. -1993. – 23 с.
3. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В.М. Башина, М.: Медицина. - 1980. – 248 с.
4. Белкин, А.И. Третий пол. Судьбы пасынков Природы. / А.И. Белкин, - М.: «Издательство «Олимп». - 2000. – 105 с.
5. Бем, С. Линзы тендера: трансформация взглядов на проблему неравенства полов / С. Бем. – М.: РОССПЭН, - 2004. – 336 с.
6. Бухановский, А.О. Результаты клинического и экспериментально-психологического исследования при диагностике патологии личности с инверсией половой идентичности и ориентации. Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов. / А.О. Бухановский, О.К. Труфанова, Т.В. Иванова. - 1985. Т.1. –192—194 с.
7. Бухановский, А.О. Синдром отвергания пола: клиническая разновидность в тактике лечения и реадaptации. Вопросы клинического лечения и профилактики сексуальных расстройств. / А.О. Бухановский - М. – 1993. - 103-105 с.
8. Бухановский, А.О., Транссексуализм и сходные состояния. / А.О. Бухановский. - Ростов-на-Дону: Изд. Мини Тайм, - 2016. - 200-201 с.
9. Бухановский, А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадaptация и реабилитация: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / А.О. Бухановский. - М.- 1994.- 25 с.

10. Бухановский, А.О. Транссексуализм и сходные состояния. / А.О. Бухановский. - Ростов-на-Дону: Изд. Мини Тайм. - 2016. - с. 200-201.
11. Василенко, Л.М. Психические нарушения у лиц с транссексуализмом: принципы лечения и реабилитации: автореф.дис. ... канд. мед. наук. / Л.М. Василенко. - М.- 1995. – 20 с.
12. Васильченко, Г.С. Общая сексопатология. Руководство для врачей. / Г.С. Васильченко. - М: Медицина; 1977. - 488 с.
13. Введенский, Г.Е., Клинико-диагностические аспекты аномального сексуального поведения: автореф.канд. ... дис.мед.наук. / Г.Е. Введенский. - М., 1994. – 28с.
14. Венгер, А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 160 с.
15. Геодакян, В. А. Асинхронная асимметрия. Журнал высшей нервной деятельности. / В. А. Геодакян. – 1993. – Том 43.- №3.- С.543–561.
16. Гребенюк, Е.А. Психосексуальный дизонтогенез у женщин с органическими психическими расстройствами: автореф.канд. ... дис.мед.наук. / Е.А. Гребенюк. -2008. - 20 с.
17. Григорьева, Т.Н. Клиника и терапия нарушений половой идентификации: автореф.дис. ... канд. мед. наук / Т.Н. Григорьева. – М.- 2005. – 21 с.
18. Гурьева, В.А. Некоторые материалы к изучению генеза и динамики становления психопатий в подростковом и юношеском возрасте. / В.А. Гурьева // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - М. – 1971. -Том 10. – С. 1533-1538.
19. Дворянчиков, Н.В. Специфика полового самосознания у лиц с расстройствами половой идентичности при расстройствах личности и транссексуализме / Н.В. Дворянчиков, В.Н. Макавьева, З.Д. Новикова // Клиническая и специальная психология. – 2018. – Том 7. № 1. – С. 147–162.
20. Демидова, Л.Ю. Роль нарушений психосексуальной сферы при шизофрении в диагностике парафилий / Л.Ю. Демидова, Г.Е. Введенский, Т.Е.

- Макарова, М.Ю. Каменсков, Л.Н. Штарк // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2018. – № 2. – с. 54-61.
21. Дмитриева, Т.Б. Психиатрия: национальное руководство / Т.Б. Дмитриева / под ред. Т.Б.Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова, Ю. А. Александровского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 599—611.
22. Дубницкий, Л.Б. Особенности сверхценных образований типа «метафизической интоксикации» при юношеской шизофрении: дисс. канд. ... мед. наук./ Л.Б. Дубницкий. - М. - 1977. – С.178.
23. Иконников, Д.В. Реакции отказа при вялотекущей шизофрении: канд. ... дисс. мед.наук./ Д.В. Иконников. - М. - 2005. – С.71-100.
24. Ениколопов, С.Н. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии / С.Н. Ениколопов, Н.В. Дворянчиков // Психологический журнал. – 2001. -Том 22.- №3. – С. 100–115.
25. Каган, В.Е. Половой идентичности нарушения / В.Е. Каган // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. – 2000. – СПб: Питер. –214 с.
26. Карпентер, Э. Промежуточный пол. / Э. Карпентер. - Пг.: Литературная Книжная Лавка. - 1916. – 116 с.
27. Карпов, А.С. Клинико-диагностические и организационно-правовые аспекты оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом и другими нарушениями половой идентичности: автореф. дис. канд. мед. наук. / Карпов, А.С. -М.- 2002. - 22 с.
28. Кибрик, Н.Д. Расстройства половой идентификации: ошибки диагностики и тактики ведения пациентов. / Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов, А.П. Журавель. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. - Том 27. - №4. - С.63-69.
29. Козлова, И.А. Шизофрения в детском и подростковом возрасте. / И.А. Козлова, М.Ш. Вроно. / Под ред. А.С. Тиганова. // В кн.: Руководство по психиатрии. В 2-х т. / М.: Медицина, 1999. - Т.1. - С.472-488.

30. Крафт-Эбинг, Р. Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства. / Р. Крафт-Эбинг. - СПб.: издание журнала «Практическая медицина». – 1909. – С.98-110.
31. Калинин, С.Ю. Практическая андрология. / С.Ю. Калинин, И.А. Тюзиков. - М.: Практическая Медицина. – 2009. – С. 268-286.
32. Кернберг, О. Отношения любви. Норма и патология. / О. Кернберг. – М., 2004. – С. 20-84.
33. Козловская, Г.В. Патология психического развития. / Козловская, Г.В. //Под ред. Тиганова А.С. – 2012. – С. 80-84.
34. Кон, И.С. Введение в сексологию. / И.С. Кон. - М. – 1989. -С. 200-210.
35. Кон, И.С. Пол и гендер. Заметки о терминах / И.С. Кон // Андрология и генитальная хирургия. – 2004. - Том 1.-№2. – С. 31-35.
36. Коркина, М.В. Дистормомания в подростковом и юношеском возрасте / М.В. Коркина. – М.: Медицина. - 1984. – 224 с.
37. Кулиш, С.Б. Расстройства половой идентификации у мужчин с психической патологией шизофренического спектра: автореф. дис. канд. мед. наук. / С.Б. Кулиш. – М. -2009.- 24 с.
38. Куттер, П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов / Пер. с нем. С.С. Панкова под общ.ред. В.В. Зеленского. – СПб, Б.С.К.- 1997. - с. 100-112.
39. Лебедев, С.В. Адаптация и психометрический анализ клинико-психологических методик самоотчета (опросников) на примере шкал деперсонализации / С.В. Лебедев // Вестник московского университета. Серия 14. Психология. – 2005. – № 4. – С.49-59.
40. Личко, А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков» Психология индивидуальных различий. Тексты / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. -М.: Изд-во МГУ. - 1982.- С. 288-318.
41. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. / А.Е. Личко. - Л.: Медицина, 1985. - 416 с.

42. Мазаева, Н.А. О некоторых особенностях становления и динамики шизоидных психопатий. / Н.А. Мазаева //В Сб.: Клинические и организационные аспекты психиатрии. – Ульяновск. – 1974. - С. 141—146.
43. Максимова, М.Ю. Особенности личности больных депрессиями юношеского возраста и её динамика на преморбидном этапе: автореф.канд. ... дисс.мед.наук. / М.Ю. Максимова. – 2002. - 20 с.
44. Макушкин, Е.В. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. / Е.В. Макушкин. // Под ред. В.А. Гурьевой. - М.: Генезис. – 2001. - С. 38-49.
45. Матевосян, С.Н., Введенский, Г.Е. Половая дисфория / С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский. - М.: МИА. – 2012. - с.156.
46. Маховер, К. Проективный рисунок человека / К. Маховер – М.: Смысл. - 2009. – 158 с.
47. Меграбян, А.А. Деперсонализация. / А.А. Меграбян. - Ереван: Армянское государственное издательство. – 1962. - 20-35 с.
48. Международная классификация болезней (9-й пересмотр). М., 1983.
49. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). СПб, 1994.
50. Михайличенко, В. В. Морфофункциональные изменения органов женской и мужской репродуктивной системы при перемене пола. / В. В. Михайличенко, В. Н. Фесенко, Н. М. Хмельницкая, И. Н. Ожиганова, А. И. Новиков, В. В.Королев, В. С. Васильев // Урология. – 2013. – Том 3. - С. 18-23.
51. Морозов, П. В. О клинической типологии дисморфофобических состояний при юношеской шизофрении. // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1977. - Том 1. – С. 114.
52. Нуллер, Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. / Ю.Л. Нуллер. — Л: Медицина, 1981. — 207 с.
53. Олейчик, И.В. Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое и фармако-терапевтическое исследование): автореф. дис. ... док. мед. наук / Игорь Валентинович Олейчик. - М., 2011. - с. 10.

54. Пирогов, Д. Г. Нарушения половой идентичности у молодых женщин: автореф.канд. ... дис.мед.наук / Пирогов Д. Г. – М., 2004. – 11 с.
55. Семке, В.Я. Истериические состояния / В.Я. Семке. - М.: Медицина. – 1988. - с. 3-216.
56. Скугаревская, Е.И. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учебное пособие / Под ред. Скугаревской Е.И. Минск, Выш.шк. 2006 - с.228-229.
57. Смулевич, А.Б. Расстройства личности / А.Б. Смулевич – М.: МИА. – 2007. С. 192.
58. Сухарева, Г.Е. Клиника шизофрении у детей и подростков. Часть I. / Г.Е. Сухарева. - Харьков: Госмедиздат УССР. – 1937. – С. 107.
59. Тайсон, Р. Психоаналитические теории развития. / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. – Екатеринбург. – 1998. – с. 95-98.
60. Ткаченко, А.А. Аномальное сексуальное поведение. / А.А. Ткаченко. // РИО ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского. - М. – 1997. С. 3-58.
61. Ткаченко, А.А. Судебная сексология / А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков – М.: Медицина. – 2001. – С. 234–236.
62. Фрейд, З. Три статьи по теории сексуальности. Психоанализ и теория сексуальности. / З. Фрейд. - СПб.: Алетейя. – 2000. С. 5-129.
63. Циринг, Д.А. Соотношение личностной беспомощности и смежных с ней психологических феноменов / Д. А. Циринг // Вестн. Том. гос. ун-та. - 2009. - № 329. - С. 214-218
64. Цуцельковская, М.Я. Клиника и дифференциальная оценка и которых психопатологических синдромов пубертатного возраста / М.Я. Цуцельковская, Г.П. Пантелеева // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. - М., 1986. - С.13-28.
65. Цуцельковская, М.Л. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, топология, нозологическая оценка, лечение)/ И.В. Олейчик, Т.В. Владимирова, и др. // Пособие для врачей. -М., 2000. - 32 с.
- Эриксон, Э. Детство и общество / Э. Эриксон. – СПб: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга». – 1996. – С. 98-102.



66. Этингоф, А.М. «Клинико-психопатологические особенности и типология юношеских дисморфофобических депрессий» / А.М. Этингоф // Журнал «Психиатрия». – 2003. Том 5. – С. 53-58.
67. Этингоф, А.М. Юношеские дисморфофобические депрессии (типология, диагностика, прогноз): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Этингоф Анна Михайловна. - М., 2004. - 24 с.
68. Якубик, А. Истерия: Методология. Теория. Психопатология. Пер. с польск. / А. Якубик. - М.: Медицина. -1982. – 344 с.
69. Abraham, F. Genitalumwandlung an zwei männlichen transvestiten. / F. Abraham // Zeitschrift für sex wissenschaft und sex politiek. – 1931. – Vol.18. – P. 223-226.
70. Aitken, M. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. / M. Aitken, T.D. Steensma, R. Blanchard, D.P. Vanderlaan, H. Wood, A. Fuentes, C. Spegg, I. Wasserman, M. Ames, C.I. Fitzsimmons, J.H. Leef, V. Lishak, E. Reim, A. Takagi, J. Vinik, J. Wreford, P. Cohen-Kettenis, Al. de Vries, Bp. Kreukels, K.J. Zucker // The Journal of Sexual Medicine. -2015.- Vol.12.- №3. – P. 756-763.
71. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. - 1980.
72. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised). Washington, DC. - 1987.
73. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. -1994.
74. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
75. Arcelus, J. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism / J. Arcelus, W. Bouman, W. Van Den Noortgate, L. Claes, G.

- Witcomb, F. Fernandez-Aranda // *European Psychiatry*. – 2015. – Vol. 30. - №6. – P. 807-815.
76. Baltieri, D. Schizophrenia Modifying the Expression of Gender Identity Disorder. / D. Baltieri, A. De Andrade, // *The Journal of Sexual Medicine*. -2009. – Vol. 6. - №4. -P. 1185-1188.
77. Bandini, E. Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. / E. Bandini, A.D. Fisher, V. Ricca et al. // *International Journal of Impotence Research*. – 2011. – Vol. 23. – P. 276–285.
78. Barlow, D. H. Single-Case Experimental Designs. / D. H. Barlow // *Archives of General Psychiatry*. – 1973. – Vol. 29 № 3. – P. 319.
79. Bartlett, N. Is gender identity disorder in children a mental disorder? / N. Bartlett, P. Vasey, W. Bukowski // *Sex Roles: A Journal of Research*. – 2000. – Vol. 43. - №11-12. – P. 753-785.
80. Beek, T. Partial Treatment Requests and Underlying Motives of Applicants for Gender Affirming Interventions / T. Beek, B. Kreukels, P. Cohen-Kettenis, T. Steensma // *The Journal of Sexual Medicine*. - 2015. - Vol. 12. - №11. P. 2201-2205.
81. Bem, S.L. The measurement of psychological androgyny / S.L. Bem // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1974. Vol. 42. - №2. – P. 155-162.
82. Benazzi, F. Gender Identity Disorder as a Rare Manifestation of Schizophrenia / F. Benazzi // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2001. - Benazzi, F. ol. 35. - №4. – P. 546-547.
83. Benjamin, H. Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somatopsychic syndromes. / H. Benjamin // (NY): *American Journal of Psychotherapy*. – 1954. – Vol. 8. - №2. P.219–230.
84. Benjamin, H. The transsexual phenomenon. / H. Benjamin // New York: Julian Press. – 1966. – P. 4-20.
85. Benjamin, H. Transvestism and Transsexualism in the male and female / H. Benjamin // *Journal of Sex Research*. – 1967. – Vol. 3. -№2. - P. 107–127.

86. Bentler, P. M. A typology of transsexualism: Gender identity theory and data. / P. M. Bentler // *Archives of Sexual Behavior*. -1976. - Vol.5. - №6. – P. 567–584.
87. Berglund, H. Male-to-Female Transsexuals Show Sex-Atypical Hypothalamus Activation When Smelling Odorous Steroids. / H. Berglund, P. Lindstrom, C. Dhejne-Helmy, I. Savic // *Cerebral Cortex*. – 2007. – Vol. 18. - №8. – P.1900-1908.
88. Bhargava, S. C. Transsexualism and schizophrenia: a case report. / S. C. Bhargava, S. Sethi // *Indian Journal of Psychiatry*. -2002. – Vol. 44. - P. 177–178.
89. Bleuler, E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. / E. Bleuler // In: *Handbuch der Psychiatrie* (Herausgeb. von G. Aschaffenburg). – Spez. Teil. – 4. Abt., -1. Haelfte. - Deuticke.– Leipzig – Wien. - 1911. – P. 35.
90. Bockting, W. O. Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones. / W. O. Bockting, G. Knudson, & J. M. Goldberg // *International Journal of Transgenderism*. – 2006. – Vol. 9. - № 3-4. – P. 35–82.
91. Borrás, L., Huguelet, P., Eytan, A. Delusional “Pseudotranssexualism” in Schizophrenia / L. Borrás, P. Huguelet, A. Eytan // *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. – 2007. – Vol.70. - №2. – P. 175-179.
92. Buhrich, N. Two clinically discrete syndromes of transsexualism. / N. Buhrich, N. McConaghy // *The British Journal of Psychiatry*. – 1978. – Vol. 133. – P. 73–76.
93. Buhrich, N., Three clinically discrete categories of fetishistic transvestism / N. Buhrich, N. McConaghy // *Archives of Sexual Behavior*. – 1979. – Vol. 8. – P. 151–157.
94. Bullough, B. & Bullough, V. Transsexualism historical perspectives 1952 to present. / B. Bullough, V. Bullough // In D. Dallas (ed.) *Current concepts in transgender identity*. - New York: Garland. – 1998. – P. 15-34.
95. Burton, A. The Diagnostic Validity of Human Figure Drawings in Schizophrenia / A. Burton, B. Sjoberg // *The Journal of Psychology*. – 1964. – Vol. 57. - №1. – P. 3-18.
96. Caldwell, C. Schizophrenia with Secondary Transsexualism / Caldwell, C., Keshavan, M. // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 1991. – Vol. 36. – №4. – P. 300-301.

97. Campo, J. Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular / J. Campo, H. Nijman, C. Evers, H. Merckelbach, I. Decker // *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. – 2001. – Vol.145. - №39. – P. 1876–1880.
98. Campo, J. Psychiatric Comorbidity of Gender Identity Disorders: A Survey Among Dutch Psychiatrists / J. Campo, H. Nijman, C. Evers, H. Merckelbach // *American Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol.160. - №7. – P.1332-1336.
99. Cohen-Kettenis, P. T. Gender Identity Disorder in DSM? [Letter to the editor] / P. T. Cohen-Kettenis // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2001. – Vol. 40. – P. 391.
100. Cohen-Kettenis, P. T. Demographic Characteristics, Social Competence, and Behavior Problems in Children with Gender Identity Disorder: A Cross-National, Cross-Clinic Comparative Analysis / P. T. Cohen-Kettenis, A. Owen, V. G. Kaijser, S. J. Bradley, & K. J. Zucker // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2003. – Vol. 31. - №1. -P. 41–53.
101. Cohen-Kettenis, P. *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: Making Choices* SAGE Publications, Inc./ P. Cohen-Kettenis, F. Pfafflin, - 2003. - P. 35-79.
102. Cole, S. S. Issues of transgender / S. S. Cole, D. Denny, A. E. Eyle, S. L. Samons // In L. T. Szuchman & F. Muscarella (Eds.), *Psychological perspectives on human sexuality*. – 2000. - P. 149–195.
103. Coleman, E., *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7*/ E. Coleman, W. Bockting, M. Botzer et al. // *International Journal of Transgenderism*. 2012;13(4):165-232.
104. Connolly, F. The Relationship Between Delusions of Sexual Change and Olfactory and Gustatory Hallucinations in Schizophrenia. / F. Connolly, N. Gittleson // *The British Journal of Psychiatry*. – 1971. – Vol. 119. - №551. – P. 443-444.
105. Davy, Z. What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review. / Z. Davy, M. Toze // *Transgender Health*. – 2018. Vol.3. - №1. P. 159-169.

106. De Vries, A. Puberty Suppression in Adolescents with Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study / A. De Vries T. Steensma, T. Doreleijers, P. Cohen-Kettenis // *The Journal of Sexual Medicine*. – 2011. – Vol. 8. - №8. – P. 2276-2283.
107. De Vries, A., Kreukels, B., T'Sjoen, G., Ålgars, M., Mattila, A. Increase of referrals to gender identity clinics: a European trend? In: *Transgender Healthcare in Europe. Book of Abstracts*. / A. De Vries, B. Kreukels, G. T'Sjoen, M. Ålgars, A. Mattila // Ghent, Belgium: European Professional Association of Transgender Health (EPATH). - 2015.
108. Di Ceglie, D. Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: clinical features and demographic characteristics/ D. Di Ceglie, D. Freedman, S. McPherson, P. Richardson // *International Journal of Transgenderism*. – 2002. – Vol. 6. - №1. – P. 97-103.
109. Doorn, C. D. Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals/ C. D. Doorn, J. Poortinga, A. M. Verschoor // *Archives of Sexual Behavior*. -1994. – Vol. 23. - № 2. – P. 185–201.
110. Dörner, G. Sexual Endocrinology and Terminology in Sexology / G. Dörner // *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. – 1988. – Vol. 91. – Vol. 02. – P. 129-134.
111. Drescher, J. Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. / J. Drescher // *Archives of Sexual Behavior*. -2009. - Vol. 39. - №2. – P. 427–460.
112. Edgerton, M. The surgical treatment of male transexxuals / M. Edgerton // *Clinics in plastic surgery*. – 1983. – Vol. 1. – P. 285-323.
113. Edgerton, M. The role of surgery in the treatment of transsexualism / M. Edgerton // *Annual Plastic Surgery*. – 1984. – Vol. 13. - №6Ю – P. 473-81.
114. Ehrensaft, D. Raising girlyboys: A parent's perspective / D. Ehrensaft // *Studies in Gender and Sexuality*. – 2007. – Vol. 8. – P. 269–302.
115. Ellis, H. *Studies in the Psychology of Sex* / H. Ellis // Philadelphia: F.A. Davis Company. – 1929. – P. 376–476.

116. Feder, E. Disciplining the family: The case of gender identity disorder. / E. Feder // *Philosophical Studies*. – 1997. – Vol. 85. -№2/3. – P. 195-211.
117. Fisk, N. Editorial: Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. / N. Fisk // *Western Journal of Medicine*. -1974. – Vol.120. - №5. – P. 386–391.
118. Freund, K. Two types of cross-gender identity. / K. Freund, B. W. Steiner, S. Chan // *Archives of Sexual Behavior*. – 1982. – Vol. 11. - №1. – P. 49–63.
119. Gittleson, N. Subjective Ideas of Sexual Change in Male Schizophrenics / N. Gittleson, S. Levine // *The British Journal of Psychiatry*. -1966. – Vol. 112. - №489. – P. 779-782.
120. Gittleson, N. Subjective Ideas of Sexual Change in Female Schizophrenics. / N. Gittleson, K. Dawson-Butterworth // *The British Journal of Psychiatry*. – 1967. – Vol. 113. - №498. – P. 491-494.
121. Gómez-Gil, E. Sociodemographic, Clinical, and Psychiatric Characteristics of Transsexuals from Spain. / E. Gómez-Gil, A. Trilla, M. Salamero, T. Godás, M. Valdés // *Archives of Sexual Behavior*. -2008. – Vol. 38. - №3. – P. 378-392.
122. Green, R. The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality. / R. Green // New Haven, CT: Yale University Press. – 1987. – P. 416.
123. Griesinger, W. Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin für das Sommer-Semester 1868. / W. Griesinger // *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. – 1868. – Vol.1. -№3. – P. 636-654.
124. Grossman, A. Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. / A. Grossman, A. D'Augelli // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2007. – Vol. 37. - №5. – P. 527-537.
125. Gur, R. A sexually dimorphic ratio of orbitofrontal to amygdala volume is altered in schizophrenia/ R. Gur, C. Kohler, B. Turetsky et al.// *Biological Psychiatry*.- 2004. – Vol. 55. - №5. – P. 512-517.

126. Hamburger, C. Transvestism: hormonal, psychiatric and surgical treatment. / C. Hamburger // *Journal of the American Medical Association*. – 1953. – Vol. 12. - №610 – P. 391-396.
127. Hill, D. B. Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence / D. B. Hill, C. Rozanski, J. Carfagnini, B. Willoughby // *International Journal of Sexual Health*. – 2007. – Vol. 19. -№1. – P. 57–75.
128. Hirshfeld, M. Die Transvestiten – eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material. / M. Hirshfeld // *Berlin: Medicinischer Verlag*. - 1910. – P. 128-133.
129. Hoenig, J. Surgical treatment for transsexualism. / J. Hoenig, J. Kenna, A. Youd // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1971. -Vol.47. - №1. – P. 106-33.
130. Hollander, E. Body dysmorphic disorder / E. Hollander, L. Cohen, D. Simeon // *Psychiatry Annual*. – 1993. – Vol. 23. – P. 359–364.
131. Hoopes, J. E. Transsexualism / J. E. Hoopes, N. J. Knorr, S. R. Wolf // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1968. – Vol. 147. - №5. – P. 510–516.
132. Hoshiai, M. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. / M. Hoshiai, Y. Matsumoto, T. Sato, M. Ohnishi, N. Okabe, Y. Kishimoto, S. Terada, S. Kuroda // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2010. – Vol.64. - №5. – P. 514-519.
133. Huelke, H. Ein Transvestit (Der Fall Hinrich B.). / H. Huelke // *Kriminalistik*. – 1949. – Vol. 3. – P. 91-92.
134. Isay, R. Remove gender identity disorder from DSM. / R. Isay // *Psychiatric News*/ - 1997. – Vol. 32. – №1.
135. Judge, C. Gender dysphoria—prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. / C. Judge, C. O’Donovan, G. Callaghan, G. Gaoatswe, D. O’Shea // *Frontiers in Endocrinology*. – 2014. – Vol.5. – P. 87.
136. Kamens, S. R. On the proposed sexual and gender identity diagnoses for DSM-5: History and controversies / S. R. Kamens // *The Humanistic Psychologist*. – 2011. -Vol. 39. №1. – P. 37–59.

137. Kaczynski, A. Breast reduction in the male-to-female transsexual / A. Kaczynski, P. McKissock, T. Dubrow et al. // *Annals of Plastic Surgery*. – 1989. -Vol. 23. – P. 323-326.
138. Kayton, R. Perception of parental sex-role behavior and psychopathology in adult males. / R. Kayton, H. Biller // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. -1971. -Vol. 36. - №2. – P. 235–237.
139. Keuzenkamp, S. Acceptance of LGBT individuals in the Netherlands 2013 / S. Keuzenkamp, L. Kuyper // *The Hague: The Netherlands Institute of Social Research (ED)*. – 2013. – P. 26—29.
140. Kinsey, A. C. *Sexual Behavior in the Human Male*. / A. C. Kinsey et al. // Philadelphia: W.B. Saunders; Bloomington: Indiana U. Press. [First publication of Kinsey’s Heterosexual-Homosexual Rating Scale. Discusses Kinsey Scale.]. – 1948. – P. 636–659.
141. Kjaerum, M. Violence against women: An EU-wide survey: Main results. / M. Kjaerum // FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. – 2014.
142. Knorr, N. The transsexuals request for surgery/ N. Knorr, S. Wolf, E. Meyer // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. -1968. – Vol. 147. – P. 517-524.
143. Kraepelin, E. *Psychiatrie*. 8th ed. / E. Kraepelin // Leipzig: Barth. - 1909-1915.
144. Kuiper, B. Sex reassignment surgery: A study of 141 dutch transsexuals / B. Kuiper, P. Cohen-Kettenis // *Archives of Sexual Behavior*. – 1988. – Vol. 17. -№5. – P. 439–457.
145. Kuyper, L. Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. / L. Kuyper, C. Wijsen // *Archives of Sexual Behavior*. – 2013. – Vol. 43. - №2. – P. 377-385.
146. LaTorre, R. Gender identity and gender role in schizophrenia / R. LaTorre, W. Piper // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1979. – Vol. 88. - №1. – P. 68-72.
147. Littman, L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. / L. Littman // *PLOS ONE*. – 2018. – Vol. 13. - №8.
148. Luders, E. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. / E. Luders, F. Sánchez, C. Gaser et al. // *Neuroimage*. -2009. – Vol. 46. - №4. – P. 904-907.



149. Luders, E. Increased Cortical Thickness in Male-to-Female Transsexualism. / E. Luders, F. Sánchez, D. Tosun et al. // *Journal of Behavioral and Brain Science*. – 2012. – Vol.02. - №03. – P. 357-362.
150. Lukianowicz, L. Transvestism and psychosis. / L. Lukianowicz // *Basel: Psychiatry and Neurology*. – 1995. – Vol.138. – P. 67–78.
151. Malinowski, B. The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia / B. Malinowski // *Abingdon-on-Thames: Rutledge & Kegan Paul Ltd*. – 1932. – P. 395-402.
152. Markland, C. Transsexual surgery / C. Markland // *Obstetrics & Gynecology annual*. – 1975. – Vol. 4. – P. 309-330.
153. McCarthy, L. Off that spectrum entirely: A study of female-bodied transgender - identified individuals / L. McCarthy // *Unpublished dissertation, University of Massachusetts, Amherst*. – 2003. – P. 23-29.
154. McClelland, D. Sex-Role Alienation in Schizophrenia. / D. McClelland, N. Watt // *Abnormal Psychology*. – 1968. – Vol. 73. – P. 226-239.
155. Mead, M. Sex and temperament in three primitive societies. / M. Mead // *New York: Morrow*; 1963. – P. 278-280.
156. Meerloo, J. A. M. Change of Sex and Collaboration with the Psychosis. / J. A. M. Meerloo // *American Journal of Psychiatry*. – 1967. – Vol. 124. - №2. – P. 263–264.
157. Meerwijk, E. L. Transgender Population Size in the United States: a Meta-Regression of Population-Based Probability Samples/ E. L. Meerwijk, J. M. Sevelius // *American Journal of Public Health*. – 2017.- Vol. 107. - №2. - e1–e8.
158. Mendrek, A. Reversal of normal cerebral sexual dimorphism in schizophrenia: Evidence and speculations. / A. Mendrek // *Medical Hypotheses*. – 2007. – Vol.69. - №4. – P. 896-902.
159. Mendrek, A. Sexual dimorphism in schizophrenia: is there a need for gender-based protocols? / A. Mendrek, E. Stip // *Expert Review of Neurotherapeutics*. – 2011. – Vol.11. - №7. – P. 951-959.

160. Menvielle, E. J. Gender identity disorder. Letter to the editor / E. J. Menvielle // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 1998. – Vol.37. - №3. – P. 243–244.
161. Meyer-Bahlburg, H. F. L. Gender Assignment and Reassignment in 46,XY Pseudohermaphroditism and Related Conditions. / H. F. L. Meyer-Bahlburg // *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. – 1999. – Vol. 84. - №10. – P. 3455–3458.
162. Meyer-Bahlburg, H. F. L. Gender Identity Disorder in Young Boys: A Parent- and Peer-Based Treatment Protocol. / H. F. L. Meyer-Bahlburg // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. – 2002. – Vol. 7. - №3. – P. 360–376.
163. Meyer-Bahlburg, H. F. L. From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism: Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions. / H. F. L. Meyer-Bahlburg // *Archives of Sexual Behavior*. – 2009. – Vol.39. - №2. – P. 461-476.
164. Michel, A. A psycho-endocrinological overview of transsexualism / A. Michel, C. Mormont, J. Legros // *European Journal of Endocrinology*. – 2001. – P. 365-376.
165. Miller, H. An exploratory comparison of sex role-related behaviors in schizophrenics and nonschizophrenics. / H. Miller, K. Poey // *Developmental Psychology*. -1969. – Vol.1. - №5. – P. 629.
166. Minter, S. Diagnosis and treatment of gender identity disorder in children. In Rottnek M, ed. *Sissies & tomboys: Gender nonconformity & homosexual childhood*. / S. Minter // New York: New York University Press. – 1999. - P. 9-33.
167. Money, J. Apotemnophilia: Two cases of self-demand amputation as a paraphilia / J. Money, R. Jobaris, G. Furth // *Journal of Sex Research*. – 1977. – Vol.13. – P. 115–125.
168. Moore, S. Diagnosis for a straight planet: A critique of gender identity disorder for children and adolescents in the DSM-IV [dissertation]. / S. Moore // Berkeley: The Wright Institute. - 2002.
169. Mühsam, R. Chirurgische Eingriffe bei Anomalien des Sexuallebens / R. Mühsam // *Therapie der Gegenwart*. -1926. – Vol.67. – P. 451–455.

170. Murad, M. H. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. / M. H. Murad, M. B. Elamin, M. Z. Garcia, R.J. Mullan, A. Murad, P. J. Erwin, V. M. Montori // *Clinical Endocrinology*. – 2010. – Vol. 72. - №2. – P. 214–231.
171. Nopoulos, P. Sex differences in the absence of massa intermedia in patients with schizophrenia versus healthy controls. / P. Nopoulos, D. Rideout, B. Crespo-Facorro, N. Andreasen // *Schizophrenia Research*. – 2001. – Vol.48. - №2-3. – P.177-185.
172. Notman, M. Gender, development and psychopathology: a revised psychodynamic view. / M. Notman, C. Nadelson // In: Seeman M. ed. *Gender and Psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press. – 1995. – P. 1-16.
173. Nuttbrock, L. Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. / L. Nuttbrock, S. Hwahng, W. Bockting, A. Rosenblum, M. Mason, M. Macri, J. Becker // *The Journal of Sex Research*. – 2010. – Vol.47. - №1. – P. 12-23.
174. Pauly, I. The gender identity movement: A growing surgical-psychiatric liaison. / I. Pauly, M. Edgerton // *Archives of Sexual Behavior*. – 1986. – Vol. 15. – P. 318.
175. Person, E. The transsexual syndrome in males. / Person, E., Ovesey, L. // *American Journal of Psychotherapy*. – 1974. – Vol. 28. – P. 4-20.
176. Phillips, K.A. A comparison of delusional and non-delusional body dysmorphic disorder in 100 cases. / K.A. Phillips, S.L. McElroy, P.E. Keck Jr et al. // *Psychopharmacology Bulletin*. – 1994. – Vol. 30. – P. 179–186.
177. Pincus, H. A. DSM-IV and new diagnostic categories: Holding the line on proliferation. / Pincus, H. A., Frances, A., Davis, W. W., First, M. B., & Widiger, T. A. // *The American Journal of Psychiatry*. - 1992. – Vol. 149. - №1. – P. 112–117.
178. Richardson, J. Setting Limits on Gender Health. / J. Richardson // *Harvard Review of Psychiatry*. – 1996. – Vol.4. - №1. – P. 49-53.
179. Richardson, J. Response: Finding the Disorder in Gender Identity Disorder. / J. Richardson // *Harvard Review of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 7. - №1. – P. 43-50.

180. Ries, H. The Draw-A-Person Test and Process-Reactive Schizophrenia. / H. Ries, M. Johnson, H. Armstrong, D. Holmes // *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*. – 1966.- Vol. 30. - №2. – P. 184-186.
181. Robinow, O. Paraphilia and transgenerism: A connection with Asperger disorder? / O. Robinow // *Sexual and Relationship Therapy*. – 2009. – Vol. 24. - №2. – P. 143–151.
182. Rosenberg, M. Children with Gender Identity Issues and Their Parents in Individual and Group Treatment. / M. Rosenberg, M. Jellinek // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2002. Vol. 41. - №5. – P. 619-621.
183. Ross, M.W. Gender identity male, female or a third gender? / M.W. Ross // *Transsexualism and sex reassignment*. – 1986. – Vol.1. – P. 1-8.
184. Ross, C. A. Ethics of Gender Identity Disorder / C. A. Ross // *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. – 2009. – Vol. 11. - №3. – P. 165–170.
185. Schultz, C. Reduced cortical thickness in first episode schizophrenia. / C. Schultz, K. Koch, G. Wagner, M. Roebel, C. Schachtzabel, C. Gaser, I. Nenadic, J. R. Reichenbach, H. Sauer, R. Schlösser // *Schizophrenia Research*. – 2010. – Vol. 116. - № 2-3. – P. 204-209.
186. Schultz, C. Complex pattern of cortical thinning in schizophrenia: Results from an automated surface-based analysis of cortical thickness. / C. Schultz, K. Koch, G. Wagner, M. Roebel, I. Nenadic, C. Schachtzabel, R. Reichenbach, H. Sauer, R. Schlösser // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. – 2010. – Vol. 182. - №2. – P. 134-140.
187. Sierra, M. Depersonalization: neurobiological perspectives. / M. Sierra, G. Berrios // *Biological Psychiatry*. – 1998. – Vol. 44. – P. 898-908.
188. Sierra, M. The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization / M. Sierra, G.E. Berrios // *Psychiatry Research*. – 2000. – Vol. 6. - №93(2). – P. 153-164.
189. Sierra, M. Unpacking the depersonalization syndrome: an exploratory factor analysis on the Cambridge Depersonalization Scale / M. Sierra, D. Baker, N.

Medford, A.S. David // *Psychological Medicine*. – 2005. – Vol. 35. - №10. -P. 1523-1532.

190. Simeon, D. Induction of depersonalization by the serotonin agonist meta-chlorophenylpiperazine. / D. Simeon, E. Hollander, D.J. Stein, C. DeCaria, L.J. Cohen, J.B. Saoud, N. Islam, M. Hwang // *Psychiatry Research*. – 1995. – Vol. 58. - №2. -P. 161-164.

191. Siomopoulos, V. Transsexualism: Disorder of gender identity, thought disorder, or both? / V. Siomopoulos // *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. – 1974. – Vol. 2. - №3. – P. 201–213.

192. Shovron, H. The depersonalization syndrome / H. Shovron, J. Hill, E. Burkitt // *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. – 1946. – Vol. 39. - P. 779-792.

193. Sprooten, E. Cortical thickness in first-episode schizophrenia patients and individuals at high familial risk: A cross-sectional comparison. / E. Sprooten, M. Pappmeyer, A. Smyth, D. Vincenz, S. Honold, G. Conlon, T. Moorhead, D. Job, C. Whalley, J. Hall, A. McIntosh, D. Owens, E. Johnstone, S. Lawrie // *Schizophrenia Research*. – 2013. – Vol. 151. - №1-3. – P. 259-264.

194. Sørensen. T. Transsexualism as a nosological unity in men and women/ Sørensen. T., Hertoft, P. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1980. – Vol. 61. - №2. – P. 135-151.

195. Stein, M. Follow-up Observations of Operated Male-To-Female Transsexuals / M. Stein, L. Tiefer, A. Melman // *The Journal of Urology*. – 1990. – Vol. 143. - №6. – P. 1188–1192.

196. Stoller, R. J. The term "transvestism." / R. J. Stoller // *Archives of General Psychiatry*. – 1971. – Vol. 24. - №3. – P. 230–237.

197. Swaab, D. Sexual differentiation of the brain and behavior / D. Swaab // *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. – 2007. – Vol. 21. - №3. P. 431-444.

198. Wålinder, J. Transsexualism: A Study of Forty-three Cases / J. Wålinder // *Goteborg: Scandinavian University Books*. – 1967. – P. 198.

199. Wálinger, J. Transsexualism: Definition, prevalence sex distribution. / J. Wálinger // *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1968. – Vol. 43. - № S203. – P. 255–258.
200. Weininger, O. Sex and character / O. Weininger // London: William Heinemann. – 1906. -P. 45-53.
201. Wernicke, C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. / C. Wernicke // Erste Auflage. Verlag von Georg Thieme Leipzig. – 1900. -P. 72.
202. Westphal, C. Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes. / C. Westphal // *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. -1870. – Vol. 2. - №1. – P. 73-108.
203. Wiepjes, C. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. / C. Wiepjes, N. Nota, C. de Blok, M. Klaver, A. de Vries, S. Wensing-Kruger, R. De Jongh, M. Bouman, T. Steensma, P. Cohen-Kettenis, L. Gooren, B. Kreukels, M. Den Heijer // *Journal of Sexual Medicine*. – 2018. – Vol. 15. - №4. – P. 582-590.
204. Wylie, K. Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria. / K. Wylie, J. Barrett, M. Besser, W. Bouman, M. Bridgeman, A. Clayton, D. Ward // *Sexual and Relationship Therapy*. – 2014. – Vol. 29. - №2. – P. 154-214.
205. Ulrichs, K. (Numa Numantius), *Inclusa*. Anthropologische Studien über mann männliche Geschlechtsliebe. / K. Ulrichs // Leipzig. - 1864. – P. 20-67.
206. Urban, M., Rabe-Jabłońska, J. Delusion of sex change and body dysmorphic disorder in clinical picture of paranoid schizophrenia—case reports. / M. Urban, J. Rabe-Jabłońska // *Psychiatria Polska*. – 2010. – Vol. 44. - № 5. – P. 723–733.
207. Van Caenegem, E. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium / E. Van Caenegem, K. Wierckx, E. Elaut, A. Buysse, A. Dewaele, F. Van Nieuwerburgh, G. De Cuypere, G. T’Sjoen // *Archives of Sex Behavior*. – 2015. – Vol. 44. –№ 5. – P. 1281-1287.
208. Zucker, K. J. Gender identity disorder of childhood: Diagnostic issues. / K. J. Zucker, R. Green, S. J. Bradley, K. Williams, H. M. Rebach, J. E. Hood // In T. A.

- Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. Davis, et al. (Eds.), DSM-IV sourcebook. Washington, DC: American Psychiatric Association. – 1998. – Vol. 4. – P. 503–512.
209. Zucker, K. J. Gender identity disorder in the DSM-IV [Letter to the editor]. / K. J. Zucker // *Journal of Sex & Marital Therapy*. - 1999a. – Vol. 25. – P. 5–9.
210. Zucker, K. J. Commentary on Richardson’s (1996) “Setting Limits on Gender Health.” / K. J. Zucker // *Harvard Review of Psychiatry*. - 1999b. – Vol. 7. - P. 37–42.
211. Zucker, K. J. Genderdysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. / K. J. Zucker, A. Owen, S. J. Bradley, L. Ameeriar // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. – 2002. – Vol. 7. – P. 398–411.
212. Zucker, K. J. GID not “phantom disorder” [Letter to the editor]. / K. J. Zucker // *Psychiatric News*. – 2003. – Vol. 38. - №20. – P. 30.
213. Zucker, K. J. Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM-III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? A Historical Note. / K. J. Zucker, R. Spitzer // *Journal of Sex & Marital Therapy*. – 2005. – Vol. 31. - № 1. – P. 31-42.
214. Zucker, K. J. Gender Dysphoria in Adults. / K. J. Zucker, A. A. Lawrence, B. P. C. Kreukels, // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 12. – P. 217-247.
215. Zucker, K. J. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity / K. J. Zucker // *Sexual Health*. - 2017.- Vol. 14. - № 5. – P. 404.

## Приложение

### Приложение 1.

#### Методики психологического исследования.

#### 1. Тестовые методики и шкалы

- 1.1. Опросник половых ролей С. Бэм (Bem Sex Role Inventory, S.L. Bem, 1974) состоит из 60 личностных характеристик, 20 из которых относятся к шкале маскулинности, 20 – к шкале феминности и 20 являются гендерно нейтральными. Испытуемые должны оценить каждое качество бинарно, по наличию или отсутствию у себя.

#### Опросник С. Бем:

Отметьте в нижеследующем списке те качества, которые, по вашему мнению, есть у вас.

1. вера в себя;
2. умение уступать;
3. способность помочь;
4. склонность защищать свои взгляды;
5. жизнерадостность;
6. угрюмость;
7. независимость;
8. застенчивость;
9. совестливость;
10. атлетичность;
11. нежность;
12. театральность;
13. напористость;
14. падкость на лесть;
15. удачливость;
16. сильная личность;
17. преданность;
18. непредсказуемость;
19. сила;
20. женственность;
21. надежность;
22. аналитические способности;
23. умение сочувствовать;
24. ревнивость;
25. способность к лидерству;
26. забота о людях;
27. прямота, правдивость;
28. склонность к риску;
29. понимание других;
30. скрытность;
31. быстрота в принятии решений;
32. сострадание;
33. искренность;
34. самодостаточность (полагаться только на себя);
35. способность утешить;
36. тщеславие;
37. властность;
38. тихий голос;
39. привлекательность;
40. мужественность;
41. теплота, сердечность;
42. торжественность, важность;
43. собственная позиция;



44. мягкость;
45. умение дружить;
46. агрессивность;
47. доверчивость;
48. малорезультативность;
49. склонность вести за собой;
50. инфантильность;
51. адаптивность, приспособляемость;
52. индивидуализм;
53. нелюбовь к употреблению ругательств;
54. несистематичность;
55. дух соревнования;
56. любовь к детям;
57. тактичность;
58. амбициозность, честолюбие;
59. спокойствие;
60. традиционность, подверженность условностям

- 1.2. Кембриджская деперсонализационная шкала CDS (Sierra, Berrios, 2000; адаптация Лебедев С.В., 2005) представляет собой опросник для оценки частоты и продолжительности симптомов дереализации и деперсонализации. Она состоит из 29 утверждений о наличии тех или иных деперсонализационных явлений, оценивает их частоту, продолжительность и интенсивность как сумму частоты и продолжительности. Подсчитывается как общий балл, так и баллы по четырем субшкалам: «Отчуждение образа собственного тела», «Эмоциональное оцепенение», «Искажения восприятия» и «Отчуждение от окружающего мира» (Sierra, Baker, Medford, David, 2005).

### КЕМБРИДЖСКАЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННАЯ ШКАЛА

(Sierra&Berrios, 1996)

2. **ФИО:** \_\_\_\_\_ **Возраст:** \_\_\_\_\_ **Пол:** мужской/женский  
 3. *(пожалуйста, обведите правильный вариант)*
4. **Образование:** начальное/среднее/средне специальное/высшее  
 5. *(пожалуйста, обведите правильный вариант)*
6. \_\_\_\_\_

7. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ:

8. Предлагаемая Вам анкета касается некоторых необычных ощущений, которые могут испытывать здоровые люди в их повседневной жизни. Мы бы хотели узнать о: (а) частоте, т.е. как часто у Вас бывали такие ощущения за последние 6 месяцев, и (б) их приблизительной длительности. В каждом вопросе, пожалуйста, обведите выбранный Вами ответ. Если Вы неуверенны, выберите наиболее подходящий Вам ответ.
9. \_\_\_\_\_

- 10.1. Совершенно неожиданно, у меня появляется странное чувство, как будто я не реален или «выдернут» из реального мира.

11. Частота:

12. 0 = никогда  
 13. 1 = редко  
 14. 2 = часто  
 15. 3 = очень часто  
 16. 4 = постоянно  
 17. 5 = более суток  
 18. 6 = более недели

Длительность:

- Общая их продолжительность:**  
 1 = несколько секунд  
 2 = несколько минут  
 3 = несколько часов  
 4 = около суток

- 19.2. Предметы вокруг меня кажутся плоскими и (или) безжизненными, как будто я смотрю на картину.

20. Частота:

21. 0 = никогда

Длительность:

- Общая их продолжительность:**

22. 1 = редко  
 23. 2 = часто  
 24. 3 = очень часто  
 25. 4 = постоянно  
 26. 5 = более суток  
 27. 6 = более недели

- 1 = несколько секунд  
 2 = несколько минут  
 3 = несколько часов  
 4 = около суток

28.3. Я чувствую, как будто некоторые части моего тела мне не принадлежат.

**29. Частота:**

30. 0 = никогда  
 31. 1 = редко  
 32. 2 = часто  
 33. 3 = очень часто  
 34. 4 = постоянно  
 35. 5 = более суток  
 36. 6 = более недели

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
 2 = несколько минут  
 3 = несколько часов  
 4 = около суток

37.4. Бывают моменты, когда *я совсем не чувствую себя испуганным* в ситуациях, в которых обычно сильно пугаюсь и (или) нервничаю.

**38. Частота:**

39. 0 = никогда  
 40. 1 = редко  
 41. 2 = часто  
 42. 3 = очень часто  
 43. 4 = постоянно  
 44. 5 = более суток  
 45. 6 = более недели

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
 2 = несколько минут  
 3 = несколько часов  
 4 = около суток

46.5. Мои любимые занятия не долго доставляют мне удовольствие.

**47. Частота:**

48. 0 = никогда  
 49. 1 = редко  
 50. 2 = часто  
 51. 3 = очень часто  
 52. 4 = постоянно  
 53. 5 = более суток  
 54. 6 = более недели

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
 2 = несколько минут  
 3 = несколько часов  
 4 = около суток

55.6. В то время как я чем-то занят, я чувствую себя «сторонним наблюдателем», как будто смотрю на себя со стороны.

**56. Частота:**

57. 0 = никогда  
 58. 1 = редко  
 59. 2 = часто  
 60. 3 = очень часто  
 61. 4 = постоянно  
 62. 5 = более суток  
 63. 6 = более недели

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
 2 = несколько минут  
 3 = несколько часов  
 4 = около суток

64.7. Вкус пищи ненадолго приносит мне приятные или неприятные ощущения.

**65. Частота:**

66. 0 = никогда  
 67. 1 = редко  
 68. 2 = часто  
 69. 3 = очень часто

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
 2 = несколько минут  
 3 = несколько часов

70. 4 = постоянно  
71. 5 = более суток  
72. 6 = более недели

4 = около суток

73.8. Я ощущаю свое тело очень легким, как будто оно летит по воздуху.

74. **Частота:**

75. 0 = никогда  
76. 1 = редко  
77. 2 = часто  
78. 3 = очень часто  
79. 4 = постоянно  
80. 5 = более суток  
81. 6 = более недели

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
2 = несколько минут  
3 = несколько часов  
4 = около суток

82.9. Когда я плачу или смеюсь, мне кажется, что *я не ощущаю* при этом никаких эмоций.

83. **Частота:**

84. 0 = никогда  
85. 1 = редко  
86. 2 = часто  
87. 3 = очень часто  
88. 4 = постоянно  
89. 5 = более суток  
90. 6 = более недели

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
2 = несколько минут  
3 = несколько часов  
4 = около суток

91.

92.

93.10. Иногда я чувствую, что в голове нет никаких мыслей, так что, когда я разговариваю, слова произносятся как будто автоматически.

94. **Частота:**

95. 0 = никогда  
96. 1 = редко  
97. 2 = часто  
98. 3 = очень часто  
99. 4 = постоянно  
100. 5 = более суток  
101. 6 = более недели

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
2 = несколько минут  
3 = несколько часов  
4 = около суток

102. 11. Знакомые голоса (в том числе и мой собственный) звучат как бы отдалённо и (или) нереально.

103. **Частота:**

104. 0 = никогда  
105. 1 = редко  
106. 2 = часто  
107. 3 = очень часто  
108. 4 = постоянно  
109. 5 = более суток  
110. 6 = более недели

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
2 = несколько минут  
3 = несколько часов  
4 = около суток

111. 12. Я чувствую, как будто мои руки и ноги становятся больше и (или) меньше.

112. **Частота:**

113. 0 = никогда  
114. 1 = редко  
115. 2 = часто  
116. 3 = очень часто

**Длительность:**

**Общая их продолжительность:**

- 1 = несколько секунд  
2 = несколько минут  
3 = несколько часов

117. 4 = постоянно 4 = около суток
118. 5 = более суток
119. 6 = более недели
120. 13.Окружающие меня люди и предметы, кажутся нереальными и (или) отдалёнными, как будто между мной и окружающим миром натянут занавес.
121. **Частота:** **Длительность:**
- 122.0 = никогда **Общая их продолжительность:**
123. 1 = редко 1 = несколько секунд
124. 2 = часто 2 = несколько минут
125. 3 = очень часто 3 = несколько часов
126. 4 = постоянно 4 = около суток
127. 5 = более суток
128. 6 = более недели
129. 14.Кажется, как будто события, произошедшие накануне (совсем недавно) были давным-давно. Например, что-нибудь, что я сделал этим утром, ощущается (вспоминается) так, словно я делал это неделю назад.
130. **Частота:** **Длительность:**
- 131.0 = никогда **Общая их продолжительность:**
132. 1 = редко 1 = несколько секунд
133. 2 = часто 2 = несколько минут
134. 3 = очень часто 3 = несколько часов
135. 4 = постоянно 4 = около суток
136. 5 = более суток
137. 6 = более недели
138. 15.Во время пробуждения появляется «видение», в котором я могу *видеть* себя со стороны, словно смотрю на своё отражение в зеркале.
139. **Частота:** **Длительность:**
- 140.0 = никогда **Общая их продолжительность:**
141. 1 = редко 1 = несколько секунд
142. 2 = часто 2 = несколько минут
143. 3 = очень часто 3 = несколько часов
144. 4 = постоянно 4 = около суток
145. 5 = более суток
146. 6 = более недели
147. 16.Я чувствую себя отдельно от своих собственных воспоминаний, о событиях, происходивших в прошлом, будто бы эти воспоминания не обо мне и я не чувствовал в этих событиях.
148. **Частота:** **Длительность:**
- 149.0 = никогда **Общая их продолжительность:**
150. 1 = редко 1 = несколько секунд
151. 2 = часто 2 = несколько минут
152. 3 = очень часто 3 = несколько часов
153. 4 = постоянно 4 = около суток
154. 5 = более суток
155. 6 = более недели
156. 17.В новой, незнакомой ситуации, я ощущаю, будто это уже происходило раньше.
157. **Частота:** **Длительность:**
- 158.0 = никогда **Общая их продолжительность:**
159. 1 = редко 1 = несколько секунд

160. 2 = часто 2 = несколько минут  
 161. 3 = очень часто 3 = несколько часов  
 162. 4 = постоянно 4 = около суток  
 163. 5 = более суток  
 164. 6 = более недели
165. 18. Неожиданно, я перестаю ощущать малейшую душевную близость (любовь) к моим родным и близким друзьям.
166. **Частота:** **Длительность:**  
 167.0 = никогда **Общая их продолжительность:**  
 168. 1 = редко 1 = несколько секунд  
 169. 2 = часто 2 = несколько минут  
 170. 3 = очень часто 3 = несколько часов  
 171. 4 = постоянно 4 = около суток  
 172. 5 = более суток  
 173. 6 = более недели
174. 19. Предметы вокруг меня начинают мне казаться меньше и более отдаленными.
175. **Частота:** **Длительность:**  
 176.0 = никогда **Общая их продолжительность:**  
 177. 1 = редко 1 = несколько секунд  
 178. 2 = часто 2 = несколько минут  
 179. 3 = очень часто 3 = несколько часов  
 180. 4 = постоянно 4 = около суток  
 181. 5 = более суток  
 182. 6 = более недели
183. 20. Я не могу полноценно почувствовать характер предмета, который держу в руках, ощупываю; такое чувство, словно *этот предмет ощупываю не я.*
184. **Частота:** **Длительность:**  
 185.0 = никогда **Общая их продолжительность:**  
 186. 1 = редко 1 = несколько секунд  
 187. 2 = часто 2 = несколько минут  
 188. 3 = очень часто 3 = несколько часов  
 189. 4 = постоянно 4 = около суток  
 190. 5 = более суток  
 191. 6 = более недели
192. 21. Мне кажется, что я не могу нарисовать некоторые вещи в моём воображении, например лица близких друзей и родственников или знакомые мне места.
193. **Частота:** **Длительность:**  
 194.0 = никогда **Общая их продолжительность:**  
 195. 1 = редко 1 = несколько секунд  
 196. 2 = часто 2 = несколько минут  
 197. 3 = очень часто 3 = несколько часов  
 198. 4 = постоянно 4 = около суток  
 199. 5 = более суток  
 200. 6 = более недели
201. 22. Когда часть моего тела болит, я чувствую себя отстранённо от боли, так, словно если бы это была не моя, а чья-нибудь чужая.
202. **Частота:** **Длительность:**  
 203.0 = никогда **Общая их продолжительность:**

- |      |                 |                      |
|------|-----------------|----------------------|
| 204. | 1 = редко       | 1 = несколько секунд |
| 205. | 2 = часто       | 2 = несколько минут  |
| 206. | 3 = очень часто | 3 = несколько часов  |
| 207. | 4 = постоянно   | 4 = около суток      |

208. 5 = более суток

209. 6 = более недели

210. 23.Я чувствую себя вне своего тела.

211. **Частота:**

**Длительность:**

212.0 = никогда

**Общая их продолжительность:**

213. 1 = редко

1 = несколько секунд

214. 2 = часто

2 = несколько минут

215. 3 = очень часто

3 = несколько часов

216. 4 = постоянно

4 = около суток

217. 5 = более суток

218. 6 = более недели

219. 24.Когда я двигаюсь, я не ощущаю контроля над своими движениями, как будто я делаю их «автоматически», словно «робот».

220. **Частота:**

**Длительность:**

221.0 = никогда

**Общая их продолжительность:**

222. 1 = редко

1 = несколько секунд

223. 2 = часто

2 = несколько минут

224. 3 = очень часто

3 = несколько часов

225. 4 = постоянно

4 = около суток

226. 5 = более суток

227. 6 = более недели

228.

229.

230. 25.Запах вещей ненадолго приносит мне приятные или неприятные ощущения.

231. **Частота:**

**Длительность:**

232.0 = никогда

**Общая их продолжительность:**

233. 1 = редко

1 = несколько секунд

234. 2 = часто

2 = несколько минут

235. 3 = очень часто

3 = несколько часов

236. 4 = постоянно

4 = около суток

237. 5 = более суток

238. 6 = более недели

239. 26.Я чувствую отстранённость от собственных мыслей, как будто они живут собственной жизнью.

240. **Частота:**

**Длительность:**

241.0 = никогда

**Общая их продолжительность:**

242. 1 = редко

1 = несколько секунд

243. 2 = часто

2 = несколько минут

244. 3 = очень часто

3 = несколько часов

245. 4 = постоянно

4 = около суток

246. 5 = более суток

247. 6 = более недели

248. 27.Мне необходимо ощупать себя, чтобы убедиться, что я и моё тело реальны.

249. **Частота:**

**Длительность:**

250.0 = никогда

**Общая их продолжительность:**

- |         |   |                                    |
|---------|---|------------------------------------|
| 251.    | 1 = редко   | 1 = несколько секунд               |
| 252.    | 2 = часто   | 2 = несколько минут                |
| 253.    | 3 = очень часто   | 3 = несколько часов                |
| 254.    | 4 = постоянно   | 4 = около суток                    |
| 255.    | 5 = более суток   |                                    |
| 256.    | 6 = более недели  |                                    |
| 257.    | 28. <i>Мне кажется</i> , что я утратил некоторые чувства (например голод и жажду) так что когда я ем или пью, то не ощущаю ничего особенного. |                                    |
| 258.    | <b><u>Частота:</u></b>  | <b><u>Длительность:</u></b>        |
| 259.0 = | никогда   | <b>Общая их продолжительность:</b> |
| 260.    | 1 = редко   | 1 = несколько секунд               |
| 261.    | 2 = часто   | 2 = несколько минут                |
| 262.    | 3 = очень часто   | 3 = несколько часов                |
| 263.    | 4 = постоянно   | 4 = около суток                    |
| 264.    | 5 = более суток   |                                    |
| 265.    | 6 = более недели  |                                    |
| 266.    | 29. Прежде знакомое место выглядит как абсолютно незнакомое, словно я никогда не видел его раньше.  |                                    |
| 267.    | <b><u>Частота:</u></b>  | <b><u>Длительность:</u></b>        |
| 268.0 = | никогда   | <b>Общая их продолжительность:</b> |
| 269.    | 1 = редко   | 1 = несколько секунд               |
| 270.    | 2 = часто   | 2 = несколько минут                |
| 271.    | 3 = очень часто   | 3 = несколько часов                |
| 272.    | 4 = постоянно   | 4 = около суток                    |
| 273.    | 5 = более суток   |                                    |
| 274.    | 6 = более недели  |                                    |
| 275.    |   |                                    |

## 2. Проективные и полупроjektивные методики

2.1. Проективная методика «Кодирование» (А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков, 2001). Испытуемому предлагается сравнить основные полоролевые образы (Я, Мужчина, Женщина, Ребенок) с образами из различных классов (Деревья, Животные, Неодушевленные предметы и др.), обосновав свой выбор. В исследовании оценивались содержательность описания, эмоциональное отношение, признаки искажения пола, деперсонификации, трансформации, гиперролевого поведения, эротизированного отношения по каждому из образов, также оценивалось количество пересечений между образами.



## КОДИРОВАНИЕ

	МУЖЧИНА	РЕБЕНОК	ЖЕНЩИНА	Я
НЕОДУШЕВЛЕННЫЙ ПРЕДМЕТ				
ТРАВЯНИСТОЕ РАСТЕНИЕ				
ДЕРЕВО				
ЖИВОТНОЕ				
МУЗЫКАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ				
ГЕОМЕТРИЧЕСКАЯ ФИГУРА				
СКАЗОЧНЫЙ ПЕРСОНАЖ				
АМПУЛА АРТИСТА ЦИРКА				

2.2. Проективная методика «Рисунок человека» (К. Маховер, 2009) использовалась для выявления личностных характеристик испытуемых, проекции их гендерной идентичности. Инструкция: «Нарисуйте, пожалуйста, человека, какого хотите». Проводилась количественная и качественная оценка рисунка. Количественная обработка результатов заключалась в оценке изображения по 46 пунктам, учитывающим как способ изображения, так и число имеющихся основных и второстепенных деталей (Венгер А.Л., 2003).

Качественный анализ включал оценку следующих показателей:

- 1) Пол изображенного человека;
- 2) Пространственное расположение фигуры;
- 3) Ее абсолютная и относительная величина;
- 4) Особенности изображения и пропорции частей тела;
- 5) Графическое качество изображения фигуры;
- 6) Символическая трактовка изображенных деталей, действий, предметов.

В результате качественного анализа у испытуемых определялось наличие или отсутствие таких характеристик как:

- 1) Шизоидные черты
- 2) Демонстративность
- 3) Тревожность
- 4) Инфантильность
- 5) Психическая неустойчивость
- 6) Депрессивное состояние
- 7) Агрессия
- 8) Неуверенность в себе
- 9) Конфликты в сексуальной сфере