

© С.Б. Кулиш, 2009
УДК [616.69:616.895.8](045)

Для корреспонденции

Кулиш Светлана Борисовна – кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник лаборатории судебной сексологии ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»
Адрес: 119992, г. Москва, Кропоткинский пер, д. 23
Телефон: (495) 637-23-97
E-mail: svkulish@yandex.ru

С.Б. Кулиш

Синдром половой дисфории у мужчин с заболеваниями шизофренического спектра

ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», Москва
The Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

Gender dysphoria syndrome in males with schizophrenic spectrum disorders

S.B. Kulish

A clinico-psychopathological analysis of peculiar features of gender dysphoria syndrome in males afflicted with schizophrenia (58 persons) was carried out. Variants and pathogenetic mechanisms of the formation of this syndrome were identified and described.

Key words: *gender dysphoria, schizophrenia, gender identity disorders, gender change, transsexualism*

Проведен клинико-психопатологический анализ особенностей синдрома половой дисфории у мужчин, страдающих шизофренией (58 человек). Выявлены и описаны варианты и патогенетические механизмы формирования изучаемого синдрома.

Ключевые слова: *половая дисфория, шизофрения, расстройства половой идентификации, смена пола, транс-сексуализм*

Проблема изучения особенностей расстройств половой идентификации (РПИ) достаточно актуальна в связи с ростом обращаемости пациентов с целью перемены пола. С учетом трудностей в процессе дифференциальной диагностики лица, стремящиеся к оперативной смене пола, были выделены в особую группу, а такие состояния стали обозначать как «синдром отвергания пола», впоследствии синдром был назван «половой дисфорией» [9]. Половая дисфория (ПД) – неудовлетворенность своей врожденной половой принадлежностью и связанной с ней социальной ролью, выраженность которой варьируется от легкого недовольства и «сомнений» в своей половой принадлежности до отрицания пола со стремлением к его хирургическому и гормональному изменению. По данным зарубежной литературы [13], около 25% больных шизофренией в определенный момент жизни переживают ощущение собственной транссексуальности, что приводит их к желанию перемены пола. Имеются указания о связи между психотическими расстройствами и желанием изменить свой пол [10]. Исследование лиц с ПД [12] показало, что примерно 78% мужчин с данным синдромом обладают патологической структурой личности, в особенности «шизоидными характеристиками». Некоторые исследователи [6] говорят о «вторичном транссексуализме» при шизофрении. Описания клинических случаев [4–8, 11] указывают на то, что в доклинической

фазе шизофрении идеи принадлежности к другому полу могут быть также постоянны и убедительны, как и истинные РПИ. В исследованиях продромальных симптомов шизофрении, сомнения в гендерной идентичности включены в список возможных предвестников [5]. В зарубежных исследованиях было отмечено, что среди лиц, обращающихся для решения вопроса о смене пола, процентный состав больных шизофренией колеблется от 1,8 до 16% [11]. В отечественных работах показано, что среди лиц с ПД больные шизофренией составляют до 24% [1].

Целью настоящего исследования явилась клинико-психопатологическая и сексологическая оценка мужчин с синдромом половой дисфории, имеющих расстройства шизофренического спектра.

Материал и методы

Объект исследования: 58 мужчин, больных шизофренией (F20, F21, F22 по МКБ-10) и расстройствами сексуального развития (F64, F65 по МКБ-10).

Методы: клинико-психопатологический, сексологический.

Результаты и обсуждение

Нозологическая характеристика группы представлена в табл. 1, а формы психосексуальных расстройств – в табл. 2.

При оценке особенностей игровой деятельности (на этапе становления полового самосознания) было выявлено, что пациенты с ПД в детстве в ролевых играх стремились исполнять женские

роли (матери, бабушки и пр.) или, не высказывая предпочтений, исполняли роли животных, неодушевленных объектов (самолета, автомобиля и пр.). В играх со сверстниками пациенты предпочитали лиц противоположного пола, чаще выбирали «девочки» игрушки. Во взаимоотношениях со сверстниками отмечалась или подчиненная роль, или выбор специфического объекта референции (в данном случае – противоположного пола), когда ребенок стремился копировать черты поведения или характера.

Явления кроссдрессинга (КД) – эпизодического переодевания или постоянного ношения одежды, присущей противоположному полу, были отмечены в 93,1%. При этом в 72,4% случаев у лиц с ПД выявлялось поведение, сопровождавшееся переодеванием в одежду противоположного пола, но не относящееся ни к одному из вариантов трансвестизма, поскольку при нем отсутствовало как сексуальное возбуждение, характерное для фетишистского трансвестизма, так и чувство «душевного комфорта» или релаксации, характерное для трансвестизма двойной роли. Подобное поведение возникало в возрасте до 10 лет, являлось отражением имеющегося РПИ и воспринималось пациентами как совершенно естественное.

Неприятие половых признаков в исследуемой группе выявлялось в 100%. При этом наибольшую негативную реакцию вызывало наличие вторичных половых признаков (оволосение, эрекции, семяизвержение) – 58,6%. Случаи сочетанного неприятия как первичных (анатомических), так и вторичных половых признаков составили 27,6%, изолированного неприятия первичных половых признаков – 13,8%. Степень выраженности неприятия была

Таблица 1. Нозологическая характеристика (n=58)

Код МКБ-10	Диагноз	Количество пациентов	
		абс.	%
F20.0	Шизофрения параноидная	7	12,06
F20.8	Шизофрения (другой тип)	4	6,89
F21	Шизотипическое расстройство	23	39,65
F22.0	Хроническое бредовое расстройство	9	15,51
F22.82	Шизофрения паранойальная	15	25,86

Таблица 2. Формы психосексуальных расстройств (n=58*)

Код МКБ-10	Диагноз	Количество пациентов	
		абс.	%
F64.1	Трансвестизм двойной роли	10	17,24
F64.8	Другое расстройство половой идентификации	58	100
F65.1	Фетишистский трансвестизм	8	13,79
F65.6	Множественные расстройства сексуального предпочтения	9	15,52

* Расхождение с общим количеством объясняется сочетанием нескольких феноменов.

различной: от равнодушно-отстраненного отношения – 50% (с использованием половых органов в сексуальных контактах) до раздражения и стремления к самокастрации – 44,8%; случаи самокастрации и эпизоды нанесения самоповреждений в области половых органов наблюдались в 5,2% случаев.

Результаты исследования позволяют уточнить **патогенетические механизмы синдрома половой дисфории**, проявления которого условно можно представить в виде нарушений психического и физического «Я», включающих как отношение к собственному телу, так и отнесение себя к определенному полу. Нарушения физического «Я» можно разделить на восприятие собственного тела (как мужское; как женское, но «с дефектами»; как уродливое); отношение к телу, 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 какому-то из полов. Ощущение собственной половой принадлежности, в свою очередь, можно разделить на следующие варианты (**типы ПД**):

1) ощущение принадлежности к противоположному полу («Я – женщина»);

2) отсутствие ощущения принадлежности к определенному полу, сомнения в собственной половой принадлежности:

- **А** («Я – не мужчина и не женщина»);
- **В** («Я – и мужчина и женщина»);

3) желание принадлежать к противоположному полу при «правильном» осознании своего пола («хочу быть женщиной», «быть как женщины»).

В плане динамики возраст **проявлений половой дисфории** можно разделить на возраст появления сомнений в собственной половой принадлежности (или появление ощущения несоответствия с биологическим полом) и возраст становления намерений изменить пол. Наиболее выраженным диапазоном, в котором впервые появлялось **ощущение несоответствия между собственным биологическим и ощущаемым полом** (по субъективным данным), являлся промежуток от 6 до 10 лет – 55,4%, второй, по степени убывания диапазон: от 11 до 14 лет –

22,3%. Такой же процентный состав лиц с ПД вообще никогда не испытывал сомнений в собственной половой идентичности, однако у них отмечалось желание «быть как девочки».

Намерение изменить пол начинало формироваться после 14 лет и было наиболее выраженным в промежутке 15–25 лет. У тех обследуемых, которые никогда не сомневались в своей мужской половой принадлежности, но с детства желали «соответствовать женскому образу», стремление изменить пол формировалось, как правило, после 30 лет.

Клинико-психопатологическая характеристика больных при различных вариантах синдрома половой дисфории

Нозологическая характеристика исследуемых лиц в зависимости от вариантов ПД представлена в табл. 3.

Подгруппа 1 (ощущение принадлежности к противоположному полу, т.е. «Я – женщина»). Исследование психосексуального развития больных, которых можно было в соответствии с патогенетическими механизмами формирования ПД отнести к данному варианту (21 человек), показало, что в этих случаях расстройство полового самосознания формируется уже на этапе базовой половой идентичности, проявляясь в дальнейшем в виде нарушений психического и физического «Я» на последующих этапах. Большую часть больных в этом варианте составили лица с диагнозом «шизотипическое расстройство» – 20 человек.

Клинические признаки РПИ представлены исполнением женских ролей в играх, предпочтением общения с противоположным полом и непониманием увлечений своего. Из преморбидных особенностей можно отметить преобладание истероидных и сенситивных черт, а также тип «образцового ребенка». Из особенностей воспитания в семье – строгость, физические наказания; во взаимоотношениях с родителями – отсутствие эмоциональной близости, которое в подростковом и более старшем возрасте значительно улучшается. Характерным для данной категории пациентов является имеющееся у них с детства (в виде убежденности) ощущение принадлеж-

Таблица 3. Нозологическая характеристика исследуемых лиц в зависимости от вариантов ПД

Код по МКБ-10	Диагноз по МКБ-10	Варианты половой дисфории, абс. (%):		
		1	2	3
F20.0	Шизофрения параноидная	–	4 (6,9%)	3 (5,2%)
F20.8	Шизофрения (другой тип)	–	4 (6,9%)	–
F21	Шизотипическое расстройство	20 (34,5%)	2 (3,5%)	1 (1,7%)
F22.0	Хроническое бредовое расстройство	–	1 (1,7%)	8 (13,7%)
F22.82	Шизофрения паранойяльная	1 (1,7%)	5 (8,6%)	9 (15,5%)
Итого		21	16	21

ности к противоположному полу; собственное тело воспринимается ими как женское, отношение к нему (до подросткового возраста) спокойное, за исключением половых органов, которые воспринимаются как некое анатомическое уродство или болезнь. На полоролевом этапе возникает осознание своей «неправильной» половой принадлежности; как следствие – **гипермаскулинное поведение**, которое в данном случае является попыткой соответствовать биологическому полу: «усердно вел себя так, чтобы ни у кого не возникло сомнений по поводу моей мужественности». Попытки адаптации в мужской роли реактивно сопровождаются снижением аффекта и усилением дисморфобических переживаний: «Было страшно увидеть несоответствие того, что внутри, и того, что снаружи». КД-поведение данной категорией лиц осуществляется по типу «параллельной жизни» с характерным для них отсутствием эйфории или возбуждения, а возникающее ощущение дискомфорта от ношения мужской одежды воспринимается как подтверждение своей женственности. Характерен (часто с младшего школьного возраста) выбор женского имени. **Дискомфорт и негативное восприятие собственных половых признаков** возникают до пубертатного периода, через осознание собственного биологического пола и направлено сразу на первичные и вторичные половые признаки: «Испытал шок, плакал, отказывался верить матери, что является мальчиком», «у меня внизу не так, как нужно». С течением времени усиливается убежденность в принадлежности к противоположному полу: «Чем больше девочки становились женственными, тем больше я сама становилась уродливей и уродливей», «считал, что являюсь гермафродитом, убеждая себя в том, что внутри – женские половые признаки». Сексуальное влечение, как правило, отличается гомосексуальной направленностью. **Прием женских половых гормонов** является способом достижения соответствия с ощущаемым полом. Все события собственной жизни расцениваются как доказательства своей женственности и необходимости смены пола. **Желание смены пола** носит «психологически понятный», сверхценный характер.

Таким образом, в данной подгруппе наблюдались особенности формирования РПИ, аналогичные описанным у лиц с транссексуализмом. Вместе с тем имеет место малопрогрессирующее течение шизофренического процесса, начинающегося исподволь, с неврозоподобных и аффективных расстройств. Колебания настроения не имеют витальных включений и, как правило, ситуационно обусловлены. Имеющееся в данной подгруппе постепенное усиление аутистических черт является как следствием имеющегося полоролевого конфликта, так и следствием эндогенного процесса. Важно отметить, что наличие симптомов расстройства половой идентификации (на разных этапах психосексуального развития), как правило, получало объективное подтверждение со

стороны родителей. Характерны удовлетворительная социальная адаптация и сохранность психических функций больных, что в ряде случаев затрудняло дифференциальную диагностику как в отношении группы лиц с транссексуализмом, так и с расстройствами личности. Негативные изменения ограничивались признаками легкого эмоционально-волевого обеднения или изменениями личности типа «фершробен». Обращает на себя внимание, что имеющееся РПИ проявилось уже с раннего возраста, задолго до возникновения клинических признаков эндогенного процесса, поэтому в данном случае можно говорить о том, что оно является нозологически отдельным от шизофреническим состоянием.

Подгруппа 2 (отсутствие ощущения принадлежности к определенному полу, сомнения в половой принадлежности). Эту подгруппу составили 16 человек. По формам шизофренических расстройств больные распределились следующим образом: параноидальная шизофрения – 1,7 и 6,9% (здесь и далее в подгруппах А и В соответственно), шизофрения параноидная – 5,2 и 1,7%, другой тип – по 3,5%, бредовое расстройство выявлялось только в первой подгруппе (1,7%), а шизотипическое расстройство – только во второй (3,5%).

Подгруппа 2А («Я – не мужчина и не женщина»). РПИ формируется на этапе базового полового самосознания, однако особенно выражены проявления в виде нарушений психического и физического «Я» на последующих этапах. Из преморбидных черт наиболее выражены психастенические, сенситивные и аутистические. Из особенностей воспитания можно отметить гиперопеку со стороны матери в сочетании с симбиотическим типом взаимоотношений, который в пубертате сменяется на негативное отношение вплоть до агрессии или полного отказа в общении. В детском и подростковом возрасте отмечаются множественные (часто нелепые) страхи, сенестопатии, преходящие эпизоды дереализации/деперсонализации, нервной анорексии, метафизическая интоксикация. Характерным для данной категории лиц является отсутствие восприятия собственного тела как имеющего определенную половую принадлежность. Отношение к нему (до подросткового возраста) равнодушно-спокойное, в том числе и к половым органам. Дискомфорт от собственного тела носит «необъяснимый» и неосознаваемый характер; однако зачастую присутствует чувство зависти по отношению к девочкам, желание понять их ощущения. В детском возрасте характерны ролевые игры с обоими полами, роли в них – недифференцированные (по полу, возрасту и одушевленности объекта). Дополнительно можно отметить патологическое фантазирование, проявляющееся в играх с перевоплощением в животных, сказочных персонажей длительностью от нескольких дней до нескольких месяцев. Основным феноменом, отражающим РПИ и искажения самосознания,

являются нарушения, которые можно охарактеризовать понятиями «аутопсихическая деперсонализация» и «патологические метаморфозы». Под последними подразумеваются те расстройства самосознания, при которых больные воспринимают себя другим человеком, животным или неодушевленным предметом, при которых с психологической точки зрения происходит неадекватная идентификация или категоризация собственного «Я» [3]. Данный феномен является следствием отрицания своего «Я», т.е. происходит персонификация в «Я-не». При этом больные отрицают свое «Я» в качестве субъекта определенных активностей, в данном случае – видовой [2]. В подростковом возрасте у данной категории лиц происходит сужение фабулы фантазирования с появлением сюжета перевоплощения в противоположный пол. Фантазирование первоначально носит сверхценный характер, однако с течением времени фантазии приобретают доминирующий (иногда овладевающий) характер и зачастую сопровождаются переодеванием в женскую одежду. Примерно в этом же возрасте возникает непонимание увлечений сверстников своего пола с неприятием их интересов при одновременном отторжении от группы девочек.

С 15–17 лет отмечаются **дисморфофобические переживания, имеющие первоначально ипохондрический характер**, поскольку физиологические изменения воспринимаются негативно и расцениваются как проявление некоего «заболевания». Собственное тело начинает восприниматься как мужское (через осознание физиологии), но уродливое, что приводит к формированию диссоциативных проявлений в виде появления ощущения чуждости собственного тела. Идеи несоответствия с собственным биологическим полом, а затем и сомнения в половой принадлежности формируются как следствие интерпретации имеющихся ощущений. Возникающие аутохтонно выраженные состояния подавленного аффекта с тоской и апатией сопровождаются усилением дисморфофобических переживаний и чувством «несоответствия мужскому эталону». Дальнейшая интерпретация имеющегося состояния сменяется осознанием принадлежности к женскому полу. Характерно, что в данном случае убежденность возникает от обратного: «Я – не мужчина, а раз так, то я – женщина»; и ведет к возникновению решения о «начале социализации в женской роли».

Попытки адаптации в мужской роли (как правило, в виде гипермаскулинного поведения) являются стремлением избавиться от мыслей о «несоответствии мужскому эталону» и от желания стать женщиной. Стремление перевоплотиться в другой образ сопровождается отрицанием прошлой жизни, ведет к **самостоятельному приему гормонов** в целях феминизации внешности. Возникающие изменения тела по женскому типу сопровождаются улучшением

аффекта и самочувствия (эйфоризирующий эффект эстрогенов), что в свою очередь интерпретируется как правильно выбранное решение и приводит к возникновению идеи о необходимости изменения пола. При этом активность направлена не столько на саму операцию, сколько на феминизирующее изменение внешности (пластика лица, операция на голосовых связках и пр.) и смену паспортного пола. Вопрос об операции на гениталиях рассматривается в последнюю очередь: «Это можно сделать потом, чтобы не висели, а на сегодня мне достаточно женской фигуры и лица, которое я старательно стараюсь поменять». Имеющееся изолированное отрицательное отношение к вторичным половым признакам в процессе гормональной терапии сменяется на отчетливо выраженное негативное отношение к первичным (анатомическим), которое в свою очередь формируется интерпретативно, поскольку их наличие расценивается как «единственное препятствие» для возможности становления женщиной: «член препятствует строить отношения с другим мужчиной; он же препятствует моему поведению в обществе, как женщины».

Характерным для данной подгруппы лиц является относительная сохранность социальной адаптации, довольство имеющимися изменениями (гормоны, КД) и одновременно существующее различное отношение к половым признакам (негативное – равнодушное – отстраненное). Идеи смены пола в рамках ПД возникают интерпретативно и носят паранойяльный характер.

Подгруппа 2В («Я – и мужчина, и женщина»). В преморбиде данной подгруппы преобладают гипертимные, истероидные и паранойяльные черты. Зачастую один из родителей способствует формированию РПИ (переодевает в наказание, поощряет фемининное поведение и пр.). Из особенностей воспитания можно отметить гиперопеку со стороны матери с одновременным наличием крайне негативной характеристики отцовской фигуры. Характерным для данной подгруппы является отсутствие восприятия собственного тела как имеющего определенную половую принадлежность; отношение к нему (до пубертата) равнодушно-спокойное, в том числе и к половым органам. В детском возрасте характерно неустойчивое ощущение собственной половой принадлежности, т.е. хотя дети и имели формальное понимание различия полов (в основном – одежда, игрушки), но периодически отождествляли себя то с мальчиком, то с девочкой: «Считал, что мы сами можем выбрать, кем быть». Предпочтение общения с противоположным полом формируется по принципу «легкости» и приводит к интерпретативному восприятию своей половой принадлежности как женской. Трудности во взаимоотношении со сверстниками приводят к **гипермаскулинному поведению**, которое у данной группы больных является борьбой с имеющейся в пове-

дении женственностью: «Старательно копировал жесты и движения других мальчиков, пытался стать на них похожим». В пубертате аутохтонно возникают аффективные колебания, сопровождающиеся усилением ощущения «собственной женственной неполноценности». Как интерпретация происходящих в пубертате изменений внешности (собственных, но чаще – противоположного пола) появляется осознание того, что собственное тело не соответствует женскому. Это ведет к формированию к нему негативного отношения (воспринимается, как мужское, но уродливое). Негативное отношение к половым признакам достаточно быстро сменяется на равнодушно-формальное с явлениями диссоциации: «Уже длительное время не ассоциирую свое тело с собой». Неприятие более выражено по отношению к вторичным половым признакам. Стремление перевоплотиться в другой образ ведет к **самостоятельному приему гормонов**. Вопрос об операции на гениталиях рассматривается редко. Для данной подгруппы первостепенное значение имеет социальная адаптация и довольство изменениями, возникшими в результате приема гормонов и КД. В отличие от предыдущей подгруппы (А), половая дисфория вторична, поскольку является следствием несоответствия с ощущаемым полом.

Характерным для подгруппы 2 в целом (А и В варианты) является отсутствие или (реже) слабая выраженность сексуального влечения. В последних случаях платоническая влюбленность в женщин и отождествление себя с женскими образами сосуществует с эротическим и сексуальным влечением к мужчинам. Изучение динамики нарушений полового самосознания у больных данной подгруппы показало, что сомнениям в своей половой принадлежности предшествовала его «недифференцированность». Нарушения аутоидентификации отмечались с раннего детского возраста в виде особой пластичности самосознания, проявлявшейся как в характере игровой деятельности, так и в других поведенческих паттернах. По-видимому, обнаруживаемая в этой подгруппе патология самосознания является следствием и проявлением эндогенного процесса, а отмечающиеся в преморбиде нарушения полового самосознания (возникшие еще на этапах становления базовой и полоролевой идентичности), накладываясь на специфику пубертатного периода, определяют механизм формирования половой дисфории. Иными словами, в данном случае ПД при шизофрении можно представить как проявление нарушения самосознания, характерного для эндогенного процесса.

Подгруппа 3 («желание принадлежать» к противоположному полу при «правильном» осознании своей половой принадлежности – «Хочу быть женщиной», «быть как женщина»). В подгруппе (всего 21 человек) преобладали диагнозы шизофрении паранойальной – 15,5% и хронического бредового

расстройства – 13,7%. В данной подгруппе собственная идентичность осознается как мужская. Тело воспринимается как мужское, без негативного отношения к нему и к половым признакам. РПИ в инициальном периоде имеет редуцированные, неосознаваемые проявления в виде транзиторных эпизодов трансвестизма, сновидений (об изменении пола или превращении в женщину), эпизодических гомосексуальных контактов. **Синдром половой дисфории** впервые проявляется при манифестации эндогенного процесса и представлен бредовыми идеями с чувством собственной измененности (феминизации), возникающими на фоне дереализационно-деперсонализационных переживаний с сенестопатическими, ипохондрическими включениями (ощущение изменения частей тела и голоса, чувство увеличения груди, атрофии яичек, неприятные болезненные ощущения в области гениталий). Данные переживания нередко являлись причиной нанесения самоповреждений в области гениталий. В ряде случаев нормативные физиологические изменения, возникающие в пубертатном периоде, также имели бредовую интерпретацию и расценивались как признаки феминизации. Идеи «своей ТС-идентичности» или желание изменить пол, как правило, были связаны с поступлением информации извне и возникали по типу «озарения». Описанные явления соматопсихической деперсонализации в дальнейшем толковались больными как доказательство их принадлежности к противоположному полу, что вызывало убежденность в необходимости оперативного вмешательства. У большинства обследованных в инициальном периоде отмечался широкий спектр психопатологических проявлений в виде невротоподобных, психопатоподобных, галлюцинаторных и аффективных расстройств, образований сверхценного и бредового характера (реформаторства, изобретательства, ревности и пр.). При этом необходимо отметить полиморфизм и незавершенность имевшихся психопатологических переживаний, их быструю смену с течением времени, а также несформированность и парадоксальный бредовый характер транссексуального запроса: желание иметь только женские гениталии, «побыть женщиной», избавиться только от полового члена. Решение о хирургической коррекции гениталий принималось больными, как правило, на фоне повышенного настроения и сопровождалось изменением поведения «по типу новой жизни». Сами пациенты свое приподнятое состояние объясняли «решимостью в принятии мер по перемене пола», а также теми изменениями во внешнем облике, которые возникали на фоне самостоятельного приема гормонов. В этих случаях аффект был схож с состоянием эйфории, однако отмечались быстрая его смена и неустойчивость с ситуационной переменой от эйфории к плаксивости. В структуре депрессивного аффекта здесь доминировали тревожный

и дисфорический компоненты. Однако, в отличие от депрессивно-ипохондрического синдрома, ядром симптомокомплекса здесь являлась проблема внешнего вида, а не соматического заболевания.

Отличительной особенностью данной группы больных является истолкование событий прошлой жизни в свете своих «транссексуальных» переживаний и изменение воспоминаний о ней: «Когда я пытаюсь вспомнить свое детство, память рисует девочку, и я знаю, что эта девочка – я», «я могу вспомнить факты биографии, но эта история – чужая»; «вижу себя женщиной без биографии, а эти изложенные факты как будто относятся не ко мне и меня (его) не было никогда». Характерно позднее появление патологического фантазирования, носящего зачастую аутогинефильный характер: «Спешила с работы домой, чтобы погрузиться в эти грезы: я замужем, беременна или кормлю маленькую доченьку грудью», «представлял, что растет грудь или есть женский половой орган», – а также значительное снижение социального функционирования больных. Фрагментарность и парадоксальный характер запроса о смене пола можно

объяснить прогрессирующим эндогенным заболеванием и нарастанием негативной симптоматики. Важно отметить, что признаки инвертированной половой идентичности, выявлявшиеся в результате сексологического обследования, не всегда имели объективное подтверждение со стороны окружающих и ограничивались субъективными внутренними переживаниями больных. Следовательно, при данном варианте ПД при шизофрении можно говорить о патопластическом влиянии имеющейся РПИ на проявления эндогенного процесса.

Таким образом, описанные варианты ПД у больных шизофренией отличаются различными патогенетическими механизмами формирования, что имеет дифференциально-диагностическое значение и определяет дальнейшую лечебно-реабилитационную тактику. Имеющаяся у подгруппы 1 больных РПИ является патогенетически сходным с транссексуализмом состоянием, что позволяет рекомендовать для таких лиц смену паспортного пола и его гормональную коррекцию.

Литература

1. Матевосян С.Н., Василенко Л.М., Горобец Л.Н. Особенности диагностики синдрома отрицания пола при психических расстройствах // Актуальные вопросы теоретической и клинической психоэндокринологии. – М., 2007. – С. 98–105.
2. Салливан Г.С. Интерперсональная теория психиатрии: Пер. с англ. – СПб., 1999. – 352 с.
3. Худоян С.С. Патологические метаморфозы «Я» и кризисы развития личности (Ереван, Армения) // Независимый психиатр. журн. – 2007. – № 4. – С. 29–32.
4. a Campo J., Nijman H., Merckelbach H., Evers C. Psychiatric Comorbidity of Gender Identity Disorders: A Survey Among Dutch Psychiatrists // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – P. 1332–1336.
5. a Campo J., Nijman H., Evers C. et al. Genderidentiteitsstoornissen als bijverschijnsel van psychose, in het bijzonder schizofrenie [Gender identity disorders as comorbid phenomena of psychosis and schizophrenia] // Ned. Tijdschr. Geneesk. – 2001. – Vol. 39. – P. 1876–1880.
6. Caldwell C., Keshavan M.S. Schizophrenia with secondary transsexualism // Can. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 36. – P. 300–301.
7. Commander M., Dean C. Symptomatic transsexualism // Br. J. Psychiatry. – 1990. – Vol. 156. – P. 894–896.
8. Faulk M. Psychosis in a transsexual // Br. J. Psychiatry. – 1990. – Vol. 156. – P. 285–286.
9. Laub D., Fisk N., Walker P.A. A rehabilitation program for gender dysphoria syndrome by surgical sex change // Plast. Reconstr. Surg. – 1974. – Vol. 53. – P. 388–403.
10. Lawrence T., Anne A. Autogynephilic transsexualism conceptualized as an expression of romantic love // Perspect. Biol. Med. – 2007. – Vol. 50, N 4. – P. 285–286.
11. Leslie M. Lothstein – Psychological Testing With Transsexuals: A 30-Year Review // J. Pers. Assess. – 1984. – Vol. 48, N 5. – P. 500–507.
12. Levine S., Lothstein L.M. Transsexualism or the gender dysphoria syndromes // J. Sex. Marital Ther. – 1981. – Vol. 7, N 2. – P. 85–113.
13. Rowlands P. Schizophrenia and sexuality // Sex. Relationship Ther. – 1995. – Vol. 10, N 1. – P. 47–61.