Клинико-феноменологические особенности нарушений половой идентичности при заболеваниях шизофренического спектра

С.Н. Матевосян

Московский городской психоэндокринологический Центр

Ключевые слова: нарушения половой идентичности, бред сексуальной метаморфозы, шизофрения, транссексуализм

Проблема изучения клинико-психопатологических особенностей расстройств половой идентичности становится более актуальной в связи с ростом обращаемости в ведущие специализированные учреждения пациентов с целью перемены пола. Сложность лечебно-реабилитационной тактики при этом связана главным образом с нерешенностью ряда дифференциально-диагностических аспектов.

В начале прошлого века исследования транссексуализма велись в рамках описания психопатологии [20,15,16]. Р. Крафт-Эбинг [9] в пятнадцатом издании «Половой психопатии» (1918) описывает больных с «параноидной убежденностью в возможности изменения пола» ("Trasformatio sexus paranoica"). С начала 70-х гг. в профессиональной дискуссии, в основном англо-американских ученых [21,19] и специалистов из скандинавских стран [26,24], стала главенствовать точка зрения, что картина болезни при транссексуализме отлична от психопатологических явлений, таких как бред, перверзии, пограничные личностные расстройства и неврозы.

В доступной литературе имеются лишь единичные данные о психозах по шизофреническому типу среди пациентов с нарушением половой идентичности [18]. В основном в исследования, посвященные проблеме транссексуализма, не включаются больные шизофренией [11]. Практически отсутствуют работы, где бы описывалась феноменология синдрома нарушения половой идентичности при шизофрении. В ряде работ, посвященных психопатологии [4-7,14, 16, 23], были заложены основы широкого подхода, позволяющего описывать транссексуализм как нозологическую единицу, который следует отличать от других проявлений психопатологии. В американской классификации DSM-IV и в МКБ - 10 указывается на необходимость дифференциации транссексуализма от шизофрении. Однако нет достаточных сведений о клинической картине шизофрении, протекающей с расстройством половой идентичности. Остается неразработанным вопрос, является ли «транссексуальность» при шизофрении вариантом нарушения половой идентичности (по принципу одно не исключает другое) или идея при-

надлежности к противоположному полу является бредовым расстройством.

Целью данного исследования являются изучение клинико-феноменологических особенностей синдрома нарушения половой идентичности при заболеваниях шизофренического спектра, выявление факторов, влияющих на формирование этих нарушений.

Материал и методы

Обследованы 21 больной (18 мужчин и 3 женщины), из них у 7 чел. была диагностирована шизофрения параноидная, у 3 – простая форма шизофрении, у 9 – шизотипическое расстройство, у 1 – шизофрения недифференцированная, у 1 – хроническое бредовое расстройство. Возраст больных на момент обследования – от 18 до 40 лет. Предметом обращения к специалистам было решение вопроса о перемене пола. Из 118 обратившихся пациентов группа больных с заболеваниями шизофренического спектра составила 18%, что значительно выше данных, встречающихся в литературе.

Использовались:

1) клинико-психопатологический метод; 2) сексологический метод, в ходе которого производилась оценка комплекса признаков, характеризующих сексуальное развитие в допубертатном, пубертатном, постпубертатном и половозрелом возрасте; 3) психологический метод с использованием методик «МиФ» (маскулинность/фемининность) в модификации Т.Л. Бессоновой [3]; ЦТО (цветовой тест отношений); тест «руки» Е. Wagner в модификации А.В. Герасимова [1], Н.В. Дворянчикова, А.А. Ткаченко [2]; 4) Статистическая обработка включала в себя анализ частотности изучаемых признаков (абсолютные их значения, удельный вес), для чего были использованы программные средства Microsoft Excel.

Полученные в процессе работы данные заносились в оригинальную карту обследования, которая состояла из блоков, включающих разделы: персонографический, predisпозиционные факторы, показатели, ха-

характеризующие мотивацию обращения в связи со сменой пола, адаптацию/деадаптацию к моменту обследования; клинично-психопатологические, сексологические, психологические, комиссионные данные.

Результаты и обсуждение

У 62 % пациентов отмечено наличие признаков органической патологии головного мозга (пре-, пост-, перинатальная патология головного мозга, тяжелые инфекции с осложнениями и черепно-мозговые травмы), у 50% – врожденная патология урогенитального аппарата (фимоз, крипторхизм, варикоцеле, гипоспадия), у 66% отмечены социально-психологические особенности климата в семье (неполная семья, властная и авторитарная мать, слабовольный отец, воспитание бабушкой или дедушкой, поощрение родителями поведения, несоответствующего полу ребенка), у 43% – особенности формирования сексуального влечения (ранний гомосексуальный опыт, сексуальное насилие и др.). Обращает на себя внимание наличие явлений сексуального дизонтогенеза у большинства больных (85 %).

В результате проведенного исследования нами выявлено, что при нарушении половой идентичности при заболеваниях шизофренического спектра стержневым синдромом является наличие паранойяльного бреда трансформации в лицо противоположного пола. Данная фабула бреда, на наш взгляд, сходна с ипохондрической и деперсонализационной бредовой темой, что согласуется с мнением Эй Анри [13], который рассматривал бредовые темы изменения пола в регистре соматического опыта наряду с бредом дьявольской одержимости, зоопатии, магико-научного опыта, расчленения тела, перевоплощения органов и т.п.

Выявленные статистически достоверные факторы, которые могли способствовать возникновению данной темы бреда, представлены в таблице.

У большинства обследованных в инициальном периоде отмечался широкий спектр психопатологических проявлений в виде невротоподобных, психопатоподобных, галлюцинаторных и аффективных расстройств. У 14 больных отмечались признаки органической патологии головного мозга, у 10 – патология урогенитального аппарата (крипторхизм, фимоз, варикоцеле). В 8 случаях у мужчин проявлению бредовых идей предшествовали переживания измененности собственного тела по женскому типу. Больные ощущали изменение голоса, увеличение груди, атрофию яичек. В некоторых случаях отмечались сенестопихондрические расстройства в виде неприятных болезненных ощущений в молочных железах («из-за груди болит спина») и гениталиях. Данные переживания нередко являлись причиной нанесения самопо-

вреждений (в двух случаях больные произвели самокастрацию). В ряде случаев характерные физиологические изменения, возникающие в пубертатном периоде у лиц мужского пола (набухание молочных желез у юношей, поллюции), расценивались и интерпретировались больными как признаки известного им термина «феминизация», «розовые пятна на трусах утром – как ежемесячные менструации». Один пациент отмечал у себя наличие беременности, наступление которой сопровождалось такими симптомами как прибавление веса, увеличение живота, тошнота, слюнотечение. После обращения больного к эндокринологу и с назначением «каких-то таблеток», у него, якобы, появились боли в пояснице, возникли «сокращения мышц живота... по всему телу пошли точки... а воды отошли из члена». У части больных отмечались транзиторные эпизоды дереализации и деперсонализации с ощущением собственной отчужденности. Описанные явления соматопсихической деперсонализации в дальнейшем толковались больными как доказательство их принадлежности к противоположному полу, что вызывало убежденность в необходимости перемены пола. Наличие подобных признаков у лиц с половой инверсией при шизофрении наводит на мысль о феноменологическом сходстве данного расстройства с синдромом отчуждения –деперсонализационно-дереализационными расстройствами [10]. Однако высокое распространение среди больных этой группы признаков органического поражения головного мозга затрудняет понимание вопроса, насколько данные проявления специфичны для шизофренического процесса и не связаны с наличием органически неполноценной почвы.

Аффективные колебания отмечались в анамнезе всех обследованных больных шизофренией. У 16 больных имелись аффективные нарушения в виде эндогенных аффективных фаз (депрессивных - 12 и маниакальных - 4). На фоне депрессивного состояния отмечались суицидальные мысли, в 10 случаях – суицидальные попытки. Во время текущего маниакального эпизода больные свое приподнятое состояние объясняли «решимостью в принятии мер по перемене пола». В большинстве случаев повышенное настроение объяснялось теми изменениями во внешнем облике, которые возникали на фоне самостоятельного приема гормонов. В этих случаях аффект был схож с состоянием эйфории, однако отмечалась быстрая смена аффекта, его неустойчивость с ситуационной переменной от эйфории к плаксивости. Подобная окрашенность аффекта, возможно, была вызвана действием стероидов, обладающих бинарным действием (появление желаемого изменения внешнего облика и эйфоризирующее действие).

Неудовлетворенность своим полом в ряде случаев носила дисморфобический или дисморфоманиче-

Таблица

Патопластические и провоцирующие факторы, влияющие на формирование бреда сексуальной метаморфозы

Патопластические и провоцирующие факторы	Число больных	Число в % n=21
Органически неполноценная почва (пре-, пост-, перинатальная патология головного мозга, тяжелые инфекции с осложнениями, черпно-мозговые травмы)	13	62
Патология урогенитального аппарата Крипторхизм Фимоз Гипоспадия Варикоцеле	10 5 3 1 1	47,6
Явления сексуального дизонтогенеза <i>Тип дизонтогенеза</i>	17	80,1
Тотальная задержка	6	28,6
Дисгармония:	11	52,3
С опережением соматосексуального развития	2	9,5
С опережением психосексуального развития	0	0
С ретардацией соматосексуального развития	3	14,2
С ретардацией психосексуального развития	4	19
С опережением соматосексуального развития и ретардацией психосексуального развития	2	9,5
С опережением психосексуального развития и ретардацией соматосексуального развития	0	0
Отсутствие признаков дизонтогенеза	3	14,3
Особенности формирования сексуального влечения (ранний гомосексуальный опыт, сексуальное насилие в детстве и др.)	9	42,9
Социально-психологические факторы (неполная семья, властная и авторитарная мать, слабовольный отец, воспитание бабушкой или дедушкой, поощрение родителями поведения, несоответствующего полу ребенка и др.)	14	66,7

ский характер. У 13 больных (3 – шизофрения простая, 5 – шизотипическое расстройство, 4 – шизофрения параноидная) отмечались дисморфофобические расстройства депрессивно-ипохондрического или депрессивно-деперсонализационного характера. В первом случае дисморфофобические проявления у больных сочетались с ипохондрическими идеями. В структуре депрессивного аффекта здесь доминировали тревожный и дисфорический компоненты. У этих больных чаще всего имела место фиксация на одном или нескольких конкретных внешних недостатках, реально существующих, но приувеличенных. Однако в отличие от депрессивно-ипохондрического синдрома ядром сверхценного симптомокомплекса здесь являлась проблема внешнего вида, а не соматического заболевания. Три пациента при обращении уже были подвергнуты пластической операции, «не нравился нос, черты лица». У 2 больных (1 мужчина и 1 жен-

щина) в анамнезе отмечались признаки нервной анорексии: «В зеркале я видел грубого мужчину, но хотел быть красивой, как манекенщица - похудел на 32 кг». Во втором случае ведущим и облигатным признаком являлось наличие в основе дисморфофобической фобулы элементов ауто- и соматопсихической деперсонализации. У этих больных наряду с убежденностью в наличии мнимых недостатков своей внешности отмечалось ощущение чуждости собственного тела и половых органов, непривычных ощущений и отвращения к телу. Данные проявления, как правило, манифестировали в подростковом периоде. Возрастные изменения внешности в пубертате (оволосение тела и лица у мальчиков, появление груди у девочек) воспринимались как «физическое уродство». Характерным был симптом «зеркала» – пациенты подолгу разглядывали себя в зеркале, все больше убеждаясь в наличии у себя измененной внешности. В картине депрессии домини-

ровал тоскливый аффект с ощущением безысходности, отчаяния, часто с дисфорией. Признаки идеаторного и моторного торможения отсутствовали или были незначительно выраженными. При этом типологическом варианте наиболее часто фиксировались суицидальные мысли (82%) и суицидальные попытки (37%).

Примечательным является то обстоятельство, что больные шизофренией так же, как и пациенты с транссексуализмом, отмечали облегчение состояния при переодевании и использовании макияжа. В связи с этим представляется правомерным имеющееся в литературе предположение [8], что переодевание и созерцание себя в зеркале фактически выполняет задачу сокращения дистанции между Я-реальным и Я-идеальным путем использования определенного поведения и воздействия на зрительный анализатор. При этом изменение эмоционального состояния и состояния сознания, очевидно, уменьшает степень неопределенности восприятия своего тела.

Следует отметить особенности сексуальной жизни и выбора полового партнера у больных шизофренией с расстройствами половой идентичности. Часто отмечается снижение сексуального влечения, асексуальность. При этом желание иметь партнера сохраняется, однако требования к нему часто определяются не по половой принадлежности, а потребностью в «ласке хорошего человека». Пациенты позиционируют себя «бисексуалами» и нередко имеют связи с лицами из числа транссексуалов в качестве гомосексуального или гетеросексуального партнера. Данный поведенческий феномен, по нашему мнению, является проявлением схизиса, характерного для больных шизофренией. При этом, как правило, имеет место нивелирование сексуальных притязаний по половому признаку, возможно, объясняемое эмоциональным снижением в структуре шизофренического дефекта.

Обращают на себя внимание особенности психосексуального дизонтогенеза при болезнях шизофренического спектра с половой инверсией, изученные нами с помощью шкалы оценки сексуального дизонтогенеза [12].

В обследуемой группе больных шизофренией с половой инверсией (17 больных) типы дизонтогенеза различной степени выраженности были представлены следующим образом: тотальная задержка – 6 чел., дисгармония психосексуального развития – 11 чел. (из них – дисгармония с опережением соматосексуального развития – 3, дисгармония с опережением психосексуального развития – 0, дисгармония с ретардацией соматосексуального развития – 4, дисгармония с ретардацией психосексуального развития – 2, дисгармония с опережением соматосексуального развития и ретардацией психосексуального – 2, дисгармония с опережением психосексуального развития и с ретар-

дацией соматосексуального – 0). У 4 больных особенностей сексуального дизонтогенеза выявить не удалось.

Как показывают наши наблюдения, в 56% случаев еще до обращения к врачу с целью секстрасформации больные самостоятельно принимали гормональные препараты. Данный факт, на наш взгляд, оказывает влияние на течение болезни, в ряде случаев смягчая ее клиническую картину.

Следует отметить, что во всех наблюдениях у больных шизофренией, согласно анамнестическим данным, отмечались признаки нарушения половой идентичности разной степени выраженности. Это акцентуации Ф-М измерения («мальчиковость» у девочек и «девчачье» поведение у мальчиков в детстве) или периоды переодевания в одежду другого пола, гомосексуальные тенденции, а в 2 случаях – гомосексуальный опыт в допубертатном возрасте. Данные признаки противоположной половой идентичности выявлялись в результате психологического и сексологического обследования даже в тех случаях, когда признаки наличия полоролевой инверсии не подтверждались объективно со стороны окружающих и ограничивались субъективными внутренними переживаниями больных.

Наблюдаемую психопатологическую картину у исследуемых пациентов феноменологически можно было охарактеризовать как классические случаи половой инверсии, которые были названы Крафт-Эбингом «бредом сексуальной метаморфозы» или «параноидной убежденностью в возможности изменения пола». Однако, учитывая те обстоятельства, что в настоящее время возможность гормональной и хирургической коррекции пола действительно существует и больные, как правило, хорошо информированы о существовании диагноза «транссексуализм» и его критериев, они часто предъявляют требование изменить паспортный пол и произвести хирургическую операцию «по подтверждению пола», называют себя «транссексуалами». «Мотивированность» и «понятность» данных патологических представлений являются теми особенностями клинической картины бреда сексуальной метаморфозы или бреда перевоплощения, которые отличают его от описанного психиатрами в начале прошлого века. В настоящее время можно говорить об изменении поведенческого компонента в структуре данного бреда на современном этапе, заключающемся в наличии активной позиции больных в достижении цели по перемене пола согласно убежденности в принадлежности к противоположному полу.

Обобщая вышеизложенное, следует отметить диагностические сложности в определении нозологической принадлежности синдрома половой идентичности. Это связано с отсутствием в ряде случаев объек-

тивных данных, позволяющих проследить становление психопатологической симптоматики, так как, сталкиваясь с «непониманием» родных, больные покидают семью и представляют врачам свою «трансгендерную историю». К тому же структура синдрома нарушения половой идентичности при шизофрении характеризуется полиморфностью клинической картины с переплетением интерпретативного бреда, бреда перевоплощения, дисморфофобических, деперсонализационных и аффективных расстройств. Наличие морфологического субстрата – органически неполноценной почвы, врожденной патологии урогенитального аппарата, явлений дизонтогенеза, а также особенностей формирования сексуального влечения в детско-подростковом возрасте, на наш взгляд, является возможным патопластическим материалом, участвующим в формировании тематической направленности данного бреда. Диагностически значимым в постановке диагноза шизофрении, по нашим наблюдениям, является наличие диссоциации между ощущаемым полом и полной ролевой идентификацией в виде несоответствия между поведением и утверждаемой половой принадлежностью (нередко с нивелированием

сексуальных притязаний по половому признаку) на фоне специфических изменений личности по шизофреническому типу со снижением социального и личностного функционирования.

Следует отметить, что в ряде случаев больные шизофренией подвергаются хирургической операции по изменению пола. Однако и после этого они продолжают жить идеей трансформации собственного тела, добиваются коррекции результатов операции, сохраняют прежние поведенческие стереотипы, принимают активное участие в жизни соответствующей субкультуры, что не способствует психосоциальной адаптации в новой половой роли.

Таким образом, на основании предварительных данных считаем более уместным говорить о «трансгендерной параноиде» как варианте паранойальной шизофрении, отражающем социальный и лекарственный (гормональный) патоморфоз клинической картины данного расстройства, произошедший за последние 50 лет (с момента утверждения понятия «трансгендеризм», проведения первой операции по перемене пола и спользования половых гормонов).

Поступила 12.10.05

Շիզոֆրենիկ սպեկտրի հիվանդությունների ժամանակ սեռական նույնացման կլինիկաֆենոմենոլոգիական առանձնահատկությունները

Ս.Ն. Մաթևոսյան

Կատարվել են կլինիկաֆենոլոգիական, փորձարարական հոգեբանական և սեռաբանական հետազոտություններ այն անձանց մոտ, ովքեր դիմել են բժշկի սեռը փոխելու համար:

Ուսումնասիրվել է սեռական նույնացման խան-

գարումների ֆենոմենոլոգիան շիզոֆրենիկ սպեկտրի հիվանդությունների ժամանակ, քվարկվում են սեռական մետամորֆոզային զառանցանքների վրա ազդող գործոնները:

Clinico-phenomenological features of gender identity disorders at schizophrenic spectrum diseases

S.N. Matevossian

Clinico-psychopathological, experimental psychological and sexological examinations were conducted in persons sought medical assistance for changing their sex. Gender identity disorders phenomenology for schizo-

phrenic spectrum diseases was studied. Factors influencing the sexual metamorphose delusion development have been revealed, its features at present conditions are described.

Литература

1. Герасимов А.В. К проблеме изучения и прогноза сексуально-агрессивного поведения. Психология сегодня - РПО, М., 1996, т. 2, вып. 4.
2. Дворянчиков Н.В., Герасимов А.В., Ткаченко А.А. В кн.: Аномальное сексуальное поведение. М.: РИО ГНЦСиСП им. В.П.Сербского, 1997.

3. *Бессонова Т.Л.* Психологические особенности пололевого самосознания и самопринятия личности студента педагогического ВУЗа. Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1994.
4. *Белкин А.И.* Здоровье человека и прогресс медицины. М., 1976, с. 121.
5. *Бухановский А.О.* Вопр. клин. леч. и профил. секс. расстройств. М., 1993, с. 103.
6. *Васильченко Г.С.* Частная сексопатология, т.1. М., 1984.
7. *Василенко Л.М.* Психические нарушения у лиц с транссексуализмом, принципы лечения и реабилитации. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1995.
8. *Введенский Г.Е.* Нарушения половой идентичности и психосексуальных ориентаций у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия (клиника, патогенез, судебно психиатрическое значение). Дисс. докт. мед. наук. М., 2000.
9. *Крафт-Эбинг Р.* Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. Пер. с нем. М., 1994.
10. *Меграбян А.А.* О природе индивидуального сознания. Ереван, 1959.
11. *Пфэффлин Ф.* Транссексуальность. Психопатология. Психодинамика. Лечение. М., 2002.
12. *Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В.* Судебная сексология, 2000.
13. *Эй А.* Шизофрения. Очерки клиники и психопатологии. Киев, 1998.
14. *Benjamin H.* Newer aspects of the transsexual phenomenon, J.Sex.Res., 1969, N5, p.135.
15. *Binder H.* Das Verlangennach Geschlechtsumwandling, Ztschr.f.d.ges.Neurol.u.Psychiat., 1933, 143:85-174.
16. *Burger-Prinz H.* Psychopathologie der Sexualitat. In: Giese(Hrsg) Die Sexualitat des Menschen. Enke: Stuttgart, 1955, S.539.
17. *Burchard J.M.* Psychopathology of Transvestism and Transsexualism, J.Sex.Res., 1965-1:39-43.
18. *á Campo J., Nijman H.L., Evers C., Merckelbach H., Decker I.* Gender identity disorders as comorbid phenomena of psychosis and schizophrenia, Ned. Tijdschr. Geneesk., 2001, 39:1876-1880 (Dutch).
19. *Cole C.M., O'Boyle M., Emory L.E., Meyer W.J.* III: Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses, Arch. Sex. Behav., 1997, 26:13.
20. *Hirshfeld M.* Die Transvestiten – eine Untersuchung uber den erotischen Verleidugstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material. Medicinischer Verlag:Berlin-1910.
21. *Hoeing J., Kenna J., Youd A.* Surgical treatment for transsexualism, Acta psychiat. Scand., 1971, 47:104-133.
22. *Meyer III W.Y.* Comorbidity of gender identity disorders, Am J. Psychiatr., 1997, 5:934.
23. *Pauly I.* Terminology and Classification of Gender Identity Disorders, Psychol.Hum.Sexual., 1992, 5:1-14.
24. *Sorensen T., Hertoft P.* Transsexualism as nosological unity in men and women, Acta psychiat. Scand., 1980, 61:56-66.
25. *Vogt J.* Five cases of transsexualism in females. Acta psychiat. Scand., 1968, 44:62-88.
26. *Walinder J.* Incidence and sex Raou of Transsexualism in Sweden, J.Psychiat., 1971, 119:195-196.