

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb637196>

Расстройства половой идентификации при шизофрении

В.Э. Медведев^{1–3}, С.И. Гушанский^{1, 4}¹ Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, Москва, Россия;² Клиническая больница № 1 (Волынская), Москва, Россия;³ Международный институт психосоматического здоровья, Москва, Россия;⁴ Психиатрическая клиническая больница № 13, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Вопросы, касающиеся клинической дифференциации расстройств половой идентификации у больных шизофренией, изучены недостаточно полно.

Цель. Изучение клинико-психопатологических характеристик расстройств половой идентификации при заболеваниях шизофренического спектра в аспекте типологии, динамики и терапии.

Материалы и методы. Исследовали 35 пациентов 18–65 лет с диагнозами «шизофрения» и «шизотипическое расстройство» по МКБ–10, которые сообщили о неудовлетворённости своим биологическим полом. Использовали клинико-психопатологические, клинико-катamnестические и статистические методы исследования.

Результаты. Проведена типологическая дифференциация расстройств половой идентификации, которая определялась структурой психических расстройств, а также закономерностями течения эндогенного процесса. Исследуемые состояния были разделены на два типа: при 1-м типе расстройства половой идентификации манифестировали в рамках аффективно-бредовых психозов приступообразной шизофрении ($n=13$), при 2-м типе — при шизотипическом расстройстве ($n=22$). При 1-м типе манифест расстройств половой идентификации в подавляющем большинстве случаев (69,2%) относился к периоду 21–24 лет. На фоне прогрессивного течения шизофрении в 38,5% наблюдений отмечалось усложнение фабулы бредовых расстройств, появление характерных признаков синдрома Кандинского. На высоте депрессивно-бредового психоза пациенты «внезапно осознавали», что «относятся к противоположному полу», начинали «вспоминать» и гиперболизировать события прошлого, подтверждающие их идею. Дальнейшая динамика расстройства половой идентификации реализовалась фазно. По мере разрешения аффективно-бредового психоза идеи смены пола нивелировались. В дальнейшем у пациентов отмечалось формирование двух видов устойчивых во времени симптомокомплексов — ипохондрического или диссоциативного. При 2-м типе расстройства половой идентификации реализовывались преимущественно в рамках шизотипического расстройства. Развитие расстройства половой идентификации отмечалось на фоне монополярных депрессивных расстройств с явлениями «метафизической интоксикации». Дальнейшее прогрессирование расстройств половой идентификации 2-го типа не имело отчётливых связей с динамикой других психопатологических расстройств, идеи смены пола приобретали сверхценный или паранойяльный характер.

Заключение. В ходе исследования проведена клинико-динамическая типологическая дифференциация расстройств половой идентификации, которая определялась структурой психических расстройств, а также закономерностями течения эндогенного процесса.

Ключевые слова: расстройства половой идентификации; шизофрения; терапия.

Как цитировать:

Медведев В.Э., Гушанский С.И. Расстройства половой идентификации при шизофрении // Неврологический вестник. 2025. Т. 57, № 1. С. 12–19.
DOI: <https://doi.org/10.17816/nb637196>

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb637196>

Gender identity disorders in schizophrenia

Vladimir E. Medvedev^{1–3}, Sergei I. Gushanski^{1, 4}

¹ Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

² Clinical Hospital No. 1 (Volynskaya), Moscow, Russia;

³ International Institute of Psychosomatic Health, Moscow, Russia;

⁴ Psychiatric Clinical Hospital No. 13, Moscow, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: Aspects related to the clinical differentiation of gender identity disorders in patients with schizophrenia remain insufficiently studied.

AIM: To examine the clinical and psychopathological characteristics of gender identity disorders in schizophrenia spectrum disorders in terms of their typology, dynamics, and treatment.

MATERIALS AND METHODS: The study included 35 patients aged 18–65 years diagnosed with schizophrenia or schizotypal disorder according to the ICD-10, who reported dissatisfaction with their biological gender. Clinical-psychopathological, clinical-catamnestic, and statistical research methods were used.

RESULTS: A typological differentiation of gender identity disorders was conducted, determined by the structure of mental disorders and the patterns of the endogenous process course. The studied conditions were classified into two types: in Type 1, gender identity disorders manifested within the framework of affective-delusional psychoses in episodic schizophrenia ($n=13$), while in Type 2, they were observed in schizotypal disorder ($n=22$). In Type 1, the manifestation of gender identity disorders predominantly (69.2% of cases) occurred between the ages of 21 and 24 years. As schizophrenia progressed, 38.5% of cases showed a complication of delusional themes, with the emergence of characteristic signs of Kandinsky–Clérambault syndrome. At the peak of depressive-delusional psychosis, patients "suddenly realized" that they "belonged to the opposite gender" and began to "recall" and exaggerate past events that allegedly confirmed their belief. The further dynamics of gender identity disorder unfolded in phases. As the affective-delusional psychosis resolved, ideas of gender transition faded. Over time, patients developed two stable symptom complexes — hypochondriacal or dissociative. In Type 2, gender identity disorders primarily occurred within the framework of schizotypal disorder. Their development was observed against the background of monopolar depressive disorders with features of "metaphysical intoxication." Further progression of Type 2 gender identity disorders was not distinctly linked to the dynamics of other psychopathological disorders, with gender transition ideas becoming overvalued or paranoid in nature.

CONCLUSION: The study identified clinical-dynamic types of gender identity disorders based on the structure of mental disorders and the patterns of the endogenous process course.

Keywords: gender identity disorders; schizophrenia; therapy.

To cite this article:

Medvedev VE, Gushanski SI. Gender identity disorders in schizophrenia. *Neurology Bulletin*. 2025;57(1):12–19. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb637196>

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb637196>

Шизофрения вакытында женес идентификациясе тайпылышлары

В.Э. Медведев^{1–3}, С.И. Гушанский^{1,4}¹ Патрис Лумумба ис. Россия халыклар дуслыгы университеты, Мәскәү, Рәсәй;² № 1 клиник хастаханә (Волыньск), Мәскәү, Рәсәй;³ Халыкара психосоматика сәламәтлеге институты, Мәскәү, Рәсәй;⁴ № 13 психиатрия клиник хастаханәсе, Мәскәү, Рәсәй

АННОТАЦИЯ

Нигезләмә. Шизофрения вакытындагы женес идентификациясен клиник яктан дифференциацияләүгә кагылышлы мәсьәләләр әлегә тулысынча өйрәнелмәгән.

Максат. Шизофрения спектры авырулары вакытындагы женес идентификациясе тайпылышларының клиник-психопатологик характеристикаларын типология, динамика һәм дөвалау аспектлары буенча өйрәнү.

Материаллар һәм алымнар. МКБ-10 буенча «шизофрения» һәм «шизотипик тайпылыш» диагнозы куелган, үзләренең биологик женесеннән канәгать булмаган 18–65 яшьлек 35 пациентны тикшереләр. Тикшеренүдә клиник-психопатологик, клиник-катамнестик һәм статистика алымнары кулланыла.

Нәтижәләр. Женес идентификациясе тайпылышларына типологик дифференция уздырыла, психик тайпылышларның структурасы, эндоген процессларның закончалыклары билгеләнә. Тикшерелә торган халәтләр ике типка бүлп карала: беренче тип тайпылышлар өянәксыман шизофрениянең аффектив-саташулы психозлары кысаларында ($n=13$), икенче тип-шизотипик тайпылышлар вакытында ($n=22$) манифестацияләнә. 1-нче тип очрагында женес идентификация бозылу манифесты күпчелек очракта (69,2%) 21–24 яшьләргә туры килә. Шизофрениянең прогрессия агымы фонында күзәтүләрнең 38,5% саташулы тайпылышлар фабуласының катлаулануын, Кандинский синдромының характерлы билгеләре барлыкка килүне күрсәтә. Депрессия-саташу психозының иң югары ноктасында пациентлар «кисәк кенә үзләренең капма-каршы женескә карауларын» тоялар, аларның идеяләрен раслаучы үткәндәге вакыйгаларны гадәттән тыш көчәйтеп, арттырып искә төшерә башлыйлар. Алга таба тайпылышлар динамикасы динамикасы фазалап үсә, женес алыштыру идеяләре нивелирлана. Икенче тип очрагында тайпылышлар күбесенчә шизотипик тайпылыш кысаларында гәмәлгә ашырыла. Женес идентификациясе тайпылышларының үсеше «метафизик интоксикация» күренешләре белән үрелп бара торган монополяр депрессия тайпылышлары фонында бара. Икенче тип женес идентификациясе тайпылышларының алга таба үсеше башка төр психопатология тайпылышларының динамикасы арасында ачык чагылган бәйләнешләр күзәтелми, женесне алыштыру идеяләре паранойя характерын ала.

Йомгак. Тикшерү барышында женес идентификациясе тайпылышларына клиник-типологик дифференциация уздырыла, психик тайпылышларның структурасы, эндоген процессларның закончалыклары билгеләнә.

Төп сүзләр: женес идентификациясе тайпылышлары; шизофрения; дөвалау.

Өземтәләр ясау өчен:

Медведев В.Э., Гушанский С. И. Шизофрения вакытында женес идентификациясе тайпылышлары // Неврология хәбәрләре. 2025. Т. 57, № 1. 12–19 б.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb637196>

ОБОСНОВАНИЕ

Проблема расстройств половой идентификации (РПИ) является объектом изучения со второй половины XIX — начала XX столетия [1–5]. В научной литературе начала и середины XX в. встречаются разнообразные примеры клинических случаев, в которых пациенты с РПИ настаивали на операции кастрации у мужчин, удаления молочных желёз, матки, придатков у женщин [6–10]. В современной научной литературе спектр половой идентификации дополняется небинарной гендерной идентичностью за счёт пациентов с изменчивой идентичностью, нежелающих делать выбор между мужским и женским полом [11, 12].

Сейчас при описании нарушений половой идентификации применяют термины «расстройство половой идентификации», «транссексуализм», «трансгендерность», «гендерная (половая) дисфория» [13–16]. Такое разнообразие в значительной степени обусловлено отсутствием единого подхода в имеющихся классификациях. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) применяется термин «транссексуализм» и указывается на необходимость дифференциации транссексуализма от шизофрении, РПИ при органических поражениях головного мозга, расстройствах личности и других психических расстройствах. В DSM-5 (2013) на фоне многочисленных критических замечаний о стигматизирующем характере термина «РПИ» диагноз переместился из категории сексуальных расстройств в отдельную категорию и переименован: вместо «расстройства гендерной идентичности» используется термин «гендерная дисфория». В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра (МКБ-11) определение здоровья, связанного с гендерной идентичностью, вновь изменено. Вместо диагностических категорий «транссексуализм» и «расстройство гендерной идентичности у детей» используются термины «гендерное несоответствие в подростковом и взрослом возрасте» и «гендерное несоответствие в детском возрасте». При этом гендерное несоответствие перенесено из главы «Психические и поведенческие расстройства» в новую самостоятельную главу «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем». Можно предположить, что изменения подходов к классификации РПИ отражают процессы депсихопатологизации этих состояний и смещение акцентов на психосоциальные аспекты проблемы, а также могут быть направлены на превенцию стигматизации [15–17]. Научная обоснованность при этом остаётся спорной [18–21].

По данным зарубежных авторов, коморбидность РПИ с другими психическими расстройствами составляет примерно 30–80%, из них только личностные расстройства достигают 20–60% [15, 16]. Другими частыми коморбидными с РПИ являются аффективные (около 45–60% — текущие депрессии, 60% — в анамнезе) и тревожные (около 35–40% — текущая тревога, 28% — в анамнезе) расстройства [14–16]. Около 30% транссексуалов имеют либо

суицидальную попытку в анамнезе, либо сообщают о наличии суицидальных мыслей [15, 16]. Коморбидное психическое расстройство в сочетании с РПИ приводит к более значимой межличностной, социальной и сексуальной дезадаптации [13, 14].

Несмотря на меняющийся классификатор РПИ и констатацию факта наличия коморбидных расстройств, исследователи поднимают вопрос о том, являются ли РПИ самостоятельными заболеваниями или это синдром в рамках других психических расстройств [19, 22, 23]. В отдельных работах допускается возможность обоих вариантов. Так, Е.А. Старостина и М.И. Ягубов рассматривают транссексуализм как самостоятельное заболевание и проводят дифференциальную диагностику с расстройствами шизофренического спектра, при которых РПИ оценивают как синдром [24]. W.B. Smith и соавт. также отмечают, что в некоторых случаях гендерная дисфория у больных шизофренией не связана с психотическими расстройствами и часто предвещает появление психотических симптомов по времени [25]. В этой связи выделение в отдельную группу больных с транссексуализмом вызывает сомнения.

Проблема коморбидности РПИ и шизофрении изучалась рядом отечественных и зарубежных исследователей. Отечественные авторы указывают, что среди лиц с РПИ больные с заболеваниями шизофренического спектра составляют около 24% [23, 24, 26, 27]. Т.Н. Григорьева в диссертационной работе 2005 г. пришла к выводу, что при синдроме нарушения половой идентификации в рамках шизофрении развиваются по типу информационного озарения, а идеи полового метаморфоза носят бредовый характер [22]. По мнению других исследователей, шизофрения может влиять на клинические проявления РПИ [24, 26, 27].

В настоящее время вопросы, касающиеся клинической дифференциации РПИ у больных шизофренией, изучены недостаточно полно. Аспекты личностной predisпозиции, психопатологических механизмов формирования, дифференциации РПИ, клинические разновидности данного феномена, особенности психофармакотерапии и психотерапии у больных с РПИ при шизофрении остаются мало или противоречиво освещёнными.

Цель исследования — изучение клинико-психопатологических характеристик РПИ при заболеваниях шизофренического спектра в аспекте типологии, динамики и терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Российского университета дружбы народов (Москва) обследовали 35 пациентов 18–65 лет с диагнозами «шизофрения» по МКБ-10 (F20) и «шизотипическое расстройство» (F21). Данные пациенты сообщали о неудовлетворённости своим биологическим полом. Исследование одобрено этической комиссией медицинского института РУДН (протокол № 7 от 21.09.2022 г.).

Критерии исключения из исследования: органическое поражение центральной нервной системы, другие психические расстройства, тяжёлые соматические заболевания. В исследование не включали пациентов с эндокринными и генетическими заболеваниями, которые являлись причинами нарушения половой идентичности.

Использовали клинко-психопатологические, клинко-катамнестические и статистические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 35 обследованных пациентов 20 — мужского пола при рождении, 15 — женского пола при рождении. Средний возраст пациентов с мужским полом при рождении — 34,7 года, с женским полом при рождении — 32,5 года.

В ходе исследования установлена клинко-динамическая гетерогенность шизофрении, протекающей с РПИ. Типологическая дифференциация РПИ определялась структурой психических расстройств, а также закономерностями течения эндогенного процесса.

Исследуемые состояния были разделены на два типа: при 1-м типе РПИ манифестировали в рамках аффективно-бредовых психозов приступообразной шизофрении ($n=13$), при 2-м типе — при шизотипическом расстройстве (F21; $n=6$) и паранойальной шизофрении (F22.81; $n=16$).

Вне зависимости от типов шизофренического процесса, пациенты характеризовались отягощённой наследственностью (91,4% наблюдений: психические расстройства — 42,9%, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами — 40,0%, суициды — 8,6%), резидуальным органическим фоном (80,0% наблюдений: перинатальные и антенатальные проблемы — 25,7%, энурез в дошкольном и раннем школьном возрасте — 37,1%, черепно-мозговые травмы в анамнезе — 40,0%, нейроинфекции и интоксикации психоактивными веществами — 17,1% и др.), клинически проявлявшейся непереносимостью душных помещений, жаркой погоды, укачиванием на аттракционах, частыми головными болями, трудностями концентрации внимания и ослаблением памяти. Для большинства пациентов также были характерны невротические расстройства в детском возрасте (80,0% случаев: страх темноты, страх высоты и др.).

Преморбидные особенности пациентов характеризовались преобладанием сочетания шизоидных (51,4%), истерических (25,7%) и сенситивных (22,9%) черт с трудностями адаптации в детских коллективах. Среди ровесников пациенты держались отстранённо, предпочитали играть в тихие игры, нередко подвергались насмешкам.

В большинстве наблюдений (88,6%) развитие РПИ происходило на фоне аффективного расстройства (депрессия — 68,6%, мания — 6,7%). В некоторых наблюдениях (25,7%) на начальных этапах развития РПИ имели место психогенные вредности (конфликты, утраты и т.д.). Помимо РПИ, у пациентов в рамках динамики шизофренического процесса отмечались дисморфические

расстройства (91,4%), деперсонализация (68,6%) и ауто-агрессивные тенденции (48,6%). РПИ во всех наблюдениях развивалось по механизму внезапного озарения, с переоценкой событий прошлого, псевдореминисценциями и появлением овладевающих представлений относительно собственного пола.

Несмотря на наличие общих наследственных, преморбидных и коморбидных психопатологических синдромов, в остальном клинко-динамические характеристики двух выделенных типов РПИ отличались.

При 1-м типе манифест РПИ (8 пациентов при рождении женского пола, 5 — мужского) в подавляющем большинстве случаев (69,2%) относился к периоду 21–24 лет. Развитию РПИ предшествовала манифестировавшая в подростковом возрасте аффективная (биполярная — 69,2%, монополярная — 30,8%) и дисморфическая симптоматика. Неудовлетворённость своей внешностью касалась, в первую очередь, меняющихся вторичных половых признаков (половые органы, молочные железы, оволосение, форма тела). Ещё в 15,4% наблюдений подростковый и ранний юношеский периоды сопровождались сомато-психической деперсонализацией с чувством отчуждения своего тела: пациенты испытывали дискомфорт от принадлежности к своему полу. Постепенно у пациентов развивалась убеждённость, что окружающие относятся к ним с осуждением, смеются «над уродствами». Формирование бредовых идей отношения сопровождалось депрессивной симптоматикой: подавленным настроением, тревогой, нарушением сна, аппетита. В 46,2% наблюдений на фоне депрессивных состояний возникали суицидальные мысли. На фоне прогрессирующего течения шизофрении в 38,5% случаев отмечалось усложнение фабулы бредовых расстройств, появление характерных признаков синдрома Кандинского. Проявлялись параноидные идеи воздействия, преследования. У нескольких пациентов отмечались бредовые идеи одержимости: на фоне депрессивно-бредового психоза с паранойальными идеями ущерба или преследования пациенты сообщали, что в них «вселяется существо противоположного пола», которое «вкладывает свои мысли, обсуждает и руководит действиями». В 38,5% наблюдений отмечался псевдогаллюциноз: в голове больных звучали голоса своего и/или противоположного пола комментирующего и императивного характера.

На высоте депрессивно-бредового психоза пациенты, чаще (69,2%) после получения случайной информации из СМИ или интернета о транссексуализме, «внезапно осознавали», что «относятся к противоположному полу», начинали «вспоминать» и гиперболизировать события прошлого, подтверждающие их идею.

В 92,3% наблюдений пациенты отмечали сексуальные фантазии и влечение к представителям своего пола, интерпретируя их как «всегда существовавшие», вступали в беспорядочные однополые сексуальные контакты.

Аутоагрессивные тенденции при этом типе РПИ не выявлены. Только в 15,4% случаев пациенты начинали самостоятельно, бесконтрольно со стороны врачей, принимать гормональную терапию с целью изменения фенотипа. Обращения к эндокринологам, в паспортный стол (с целью смены имени) носили эпизодический, несистемный характер.

Во всех случаях пациенты наблюдались у врачей-психиатров, неоднократно госпитализировались в психиатрические стационары, также во всех случаях отмечалось приступообразно-прогредиентное течение параноидной шизофрении. Заболевание в большинстве случаев носило неблагоприятный характер, приводило к социальной дезадаптации и инвалидизации пациентов. В 8 (61,5%) случаях пациентам была установлена инвалидность 2-й группы.

Динамика РПИ реализовывалась фазно. По мере разрешения аффективно-бредового психоза (30,8% — аутохтонно, 69,2% — на фоне психофармакотерапии) идеи смены пола нивелировались, наряду с другой продуктивной и аффективной симптоматикой.

Терапия пациентов первой группы в соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества психиатров [28] была направлена на купирование острой психотической симптоматики, аффективных расстройств, дезактуализацию бредовых идей. При купировании психотических расстройств наибольшую эффективность имели атипичные нейролептики: оланзапин (10–20 мг/сут; 38,5%), рисперидон (4–6 мг/сут; 23,1%), кветиапин (400–600 мг/сут; 15,4%), арипипразол (до 20 мг/сут; 15,4%), клозапин (до 150 мг/сут; 7,7%). При наличии депрессивной симптоматики препаратами выбора являлись селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флувоксамин (200 мг/сут; 69,2%), сертралин (225 мг/сут; 15,4%) и селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина венлафаксин (до 150 мг/сут; 15,4%) [28]. На фоне психофармакотерапии отмечалась редукция и РПИ, появление частичной критики.

Последующая психотерапевтическая помощь пациентам с РПИ 1-го типа (61,5%) была направлена на дезактуализацию установки на изменение пола и достижение пациентами психосоциальной и психосексуальной адаптации. Психотерапия включала в себя мультимодальный интегративный подход. Выбор методов психотерапевтического воздействия был основан на современных подходах, описанных в литературе [29, 30]. Применяли когнитивно-поведенческую психотерапию с целью снижения имеющейся тревоги, депрессивной симптоматики, стресса, эмоционального напряжения, изменения иррациональных установок для снижения самостигматизации и уровня сензитивности к мнению окружающих. Применяли также методы групповой и семейной психотерапии [29–32].

В дальнейшем у пациентов отмечалось формирование двух видов устойчивых во времени симптомокомплексов — ипохондрического или диссоциативного.

При ипохондрическом развитии (61,5% случаев) пациенты, несмотря на уже официально изменённые данные в документах или приём гормонов, отказывались от дальнейших усилий по смене пола из-за ипохондрического страха возможных осложнений как текущей гормональной терапии, так и будущих хирургических вмешательств.

При диссоциативном развитии (38,5% случаев) пациенты сообщали, что воспринимают РПИ как влияние существующей «внутри них их собственной субличности», «своего второго Я другого пола с другим именем и другим характером», теперь «подконтрольных» и критично воспринимаемых ими. При этом отказ от продолжения смены пола мотивировался «сменой жизненных приоритетов», «приспособлением» половой и общественной жизни.

При 2-м типе РПИ, протекающих преимущественно в рамках паранойальной шизофрении (72,7%) и шизотипического расстройства (27,3%), манифест в подавляющем большинстве случаев (81,8%) относился к более раннему периоду (11–14 лет), чем у пациентов 1-го типа. Предшествующие РПИ дисморфические идеи во всех наблюдениях относились не только к гендерным признакам, но и распространялись на другие части тела (форма лица, нос, уши, губы, прикус, скулы, талия, кисти рук, бёдра, щиколотки, ступни и т.д.). Характерным для всех пациентов 2-го типа было наличие деперсонализации: соматопсихической (45,5%) и аутопсихической (54,5%). Больные сообщали об ощущении «собственной изменённости», «отчуждении уродливого тела», «дискомфорте нахождения в нём». С целью «коррекции» внешности и «восстановления чувствительности» большинство пациентов (77,3%) прибегали к аутоагрессии (порезы, прижигания, расковыривание, выдавливания и т.п.).

Развитие РПИ манифестировало на фоне монополярных депрессивных расстройств с явлениями «метафизической интоксикации»: пациенты теряли интерес к учёбе, появлялись мысли о том, что они «не вписываются в этот мир», идеи малоценности и суицидальные намерения. Случайно ознакомившись с информацией о феномене трансгендерности, больные «внезапно» приходили к выводу, что все беспокоящие их симптомы обусловлены несоответствием их гендера. При этом, в отличие от РПИ 1-го типа, полностью отсутствовала какая-либо гомосексуальная мотивация (фантазии, влечение, девиации, опыт) для смены пола.

В 22,7% наблюдений РПИ на начальных этапах носило характер контрастных навязчивостей. Дальнейшее прогрессирование РПИ 2-го типа не имело отчётливых связей с динамикой других психопатологических расстройств: не редуцировалось по мере нормализации эмоционального фона, нивелирования дисморфических и деперсонализационных симптомов или присоединения неврозоподобных (72,7%, навязчивые сомнения, ритуалы, мизофобия и др.), панических (22,75%) расстройств и расстройств пищевого поведения (анорексия, 13,6%). Напротив, идеи смены пола приобретали сверхценный или паранойальный характер.

У большинства (86,4%) было нарочито-демонстративное, провокационное поведение с частыми конфликтами на работе и в семье из-за отстаивания своих идей, ношения одежды противоположного пола, требования называть себя именами другого пола, использования косметики и т.п. В 95,5% наблюдений пациенты, не консультируясь с врачами, самостоятельно прибегали к гормонотерапии. Обращение к психиатрам и эндокринологам происходило спустя 1–2 года после начала приёма гормональных препаратов с целью получения справки об отсутствии противопоказаний к смене пола «по факту уже начавшегося перехода». Получив искомое, 3 (13,6%) пациента успели провести оперативное изменение пола и сменить документы. Другие пациенты высказывали твёрдое намерение довести до конца свои планы по смене пола, накопить средства для хирургического вмешательства за рубежом и в дальнейшем сменить страну проживания для создания «традиционной» разнополой семьи.

Наибольшую эффективность при терапии пациентов с РПИ 2-го типа (63,6%) имели меньшие, чем при 1-м типе дозы атипичных антипсихотиков [5]: кветиапин (50–100 мг/сут; 18,2%), оланзапин (5 мг/сут; 18,2%), zipрасидон (40 мг/сут; 13,6%), палиперидон (6 мг/сут; 13,6%), арипипразол (10 мг/сут; 13,6%).

Психотерапия у пациентов с РПИ 2-го типа была направлена на достижение ими психосоциальной и психосексуальной адаптации, дезактуализацию установки на изменение пола, проводилась на всех этапах наблюдения и включала в себя мультимодальный интегративный подход. Применяли методы групповой и семейной психотерапии, когнитивно-поведенческую психотерапию [29–32].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пилотное клиническое исследование репрезентативной выборки пациентов позволило установить, что для РПИ, вне зависимости от типа расстройств шизофренического спектра, характерны отягощённая наследственность, резидуальный органический фон, неврологические расстройства в детском возрасте. У пациентов отмечаются трудности адаптации среди ровесников.

Развитию РПИ в большинстве случаев предшествуют дисморфия, деперсонализация и аффективные расстройства. Непосредственно РПИ манифестируют на фоне депрессивных состояний по механизму внезапного озарения, с переоценкой событий прошлого, псевдореминисценциями и развитием овладевающих представлений относительно собственного пола.

В то же время РПИ при расстройствах шизофренического спектра неоднородны по своей структуре.

Клиническая дифференциация определяется типом, а также закономерностями течения расстройств шизофренического спектра, в рамках которых развиваются РПИ.

Выделены 2 типа РПИ. При 1-м типе расстройства половой идентификации тесно связаны с аффективно-бредовыми расстройствами. Отмечается фазная динамика РПИ в рамках приступа с нивелированием симптоматики по мере разрешения другой продуктивной симптоматики.

При 2-м типе РПИ носят сверхценный или паранойяльный характер и не взаимосвязаны с динамикой других психопатологических симптомокомплексов. Терапия пациентов эффективна преимущественно в отношении аффективной, тревожной и невротоподобной симптоматики.

Психотерапия при РПИ обоих типов направлена на достижение пациентами психосоциальной и психосексуальной адаптации, дезактуализацию установки на изменение пола.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. В.Э. Медведев — основная идея, руководство проектом, формулировка базовых положений, концепция и анализ и описание полученных данных, написание текста; С.И. Гушанский — дизайн исследования, сбор и обработка материалов, анализ полученных данных, обзор литературы, написание текста. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. The study had no sponsorship.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. V.E. Medvedev — basic idea, project management, formulation of basic points, research concept and analysis and describing obtained data, text writing; S.I. Gushanski — design of the study, collection and processing of materials, analysis of obtained data, literature review, text writing. All authors confirm that their authorship complies with the international ICMJE criteria (all authors have made a significant contribution to the development of the concept, research, and preparation of the article, as well as read and approved the final version before its publication).

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Kraft-Ebing R. Sexual psychopathy, with special attention to the perversion of sexual feelings. St. Petersburg: Practical Medicine; 1909. (In Russ.)
2. Griesinger W. Vortrag zur eröffnng der psychiatrischen klinik zu Berlin für das sommer-semester 1868. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1868;1:636–654. doi: 10.1007/BF02089117
3. Ulrichs K. Anthropologische studien über mannsmännliche. Geschlechtsliebe. Leipzig; 1864.
4. Weininger O. Sex and character. London: William Heinemann; 1906.
5. Westphal C. Die contrare sexuellempfindung, symptom eines neuropathischen (psychopathischen) zustandes. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1870;2:73–108. doi: 10.1007/BF01796143
6. Abraham F. Genitalumwandlung an zwei männlichen transvestiten. *Zeitschrift für sex wissenschaft und sex politik*. 1931;18:223–226.
7. Benjamin H. Transvestism and transsexualism in the male and female. *Journal of Sex Research*. 1967;3(2):107–127.
8. Hirshfeld M. Die transvestiten — eine untersuchung über den erotischen verleidugstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem material. Berlin: Medicinischer Verlag; 1910.
9. Huelke H. Ein transvestit (der fall Hinrich B.). *Kriminalistik*. 1949;3:91–92.
10. Mühsam R. Chirurgische Eingriffe bei Anomalien des Sexuallebens. *Therapie der Gegenwart*. 1926;67:451–455.
11. Korolenko C, Dmitrieva N. Gender fluidity. In: *Actual problems of personality psychology: materials of the II International scientific and practical conference No. 2. Part I*. Novosibirsk: SibAK; 2010. P. 105–108. (In Russ.)
12. Mendelevich VD. Non-binary gender identity and transgendence beyond psychiatric discourse. *Neurology Bulletin*. 2020;52(2):5–11. doi: 10.17816/nb26268 EDN: APCCEM
13. Kibrik ND, Yagubov MI, Shigapova VI. Problems of medical care in people with gender identity disorder. *Andrology and Genital Surgery*. 2018;19(2):96–101. doi: 10.17650/2070-9781-2018-19-2-96-101 EDN: UVMQFC
14. Matevosyan SN, Vvedensky GE. *Sexual dysphoria*. Moscow: MIA; 2012. (In Russ.)
15. Ibrahim C, Haddad R, Richa S. Les comorbidités psychiatriques dans le transsexualisme: étude sur une population de transgenres libanais. *L'Encéphale*. 2016;42(6):517–522. doi: 10.1016/j.encep.2016.02.011
16. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BP. Gender dysphoria in adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:217–247. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034
17. Flores AR, Herman JL, Gages GJ, Brown TNT. How many adults identify as transgender in the United States? Escholarship, University of California; 2016.
18. Kalinchenko SY. Transsexualism: the possibilities of hormone therapy. Moscow; 2006. (In Russ.)
19. Matevosyan SN. *Mental disorders with the syndrome of "rejection" of gender (clinical, phenomenological and therapeutic and rehabilitation aspects)* [dissertation]. Moscow; 2009. 573 p. (In Russ.) EDN: QEEVEP
20. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P. et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'2012). *J Adolesc Health*. 2014;55(1):93–99. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.11.008
21. Shields JP, Cohen R, Glassman JR, et al. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *J Adolesc Health*. 2013;52(2):248–250. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.016
22. Grigorieva TN. *Clinic and therapy of sexual identification disorders* [dissertation]. Moscow; 2005. 183 p. EDN: NPYJCB
23. Wilcox Vanden Berg RN, Gaffney CD, Paduch DA. Presentation and resolution of gender dysphoria as a positivesymptom in a young schizophrenic man who presented with self-emasculation: Frontiers of bioethics, psychiatry, and microsurgical genital reconstruction. *Clin Case Rep*. 2020;8(9):1735–1740. doi: 10.1002/ccr3.2935
24. Starostina EA, Yagubov MI. Clinical and phenomenological features of the formation of ideas of sex change in schizophrenic spectrum disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(3):18–23. doi: 10.17116/jnevro202112103118 EDN: VQNFHN
25. Smith WB, Goldhammer H, Keuroghlian AS. Affirming gender identity of patients with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2019;70(1):65–67. doi: 10.1176/appi.ps.201800232
26. Dyachenko AV, Soldatkin VA, Bukhanovskaya OA, Perekhov AY. Gender identity disorders in children and adolescents psychiatric practice. *Social and Clinical Psychiatry*. 2021;31(2):69–78. EDN: QIHIZL
27. Dyachenko AV, Bukhanovskaya OA, Soldatkin VA, Perekhov AY. Who submits a request to the psychiatrist for a gender change: results of a 30-year study. *Psychiatry (Moscow)*. 2020;18(3):32–41. doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41 EDN: NCNKLY
28. Clinical recommendations of the Russian Society of Psychiatrists "Disorders of sexual identification". 2024. [cited 21 Oct 2024]. Available from: <https://psy.su/content/files/Клинирекомендации%20F64.pdf?ysclid=m2jezgt8gg535186038> (In Russ.)
29. Erichev AN, Morgunova AM, Kotsyubinsky AP. Cognitive-behavioral psychotherapy for patients with paranoid delusion. *Russian Journal of Psychiatry*. 2011;4(4):45–50. EDN: OJAIWB
30. Semenova ND, Burygina LA, Palin AV, Matrosova MI. Comprehensive approach to treatment of schizophrenia patients in outpatient setting: psychopharmacotherapy, psychosocial interventions, and treatment motivation. *Social and Clinical Psychiatry*. 2019;29(3):45–50. EDN: IGOBRP
31. Krishtal VE, Krishtal AA, Sukhoivanova EI. Complex system of rehabilitation of patients with schizophrenia. *Taurida Journal of Psychiatry*. 2014;18(1):32–35. EDN: UWPIQX
32. Semenova ND. On the development and current state of psychosocial therapy for schizophrenia patients. *Russian Journal of Psychiatry*. 2019;5(4):40–44. doi: 10.24411/1560-957X-2019-11944 EDN: YVYXAZ

ОБ АВТОРАХ

* **Гушанский Сергей Игоревич**, врач-психиатр;
адрес: Россия, 109559, Москва, ул. Ставропольская, д. 27, стр. 2;
ORCID: 0009-0009-6395-2985;
e-mail: summercountryrider@yandex.ru

Медведев Владимир Эрнстович, канд. мед. наук, доцент;
ORCID: 0000-0001-8653-596X;
eLibrary SPIN: 2814-4975;
e-mail: medvedev_ve@pfur.ru

AUTHORS' INFO

* **Sergei I. Gushanski**, Psychiatrist;
address: 27 Stavropol st, bldg 2, Moscow, Russia, 109559;
ORCID: 0009-0009-6395-2985;
e-mail: summercountryrider@yandex.ru

Vladimir E. Medvedev, MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;
ORCID: 0000-0001-8653-596X;
eLibrary SPIN: 2814-4975;
e-mail: medvedev_ve@pfur.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author