

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

С.Н. Матевосян¹, Г.Е. Введенский²

ООО «Городской психондокринологический Центр»¹
ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России²

По данным многих авторов, психопатологическая коморбидность у лиц с РПИ (расстройства половой идентификации) встречается значительно чаще, чем в общей популяции [1–4, 8, 9, 11, 13]. Примерно 30–40% пациентов с РПИ имеют психические расстройства в момент обследования и около 50–80% страдали ими в течение жизни, включая 20–60% распространенность личностных расстройств [13]. Наиболее частыми являются аффективные расстройства (около 45–60% составляет распространенность текущей депрессии и 60% – в анамнезе) и тревожные расстройства (около 35–40% – распространенность текущей тревоги и 28% – в анамнезе) [13]. Показано, что высокая распространенность психических заболеваний у людей с половой дисфорией чаще встречается при мужском транссексуализме [8]. Около 30% транссексуалов (муж. и жен.) имеют либо суицидальную попытку, либо сообщают о недавних суицидальных мыслях [2, 4, 13]. Достаточно высоким остается процент госпитализации по поводу психиатрических проблем и после смены пола [13]. Однако не все авторы подтверждают большую в сравнении с общей популяцией распространенность психопатологии среди лиц с РПИ. В представленном С. Dhejne и соавт. [5] обзоре перечислены 38 кросс-секционных (поперечных) и лонгитюдных (продольных) исследований, описывающих показатели распространенности психических расстройств до и после смены пола лиц с половой дисфорией. Существует мнение, что психопатология и психические расстройства среди лиц с половой дисфорией в момент обследования не выше, чем в общей популяции, и показатели психопатологии снижаются после смены пола, «во многих случаях достигая нормативных значений». Среди обнаруженных психических расстройств основными были депрессии и тревожное расстройство. Указывается на противоречивые данные относительно гендерных различий: в некоторых исследованиях описан более высокий уровень психопатологии при женском транссексуализме, в то время как другие не обнаружили никаких различий между гендерными группами. Авторы отмечают, что, несмотря

на то, что многие исследования были методологически слабыми, в целом этот обзор показывает, что лица с половой дисфорией имеют более высокий риск психических заболеваний, и таким образом подтверждает уязвимость этой группы населения. В обзоре также отмечается, что другие серьезные психические расстройства, такие как шизофрения и биполярное расстройство, были редкостью и не более распространены, чем в общей популяции. Эти сведения расходятся с данными российских исследователей, где доля больных шизофренией и шизотипическим расстройством среди лиц с РПИ составляет около 32% [2]. При анализе аффективных расстройств у лиц с транссексуализмом были выделены два типа таких состояний: 1) вторичные (психогенно обусловленные) расстройства, вызванные наличием полоролевого конфликта; 2) состояния, связь которых с полоролевым конфликтом проследить не удастся [2].

В литературе описаны единичные примеры связи половой дисфории с выраженными аффективными расстройствами. N. Chakrabarti и соавт. [3] приводят случай БАР II типа, мужчины 18 лет, который в маниакальном состоянии утверждал, что хочет выйти замуж за местного жителя и высказывал явное желание операции по смене пола, что полностью редуцировалось в результате лечения. E. Habermeyer и соавт. [6] сообщили о случае сочетания биполярного расстройства и транссексуализма. Авторы отмечают проблемный характер дифференциации между транссексуализмом и «психотически индуцированным транссексуальным желанием». С. Mayer и H. Karfhammer [10] описывали случай сочетания транссексуальности и биполярного психоза на примере 32-летнего транссексуала с однополярной манией, у которого с начала аффективного психоза наблюдались чередующиеся состояния мужской и женской идентификации. Сам больной вел себя как женщина только в маниакальных фазах. M. Sajatovic и соавт. [12] было показано, что средние значения маскулинности/фемининности по полоролевому опроснику Сандры Бэм (BSRI) у женщин с БАР соп-

ставимы с таковыми в общей популяции, в то время как у мужчин выявляется более низкий уровень маскулинности. M.R.Heare и соавт. [7] описали случай, когда у молодого гомосексуального мужчины с коморбидным злоупотреблением амфетаминами в маниакальном эпизоде на фоне гиперсексуальности возникло желание быть женщиной, что было купировано терапией вальпроевой кислотой и нейролептиками. Следует отметить, что как в отечественных, так и в большинстве зарубежных исследований РПИ БАР диагностировалось редко, что, возможно, связано с общей с проблемой гиподиагностики БАР и, в целом, методологическими упущениями, приводящими к гиподиагностике сопутствующей РПИ психопатологии. К подобным методологическим ошибкам можно отнести отсутствие объективного анамнеза при сборе информации о пациенте, имплицитную установку специалистов по психическому здоровью на работу с жалобами пациентов и недостаточное внимание к особенностям невербального и вербального поведения и др. [2].

Цель исследования – анализ взаимовлияния эндогенных аффективных расстройств и половой дисфории.

Материал и методы исследования

Обследовано 50 пациентов (24 муж. и 26 жен.), обратившихся с запросом на смену пола, из них 38 (20 муж., 18 жен.) с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра (F20–F29), 12 (4 муж. и 8 жен.) с БАР (3 чел. – БАР I типа, 5 чел. – БАР II, 4 чел. – с циклотимией) (F31, F34.0).

Критерии исключения из исследования: наличие психогенных депрессивных расстройств, очевидно связанных с полоролевым конфликтом.

Основной метод исследования – клинико-психопатологический.

Результаты

В результате анализа удалось выделить наиболее часто встречающиеся варианты взаимовлияния половой дисфории и аффективных расстройств.

Вариант 1. Отсутствие связи между аффективными состояниями и половой дисфорией. В этих случаях больные отмечали (напр., случай М., БАР II) периоды, длящиеся недели и месяцы, крайне подавленного настроения, слезливости, низкой самооценки, ненависти к себе, и состояния с выраженной активностью, когда веселое настроение сопровождается беспричинной радостью и эйфорией. Дискомфорт от своего пола временами то усиливается, то ослабевает, при этом больные утверждают, что это никак не связано с депрессией, или, наоборот, подъемом настроения. М. сообщала, что в 12–13 лет ей хотелось быть «женственной», позже хотелось выглядеть «бесполо», а в 14–15 лет нравилось, когда принимали за мальчика, причем связь с настроением здесь также не прослеживалась. Через

полгода терапии стала приходиться на приемы к врачу с женской прической «каре», на лице появился макияж (неяркая губная помада, подведены глаза), на пальцах рук маникюр. Говорит о себе в женском роде, не испытывает дискомфорта от обращения к ней по паспортному имени. За время наблюдения наблюдался один гипоманиакальный эпизод. В это время также не высказывала жалоб на гендерное несоответствие, идей смены пола не высказывала. О том, что желала сменить пол, в настоящее время вспоминает как о тяжелом периоде своей жизни.

В некоторых случаях отмечаются только поведенческие признаки без субъективного описания аффективных состояний. Так, больная К. (шизотипическое расстройство), рассказывает, что с 23-х лет наблюдает за собой «перекося в мужскую сторону», объясняет это тем, что появилась компания, в которой можно вести себя как мужчина, стала носить мужские рубашки, галстуки, «надевала бы пиджаки, да грудь не позволяет». В 27–28 лет стала появляться «женская сторона, поняла, что «могу быть красивой женщиной и вряд ли смогу быть чисто мужчиной». В эти периоды надевает «женское с рюшами и кружевами». «В социальных взаимодействиях могу быть женщиной: например, в автосервисе женщине проще договориться». Иногда бывают состояния, когда чувствует себя «ровненько», при этом никаких мыслей о своей половой принадлежности нет. В то же время отрицает связь настроения с мыслями о той или иной половой принадлежности.

Вариант 2. Связь маниакального состояния с женской идентификацией у биологических женщин и мужчин. В случае больной Б. (БАР I) в детстве наблюдалось состояние, которое можно было бы квалифицировать как гипоманию: с «патологической тягой к общению», когда, например, могла подойти на улице к незнакомым детям и «с лету» сказать «я Маша, давай дружить», отпугивала их этим. Была «гиперактивной», ко всем приставала, в магазине, автобусе и пр. В садике нравился мальчик, говорила «зацелую его», на реплику матери, что вызовут милицию, отвечала «милицию тоже зацелую». Могла несколько дней подряд писать одну и ту же дату в тетради «интересно, заметит учитель или нет?». Пыталась часто обратить на себя внимание: все сажали растения – она выдергивала их обратно; рисовали стенгазету – она портила ее; свой телефон спрятала в сумку учительницы – «интересно, как поведет себя, когда все ищут его?!». В 12–13 лет изменилось поведение, стала закрытой, часто отмечалось подавленное настроение, царапала себе предплечье. Сначала ходила в стиле «эмо», потом – в стиле «гот». Публично, демонстративно страдала, рассуждала о несправедливости мира – «все глупо и несправедливо, поэтому буду страдать». Суицидальных мыслей не высказывала, но в письмах, в переписке с подругами говорила о теме суицида. В 14–15 лет состояние меняется: настроение стано-

вится приподнятым, появляется оптимизм и желание рисковать, проявляется «нарочито женское поведение» – носила косы, подчеркнуто женскую одежду, как «гламурная Барби», слишком высокие сапоги, мини юбку, использовала помаду. Затем появились депрессивные состояния, «жизнь не нравилась», актуализировались переживания несоответствия пола.

В данном случае очевидно, что развитие гипомании в период до полового созревания не сопровождается симптомами половой дисфории, а такие же состояния после пубертата сопровождаются утрированно женским поведением.

В случае больного М. (параноидная шизофрения) в течение последних 2-х лет отмечалось апатичное, депрессивное состояние, снижение массы тела, обращался к психологу. На приеме: одет в мужскую одежду, говорит о себе в мужском роде, представляется как «Максим». Преобладают «позные» движения, мимика обеднена. Речь быстрая, захлебывается словами. Настроение приподнятое. Мышление непоследовательное, ускоренного темпа, с «соскальзываниями». Последнее время отмечает легкое, веселое расположение духа, позиционирует себя «тихой, милой, улыбающейся барышней». Хорошее самочувствие объясняет решением стать женщиной.

Случай больной К. с диагнозом «диссоциативное расстройство множественной личности, БАР» представляется наиболее интересным. В возрасте 12 лет из интернета узнала о «трансгендерности», тогда ей представилось, что «будущего нет, что никто не будет любить, если узнает, кто я такой». Возникло желание покончить жизнь, броситься под машину или поезд, но мысли о суициде прошли сразу после того, как появился человек (педагог по аккордеону), который ее понял. В возрасте 18–19 лет почувствовала спад настроения, смутное беспокойство, тревогу, которая сопровождалась потерей ощущения своей половой принадлежности, «не знала, кто я, какого пола». По окончании этого периода вдруг ощутила, что является девушкой («в зеркале вместо своего отражения увидела девушку»). Испытала радостное чувство, подъем настроения и воодушевление. В течение двух лет жила в женском образе: стала носить бюстгальтер, отпустила длинные волосы, стали нравиться парни («но не так сильно, как девушки до этого»). В возрасте 20 лет после еще одного эпизода, когда в течение некоторого времени испытывала эмоциональный дискомфорт, подавленность и неопределенность своей половой принадлежности, снова стала ощущать себя мужчиной. С этого времени по настоящее время постоянно носит мужскую одежду и отзывается на мужское имя. В дальнейшем события двухлетнего периода женской роли вспоминала как некую чужую жизнь, причем ее обстоятельства помнила нечетко, смутно. Встречи, дела и пр., которые имела «Катя», не относилась к себе, «не

идентифицировал с собой». О периоде, когда жила в женском поле, говорит в третьем лице, «она жила и совершала поступки, о которых я узнаю от окружающих», «очень смутно помню все, что связано с ней, с Катей». На вопрос, желала бы она возвращения этой ее ипостаси отвечает, что «я не она, не Катя, я бы дала ей шанс, но хочется быть собой». Этим летом вдруг «начал скучать по ней как по дороговому, родному человеку». В последние дни до обращения в МГПЭЦ временами возвращалось чувство подавленности, тревожности и неопределенности своего пола. В дневниках отмечала, что «22 и 23 апреля статус менялся с крайне необычной для меня скоростью и частотой. Так еще не бывало. Я в зеркале видел Катю несколько раз. Поэтому пока избегаю смотреть в отражение. Успел прийти в отчаяние от мысли, что придется опять менять все, опять объясняться, чувствовать страх, что не примут: «Я примерно минуты 3–4 смотрел на все глазами Кати и двигался как она. Совершенно произвольно. И говорил как она. При этом я был собой. Ведь я никогда не был девушкой. Это тоже напугало».

Вариант 3. Связь депрессивного состояния с мужской идентификацией. Обращение по поводу выраженной половой дисфорией в состоянии депрессии – часто встречающийся вариант у биологических женщин. В некоторых случаях больные описывают глубокие депрессивные переживания, которые, однако, сначала не связаны с идеей полового несоответствия (больная В., БАР II): «всегда было стыдно за то, что мне так плохо, хотя на самом деле не было никаких особых причин для страданий»), которая проявляется достаточно внезапно, в виде «озарения», после чего выраженность депрессии резко ослабевает (больная Б.: «в 17 лет осознал, что я – мужчина и стало легче»). Больные как бы находят объяснение причин своего состояния в виде принадлежности к мужскому полу. Выше были также приведены примеры переживаний «бесплодности», связанной с депрессией. Больная В., (БАР I), например, отчетливо помнит состояния значительных подъемов настроения, состояния возбуждения, чрезмерной активности и эйфории, когда мыслей о смене пола не было.

В некоторых случаях депрессивное состояние до пубертата может проявляться как «психологический дискомфорт». Так, больная О. (шизотипическое расстройство) сообщала, что в 9 лет появилось «непонимание ситуации» – не знала, как проявить себя в обществе, в это время нарушился сон. Затем настроение выровнялось, училась в музыкальной школе (в классе фортепиано, скрипки, вокала). Внешне была привлекательна, женственна, участвовала в конкурсах одежды, шила игрушки, пела, выступала на городских мероприятиях, в нее влюблялись мальчики (возможно гипоманиакальное состояние). В 8-м классе сообщила, что стало скучно в школе, что ее не понимают окружающие, жаловалась на чувство одиночества,

«все люди недалекие». В 14 лет полюбила одного героя комиксов из мультипликационного сериала. Однажды заявила матери, что этот герой умер. Остро переживала, «хотела оживить его». Стала перенимать его манеры, образ (стрижка и одежда), появилось ощущение, что она перевоплощается в него. В 15 лет возникло депрессивное состояние длительностью в полгода, в этот период чаще думала о своих проблемах с полом. Однако при этом сама же отмечает, что подавленное настроение и неудовлетворённость полом напрямую не зависят друг от друга и что смена пола не вылечит депрессию.

В случае больной К. (циклотимия) в депрессивных состояниях с паническими атаками возникало недовольство своим телом, хотелось, чтобы муж называл хотя бы в моменты сексуальной близости обращался к ней в мужском роде, стала писать имя и фамилию с маленькой буквы, имя не нравилось. Не хочет

менять пол, просит облегчить ее состояние, чтобы не было такого сильного ощущения неадекватности, приступов тоски.

Выводы

Таким образом, актуализация полоролевого конфликта при расстройствах половой идентификации часто связана с аффективными колебаниями, при которых обнаруживаются различные взаимовлияния с половой дисфорией: выявляется определенная тенденция к взаимосвязи маниакальных состояний с женской идентификацией, а депрессивных – с мужской, что следует учитывать при работе с такими пациентами. Адекватная диагностика во многих случаях также требует достаточно длительного наблюдения за больными с аффективными состояниями до начала инициирования процесса смены паспортного пола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко Л.М. Психические нарушения у лиц с транссексуализмом, принципы лечения и реабилитации: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М, 1995. С. 6–7.
2. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М., МИА, 2012.
3. Chakrabarti N., Sinha V.K., Parial A. Secondary gender identity disorder – a case report // Indian J. Psychiatry. 1999. Vol. 41, N 3. P. 257–259.
4. Cole C.M., O'Boyle M., Emory L.E., Meyer W.J. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses // Arch. Sexual Behavior. 1997. Vol. 26, N 1. P. 13–26.
5. Dhejne C., Van Vlerken R., Heylens G., Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature // Int. Rev. Psychiatry. 2016. Vol. 28. P. 44–57.
6. Habermeyer E., Kamps I., Kawohl W. A case of bipolar psychosis and transsexualism // Psychopathology. 2003. Vol. 36, N 3. P. 168–170.
7. Heare M.R., Barsky M., Faziola L.R., A Case of Mania Presenting with Hypersexual Behavior and Gender Dysphoria that Resolved with Valproic Acid // Ment. Illn. 2016. Vol. 23. N 8. P. 6546.
8. Ibrahim C., Haddad R., Richa S. Psychiatric comorbidities in transsexualism: Study of a Lebanese transgender population // Encephale. 2016. Vol. 42, N 6. P. 517–522.
9. Lindsay J.A., Keo-Meier C., Hudson S., Walder A., Martin L.A., Kauth M.R.. Mental Health of Transgender Veterans of the Iraq and Afghanistan Conflicts Who Experienced Military Sexual Trauma). Mental Health of Transgender Veterans of the Iraq and Afghanistan Conflicts Who Experienced Military Sexual Trauma // J. Traumatic Stress. 2016.
10. Mayer C., Kapfhammer H.P. Coincidence of transsexuality and psychosis // Der Nervenarzt. 1995. Vol. 66.
11. Meijer J.H., Eekhout G.M., van Vlerken R.H., de Vries ALLGBT Health .Gender Dysphoria and Co-Existing Psychosis: Review and Four Case Examples of Successful Gender Affirmative Treatment. 2017 Feb 7. doi: 10.1089/lgbt.2016.0133.
12. Sajatovic M., Micula-Gondek W., Tatsuoka C., Bialko C. The relationship of gender and gender identity to treatment adherence among individuals with bipolar disorder // Gen. Med. 2011. Vol. 8. P. 261–218.
13. Zucker K., Lawrence A., Kreukels B. Gender Dysphoria in Adults // Ann. Rev. Clin. Psychol. 2016. Vol. 12. P. 1–20

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский

В статье приводится обзор литературы о психопатологической коморбидности расстройств половой идентификации (РПИ), где наиболее частыми являются аффективные расстройства. Анализируется взаимовлияние эндогенных аффективных расстройств и РПИ. Обнаружено, что актуализация полоролевого конфликта при расстройствах половой идентификации часто связана с аффективными колебаниями пациентов, при которых обнаруживаются различные взаимовлияния с половой дисфорией: выявляется определенная тенденция к

взаимосвязи маниакальных состояний с женской идентификацией, а депрессивных – с мужской, что следует учитывать при работе с такими пациентами. Адекватная диагностика во многих случаях также требует достаточно длительного наблюдения за больными с аффективными состояниями до начала инициирования процесса смены паспортного пола.

Ключевые слова: расстройства половой идентификации, эндогенные аффективные расстройства, смена пола.

GENDER IDENTITY DISORDERS AND AFFECTIVE DISORDERS

S.N. Matevossjan, G.E. Vvedensky

This is a review of literature on psychopathological comorbidity in gender identity disorders (GID), with affective disorders being the most common of mental health problems in this population. The authors analyse interactions between endogenous affective disorders and GID. The gender-related discomfort in GID appears to be associated among others with affective fluctuations, which interact with gender dysphoria. Specifically, the authors point to a tendency to associations between manic

conditions and female identification, and depressive conditions and male identification, which should be taken into regard in practical work with such patients. Appropriate diagnosis also implies relatively long-term observation of patients with affective disorders before starting the procedure of changing their officially registered sexual assignment.

Key words: gender identity disorders, endogenous affective disorders, change of officially registered sexual assignment

Матевосян Степан Нарбеевич – доктор медицинских наук, генеральный директор ООО «Городской психондoкpинoлoгический Центр»; e-mail: s.matevossian@gmail.com

Введенский Геopгий Евгенъевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории судебной сексoлoгии, ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрaвa Poccии; e-mail: vvedenski.g@serbsky.ru